



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA

***FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO***

DOCTORADO EN ESTUDIOS FISCALES

Tesis Doctoral:

**“POLITICAS PÚBLICAS EN SALUD Y SU IMPACTO EN EL
SEGURO POPULAR EN CULIACÁN, SINALOA, MÉXICO”.**

Autor:

MANUEL ILDEFONSO RUIZ MEDINA

Director de tesis:

DRA. MARIA DEL SOCORRO BORBOA QUINTERO

Culiacán, Rosales, Sinaloa

marzo de 2011.

Resumen

Las políticas públicas tienen su fundamental origen en el derecho social, surgen para dar respuesta a los conflictos de la sociedad. En el caso de problemas de salud influenciados por el crecimiento de la población, el desarrollo de nuevas enfermedades y epidemias requieren que los gobiernos instrumenten nuevas prestaciones y tratamientos, situación que incrementa costos y gastos en dichos servicios y por consecuencia limitaría la cobertura efectiva y uso de servicios de salud adecuados. Las políticas en salud protegen la salud pública; tienen como objetivo asegurar la integridad física y psíquica del individuo, y se concretan en una serie de servicios de atención primaria, hospitalaria y de prestaciones de tipo farmacéutico.

En México, hasta 2003 la mitad de la población disfrutaba de seguridad social por motivos de sus estatus laboral, y, por lo tanto, de derechos en salud legislados. La otra mitad había quedado marginada de todo tipo de protección social en materia de salud y recibía servicios bajo un esquema estrictamente asistencial. La iniciativa más importante de los gobiernos de la alternancia en lo que se refiere al sector salud en México es la creación del Sistema de Protección Social de Salud, que se ha denominado *Seguro Popular de Salud* (SPS) dirigido a brindar protección económica a la población no derechohabiente, mediante un seguro de salud, público y voluntario, orientado a reducir el gasto de bolsillo y fomentar la atención oportuna a la salud.

Desde los inicios del programa del seguro popular, tanto el Gobierno Federal como los Estados han destinado grandes cantidades de recursos provenientes de las contribuciones vía presupuesto de egresos, con la intención de orientar el gasto desde una visión propulsora de la equidad y multiplicadora de impactos asertivos en el bienestar social de la población que carece de servicios de salud. Los recursos que dispone el gobierno provienen de ingresos fiscales contemplados en el Presupuesto de Egresos de la Federación, por lo que exige que estos sean orientados y cristalizados en servicios de calidad y no con motivos políticos.

Lo anterior expuesto, permitió plantear el objetivo general de este trabajo de investigación que consiste en: analizar y describir los antecedentes, marco legal, los procesos de las políticas públicas y estimar los avances en cobertura en materia de salud en Culiacán, Sinaloa, México, así como el origen y propósitos del *Seguro Popular*, estimar el impacto en el servicio y el beneficio socioeconómico en favor de las familias. Así mismo el presente trabajo comprobó hipótesis mediante técnicas de investigación empírica, revisión documental a documentos oficiales, análisis de publicaciones científicas y entrevistas a personal clave en el lugar seleccionado y el modelo de análisis fue retrospectivo y con enfoque mixto.

De acuerdo a los resultados de este trabajo, la prestación en servicios de salud que otorga el Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa, México ha sido aprovechada en gran medida por los usuarios ya que la mayoría de los entrevistados así lo manifestó durante la entrevista, la cobertura universal sigue avanzando y ha permitido a la población reducir el gasto en erogaciones, principalmente en costos de servicios médicos y en medicamentos; las instalaciones son adecuadas así como la información que recibe el paciente, de tal forma que están dispuestos a recontractar el servicio y recomendarlo a terceras personas.

Palabras clave: salud, seguro popular, políticas públicas.

Abstract

Public policy have their origin in the fundamental social right to respond to emerging conflicts in society. In the case of health problems influenced by population growth, the development of new diseases and epidemics require governments to implement new services and treatments, which increases costs and expenses for these services and therefore limit the effective coverage and use adequate health services. Health policies protect public health are aimed at ensuring the physical and mental integrity of the individual, and are specified in a number of primary care services, hospital and pharmaceutical type benefits.

In Mexico, by 2003 half the population enjoyed social security based on their employment status, and, therefore, legislated health rights. The other half had been marginalized in all types of social protection in health and received services under a strict schedule of care. The most important initiative of the governments of the alternation in regard to the health sector in Mexico is the creation of the Social Protection System of Health, has been called Popular Health Insurance (SPS) aims to provide financial protection to the population not entitled, by health insurance, public and voluntary, aimed at reducing pocket spending and encourage timely health care.

Since the beginning of popular insurance program, both the Federal Government and the states have devoted large amounts of resources from contributions through spending budget, with the intention of guiding the expenditure from a driving vision of equity and assertive impact multiplier social welfare of the population without health care. The resources available from government revenue specified in the Expenditure Budget of the Federation, which requires that these are oriented and crystallized in quality services and not politically motivated.

As seen above, allowed to raise the overall objective of this research work is to analyze and describe the background, legal framework, public policy processes and assess the progress in health coverage in Culiacan, Sinaloa, Mexico and the origin and purpose of the Seguro Popular, estimating the impact on services and socio-economic benefits for families. Also this study found hypotheses through empirical research techniques, review of documents to official documents, analysis of scientific literature and interviews with key personnel at the selected location and the model of analysis was retrospective and mixed approach.

According to the results of this work, providing health services granted by the Seguro Popular in Culiacan, Sinaloa, Mexico has been largely exploited by users since the majority of respondents said so during the interview, universal coverage continues to move forward and has enabled people to reduce spending on expenses, mainly in medical costs and drugs, facilities are adequate and the information to the patient, so willing to rehire the service and recommend it to others.

Keywords: health, common health, public policy

**"A nation that spends more money on military hardware
that social programs are approaching spiritual death "
Martin Luther King**

ÍNDICE

	Reconocimientos, agradecimientos y dedicatorias	1
	Introducción	5
Capítulo I	Planteamiento y Justificación del Problema	9
1.1	Planteamiento del Problema	10
1.2	Justificación de la investigación	16
1.3	Interrogante Central	17
1.4	Interrogantes específicas	18
1.5	Objetivo General	18
1.6	Objetivos específicos	18
1.7	Hipótesis	19
Capítulo II	Contexto general del derecho a la salud y la asistencia médica	21
	Introducción	22
2.1	El derecho y su clasificación	22
<i>2.1.1</i>	<i>Antecedentes del Derecho Social</i>	<i>25</i>
<i>2.1.2</i>	<i>Concepto y Clasificación del Derecho Social</i>	<i>28</i>
<i>2.1.3</i>	<i>El Derecho Social y su importancia en la sociedad</i>	<i>31</i>
<i>2.1.4</i>	<i>El Derecho Social y su vinculación al Derecho del Trabajo y al Derecho de la Seguridad Social</i>	<i>32</i>
2.2	Seguridad Social de Bismarck a Beveridge	38
<i>2.2.1</i>	<i>Bismarck, la evolución del Estado de Bienestar y los seguros sociales</i>	<i>38</i>
<i>2.2.2</i>	<i>El Plan Beveridge y el nacimiento de la Seguridad Social</i>	<i>41</i>
2.3	Etimología y concepto de Seguridad Social	46
2.4	La Seguridad Social y sus principios doctrinarios	50
2.5	Organismos internacionales de seguridad social, trabajo y salud	53
<i>2.5.1</i>	<i>Organismos Internacionales Especializados</i>	<i>53</i>
<i>2.5.1.1</i>	<i>Organización Internacional del Trabajo</i>	<i>53</i>
<i>2.5.1.2</i>	<i>Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS)</i>	<i>55</i>
<i>2.5.1.3</i>	<i>Conferencia Interamericana de Seguridad Social</i>	<i>55</i>
<i>2.5.1.4</i>	<i>Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS)</i>	<i>56</i>
<i>2.5.2</i>	<i>Organismos Internacionales de Carácter Político</i>	<i>57</i>
<i>2.5.2.1</i>	<i>Consejo Económico y Social de la ONU (ECOSOC)</i>	<i>57</i>
<i>2.5.2.2</i>	<i>Organización Mundial de la Salud</i>	<i>57</i>
<i>2.5.2.3</i>	<i>Organización Panamericana de la Salud</i>	<i>58</i>
2.6	Orígenes de la asistencia médica	59
<i>2.6.1</i>	<i>Antigua Grecia</i>	<i>59</i>
<i>2.6.2</i>	<i>El Cristianismo</i>	<i>60</i>
<i>2.6.3</i>	<i>La edad media</i>	<i>60</i>
<i>2.6.4</i>	<i>Desarrollo de la medicina y nacimiento del seguro privado</i>	<i>62</i>
2.7	La asistencia social, atención primaria de salud	64
2.8	Previsión social y asistencia social	65
2.9	El derecho a la salud	68
2.10	Principios y valores de la Atención Primaria en Salud	69
2.11	Derecho de Información al paciente	71
2.12	La higiene en infraestructura, derecho humano en los servicios de salud	72

Capítulo III	Políticas Públicas en Salud, respuestas para la solución de los problemas sociales	75
	Introducción.	76
3.1	La política y lo público. El por qué de la política pública	77
3.2	Definiciones teóricas de Política Pública	80
3.3	Marco filosófico de las políticas públicas	82
3.4	Modelos de políticas públicas	87
3.4.1	<i>Teoría de las Ciencias Políticas</i>	87
3.4.2	<i>Teoría de la racionalidad limitada</i>	90
3.4.3	<i>Teoría de la interacción política</i>	92
3.4.4	<i>Teoría sistémica</i>	93
3.5	Ciclos de funcionamiento de las políticas públicas	94
3.5.1	<i>Aplicación de modelos en la fase de formulación de políticas públicas</i>	96
3.5.2	<i>Perspectiva racional en la formulación de políticas de otros autores</i>	97
3.5.3	<i>Implementación de las Políticas publicas</i>	100
3.5.4	<i>Evaluación de las políticas públicas</i>	101
3.5.4.1	<i>Instrumentos de evaluación de políticas públicas</i>	102
3.6	Contexto de las Políticas Públicas en salud	103
3.7	Sistema Nacional de Salud en México	106
3.8	La Secretaria de Salud y los cambios estructurales al Sistema de Salud	113
3.9	Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular)	114
3.9.1	<i>Principios y objetivos del Sistema de Protección Social en Salud</i>	116
3.9.2	<i>Afiliación y beneficios del seguro popular</i>	117
3.9.3	<i>Financiamiento de los Servicios de Protección social en Salud</i>	120
3.9.3.1	<i>Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)</i>	125
3.10	Otras políticas públicas en salud en México	128
3.10.1.	<i>IMSS y la Ley del Seguro Social</i>	128
3.10.1.1	<i>Afiliación y beneficios de la ley del IMSS</i>	129
3.10.1.2	<i>Financiamiento de las prestaciones del IMSS</i>	133
3.10.2	<i>ISSSTE y la Ley del ISSSTE</i>	138
3.10.2.1	<i>Afiliación y beneficios de la ley del ISSTE</i>	139
3.10.2.2	<i>Financiamiento de las prestaciones del ISSSTE</i>	142
Capítulo IV	Diseño e instrumentos metodológicos	147
	Introducción	148
4.1	El conocimiento científico	148
4.2	La investigación científica	150
4.3	Enfoques cualitativo, cuantitativo y mixto	152
4.3.1	<i>Enfoque cuantitativo</i>	152
4.3.2	<i>Enfoque cualitativo</i>	155
4.3.2	<i>Enfoque mixto</i>	158
4.3.4	<i>Estudio de caso</i>	159
4.3.5	<i>Tratamiento y análisis de la información</i>	166
4.3.5.1	<i>Fuentes de información</i>	167
4.3.5.2	<i>Técnicas e instrumentos de investigación</i>	169
4.3.5.3	<i>Validación y confiabilidad de la investigación</i>	182

Capítulo V	Resultados de la Investigación y comprobación de hipótesis	185
	Introducción	186
5.1	Aspectos generales de la muestra de usuarios del Seguro Popular en Culiacán	187
5.2	Las Políticas Públicas en salud y su cobertura universal en Culiacán	194
5.3	Propósitos del seguro Popular y percepción de los usuarios en Culiacán	197
5.4	La infraestructura e información adicional y la percepción de los usuarios del Seguro Popular en Culiacán	221
5.5	Cuotas familiares del SPSS, factibilidad de recontractación y/o recomendación a terceras personas.	234
	Conclusiones y Consideraciones finales	249
	Anexos	263
	Índice de abreviaturas	269
	Índice de tablas	273
	Índice de figuras	277
	Bibliografía	279

Si pretendes acabar la obra que te haz propuesto;
haz de comenzar a obrar: que lo difícil es esto;
se ha vencido el comenzar.
Horacio Flacco

Reconocimientos, agradecimientos y dedicatorias

Reconozco y agradezco primeramente a **Dios**, quien ha estado a mi lado en todo momento dándome vida, fortaleza y salud, necesarias para continuar luchando día tras día. Solo en **Dios** he puesto mi confianza, porque de él vendrá el bien que espero. ¡Gracias Señor!

En memoria y admiración, para mis queridos padres **Manuel y Matilde**, quienes me dieron todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, perseverancia y mi empeño, todo ello con una gran dosis de amor y sin pedir nunca nada a cambio, estoy seguro que este día han bajado del cielo para estar conmigo.

A mi esposa **Ana**, a ella **especialmente** le dedico esta Tesis. Por su paciencia, por su comprensión, por su empeño, por su fortaleza, por su amor, por ser tal y como es y.... porque la amo y es la persona que más directamente ha sufrido las consecuencias del trabajo realizado. Realmente ella me llena por dentro para conseguir un equilibrio que me permita dar el máximo de mí. Nunca le podré estar suficientemente agradecido.

Para mis queridos hijos: **Manuel, Ana, Marisol, Mónica, Paúl**, y para mis hijos de mis hijos **Manuelito, Betito y Ana Sofía**. Ustedes son lo mejor que nunca me ha pasado, con su presencia en el mundo me dieron los empujones para terminar este trabajo. Son sin duda mi referencia para el presente y para el futuro.

A mis hermanas **Virginia, Lupita y Juanita**, así como a mis **sobrinos y sobrinas**, a quienes amo entrañablemente, les agradezco su amor, su compañía, porque siempre hemos estado juntos en los altibajos de la vida.

Mi gratitud, reconocimiento y dedicatoria a la **Dra. María del Socorro Borboa Quintero**, Directora guía de esta tesis profesional, por sus enseñanzas, por su calidad humana, por conducirme en el camino del conocimiento; por su paciencia y confianza, por su apoyo moral; su consejo: *lo que tenemos que aprender lo aprendemos haciendo...* que **Dios** la Bendiga hoy y siempre.

Este trabajo de investigación no hubiera sido posible sin el apoyo y respaldo económico y/o moral de instituciones y personas a quienes quiero expresar mi gratitud por la confianza brindada:

Al **Dr. Víctor Antonio Corrales Burgueño**, Rector de la **Universidad Autónoma de Sinaloa** institución educativa a quien le debo mi carrera profesional y todo lo que soy; tantas veces golpeada y ofendida, muchas veces afrentada y humillada, sigue adelante...*no son los golpes ni las caídas las que hacen fracasar al hombre; sino su falta de voluntad para levantarse y seguir adelante.*

Al **Dr. Rubén Miranda López**, Director de la **Facultad de de Contaduría y Administración**, Unidad Académica que imparte el programa del Doctorado en Estudios Fiscales y que apoya incondicionalmente a sus colaboradores en capacitación y reconocimiento, porque sabe que *las*

personas de éxito son aprendices de por vida, buscan nuevas habilidades, ideas e inventos. Si ellos no están aprendiendo, no están creciendo... no se están moviendo hacia la excelencia.

Al **Mtro. Juan Carlos Romero Hicks**, Director General del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), institución que al apoyar la investigación, la ciencia y la tecnología ha permitido la culminación de este trabajo de investigación, el cual fue posible gracias al financiamiento de los estudios de posgrado del autor otorgándole la beca UAS-491. *El hombre tiene capacidades innatas pero también están las adquiridas, y es en este rubro donde tenemos la responsabilidad de crecer, en incesante y eterna búsqueda.*

Al Programa de Mejoramiento del Profesorado (PROMEP) de la Universidad Autónoma de Sinaloa, a sus Directores, **Lic. José Ramón Romero Herrera (2007-2010)** y **Dr. Jorge Milán Carrillo (2010-2013)** así como al personal administrativo; al apoyar a profesores de la institución a que participen activamente en la docencia, generación y aplicación innovadora del conocimiento y gestión académica y por el apoyo incondicional en este esfuerzo lograremos resultados de beneficio colectivo.

Mi agradecimiento en igual forma al **Dr. Cuauhtémoc Reyes Moreno** Director General de Consejo Estatal de Ciencia y Tecnología (CECYT) Sinaloa, durante el periodo 2004-2010 y al Director actual **Dr. Carlos Karam Quiñones** por su apoyo económico y respaldo incondicional, mi exhortación para que continúen los apoyos para estudiantes de posgrado que tanto se requieren. *La buena educación de un pueblo se ve reflejada en su grandeza.*

Mi agradecimiento al Centro de Estudios de la Seguridad Social (CIESS) institución de formación, investigación y difusión en materia de seguridad social y órgano de docencia y capacitación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), por su aporte bibliográfico para la realización de esta investigación.

Al **Dr. Mario Nieves Soto**, Director General de Investigación y Posgrado (DGIP) de la Universidad Autónoma de Sinaloa, por sus exhortaciones positivas que permiten valorar lo que hacemos o dejamos de hacer: *cada cosa que obtenemos en la vida no llega como un regalo...llega como recompensa al esfuerzo por alcanzarla.*

Al Cuerpo Académico “**Desarrollo de las Organizaciones**” de la Facultad de Contaduría y Administración de la Universidad Autónoma de Sinaloa y a sus líderes-miembros: **Dr. Marco Antonio Rodríguez Peñuelas** y **Dra. Lucía Cereceres Gutiérrez**, por su irrestricto apoyo en la presentación de libros con artículos de contenido bibliográfico y por haberme considerado durante todo este tiempo como colaborador promoviendo con ello la apertura de otras líneas de investigación y de estudio de temas disciplinares o multidisciplinarios.

Al **Lic. Enrique Mendivil López**, Director Estatal del Seguro Popular en Sinaloa en el sexenio 2004-2010, por su ilimitado apoyo en la realización de este trabajo, sin lugar a dudas, la información proporcionada fue oportuna y clara, sin ella esta investigación hubiera resultado incompleta. *La sencillez y claridad distinguen el lenguaje del hombre de bien.*

Al **Lic. Ricardo Mendoza Romo**, Subdelegado Estatal del IMSS en Culiacán, por sus atenciones e información que sirvió de sustento para la culminación de este trabajo. *Los actos llevados a cabo con amabilidad generan resultados más efectivos, y más rápidamente de lo que habrían sido alcanzados sin ella.*

Mi sincero agradecimiento a mis Co-tutoras, **Dra. Carmen Camacho Castro y Dra. Gloria Nerty Navarro Castro**, por todo el tiempo que me han dedicado, por sus sugerencias e ideas de las que tanto provecho he obtenido, *sin llegar a un juicio, solo comprendieron mis procesos y me estimularon con sinceridad la aceptación de mis yerros.*

A mis sinodales de examen de grado, **Dr. Ramón Martínez Huerta y Dr. Víctor Manuel Barraza Espinoza**, por sus recomendaciones al contenido de la tesis, siempre tomaré en cuenta que *en cuestiones de cultura y de saber, sólo se pierde lo que se guarda; sólo se gana lo que se da.*

A mi amigo y compañero **Dr. Bernardo Castillo Medina** por sus enseñanzas, recomendaciones y sugerencias en la elaboración de este trabajo; *ideas que reflejan resultados y objetividad, agradezco infinitamente su ayuda.*

A mis **queridos Maestros del Doctorado en Estudios Fiscales**, de quienes he aprendido que el alumno mas valioso no es el que sabe más, sino el que aprende a compartir lo que sabe con sus compañeros, gracias por enseñarme eso: *el conocimiento, por grande que sea, no tiene valor si no es compartido; quien tiene la fortuna de hacerlo, enriquece su saber, crece en calidad humana, encuentra significado a su vida y deja huella por donde pasa.*

No puedo olvidar a todos mis seres queridos, a mis compañeros **Maestros de la Facultad de Contaduría y Administración**, a **mis amigos del Doctorado en Estudios Fiscales** y a mis alumnos de **Maestría y Licenciatura**, con los cuales he compartido alegrías, tristezas e incontables horas de trabajo y experiencias. Gracias por los buenos y malos momentos, por aguantarme y por escucharme.

A mis compañeros colegas de la **Asociación Mexicana de Contadores Públicos, Colegio en Culiacán, A.C.**, institución que orgullosamente presidí hace algunos años y de la que soy socio; extendiendo hoy mi reconocimiento de todo corazón a mis compañeros contadores de los cuales he aprendido tantas cosas, por su apoyo, muchas gracias.

Para todos Muchas Gracias y que ¡**Dios** los bendiga!

Introducción

Posterior a la Revolución de 1910, en México prevalecía un ambiente de inestabilidad política, social y económica, los volúmenes de la población empezaron a crecer vertiginosamente; de acuerdo a información de Conapo¹, los cambios en la natalidad y en la mortalidad, aunados al incremento de la migración internacional, han determinado el volumen de la población. La población mexicana pasó de alrededor de 18 millones de habitantes en 1930 a 100 millones en 2000. Se espera que su volumen siga aumentando hasta llegar a poco más de 130 millones a principios de la década de los 40, para comenzar a disminuir paulatinamente a partir de entonces.

Uno de los logros alcanzados con la Revolución fue la promulgación de la Constitución de 1917, la cual consignó un capítulo de garantías sociales que se plasmó en el artículo 123 constitucional y que sentó las bases para reglamentar y regular las relaciones obrero patronales en un marco de justicia social.

Sin embargo fue hasta agosto de 1931 cuando nace la Ley Federal del Trabajo, en ella quedaron incorporadas las relaciones patrón-trabajador de manera general pero sin incluir dentro de la misma las relaciones de los trabajadores al servicio del Estado; esa Ley sufrió diversas reformas en su contenido por lo que fue objeto de una adecuación que procuró incluir esas relaciones, situación que se alcanzó en diciembre de 1960 cuando el artículo 123 se dividió y se creó un “Apartado B” que registró las bases que habrían de ser reglamentadas y dar un marco jurídico a las relaciones entre el Gobierno Federal y sus trabajadores, por lo que estuvo vigente hasta abril de 1970, naciendo la actual Ley Federal del Trabajo a partir de mayo del mismo año.

Dentro de las disposiciones legales que contiene la Ley Federal del Trabajo tanto la de 1931 como la de 1970, en el capítulo de disposiciones generales se plasman los artículos 20 y 21, el primero conceptúa relación de trabajo y contrato individual de trabajo y el segundo trata sobre la presunción de la existencia de la relación laboral por lo que al promulgarse la Ley del Seguro Social de 1943 y el nacimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se sentaron las bases para determinar la obligación del patrón a asegurar a sus trabajadores; con las reformas al artículo 123 Constitucional también se otorgaron derechos sociales a los trabajadores del Estado, nace en 1960 la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), ambas instituciones garantizaron el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y otras prestaciones adicionales como pensiones por riesgos de trabajo, invalidez y cesantía en edad avanzada y vejez.

Después de la fundación del IMSS, meses mas tarde, se formalizan los servicios públicos de la Secretaria de Salud (SSA), cuyo nombre tenia implícita una concepción *asistencial*, para atender principalmente a los mexicanos de escasos recursos.

En teoría la Secretaria de Salud debía atender a la población *sin* seguridad social, las deficiencias estructurales de esa institución principalmente la falta de personal e infraestructura, la desigual distribución de recursos entre entidades y la importante diferencia existente entre el financiamiento de la salud pública con respecto a las instituciones de seguridad social -derivaron en una institución endeble-, con un importante déficit de recursos de todo tipo, con mínima

¹ Conapo (Consejo Nacional de Población)

capacidad resolutive y, por lo tanto, incapaz de responder íntegramente a las obligaciones del Estado mexicano en la materia (Pérez, 2010:120).

En México se mantiene un sistema de salud que nació dividido al separar a la población entre aquellos que tenían derechos sociales perfectamente definidos a quienes llamó *derechohabientes* y aquellos que eran sujetos a la acción *asistencial* del Estado, a quienes eventualmente se les denominó *población abierta*.

Es precisamente esa población abierta que de acuerdo a datos de la Conapo en el 2005 estaba conformada con 51 millones de personas en todo el país la que ha carecido de servicios de salud y se ha empobrecido aun más a consecuencia de los gastos que las familias tienen que sufragar en servicios médicos, medicinas, hospitalización y otros efectos derivados de las enfermedades al carecer esa población de seguridad social como lo utilizan los trabajadores al servicio de un patrón y sin tomar en cuenta que la misma Constitución en su artículo 4 establece que toda persona tiene derecho a la protección en salud.

Tomando en consideración los comentarios expuestos y por ser de profundo interés para quien escribe, el objetivo general de este trabajo de investigación es efectuar un análisis del origen de los servicios de salud a lo largo de la historia, se analizan los procesos para la elaboración de las Políticas Públicas tocando de manera muy especial las políticas de salud en México, su evolución, cobertura y distribución, y se observan las razones de diferenciación social y las prestaciones que tienen derecho a recibir los derechohabientes y usuarios de la infraestructura de salud.

Con el presente estudio se pretende analizar los procesos de inclusión y exclusión social, para lo cual se determinan indicadores en forma muy generalizada, se busca apuntar hacia la necesidad de producir nuevos indicadores para las políticas públicas, que tomen en cuenta la complejidad social, temporal y espacial a la que se enfrentan los planeadores de las políticas y acciones de salud.

De manera muy especial se analiza y describe el *Sistema de Protección Social en Salud* (SPSS) y su brazo operativo, el *Seguro Popular de Salud* (SPS) o seguro popular (SP) el cual creó las condiciones para avanzar hacia la universalización del sistema nacional de salud y buscando disminuir el gasto de bolsillo en las familias a consecuencia de problemas de salud.

Con este trabajo se pretende que los resultados recopilados sirvan de contribución para la mejora del servicio y la justificación de la inversión que vía impuestos de los contribuyentes destinan por medio del presupuesto de egresos cantidades nunca antes invertidas en la procuración de salud al proporcionar un servicio eficiente, que cubra universalmente a la población y permita un mayor grado de desarrollo de las personas.

Se pretende en este trabajo de investigación científica, utilizar un enfoque combinado cuantitativo-cualitativo para ofrecer elementos objetivos a los resultados, para lo cual se aplicarán encuestas a los usuarios del sistema buscando evaluar la actitud y opinión de los usuarios respecto a los servicios médicos, atención del personal y otras variables que se detallan en el interior y se efectuarán entrevistas a funcionarios y expertos en servicios de salud.

El contenido del presente trabajo se estructuró en cinco capítulos. En el primer capítulo se plasma el planteamiento del problema y su justificación; la interrogante central y las interrogantes específicas; el objetivo general de investigación y los objetivos específicos y las hipótesis a partir de los objetivos planteados.

En el capítulo dos se estudia, analiza y describe el derecho social y su vinculación con el derecho del trabajo y la seguridad social con sus principios doctrinarios, los orígenes de la asistencia médica, se describe también los orígenes de la seguridad social y los organismos internacionales que lo representan, las diferencias entre seguridad social y asistencia en salud y se cierra el capítulo analizando los principios universales de la asistencia en salud.

El capítulo tres de este trabajo analiza teórica-filosófica y conceptualmente las Políticas Públicas, se intenta comprender la acción del Estado en la vida social y se presta especial atención a las Políticas Públicas en salud en México, sus objetivos, forma de afiliación y beneficiarios y financiamiento desde un contexto nacional, que permita a los interesados en el tema entender la problemática de salud en México, ofreciendo particular interés en el estudio del Seguro Popular.

Con el fin de orientar la investigación y que sirviera como guía-plan estructurado de acción y para asentar el enfoque metodológico de la investigación así como las técnicas a utilizar, se diseñó un capítulo cuatro denominado: Diseño e instrumentos de investigación; en este se describe y explica cómo se desarrollará la investigación a fin de dar respuesta a las preguntas de investigación y probar las hipótesis. Se exponen entre otros aspectos los procedimientos, las técnicas y métodos para obtener los datos, los instrumentos de medición, etc.

El capítulo cinco de esta tesis, denominado: resultados de la investigación, permite presentar la información empírica, misma que es contrastada con los elementos teóricos contemplados en el capítulo dos y tres de este trabajo de investigación, se contemplan en su contenido resultados estadísticos producto de la evaluación al programa para proporcionar información objetiva a los gestores de los mismos y a los que toman las decisiones políticas sobre los costos y los efectos del programa a nivel local tomando como muestra poblacional el Municipio de Culiacán, Sinaloa, y ofrecer una opcional ayuda mediante los resultados una gestión eficaz y a la distribución eficiente de los recursos. Se observa en los mencionados resultados, datos cuantitativos respecto a la satisfacción expresada que se derivan de la percepción que tienen los usuarios sobre la calidad de los servicios de salud y que varían en función de los factores que tienen su origen en los distintos elementos que intervienen en el proceso asistencial y en sus resultados tales como la atención médica y asistencial, efecto socioeconómico del usuario, las instalaciones y las características de las consultas según los propios usuarios.

Por último, se contempla un apartado que se refiere a las conclusiones y recomendaciones. Este vislumbra las conclusiones a que se arribó en la presente investigación. De igual forma, se presentan una serie de sugerencias que a juicio del autor de este trabajo se consideran oportunas aportar para mejorar aspectos que redunden en la calidad de vida de los usuarios de los servicios de salud y otras prestaciones inherentes tanto en lo local como en lo nacional.

**La verdad se robustece con la investigación y la dilación;
la falsedad, con el apresuramiento y la incertidumbre.
Tácito**

Capítulo I. Planteamiento y justificación del problema

1.1 Planteamiento del Problema

El desarrollo económico en un país implica avanzar hacia sociedades integradas que potencien la formación del capital humano, generen empleo productivo y espacios de participación ciudadana. En este marco, la protección social debe operar con enfoque universal, eficiencia en el uso de recursos, solidaridad en sus criterios y capacidad para articular urgencias de corto plazo, con inclusión social a futuro.

Los esfuerzos realizados por las naciones con la implantación del modelo de Bienestar Social en la posguerra, suponía una situación de pleno empleo y mejoría para la población, sin embargo el mercado de trabajo no ha tenido la capacidad integradora necesaria y los países no cuentan con los mecanismos adecuados de protección contra el riesgo de exclusión del mercado laboral formal.

La exclusión en salud, definida como la falta de acceso de algunos individuos y/o grupos de la sociedad a las oportunidades, bienes y servicios de salud que otros miembros de la sociedad disfrutan, es un problema que, en sus diferentes manifestaciones, afecta a un elevado porcentaje de habitantes del mundo, esta exclusión tiene consecuencias sobre la duración y calidad de vida de las personas, sus familias y sus comunidades, pero además, afecta de manera crucial la capacidad de los países para generar riqueza y mejorar las condiciones de vida para todos sus habitantes. Cuando las personas o las familias no encuentran los medios para resolver de manera adecuada sus problemas de salud y a causa de ello se encuentran inhabilitadas de generar sus propios medios de subsistencia y aportar a la vida diaria de su comunidad, sus problemas de salud dejan de ser personales y se convierten en un problema colectivo, lo que impacta la economía de los países y puede causar estragos en el funcionamiento de las instituciones y de la sociedad en su conjunto. (Andersson, Acuña, y Rosenberg, 2006:3).

Las políticas públicas surgen para dar respuesta a los conflictos sociales que se generan en el seno de las formaciones sociales, en este sentido constituyen los espacios de gestión y de solución de aquellos conflictos que no pueden solventarse ni total ni parcialmente dentro de la esfera del mercado privado y de otras esferas sociales públicas. Ante la insuficiencia de los mecanismos de la sociedad civil para satisfacer demandas específicas para situaciones conflictivas, el sector público interviene desde la esfera de la regulación político-estatal y desde la intervención directa en la vida social (Ruiz Viñals, 2004:52).

Los retos que hoy enfrentan los sistemas de salud en América y particularmente en México obedecen a diferencias y carencias históricas y a la dificultad de adecuarse a los cambios generados por la demanda a raíz de las dinámicas demográficas, epidemiológicas y tecnológicas, que requieren nuevas prestaciones y tratamientos, lo que incrementa los costos y gastos en dichos servicios y por consecuencia limita la cobertura efectiva y uso de servicios de salud adecuados, acceso real a servicios oportunos y de calidad, existe escasez de recursos humanos y financieros, problemas de gestión, etc. (González, 2007:1-12).

En México, la historia de los derechos sociales está ligada a la desigualdad. Si bien en la Constitución de 1917 se lograron conjugar las garantías individuales y los derechos sociales, el modelo corporativo de distribución emanado de la Revolución necesariamente conllevó a un ejercicio diferenciado de derechos y, por lo tanto de la ciudadanía desde su definición más

amplia. Con la mediación de las organizaciones corporativas como modelo, el Estado mexicano posrevolucionario privilegió el acceso a bienes y servicios colectivos –incluidos, por supuesto, los relacionados con la salud- sobre el acceso individual, ignorando con ello el criterio de repartición universal de satisfactores, fundamento de los derechos humanos (Pérez Argüelles, 2010:119).

Las políticas en salud protegen la salud pública; es decir, tienen como objetivo asegurar la integridad física y psíquica del individuo, y se concretan en una serie de servicios de atención primaria, hospitalaria y de prestaciones de tipo farmacéutico. La salud pública abarca todos los ámbitos de la acción social; por tanto, también se refiere al campo de la salud laboral y a las previsiones sanitarias necesarias para asegurar el bienestar en salud en el ámbito social y del trabajo. El reto de la política sanitaria es conseguir la extensión universal de la red pública de asistencia en salud, garantizando la extensión de la cobertura sanitaria, todo ello mediante un sistema de gestión económica que sea sostenible (Ruiz Viñals, 2004:90).

En los Estados Unidos Mexicanos la atención de salud se encuentra garantizada por el Artículo 4 de la Constitución Nacional. El mismo afirma: “...toda persona tiene derecho a la protección de salud. La ley definirá las bases y modalidades de acceso.”

Sin embargo, no todos han podido ejercer ese derecho por igual. Hasta 2003 la mitad de la población (Frenk y Gómez, 2008:52), por motivos de sus estatus laboral, disfrutaba de seguridad social y, por lo tanto, de derechos en salud legislados. La otra mitad había quedado marginada de todo tipo de protección social en materia de salud y recibía servicios bajo un esquema estrictamente asistencial. El sistema mexicano de salud, de hecho, es un sistema segmentado con tres grandes grupos de beneficiarios:

- 1) Trabajadores del sector formal de la economía, jubilados y sus familias.
- 2) Auto-empleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, y sus familias.
- 3) Población con capacidad de pago.

La salud es uno de los aspectos que se reconocen ampliamente como prioritarios dentro de los planes de desarrollo de una sociedad. La forma más común en que las sociedades han organizado las acciones dirigidas al cuidado de la salud es lo que se reconoce como sistema de salud.

El diseño del sistema de salud en México ignoró el criterio de repartición universal de satisfactores, fundamento de los derechos humanos, ya que fue concebido de tal forma que la población organizada y asalariada fue la receptora de los beneficios de la seguridad social, entre los cuales se encuentra el acceso a los servicios sanitarios. Así nacieron las instituciones de seguridad social como el IMSS y el ISSSTE, que atendían a la población inserta en el sector formal de la economía (Pérez Argüelles, 2010:119).

En nuestro país muchas personas empleadas por cuenta propia, llámense tenderos, pequeños agricultores, taxistas, artesanos etc., presentan problemas de identificación y de cumplimiento adecuado de la legislación de seguridad social debido a las características de su actividad netamente personal en la cual no existe una relación laboral. Se han efectuado modificaciones a la Ley del Seguro Social (Leyes de 1973 y 1995) para incorporar a esos sectores mediante el

seguro voluntario y el seguro de la familia, pero no se ha tenido éxito. Lo cierto es que la mayoría de los regímenes en los que contribuyen patrones, trabajadores y gobierno cubren a trabajadores que dependen de un empleo remunerado dejando a otros grupos de la población la tarea de adoptar sus propias medidas; sin embargo para quienes pasan por problemas de salud, se les puede brindar protección mediante la asistencia social o regímenes universales financiados con cargo al presupuesto de egresos federal.

El 15 de octubre de 1943, nace la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy denominada Secretaría de Salud (SS), ese año se crearon además otras dos importantes instituciones de salud: el IMSS y el Hospital Infantil de México, el primero de los institutos nacionales de salud (Frenk, 2008:24). El IMSS mediante la aplicación de la Ley del Seguro Social ofrece un conjunto de prestaciones en especie (atención médica, medicinas, hospitalización, intervenciones quirúrgicas, etc.) y en dinero o económicas (subsidios, ayudas y pensiones) a los trabajadores asalariados de la economía formal y sus familias (Ruiz Medina, 2007:71-115); mientras que la Secretaría de Salud, cuyo nombre asumía implícita una concepción asistencial, para atender principalmente a los mexicanos de escasos recursos (Frenk y Gómez, 2008:24).

Así, nuestro sistema de salud nació dividido al separar a la población entre aquellos que tenían derechos sociales perfectamente definidos -a quienes llamó *derechohabientes*- y aquellos que eran sujetos a la acción asistencial del Estado, a quienes eventualmente se les denominó como *población abierta*. De esta manera, nuestro sistema de salud se caracteriza, hoy en día, por el ejercicio desigual de los derechos relacionados con la salud, resultado de la fragmentación institucional asociada a la condición socioeconómica y principalmente laboral de la población.

Posteriormente y bajo esta misma división de origen entre la seguridad social y los servicios públicos, se crearon en paralelo otras instituciones de seguridad social. Entre ellas, cabe mencionar la creación en 1960 del ISSSTE que ofrece cobertura en salud para los trabajadores de la administración pública federal (Frenk y Gómez, 2008:25).

Adicionalmente al modelo de protección social, la problemática en salud de México se caracteriza por transiciones en los ámbitos demográfico, epidemiológico, social, económico y político que se han suscitado en los últimos años. Durante las últimas décadas del siglo XX y en los albores del siglo XXI, los países de la región de América Latina y el Caribe se han caracterizado principalmente por periodos de crisis económicas que han afectado a todos los sectores de la sociedad y a sus instituciones. La protección social, que incluye al sistema de salud, no ha estado exenta de los efectos de las crisis y, en consecuencia, ha sido objeto de cambios importantes a través de una serie de reformas emprendidas en los países de la región.

El modelo actual ya no responde a la realidad de nuestro país, ha alcanzado sus límites, el costo de los servicios se ha incrementado de manera importante como resultado de la demanda y la complejidad tecnológica de atención. En la actualidad, el mayor reto del sector salud es romper las barreras institucionales y construir un auténtico sistema universal de protección social en salud, que comprenda no sólo la seguridad social formal, sino también para quienes no participan como asalariados en el sector formal de la economía.

El esfuerzo progresivo de la integración y articulación del sistema de seguridad social y el servicio público es fundamental no solo para incrementar la equidad en el acceso y cobertura -al facilitar la instauración de mecanismos solidarios- sino también para potenciar la eficiencia y la capacidad de oferta de servicios, además de evitar la duplicidad de funciones y el desperdicio de recursos.

En este contexto, muchos países en todo el mundo están llevando a cabo reformas de sus sistemas de salud. Estas reformas si bien difieren de acuerdo con las características del país, comparten muchas de sus políticas, y una de estas es la promoción de la participación social en salud entre los esfuerzos concretos para la promoción de reformas a los sistemas de salud de la región destaca el estudio *Economía y Salud* desarrollado por la Fundación Mexicana para la Salud en la década de los años noventa (Vázquez, Siqueiro, Da Silva y Leiteb, 2000:30-38).

La conformación de los sistemas de salud y su operación, como cualquier otro sistema, se sustentan en principios y valores fundamentales que comparten los individuos en sociedad. En esencia, su organización y administración buscan mantener ese núcleo de valores y cumplir los objetivos que cohesionan a la sociedad y permiten satisfacer sus necesidades y solucionar los conflictos, dada la diversidad de grupos, individuos e intereses específicos. Este planteamiento conceptual establece, como uno de los objetivos de los sistemas de salud, lograr la equidad en las contribuciones financieras (Tapia-Cruz, 2006:114).

Este objetivo general de los sistemas de salud fue abordado en la 26ª. Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del 2002, en dicha reunión se trató el tema de la extensión de la protección social en salud, y posteriormente se impulsó una iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud con el objetivo principal de reducir las inequidades en el acceso y financiamiento a los servicios de salud (González Pierre, Barraza, Gutiérrez, Vargas, 2005:16).

Esto significa que los hogares no deben verse obligados a empobrecerse o a pagar una proporción excesiva de sus ingresos para obtener atención médica. Esto conlleva la solidaridad social en los riesgos financieros, y el principio de que los hogares con menores ingresos deben contribuir financieramente en menor proporción al sistema de salud que los hogares con mayores ingresos, es decir, los que menos tienen requieren de servicios de salud a un costo menor o gratuito según el grado de pobreza en que subsistan. Las contribuciones financieras al sistema deben reflejar las desigualdades en el nivel de ingreso de los hogares.

La iniciativa más importante de los gobiernos de la alternancia en lo que se refiere al sector salud en México es la creación del Sistema de Protección Social de Salud, que se ha denominado *Seguro Popular de Salud* (SPS) dirigido a *brindar protección económica a la población no derechohabiente, mediante un seguro de salud, público y voluntario, orientado a reducir el gasto de bolsillo y fomentar la atención oportuna a la salud.*

De la iniciativa se definió la extensión de la protección social en salud como: *La garantía que la sociedad otorga, por conducto de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud, al obtener el acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo.*

Partiendo de principios de equidad, protección financiera, eficiencia, accesibilidad, efectividad y calidad de la atención, dichas reformas han consolidado la diversificación de opciones de servicios de salud en tres subsistemas: el subsistema de servicios de salud para población asegurada (servicios públicos para población de la economía formal), el subsistema para población no asegurada (servicios públicos para población fuera de la economía formal y con los mayores índices de marginación) y el subsistema para población con poder de compra (sector privado). Los tres subsistemas han mantenido un desarrollo por separado, con la consecuente fragmentación del sistema de salud. El segundo subsistema, es decir el de los servicios públicos de salud dirigidos a los no asegurados, y particularmente los programas prioritarios a los grupos de mayor marginación, son justamente el objeto de análisis de este documento.

En consecuencia, la exclusión de la protección social en salud se entiende como la imposibilidad de un individuo de obtener la garantía de acceso y financiamiento a la salud.

Cabe destacar que el grupo de personas que conforman a la población excluida de la protección social en salud está compuesto generalmente por los pobres, los adultos mayores, las mujeres, los niños, los grupos indígenas, los trabajadores no asalariados, los trabajadores de la economía informal, los desempleados, los subempleados, así como la población rural (Acuña, *et al*, 2003:3-10).

Los sistemas nacionales de salud (Frenk y Gómez, 2008:9) *constituyen la respuesta social organizada para que los países puedan contender con los grandes retos que van enfrentando para mejorar, mantener y acrecentar el nivel de la salud de los ciudadanos. Son así, poderosos instrumentos que contribuyen al bienestar social y un recurso invaluable que es preciso desarrollar para solucionar los problemas de salud del presente y prever lo que se espera en esta materia en el futuro.* A diferencia de la mayor parte de los países de América Latina, México mantiene un sistema de salud que nació dividido al separar a la población entre aquellos que tenían derechos sociales perfectamente definidos a quienes llamó *derechohabientes* y aquellos que eran sujetos a la acción *asistencial* del Estado, a quienes eventualmente se les denominó *población abierta*.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los objetivos finales, básicos o intrínsecos de los sistemas de salud son tres: 1) Mejorar la salud de la población; 2) Ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, y 3) Garantizar seguridad financiera en materia de salud.

Las recientes reformas formuladas e implementadas en el año 2004 referentes a los servicios de salud dirigidos a la población más marginada de México, bajo la estrategia de la descentralización en salud, han diseñado emprender cambios para llegar a una mayor equidad, mayor acceso, mayor cobertura y mayor protección financiera para que los usuarios no incurran en gastos catastróficos al presentar daños a su salud; estrategias que forman parte del Plan Nacional de Desarrollo (PND) y del Programa Nacional de Salud (PNS), con un eje conductor en materia de justicia social para contribuir desde el sector salud, a la reducción de la pobreza y la desigualdad a través de una mayor protección social en salud.

Sin embargo, de acuerdo a versiones periodísticas y rumores de la población los servicios que el Seguro Popular ofrece funcionan con grandes deficiencias, no reúne los requisitos de calidad ni

existe satisfacción de los usuarios toda vez que no están incluidos algunos medicamentos y atención en algunas enfermedades y servicios, obligando a los que menos tienen a postergar su atención médica por motivos económicos o en otro caso a incurrir en gastos no contemplados en su presupuesto y en el peor de los casos fallecer a consecuencia de la falta de atención. La falta de disponibilidad de medicamentos en los servicios públicos obliga a los pacientes a adquirirlos en el sector privado a un costo excesivo que impone una carga especial a las familias de bajos ingresos.

Para tal efecto, desde los inicios del programa del Seguro Popular, tanto el Gobierno Federal como los Estados han destinado grandes cantidades de recursos provenientes de los impuestos vía presupuesto de egresos, con la intención de orientar el gasto desde una visión propulsora de la equidad y multiplicadora de impactos asertivos en el bienestar social de la población que carece de servicios de salud.

Una de las características destacadas del sistema de salud en nuestro país, situación ya comentada con anterioridad, es el hecho de que la mitad del valor total de la oferta de servicios de salud se origina en el sector privado; aunque existen muchas razones para elegir servicios privados como: la cercanía con el prestador del servicio, tiempos de espera más cortos, preferencia por servicios de mejor calidad, también puede ser reflejo de la escasez de oferta pública y/o del uso ineficiente de los recursos con que cuenta el sector público, debido a que, en el contexto mexicano, un mayor nivel de cobertura y aseguramiento de servicios médicos para la población requerirá de mayor oferta de prestadores públicos de servicios, es de importancia fundamental mejorar la eficiencia de los servicios de salud pública.

La situación descrita puede llevar a desalentar a la población y en particular a los usuarios a continuar utilizando servicios que no ofrecen lo que se convino desde su contratación, en donde se oferta a los necesitados un servicio de salud como eficiencia, infraestructura adecuada, trato digno, suficiente dotación de medicamentos, ocasionando más empobrecimiento a la población al invertir su poco patrimonio en gastos en salud dejando a las autoridades de salud tanto del ramo federal como del estatal en evidencia al desaprovechar la inversión cuantiosa asignada en los presupuestos de egresos con la finalidad de alcanzar la cobertura universal tan deseada y a proteger a la población con servicios de calidad, a valorar el programa como otro proyecto llevado a la práctica que queda en el fracaso y a provocar falta de credibilidad en cuanto a los logros en esa materia, lo que impediría desarrollar más estrategias que garanticen el éxito futuro de los sistemas de salud. De no dar atención al problema, los escenarios futuros no son nada halagadores, ya que se incrementará el número de decesos a causa de enfermedades y en otros casos representará más pobreza para la población al incurrir en erogaciones no contempladas para atender su salud.

Por otra parte, las autoridades de salud deben diseñar y aplicar una estrategia orientada a capacitar a su personal directivo en temas de calidad y diligencia en el servicio y otros de naturaleza análoga, de tal suerte que le permita dar solución a los problemas de incrementos en costos de salud ante la nula prevención médica, disminución en la esperanza de vida de la población por pésima atención, complicaciones secundarias en enfermedades crónicas y otras, y llevar al programa hacia el logro de mejores escenarios.

1.2 Justificación de la investigación

En vista de la trascendencia social, política y económica del denominado *Seguro Popular*, este trabajo de investigación se justifica ya que los recursos que disponen tanto el gobierno federal como los gobiernos estatales provienen de ingresos fiscales contemplados en el Presupuesto de Egresos de la Federación, por lo que exige que estos sean orientados y cristalizados en servicios de calidad y no con motivos políticos.

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

Los sistemas de salud por lo general están conformados para atender las necesidades de salud de la sociedad siguiendo los principios de eficiencia, equidad y justicia así como la satisfacción de los usuarios en cuanto a recepción de los servicios y de protección económica de las familias.

De acuerdo a un estudio de la OCDE los cuatro objetivos clave de los sistemas de salud en sus países miembros son cuatro:

- Lograr la cobertura y acceso equitativo de los servicios de salud;
- Garantizar servicios de calidad y trato adecuado en función de las necesidades de los pacientes;
- Implantar una prestación de servicios eficiente en función del costo; y,
- Mantener la sustentabilidad financiera del sistema.

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

En este estudio fiscal se pretende recopilar información en Centros de Salud, Hospitales y otros centros de atención a usuarios del Seguro Popular en el Municipio de Culiacán, un proceso de obtención de información que incluye una determinada cantidad de variables e indicadores con el fin de dar claridad a los resultados. La premisa que sustenta la aplicación del instrumento de medición es la opinión de la sociedad, ya que constituye una herramienta clave en la tarea de mejorar la acción del gobierno; también se recupera en este trabajo la percepción que tienen los funcionarios responsables de otorgar el servicio y lo que según su criterio es necesario atender para mejorar la prestación de servicios. El objetivo principal de la investigación es comprobar la eficiencia operativa de los servicios médicos gubernamentales que se ofrecen a la población abierta y proporcionar elementos que permitan estimar los niveles de satisfacción ciudadana resultante y los principales factores de desviación y la posibilidad de mejorar.

En cuanto a las razones por las cuales se desea incursionar en esta indagación, existen motivos de carácter particular, que se refieren a la actividad docente que he venido desarrollando durante los últimos dieciocho años, tanto en el área de impuestos, control interno, administración y seguridad y beneficios sociales, asignaturas relacionadas con la planificación, organización y la administración en las carreras de Licenciado en Contaduría Pública y de Licenciado en Administración de Empresas.

Esto me ha permitido profundizar en múltiples aspectos relacionados con estas materias, desde las más generales a las más específicas, intentando introducir nuevas técnicas que han ido surgiendo en los últimos años y que han ido desarrollando estas materias.

Todos estos aspectos influyeron en la decisión de profundizar en los diferentes temas lo cual permitió además avanzar en mi conocimiento con el desarrollo de estudios más particularizados, específicos y prácticos en el campo del conocimiento, sobre todo en el estudio de las Políticas Públicas, tema que me interesó sobremanera en los Seminarios de Políticas Públicas que se impartieron en el Doctorado de Estudios Fiscales de esta Facultad de Contaduría y Administración.

Dentro de esta óptica, fue gratificante hasta este momento incursionar en el mundo de la investigación, aunque espero lo sea mucho más en el futuro con las aplicaciones que pueda desarrollar en otros estudios en los que pueda intervenir, poniendo, de esta manera, en práctica, las indagaciones que vaya realizando en mi función de investigador.

A lo largo de las siguientes páginas, se pretende reflejar cómo la salud de las personas es importante para el crecimiento sustentable de un país, la gran importancia que representa para la sociedad particularmente de la que carece de seguridad social tener un respaldo oficial que proporcione servicios de salud y que evite el empobrecimiento de las familias al sufragar gastos relacionados con enfermedades, embarazos, accidentes, hospitalización, medicinas y otros.

Desde esta perspectiva abordo mi investigación, con el objetivo de aportar un pequeño avance en estudios de las Políticas Públicas en Salud, que contribuyan a la mejora del servicio, la justificación de la inversión vía impuestos de los contribuyentes al proporcionar un servicio eficiente, que cubra universalmente a la población y permita un mayor grado de desarrollo de las personas. Estudiar, analizar, evaluar y criticar la gestión de órganos o autoridades que invierten, administran y deciden sobre los recursos que aportan los contribuyentes es un deber social que se debe reflejar en un estudio fiscal, la manifestación analítica, descriptiva y concluyente sobre la conformidad o inconformidad de los usuarios de una política pública exige calificar la legalidad y corrección de los encargados de efectuar la aplicación de los recursos con eficiencia y eficacia y pronunciar fallos sobre ella como una obligación ciudadana. Para ello, he intentado realizar una visión panorámica, aunque no exhaustiva, de las Políticas Públicas en Salud y su impacto en el Seguro Popular en Culiacán con el objeto de destacar, aquellos aspectos que me parecen más relevantes.

Hasta la fecha no existen trabajos de investigación en México que se refieran estrictamente a Políticas Públicas en Salud, pero si hay estudios de autores ampliamente reconocidos referentes a Políticas Públicas (Cabrero), Seguridad Social (Camacho Castro), Derecho Social (González Díaz), Sistemas de Salud (Ávila-Burgos), por dar unos ejemplos, y que sirven de base para la realización de este trabajo de investigación.

1.3 Interrogante Central

Lo anterior expuesto, permitió plantear las interrogantes, objetivos e hipótesis que dan sustento a este trabajo de investigación; la interrogante central es la siguiente:

¿Qué son las Políticas Públicas de Salud y cuál es el origen y propósitos del Seguro Popular en México, qué beneficios o prestaciones ofrece y cuál es el impacto de los servicios en opinión de los usuarios en Culiacán?

1.4 Interrogantes específicas

1. ¿Cuál es origen, características, conceptos, marco legal, y los procesos para establecer las Políticas Públicas en materia de Salud en México y qué avances en cobertura se han observado en su aplicación en México, Culiacán y Sinaloa?
2. ¿Cuál es el origen y propósitos del Seguro Popular en México y cuál es la percepción de los usuarios del sistema respecto a los servicios médicos y del personal y qué beneficio socioeconómico han obtenido con su afiliación?
3. ¿Por qué son importantes la infraestructura y la información adicional que deben recibir los pacientes y qué actitud y percepción muestran los usuarios con respecto a la infraestructura empleada en la atención médica y en la información sobre otros servicios de salud?
4. ¿Cómo se financia el Sistema de Salud en México para la consecución de sus objetivos y cuál es la actitud y opinión de los usuarios del Seguro Popular respecto a las cuotas familiares cubiertas al sistema?

1.5 Objetivo General

Analizar y describir los antecedentes, marco legal, y los procesos de las políticas públicas y estimar los avances en cobertura en materia de salud en México, así como el origen y propósitos del Servicio de Protección Social en Salud (SPSS), *Seguro Popular* y estimar el impacto en el servicio y el beneficio socioeconómico en favor de las familias de Culiacán.

1.6 Objetivos específicos

1. Enunciar y analizar las políticas públicas en salud implementadas en México que han permitido instrumentar la cobertura universal en salud y estimar los avances en cobertura en Culiacán, en Sinaloa y en México.
2. Analizar y explicar los principios y objetivos del SPSS en México y evaluar y estimar la percepción y opinión de los usuarios respecto al servicio recibido de parte del médico y del personal así como los efectos de su inversión en referencia al gasto de bolsillo en atención médica y medicamentos a partir de su afiliación.
3. Especificar y describir la importancia de la higiene en la infraestructura empleada y de la información sobre otros servicios de salud y estimar y evaluar la percepción y opinión de los afiliados del SPS respecto al nivel de calidad de la infraestructura y de la información que recibe el usuario adicional al servicio que recibe y si ha habido satisfacción en la proporción de esos beneficios.

4. Analizar y describir las formas de financiamiento federal, estatal y usuario de las Políticas Públicas en salud y evaluar la percepción de los usuarios del Seguro Popular respecto a las cuotas familiares cubiertas al sistema, así como su recontractación y recomendación a terceras personas.

1.7 Hipótesis

Las hipótesis para este trabajo de investigación son las siguientes:

H1. Las políticas públicas en salud implementadas en Culiacán, Sinaloa y México han permitido avanzar en los últimos siete años en la cobertura universal en servicios de salud.

H2. La política pública denominada Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa, ofrece satisfacción a los usuarios en atención médica y del personal de salud y ha permitido a la población afiliada reducir el gasto de bolsillo en atención médica y en medicinas en comparación con lo que antes de su implementación erogaban.

H3. Los afiliados al SPSS en Culiacán, consideran que reciben información incompleta del hospital sobre otros servicios de salud además del motivo de consulta y que la infraestructura del sistema está en malas condiciones por lo que ofrece un pésimo servicio.

H4. Los usuarios del Seguro Popular califican de justas las cuotas pagadas por el servicio, por lo que volverían a contratar el Seguro Popular y lo consideran digno de ser recomendado a terceras personas.

La igualdad tal vez sea un derecho, pero no hay poder humano que alcance jamás a convertirla en hecho.
Honoré de Balzac

Capítulo II. Contexto teórico del derecho a la salud y la asistencia médica.

Introducción

El presente trabajo, al inmiscuirse en el Derecho, no pretende abordar conceptos de carácter filosófico, sino buscar de manera práctica la incursión al tema del derecho a la salud que en su contexto proviene del derecho de las personas, y por consecuencia es necesaria la injerencia en tan importante rama. Se presenta una visión general del Derecho, su concepto y relación con la sociedad, donde se analiza la afinidad entre el conocimiento y naturaleza del ser humano y el Derecho.

2.1 El derecho y su clasificación

El hombre es un ser social, su vida la desarrolla a través de la relación, no se puede concebir la vida del hombre aislado de los demás para realizar sus deseos. El derecho nació para permitir la vida armónica entre los miembros de la sociedad, sin embargo no siempre la vida se desenvuelve con tranquilidad, es indispensable que los miembros de la sociedad se sometan a la observancia de normas jurídicas generales que fijan la conducta de los hombres y que permiten llegar a hacer regular y continua la vida social.

En este contexto el Derecho Romano² marcó un hito para el derecho tal y como se conoce hoy en día, sirve además para profundizar en los códigos modernos, y su estudio será siempre la fuente más fecunda y unificadora de la ciencia y la práctica jurídica (Peña, 2004-2).

García Bazán (2000:38-50) concluye sobre la raíz etimológica de la palabra *Derecho*:

La palabra *ius* es de origen romano, es el derecho de lo bueno y lo equitativo, el término francés *diritto*, no proviene de *ius*, sino del latín *directum*, siendo éste el término que dio origen a las traducciones de *ius* en las lenguas modernas, por ejemplo: derecho, *droit*, *diritto*, *recht*, *right*, etc. *Ius*, como denominación técnica de derecho, es una palabra de origen antiquísimo y de oscura etimología. Numerosos vocablos compuestos como el adjetivo *iustus*, *-a*, *-um* (justo) o el adverbio *iuste* (con justicia o justamente), sus opuestos *iniustus* e *iniuria* se derivan de él, al igual que muchos otros vocablos como *iurisprudentia*, *iurisdictio*, *iudicium*, *iudicare*, *iustitia*, *iurisperitus*, etc. De *ius* también derivan en las lenguas románicas, entre otros vocablos, *jurídico*, *giuridico*, *xuridico*, *giuridique* y el germánico *juristisch*.

Alva Matteucci (2001:1), menciona que la base de las legislaciones actuales en la mayoría de los países del mundo³ da extrema importancia a la norma positiva frente a otras fuentes del Derecho.

² El Derecho Romano es el conjunto de los principios de derecho que han regido la sociedad romana en las diversas épocas de su existencia, desde su origen hasta la muerte del emperador Justiniano. Después de haber formado durante siglos la legislación de una gran parte de Francia, no es ya susceptible de aplicación después de la promulgación del Código Civil. Sin embargo, su estudio no ha cesado de constituir con justo título la base de toda educación jurídica verdaderamente digna de ese nombre. Esto no es que se haya librado, sobre todo en estos últimos tiempos, de protestarse su utilidad. Para ciertas personas que no toman de las cosas más que el interés práctico e inmediato, este derecho, caduco y anticuado, no será más que un bagaje inútil, y, de renovarse, su enseñanza sería como un último resto de la Escolástica de la Edad Media, Pero se ha dicho en su favor, frecuentemente con razón, que el derecho romano ha recibido siempre de los que le ignoran los mas violentos ataques, mientras que los mejores espíritus no han cesado jamás de ser sus defensores ardientes y convencidos (Petit, 1961:17).

³ Tal es el caso del Sistema Romano-Germánico, llamado también en la doctrina como el *Sistema de Derecho Continental*, otros sistemas por el contrario, restan importancia a la norma positiva y otorgan extrema credibilidad al sistema de precedentes jurisprudenciales. Este es el caso del Sistema Anglo-Sajón, que rige en toda la mancomunidad británica y algunos países de raigambre inglesa. Con la globalización, se ha acreditado el intercambio de figuras e instituciones, entre ambos sistemas que no siempre han sido correctamente adecuados al entorno social (Alva Matteucci, 2001:1).

El Diccionario de la Real Academia Española define el Derecho⁴ *como el conjunto de principios y normas, expresivos de una idea de justicia y de orden, que regulan las relaciones humanas en toda sociedad y cuya observancia puede ser impuesta de manera coactiva.*

A su vez, Rojina (1985:15) señala que *derecho es un conjunto de normas bilaterales externas, generalmente heterómanas y coercibles que tienen por objeto regular la conducta humana en su interferencia intersubjetiva.*

De la misma forma, García (1976:15) señala como elementos esenciales del derecho los siguientes: *a) es un conjunto de normas o reglas que gobiernan la conducta externa de los hombres en sociedad. b) se impone a los hombres por la fuerza de la misma sociedad organizada en poder y aplica una sanción al que viola la norma jurídica.*

De las definiciones anteriores podemos señalar algunos elementos que a todas les son comunes: el Derecho es un conjunto de normas que regulan la conducta social de los individuos y que se les impone aun en contra de su voluntad y son *bilaterales, externas, heterónomas y coercibles*; están destinadas a regular la conducta del hombre en sociedad, es decir, van dirigidas a un grupo social determinado; persigue la consecución del bienestar general al aplicar la norma ya que están orientadas a la realización de la justicia, seguridad jurídica, libertad e igualdad para proteger a la colectividad y no a un sujeto determinado.

Con el propósito de ampliar los elementos comunes en las definiciones de Derecho y de acuerdo con Cruz y Sanromán (2006:6-21), *toda regla de conducta a la cual se debe apegar el hombre se denomina norma*⁵. Agregan que las normas jurídicas nacen como resultado de un proceso de desarrollo y tienen diversos orígenes, formulación histórica o fundamento de validez; por lo que las fuentes del derecho se dividen en: a) históricas, b) reales y c) formales⁶.

⁴ Kelsen (1982:45) afirma que el Derecho es un orden de la conducta humana, que puede ser influido por tendencias políticas, haciéndosele coincidir con un ideal específico de justicia, como la democracia y el liberalismo. Ramírez (1967:17) define el Derecho como una forma objetiva de regulación de la conducta humana que tiene además como características la de ser social, bilateral, externa, heterónoma y coercitiva.

⁵ La norma alude a que algo deba ser o producirse, especialmente, a que un hombre deba comportarse de determinada manera. Este es el sentido que tienen ciertas acciones humanas dirigidas con intención hacia el comportamiento de otros, están dirigidas hacia el comportamiento de otros cuando, conforme a sus sentido, proponen (ordenan) ese comportamiento, señala que no constituyen proposiciones o enunciados declarativos sobre un objeto dado del conocimiento, sino que son mandamientos, órdenes, imperativos, que no únicamente son mandamientos sino también permisiones y autorizaciones, pero en ningún caso el derecho da información instructiva, el derecho ordena, permite y faculta, pero no informa; las normas jurídicas se expresan con palabras y oraciones que instauran la norma que produce derecho (Kelsen, 1982:17-19) .

⁶ Las *fuentes históricas* son aquellas que se encuentran contenidas en documentos que actualmente no están vigentes. Las *fuentes reales* son aquellas circunstancias o causas sociales, políticas, económicas (guerras, epidemias, liberalismo, utilitarismo) que en un lugar y el tiempo determinado hacen surgir la norma jurídica; por ejemplo, el problema del deterioro del medio ambiente nos obliga a regular conductas con el fin de proteger el ecosistema y las *fuentes formales* son aquellas cuyo proceso o camino que sigue la norma para tener fuerza y adquirir validez para su aplicación en la sociedad. En este apartado destacan la ley, la jurisprudencia, la costumbre, la doctrina y los principios generales del derecho (Cruz y Sanromán, 2006:16-21).

En relación a las características de las normas del Derecho y de acuerdo con García Pelayo (1985:538) *heterónoma* significa: sometido a un poder o ley extraña y la palabra *coercible* según Lex Jurídica⁷, significa, presión ejercida sobre alguien para forzar su voluntad o su conducta.

Por otra parte, se considera que una norma es *bilateral* cuando el propio tiempo que impone deberes a uno o a varios sujetos, concede facultades a otro u otros; la *exterioridad* se determina tomando en cuenta únicamente la adecuación externa de la conducta con el deber estatuido, prescindiendo de la intención o convicción de obligado, la validez en el cumplimiento de los deberes jurídicos depende de la simple observancia de la norma, aun cuando se lleve a cabo contra su propia voluntad y convicción (Soto, 1982:28). Además este autor señala que entre los diversos sentidos de la palabra *Derecho* se habla del derecho objetivo, del derecho subjetivo, del derecho vigente y del derecho positivo, los cuales según Soto (1982: 28-29) y Preciado Hernández (2008: 21-22) concluyen que:

- El *Derecho Objetivo*, es un conjunto de normas, de preceptos imperativo-atributivos, esto es de reglas que al mismo tiempo que imponen deberes otorgan facultades. Es el conjunto de normas constitutivas de un determinado ordenamiento jurídico.
- El *Derecho Subjetivo*, es el poder, pretensión, facultad o autorización que conforme a la norma jurídica tiene un sujeto frente a otro u otros sujetos, ya sea para desarrollar su propia actividad o determinar la de aquellos.
- El *Derecho Vigente*, es el conjunto de reglas imperativo-atributivas que en una época y en un lugar determinados el poder público considera obligatoria su observancia, un ordenamiento vigente está elaborado con todas las formalidades prescritas por el poder público, la vigencia es un atributo puramente formal, el sello que el Estado imprime a las reglas jurídicas, ya sean consuetudinarias o escritas, sancionadas por él.
- *Derecho Positivo*, es todo ordenamiento que se cumple. La positividad se refiere sólo a su eficacia. La positividad es un hecho que estriba en la observancia de cualquier precepto de los preceptos en vigor, el derecho es la ordenación positiva y justa de la acción del bien común, se encuentra no solo formado por normas, sino también por conceptos jurídicos fundamentales generales y particulares que atienden la estructura de estas normas.

El Derecho como disciplina científica tiene un objeto de conocimiento muy amplio, como ya se describió anteriormente, la conducta humana se manifiesta en diversos aspectos de la vida social, de ahí que existe una multiplicidad de relaciones sociales que el derecho regula. De tal manera que para la consecución de sus fines el derecho se divide a su vez en tres grandes ramas: Derecho Público, Derecho Privado y Derecho Social⁸.

⁷ Información obtenida en visita a la Internet, pagina web <http://www.lexjuridica.com/diccionario.php> con fecha 13 de julio de 2009.

⁸ Cruz y San Román (2006:24-25), nos hacen una interpretación de estas tres ramas del derecho: El *derecho público* es conocido como el sistema de normas jurídicas que regulan las relaciones entre el Estado y los particulares. Dentro de este derecho existen dos planos de actuación del Estado: el primero, de suprasubordinación, que es cuando el Estado actúa como ente superior frente al particular (ejemplo: expropiación). El segundo, de coordinación, se manifiesta un plano de igualdad entre el Estado y el particular (ejemplo: demanda por incumplimiento de un contrato). El *derecho privado* es el conjunto de normas que regula las relaciones entre particulares (ejemplo: acuerdo de una compraventa). El *derecho social* tiene por objeto la protección de los intereses sociales en su conjunto, estudia la protección de los grupos sociales económicamente débiles y regula las relaciones que se suscitan entre los distintos grupos, este derecho nace debido al constante desarrollo de las instituciones sociales que en su clasificación experimentó cambios y como respuesta a las necesidades que aparecen en la sociedad contemporánea debido a los fenómenos sociales que el desarrollo de la ciencia, la tecnología y los modelos de producción traen consigo.

En los siguientes apartados se realizará un breve análisis sobre el derecho social, su clasificación, su importancia para la sociedad y desembocaremos en el tema del derecho del trabajo y de la seguridad social, dos derechos dependientes del derecho social, independientes entre si pero de carácter vinculatorio.

2.1.1 *Antecedentes del Derecho Social*

Entre finales del siglo XIX y comienzos del XX, las críticas al capitalismo se agudizan y los derechos sociales experimentaron un renovado impulso político e inclusión legal. Enérgicas experiencias reformistas inspiran el surgimiento de Estados sociales liberal-reformistas en el mundo anglosajón (Gran Bretaña, Nueva Zelanda y Australia) y sientan las bases de un modelo universalista y social demócrata en los países escandinavos (Suecia, Noruega, Dinamarca). En el viejo Imperio ruso y en México, por su parte, tienen lugar ensayos revolucionarios de alcance diverso. En este último caso, las constituciones revolucionarias recogen un generoso alcance de los derechos laborales, todo ello con alcance limitado, deformado o simplemente cancelado por la realidad política (Pisarelo, 2003:26).

Mendieta y Núñez (1980:41), señalan *que los orígenes del Derecho Social fueron por causas sociológicas profundas, antecedentes lejanos, pero más que nada, obedece a un conjunto de circunstancias propias de su tiempo y que se constituyeron con la aportación de varias corrientes creadoras*. Así, los acontecimientos de la Revolución Industrial y la implantación del sistema económico liberal, que dieron origen a la clase trabajadora, constituyeron la sustancia del Derecho Social; y tales hechos no pasaron desapercibidos para grandes pensadores que expresaron nuevas ideas para aliviar las desigualdades sociales y proteger a los económicamente débiles (Dávalos, 2001:109-110).

Dávalos (2001:110-111) expresa que la sociedad⁹ organizada en una forma superior que es el Estado busca que a todos sus miembros se les brinde la oportunidad de desenvolverse íntegramente.

El nacimiento del Derecho Social, fue en el momento mismo en que aparecieron los primeros grupos sociales, pero su examen y su estudio comenzaron a realizarse recientemente de una manera analítica y crítica;

...las cuestiones que el mismo estudia ya existían, independientemente de que se les analizara esquemáticamente por la ciencia del Derecho Social, que en su establecimiento no llega al centenario. El Derecho Social no crea los problemas sino que los estudia y explica científicamente y resume algunas teorías con respecto a su origen que expresan los maestros Trueba y de la Cueva, tiene su fuente y fundamento en la Constitución Mexicana (Delgado, 1977:59-60).

⁹ La sociedad se sirve del Estado para la satisfacción de sus necesidades, y cuando la sociedad ha impuesto al Estado la obligación de servirle es cuando ha logrado elevar sus derechos al marco legislativo surgiendo entonces el derecho social. El derecho social ha sido, desde su nacimiento, el gran equilibrador de las desigualdades sociales y por ello el instrumento de estabilidad política de que se han valido los gobiernos para mantenerse en el poder; en la medida en que los sectores de la sociedad que caen bajo sus disposiciones vean disminuidos, formal y materialmente, las garantías que se les otorgan y que obtuvieron mediante la lucha, existirá el riesgo de verse obligados a continuar la misma pero adoptando medidas que transgredan el orden establecido, toda vez que éste los oprime, les coarta la posibilidad de desarrollo (Dávalos, 2001:110-111).

Trueba Urbina (1972,139-156) citado por Delgado (1977, 60-62) dice que el Derecho Social arranca de las disposiciones o reglas compiladas en las famosas Leyes de Indias, a los aborígenes...

La originaria protección de los derechos de los mexicanos, del ciudadano, y del jornalero, se encuentran en las proclamas libertarias del Padre de la Patria, el Cura Miguel Hidalgo y Costilla y en el mensaje de Don José María Morelos y Pavón que reclamaba aumento de jornal y vida humana para los jornaleros, principios que se escribieron en el Supremo Código de la Insurgencia: la Constitución de Apatzingán de 1814, aun cuando no tuvo efectos prácticos; fue en México, mucho antes que en otra parte del mundo, donde se habla con sentido autónomo del Derecho Social, cuando Ignacio Ramírez el “Nigromante” alza su voz en defensa de los débiles: mujeres, niños, huérfanos en el Congreso Constituyente de 1856-1857, haciendo un reclamo a la comisión fuerte y certero adelantándose a sus tiempo; sin embargo, las ideas sociales que se tuvieron de la legislación de Indias, las proclamas de Hidalgo, Morelos, así como las mas precisas del Nigromante, no llegaron a cristalizar en las Leyes al finalizar el siglo XIX, pese a las inquietudes y manifestaciones socialistas.

Afirma Trueba Urbina (1979:5) que fue hasta 1917 cuando el Derecho Social se convirtió en norma jurídica fundamental en la Constitución formulada en el Congreso Constituyente de 1916-1917, instalado en la Ciudad de Querétaro.

En esta Constitución producto de la Revolución Social Mexicana, se crearon por primera vez en el Universo, derechos sociales para campesinos y trabajadores en los artículos 27 y 123 naciendo así el Derecho Social Positivo, el cual fue incorporado en el Tratado de Paz de Versalles¹⁰ de 1919 y en las Constituciones de diversos Estados de casi todos los continentes. Por consiguiente el origen del Derecho Social Universal se encuentra en nuestra Constitución de 1917.

La tesis de de la Cueva, citado en Delgado (1977:66), ubica el nacimiento de la idea del derecho social siguiendo el pensamiento de Otto von Gierke¹¹...

Creemos poder afirmar que la vida se adelantó a la doctrina, porque en 1917 se proclamó en Querétaro la primera Declaración de Derechos Sociales de la historia aunque nunca se mencionó el término Derecho Social o Derechos Sociales

Delgado (1977:74-75), que emite su propia tesis opina que el derecho-derecho, que es al que corresponde el Derecho Social¹²:

¹⁰ El 1919 se establece la constitucionalización y la internacionalización del Derecho social. En el Tratado de Versalles, nace la Sociedad de Naciones, la cual da origen a la Organización Internacional del Trabajo, además de la Constitución de Weimar de Alemania que junto a la Constitución de México sancionada dos años antes, dieron origen al constitucionalismo social, que estableció el Estado de Bienestar y reconoció los derechos de los trabajadores (Casal, Arizmendi y Carrillo, 2007:143-145).

¹¹ El criterio que manejó Von Gierke para clasificar a las normas en tres ramas primarias o fundamentales es el relativo a la forma como el orden jurídico contempla al hombre para regular su conducta. De acuerdo con el criterio diferencial que propone Otto Von Gierke, en el derecho social deben catalogarse todas las normas que regulan las relaciones interhumanas, considerando al hombre no como persona plenamente individual, sino en sus relaciones con un cuerpo social, como integrante de lo social (Fix, 1996:3er. párrafo).

¹² Una vez que el hombre ha comenzado a explotar al hombre, surge un sistema de gobierno en el que el explotador podía disponer a su antojo hasta de la vida misma de los explotados. Al tiempo, la explotación de un solo hombre hacia su pueblo, surge el Estado como ficción jurídica, se une al Derecho legalizando la explotación del hombre por el hombre, en esta quimera legal aparecen plenamente identificados los derechos públicos y privado, que rematan desde entonces al Derecho Social (Delgado, 1977:74-75).

Nació en las tribus primitivas como una manifiesta necesidad, habiendo evolucionado paulatinamente hasta que de pronto, cuando unos pocos hombres se sintieron con imperio sobre los demás, desapareció y, en su lugar apareció el derecho del más fuerte. Es en esta etapa de la historia humana cuando el derecho-derecho pierde su fuerza y con ello se propicia el ingreso de un derecho nuevo que de ahí en adelante habrá de regir un distinto tipo de relaciones: las de la propiedad privada, que dan origen a la expoliación del hombre por el hombre; una vez que surge el Estado como ficción jurídica, se identifican plenamente los derechos privado y público que atentaron contra los intereses naturales de la clase obrera, al haberle escamoteado su derecho-derecho, o dicho en buen romance su Derecho Social el cual al ser imprescriptible se reasume por la clase trabajadora, laborantes, los económicamente débiles y por los proletarios a través del lenguaje de las garantías individuales que se encuentran en la Constitución Mexicana de 1917.

Granja (2003:1), reconoce que el surgimiento del Derecho Social, tiene sus orígenes en el Congreso Constituyente de los años 1856-1857, previo a la promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1857; la idea de Derecho Social la da Ignacio Ramírez, el 7 y 10 de julio de 1856, coincidiendo en su tesis con la de Delgado.

A pesar de que el Constituyente no llegara al acuerdo de plasmar por completo las ideas de Ignacio Ramírez en el texto Constitucional, dio grandes pasos para la posterior creación del Derecho Social Positivo en la Constitución de 1917, sin embargo es importante destacar que, en la Constitución de 1857, en sus artículos 4 y 5 respectivamente, se estableció el principio de libertad de profesión, industria y trabajo; y la garantía para la retribución justa del trabajo realizado (Granja, 2003:2).

Mediante el Derecho Social, explica Noriega Cantú (1988:74-75), se sustituye el concepto de igualdad, formulado por el liberalismo, por el de igualación, cambiando de justicia conmutativa por la distributiva; esto es, los hombres que no son iguales no deben ser tratados del mismo modo, pues esto se traduciría en tratarlos injustamente:

Los hombres que son desiguales no deben ser tratados conforme a una irreal igualdad jurídica que encubre una verdadera desigualdad social. Hay que entender que a la igualdad civil no se sigue la igualdad social; al contrario, esta es obtenida por la ruptura de la igualdad civil con el propósito de proteger a los trabajadores frente al capital.

Díaz Muller (2009:88), comenta que el doctor Soberanes Fernández, en su artículo *Tras una justicia social*, señala:

El liberalismo individualista y su consecuente, el capitalismo decimonónico (siglo XIX), trajeron consigo las más lacerantes desigualdades sociales, pues en aras de una igualdad de los hombres se creó un profundo estado de injusticia, ahora llamada social pues afectaba a grandes masas de desheredados. La Constitución de 1917, y el régimen político que de ella surgía, plantearán la necesidad de reorientar el régimen jurídico por los nuevos cauces de la justicia social, no solo en el derecho agrario o laboral sino en absolutamente todas las ramas de nuestro derecho, de ahí que surgiera el término que ya ha tomado Carta de naturalización en nuestra jerga jurídica, o sea el derecho social.

El Derecho Social se sustenta en la búsqueda de la igualdad social y en proporcionar oportunidades a los ciudadanos que les permitan el acceso a los medios necesarios para tener condiciones de vida dignas.

2.1.2 Concepto y clasificación del Derecho Social

Trueba Urbina citado por Delgado (1977:60-65) menciona que quien da la idea y el primer concepto de derecho social, fue Ignacio Ramírez el Nigromante, en su discurso pronunciado en el Congreso Constituyente 1856-1857, los días 7 y 10 de julio de 1856, quien literalmente diría:

Derecho Social son los medios jurídicos para proteger a los menos favorecidos, al hablar de los menos favorecidos, el político guanajuatense, se refería a los menores, mujeres, hijos abandonados, jornaleros; ciertamente este concepto no es tan amplio como los que encontramos hoy en día, pero lo que si era una realidad es, que ya los legisladores comenzaban a preocuparse por la situación social y jurídica, de las clases mas desfavorecidas, y ya se pretendía a través de instituciones jurídicas integrarlos a las sociedad en general, para que tuvieran un desarrollo pleno como seres humanos.

Con el paso del tiempo y la evolución del mundo jurídico, grandes teóricos del derecho comienzan a establecer nuevos conceptos al respecto, que resultan más estables y concretos, y comienzan a notar que no solo están las personas económicamente débiles, sino también personas físicamente débiles y es cuando entonces el derecho sobre todo el social comienza a crear programas e instituciones jurídicas para éstas (Granja, 2003:4).

El Tabla 2.1 concentra algunas definiciones de reconocidos autores sobre el derecho social, en el que se observa que ya no centran su atención a las clases de obreros, de proletariados y campesinos, sino que ya tienen un concepto más amplio de clases desfavorecidas o grupos vulnerables (Tabla 2.2).

Tomando en consideración la idea conceptual del Derecho Social de los diversos autores, el contexto pretende la justicia social para los económicamente débiles, a los grupos considerados en situación de vulnerabilidad, tal y como se observa la Tabla 2.2.

En opinión de Mendizábal (2009:19) los grupos vulnerables son los grupos poblacionales que por circunstancias de pobreza, origen étnico, estado de salud, género, edad o discapacidad se encuentran en una situación de mayor indefensión para satisfacer sus necesidades básicas y para incorporarse a los seguros sociales, entre ellos: *a) Mujeres, b) Personas de la tercera edad, c) Niños, d) Homosexuales, e) Indígenas, f) Trabajadores migrantes y sus familias, h) Trabajadores informales*¹³.

Ahora bien, una vez analizados los diferentes conceptos de Derecho Social y considerando que es un conjunto de principios, instituciones y normas que en función de integración, protegen, tutelan y reivindican a los que viven de su trabajo y a los económicamente débiles y la coincidencia de los diferentes autores respecto a su objetivo principal que es la protección social, a continuación se analizará la forma en que se encuentra constituido.

¹³ Según información y datos proporcionados por el Banco Mundial, los trabajadores informales asalariados representan el 45% del empleo total urbano en México.

Tabla 2.1 Definiciones de Derecho Social

Autor	Concepto	Reflexiones
Mendieta y Núñez (1980:40-54)	El derecho social es el conjunto de leyes y disposiciones autónomas que establecen y desarrollan diferentes principios y procedimientos protectores en favor de las personas, grupos y sectores de la sociedad integrados por individuos económicamente débiles, para lograr su convivencia con las otras clases sociales dentro de un orden justo.	Protección dentro de un orden justo de las personas, grupos y sectores, económicamente débiles.
González Díaz (1978:51)	Es una ordenación de la sociedad en función de una integración dinámica, teológicamente dirigida a la obtención del mayor bienestar social, de las personas, de los pueblos, mediante la justicia social.	Obtención de mayor bienestar social de las personas.
Trueba Urbina (1972:155)	Conjunto de principios, instituciones y normas que en función de integración, protegen, tutelan y reivindican a los que viven de su trabajo y a los económicamente débiles.	Protección social a los económicamente débiles.
Abramovich y Courtis (2002:22)	Son el derecho del trabajo, derechos laborales individuales y colectivos, incluyendo el derecho de huelga, derecho a la seguridad social, derecho a la protección de la familia, derecho a un nivel de vida adecuado, incluyendo alimentación, vestido y vivienda, derecho a la salud, derecho a la educación, derecho a participar en la vida cultural.	Conjunto de normas para la protección social del trabajador y su familia.
Radburn (1998:157)	La idea central en que el Derecho Social se inspira no es la idea de la igualdad de las personas, sino de la nivelación de las desigualdades que entre ellas existen; la igualdad deja de ser así, punto de partida del Derecho, para convertirse en meta o aspiración del orden jurídico.	Protección social a grupos vulnerables de la sociedad.

Fuente: elaborado por el autor de esta tesis a partir de los autores señalados en la tabla

Cruz y Sanromán (2006: 26-27) señalan que el Derecho Social se clasifica de la siguiente manera:

Derecho agrario. Sistema de normas que regulan lo relativo a la tenencia de la tierra. Un ejemplo es el establecimiento de tribunales agrarios que se derivan de la Ley Agraria.

Derecho Laboral. Normas jurídicas que establecen las relaciones obrero-patronales; por ejemplo: la fijación de los días de descanso obligatorio y el reparto de utilidades, ambas prestaciones reguladas por la Ley Federal del Trabajo.

Derecho educativo. Conjunto de normas jurídicas que regulan la actividad y funcionamiento de las instituciones del sistema educativo nacional. Como ejemplo podemos nombrar la legalización y revalidación de estudios profesionales de acuerdo con lo previsto en la Ley General de Educación.

Derecho de la seguridad social. Conjunto de normas jurídicas que regulan todo lo relativo a los trabajadores mexicanos y sus familias, otorgándoles prestaciones en especie y económicas con el objeto de asegurarles salud y vida digna.

Mendieta y Núñez (1980:54) apuntan que el Derecho Social tiene como finalidad la protección a integrantes de grupos sociales o sectores de la sociedad y lo clasifican de la forma siguiente:

- Derecho del Trabajo
- Derecho Agrario
- Derecho Económico

- Derecho de la Seguridad Social
- Derecho de la Asistencia
- Derecho Cultural

Tabla 2.2 Grupos en situación de vulnerabilidad 2008

Concepto	Total
Niños y niñas (menores de 15 años) (En millones)	31,322,882*
Adolescentes (de 15 a 17 años) (En millones)	6,374,454*
Adultos mayores (de 60 años o más) (En millones)	8,777,273*
Indígenas (En millones)	13,851,503*
Mujeres que padecen violencia de pareja (%)	43,2
Desplazados internos	5,500 a 12,000
Refugiados	1,616
Jornaleros agrícolas (En millones)	3,400,000 a 5 millones
Migrantes indocumentados en EE. UU. (En millones)	5,900,000
Mexicanos que emigraron a EE.UU. (En millones)	3,450,000
Personas con algún desorden mental (% de la población)	Entre 15 y 28 (1)
Personas con discapacidad (En millones)	Entre 1,796 y 2,242 mill.(2)
Casos acumulados de Sida de 1983 a junio de 2008	121,718
Casos de Sida diagnosticados hasta julio de 2008	1,767
Numero estimado de persona que viven con VIH/ Sida	182
Personas con preferencias sexuales y de genero distintas a la heterosexual (% de la población total)	2,5 a 8,0

(1) Atención psiquiátrica de la Secretaría de Salud en la Jornada, 17 de julio de 2007.

(2) Ambas son cifra de INEGI¹⁴ con base en el censo de población del año 2000.

* Tomado de las estimaciones de Consejo Nacional de población para el año 2008.

Fuente: a partir de Aguayo: (2008:50)

Al señalar Mendieta y Nuñez el *derecho económico* como parte del Derecho Social contraviene lo expresado por Goldschmit al definirla brevemente como *el derecho de la economía organizada* y de E. R. Huber quien lo conceptúa como *el conjunto de estructuras y medidas jurídicas con las cuales, utilizando facultades administrativas la administración pública influye en el comportamiento de la economía privada*; igualmente, Insuela Pereira lo considera como *un complejo de normas que regulan la acción del Estado sobre las estructuras del sistema económico y las relaciones entre los agentes de la economía* (Witker, 1999: 5), por lo que en opinión de quien escribe, más que formar parte del Derecho Social el derecho económico forma parte del derecho público.

Considerando los temas inherentes a este trabajo de investigación, se efectuarán algunos comentarios que generan algunos autores en lo referente al Derecho Social y su importancia en la

¹⁴ Instituto Nacional de Estadística y Geografía

sociedad, manejando de manera exclusiva únicamente tres ramas de ese derecho, como los son: el Derecho del Trabajo, el Derecho a la Seguridad Social y el Derecho a la Asistencia como parte esencial de estudio, pues hay argumentos válidos para observar la estrecha vinculación que existe entre el Derecho del Trabajo y el Derecho de la Seguridad Social así como de manera especial el estudio de la asistencia o protección social tema del cual se centra este trabajo de investigación, aspectos que se explicarán en páginas posteriores.

2.1.3 *El Derecho Social y su importancia en la sociedad*

En los puntos anteriores, se conceptuó el Derecho Social como un derecho de integración y de una comunidad, diferente al Derecho Privado que regula las relaciones entre particulares y del Derecho Público donde aparecen vínculos del Estado y los particulares; ya Mendieta y Núñez, lo definen como un derecho de clases y grupos protegidos frente al Estado, frente a otros grupos y clases y frente a la misma sociedad.

También se señaló en párrafos anteriores que el Derecho Social son disposiciones que benefician a los económicamente débiles, a las clases desprotegidas, por lo que en toda sociedad actual se requiere del Derecho Social para establecer un conjunto normativo específico, que contribuya a la obtención del bien común y de justicia social, que permita a esa sociedad igualdad de oportunidades de desarrollo para todos sus miembros, independientemente de la situación económica, cultural y social.

En el momento que el Estado reconoce un derecho y se obliga a protegerlo, se debe hacer la distinción en la nomenclatura que recibirá a partir de ese momento tal derecho, pues pasará de ser un derecho humano a ser un derecho fundamental (en el caso mexicano una garantía individual) pues se recogerá tal derecho en el texto constitucional, sufriendo el proceso de transformación de derecho humano a derecho fundamental, que en realidad hablamos de derechos humanos constitucionalizados, en donde el Estado queda vinculado al mismo, en la medida que es responsable de proporcionar directa o indirectamente, las condiciones necesarias para el ejercicio del mismo (Beltrán, 2007:52).

La importancia de todo esto radica en que los derechos humanos según Beltrán, (2007:49-50) gozan de una serie de atributos que los identifica plenamente, como son:

1. Universalidad: todos somos sujetos de tales derechos, independientemente de nuestra cultura, época histórica en la cual nos encontremos (teniendo en cuenta que los derechos también tienen una variable de cambio dependiendo qué momento de la historia analicemos) o cualquier otra circunstancia que lleve a la diferencia.
2. Absolutos: en caso de conflictos siempre prevalecerán.
3. Innegociables: No entran en ningún tipo de mercado, no son susceptibles de transacción alguna.
4. Inalienables: no puede renunciarse a ellos, ni se pueden quitar.

Novoa (1979:13-18), explica que los derechos del hombre constituyen una preocupación propia de los tiempos modernos...

...hace apenas dos siglos que ellos han empezado a ser reconocidos de manera más expresa y más o menos sistemática, la corriente política liberal que triunfa en una gran parte de las naciones occidentales, hace que la declaración de derechos se transcriba en la mayor parte de las constituciones políticas que aquellas se dieron en el siglo pasado o sirva de modelo a lo que se llama *las garantías individuales*.

Ante todo esto, Mendizábal (2007:8-9) afirma que el Derecho Social en México, cuenta con dos elementos que lo caracterizan, así como también a las disciplinas que engloba:

1. Es un conjunto de leyes, principios e instituciones. Porque al ser una ciencia jurídica cuenta con autonomía, es decir encuentra su fundamento en los artículos constitucionales 3, 4, 27, 28 y 123 principalmente y de ellos deriva su funcionamiento a través de leyes, reglamentos, principios, a partir de las cuales se crean instituciones para llevar a cabo sus fines, además de existir sólidas instituciones para aplicar y administrar dichas normas jurídicas.
2. La clase vulnerable de cada sociedad. El conjunto normativo tiende a proteger al extracto social débil de la enorme desventaja existente en los rubros social, económico, político y cultural, por ejemplo de la clase obrera, con la clase patronal, empresarial o en general con mejores medios.

El Derecho Social, considera Mendizábal (2007:7) como rama autónoma del derecho, viene a englobar a disciplinas jurídicas con características comunes como lo es la solidaridad.

En principio no se refiere a todos los individuos en general, sino a todos los grupos sociales, que por su condición económica, cultural, laboral, etc., constituyen una clase social marginada dentro de cualquier sociedad que requieren de la intervención estatal para hacer valer la justicia social.

Ahora bien, por la importancia que reviste para este trabajo de investigación, en el apartado siguiente se contemplan las causas por las que el Derecho Social requiere la necesidad de convertirse en derecho positivo¹⁵, para lo cual comentaremos algunos preceptos definiendo los principios para formalizar el Derecho del Trabajo y el Derecho de la Seguridad Social como referencias imprescindibles del Derecho Social.

En los temas anteriores cuando se hizo referencia al Derecho Social, se planteó que en su conjunto normativo protegía a las clases económicas más débiles de nuestra sociedad como son los trabajadores y los campesinos y que en su fase de implantación trajo consigo un nuevo concepto de justicia social; como parte integrante del Derecho Social, el Derecho del Trabajo y el Derecho de la Seguridad Social es el siguiente tema a tratar, por lo que se detallarán como nace la vinculación del trabajo con la seguridad social, el concepto de sistema de salud, los orígenes de los Seguros Sociales, las causas que lo motivaron y el surgimiento de la seguridad social como derecho que cambió el rumbo de la historia de los derechos sociales.

2.1.4 El Derecho Social y su vinculación al Derecho del Trabajo y al Derecho de la Seguridad Social

Menciona el Maestro de Buen (1997:1) que no puede haber la menor duda de que el trabajo ha sido una constante en la evolución de la humanidad, no puede entenderse al hombre desprendido del trabajo; desde la perspectiva del derecho del trabajo lo que realmente importa es determinar las condiciones en que el trabajo se presta con la pretensión de disminuir los efectos negativos de la explotación.

Al respecto Uzcástegui (1990:36) alude que las normas tendientes a regular las relaciones de trabajo remontan su existencia a la antigüedad...

¹⁵ El derecho positivo es el derecho vigente. El conjunto de normas que regula la convivencia humana en un lugar y en un momento determinado.

...es a fines de la edad media, con el debilitamiento de los gremios y corporaciones y el fortalecimiento de la clase obrera a través de los sindicatos, cuando se pudo poner en evidencia todo el juego de intereses de las dos clases sociales nacientes: empresarios y obreros comprendieron temprano que podían confiar en la poderosa fuerza que generaba una actitud solidaria por la supervivencia, por lo que la clase obrera reclama de una manera decisiva mejoras que ya formaban parte de un nuevo ordenamiento legal. Con ello en 1802, Inglaterra tuvo uno de los primeros instrumentos legales referido al trabajo de mujeres y niños y nace la primera Ley del Trabajo en donde se prohibía el empleo a niños y otros ordenamientos que rigen en la actualidad. En Francia antes de la primera Ley del Trabajo promulgada en 1841¹⁶, se aplicaron algunas medidas intervencionistas, en 1813 se prohíbe el empleo a niños menores de nueve años. Suiza en la Ley Federal de 1881, regula la responsabilidad patronal por daños causados a un empleado o a un obrero muerto o herido en la fábrica ante el daño originado como generadoras de enfermedades, a partir de ese momento se consideró que la responsabilidad del patrón era algo moralmente justo, sino también como un sistema que podía incitar al empleador a tomar medidas eficaces para evitar los accidentes en interés de las buenas relaciones de trabajo.¹⁷.

La legislación laboral, señala Pastorino (1989:18-20) es la primera etapa del Derecho del trabajo¹⁸, y al referirse a su origen escribe:

Tiene indiscutiblemente su origen en la acción constructiva promovida por el sindicalismo, destinada a lograr la sanción de leyes protectoras del trabajador, ante la desigualdad frente al empleador o capitalista. La denominada Revolución Industrial, comenzada a mediados de la segunda mitad del siglo XVII, permitió, en los establecimientos industriales creados con la incorporación de la máquina, el agrupamiento de trabajadores, habitantes de las ciudades europeas y sus alrededores, que, liberados de la esclavitud o del régimen feudal, pasaron a convertirse en el proletariado industrial cada vez en número mayor, ante el enorme desarrollo e incremento permanente del industrialismo.

¹⁶ El auge de la actividad económica registrada a fines del siglo XVIII y durante el siglo XIX, intensificó la actividad productiva, se desarrolla el sistema de transporte, la banca, las técnicas financieras, lo que motivó el incremento de la masa trabajadora requerida para mantener el ritmo de crecimiento de las economías, tal situación, provoca problemas de seguridad por una parte, y de ocupación por la otra ya que en el caso de los obreros al utilizar aparatos mecánicos desconocidos por ellos trajo consigo incremento en accidentes de trabajo, lo que obligó a implementar medidas legales de protección, se transforma entonces el pensamiento civilista dominante, haciendo evolucionar el concepto sobre la responsabilidad por los riesgos de trabajo hasta lograr la doctrina incorporada hoy día en los textos legales, las teorías mas relevantes con relación a los accidentes de trabajo son: La Teoría de la culpa, y la Teoría del principio del riesgo profesional, que sirvieron de sustento para fincar la responsabilidad del empleador en los accidentes laborales (Uzcástegui, 1989:33-36).

¹⁷ La legislación laboral es uno de los antecedentes inmediatos de la seguridad social, varios autores participan del criterio de que la Seguridad Social continúa siendo el apéndice del campo laboral, Alfonso Olea, señala que en la responsabilidad patronal, el accidente de trabajo está ligado íntimamente con el contrato de trabajo, la responsabilidad está garantizada con el aseguramiento. Las especiales medidas de seguridad social están constituidas por el Seguro de accidentes de trabajo integrantes del propio Derecho del Trabajo, de éste vienen la noción de accidente, enfermedad de trabajo, de empresario, trabajador, los trabajos que dan lugar a una responsabilidad patronal, etc., de lo que si no hay lugar a dudas, es el hecho que a medida de que la noción de riesgo muy identificada con la responsabilidad patronal fue reemplazada por el de contingencia social, todas esas situaciones caían en la orbita de la Seguridad Social (Uzcástegui, 1989:36-37)

¹⁸ Aparece así la relación obrero-patronal, que surge de los hechos, donde el trabajador desarrolla una actividad al servicio de un empleador, dueño de los elementos de la producción, y donde es retribuido con una remuneración sometida a la ley de la oferta y la demanda, a la capacidad o habilidad del trabajador o, simplemente, a los deseos del empleador, dado que la misma se fijó de acuerdo con el contrato verbal o escrito convenido entre las partes, sin otra intervención que la de los contratantes, y no teniendo en cuenta nada más que la necesidad, especialmente económica, del trabajador, en lo que respecta a su subsistencia (Pastorino, 1989:18-19).

La identidad del derecho del trabajo como rama diferenciada escribe Podetti (1997:141) resulta de la existencia de principios propios, estos principios son proposiciones genéricas de las cuales derivan las demás normas componentes de un sistema.

Aunque el grado de intervencionismo estatal en la regulación jurídica de las relaciones de trabajo reconozca variaciones de identidad, a tenor de cambios tecnológicos, económicos, políticos y culturales, ello no resulta decisivo en tanto la normativa constitucional o la legal quepa reconocer la permanencia de los principios propios del derecho del trabajo; la mayor o menor intervención del Estado en las relaciones de trabajo dependen no solo del sistema económico sino de la posibilidad real de negociación colectiva; la formulación de los principios del derecho del trabajo es el fruto de su extracción del complejo normativo laboral que varía de país en país y en el tiempo. Por ello cuando a título de declaraciones de derechos sociales en las constituciones y por su regulación específica en la Ley, se expresan tales principios propios del derecho del trabajo del respectivo ordenamiento nacional, en tal caso impera la norma de derecho positivo que los recoge.

El derecho del trabajo es uno de los medios jurídico-normativos de que se vale la política social, en el confluyen la solidaridad, la subsidiaridad, la libertad y dignidad humana que tienen fecundas virtualidades en las relaciones de trabajo (Podetti, 1997:142-144).

Las funciones que cumplen los principios generales del derecho al proyectarlo a los principios del derecho del trabajo son tres: política legislativa, normativa e interpretativa.

- a) La función de política legislativa, consiste en que los principios recogidos de los derechos sociales constitucionalmente declarados conformen las políticas concretas.
- b) La normativa, es una función supletoria en caso de ausencia de ordenamiento jurídico nacional.
- c) La interpretativa, función que aplica la interpretación para resolver situaciones no previstas y la virtualidad de las previstas en forma lógica-valorativa del alcance de las normas aplicables.

Podetti, (1997:144-151) explica que los principios del derecho del trabajo se clasifican de la siguiente manera:

- a) *Principio de centralidad*. La persona humana es el verdadero centro de toda actividad social, política y económica, es el derecho personalista del trabajo, personalización que apunta a la esencial libertad del trabajador, todo el derecho del trabajo está ordenado a la personalidad del trabajador.
- b) *Principio protectorio*. La protección al trabajador, imprescindible para que el ordenamiento jurídico como sistema de paz sea social y moralmente justo; de este principio derivan el *Principio de indisponibilidad* que significa que sus derechos son irrenunciables; el *Principio de jerarquía normativa* que consiste en la aplicación preferencial de las normas mínimas inderogables, prevalece en conflictos la norma que favorezca más al trabajador; el *Principio de la condición más beneficiosa*, que las condiciones originadas en normas contractuales sean de alcance individual ya que las colectivas tienen su propio régimen en orden a la vigencia temporal de sus cláusulas; el *Principio de igualdad de trato* que concreta en que de parte del empleador, el trabajador reciba un tratamiento igual, para iguales, en iguales circunstancias; el *Principio de favor de la duda* que significa que los casos dudosos deben resolverse a favor del trabajador; el *Principio de primacía de la realidad*, en caso de discordancia entre lo que ocurre en la práctica y lo que surge de documentos o acuerdos, debe darse preferencia a lo primero, esto es, a lo que suceda en el terreno de los hechos; el *Principio de conservación del contrato*, a este principio se le vincula con la estabilidad y con la forma clásica de una relación de tiempo completo, en el mismo lugar y para toda la vida, lo denominado también como principio de la duración indefinida de la relación.

c) *Principio de actuación colectiva*. Delimita las competencias sociales implicando que la sociedad toda, o el Estado como su organización jurídica, no deben asumir facultades que excedan lo que cada persona o cada grupo social menor pueden hacer por si mismos. De este principio derivan los siguientes principios: *Principio de libertad sindical*, faculta en lo individual la incorporaron o no a un sindicato, en lo colectivo, a constituir un sindicato, organizarlo y actuar externamente, sin prohibiciones estatales ni injerencias o discriminaciones de los empleadores; el *Principio de autonomía normativa o autorregulación laboral*, negociación colectiva con los empleadores, mediante convenios o acuerdos lo inherente a la materia laboral regulando los propios intereses socioeconómicos; el *Principio de autotutela laboral colectiva*, habilita al ejercicio colectivo de defensa de los intereses laborales y socioeconómicos ejerciendo el derecho de huelga y otras medidas de acción directa; *el principio de participación*, en la dimensión empresarial este principio se concreta en la asunción colectiva de responsabilidades por los trabajadores en la gestión de la empresa, según niveles de concreción, variada de acuerdo a las circunstancias.

Ahora bien, los derechos de los trabajadores en México, están regulados en el Derecho del Trabajo, para tal efecto, Dávalos (2001:5-6), lo define como *el conjunto de normas jurídicas cuyo objeto es conseguir el equilibrio y la justicia social en las relaciones de trabajo*. El derecho del trabajo mexicano, nacido de la Constitución de 1917, dadas las causas que lo originaron, ha adquirido caracteres sociales que lo distinguen de las demás ramas jurídicas, estos son los siguientes:

1. Es un derecho protector de la clase trabajadora ya que tiene la finalidad de apoyar y proteger a los trabajadores, que son la parte más débil en la relación trabajador-patrón, el Estado tiene el compromiso de proteger a partir de la Ley a la clase trabajadora.
2. Es un derecho en constante expansión, ya que la protección de la Ley al trabajador se ha extendido en todos los niveles de trabajo.
3. Es un mínimo de garantías sociales para los trabajadores, los derechos nunca podrán ser reducidos, sea por un contrato individual, convenio o contrato colectivo, pero si podrán darse beneficios adicionales a la Ley para mejorar los derechos de los trabajadores.
4. Es un derecho irrenunciable, cualquier renuncia hecha en forma oral o escrita, no tendrá validez jurídica, ni ante el patrón, ni ante los tribunales.

Concluyendo, la vinculación del derecho social al derecho positivo, es decir, al derecho del trabajo, se sustenta estableciendo normas jurídicas independientes del marco constitucional establecido, con la finalidad de ofrecer garantías a los trabajadores de acuerdo a los principios fundamentales del derecho del trabajo.

Por otra parte, el manejo de la seguridad social se vincula directamente con el derecho del trabajo, tal y como lo establece Ruiz Moreno (2004-5): *imposible resulta entender a la seguridad social, sin ligarla con el trabajo formal y la actividad social productiva*.

La legislación laboral menciona Uzcástegui (1989:36-37) es uno de los antecedentes inmediatos de la seguridad social, varios autores participan del criterio de que la Seguridad Social continúa siendo el apéndice del campo laboral.

Señala el autor que en la responsabilidad patronal, el accidente de trabajo está ligado íntimamente con el contrato de trabajo, la responsabilidad está garantizada con el aseguramiento. Las especiales medidas de seguridad social están constituidas por el Seguro de accidentes de trabajo integrantes del propio Derecho del Trabajo, de éste vienen la noción de accidente, enfermedad de trabajo, de empresario, trabajador, los trabajos que dan lugar a una

responsabilidad patronal, etc., de lo que si no hay lugar a dudas, es el hecho que a medida de que la noción de riesgo muy identificada con la responsabilidad patronal fue reemplazada por el de contingencia social, todas esas situaciones caían en la órbita de la Seguridad Social.

Al evolucionar la sociedad, paralelamente evolucionó también la ciencia jurídica (Ruiz Moreno, 2008:221-222), resultando claro que ahora se tiene una concepción muy distinta de la seguridad social.

Lo anterior viene a confirmarnos el impresionante avance logrado en este rubro, e históricamente nos resulta útil para afirmar ahora la completa autonomía entre ambos derechos: el laboral y el de la seguridad social, no obstante su permanente interrelación al ser los trabajadores subordinados el principal grupo social sujeto de aseguramiento obligatorio –que no el único-. Empero, el que se hallen vinculados e interrelacionados no evita la notoria autonomía de ambos, aunque formen parte del derecho social. De tal suerte que nadie debiera dudar que el derecho de la seguridad social es ya, por meritos propios, una disciplina autónoma, por completo desligada del derecho laboral, en razón de diversas circunstancias; entre ellas, desarrollando un punto indiscutible: el que la seguridad social conlleva más aspiraciones sociales que la clásica protección de la clase obrera.

En virtud de los puntos existentes de conexión entre la Seguridad Social y el Derecho del Trabajo, Mendizábal (2007:14-16) refiere que entre estas dos disciplinas han dado origen a confusiones de tipo conceptual y de aplicación y por ello, en su obra: *La seguridad Social en México* menciona:

El Derecho del trabajo nació del Derecho Civil por tratarse de relaciones entre particulares, pero pese a ello hoy goza de una autonomía no solo de legislación y procuración de justicia, sino de reconocimiento como Ciencia del Derecho, lo que desafortunadamente no ha sucedido con el Derecho de la Seguridad Social que a consecuencia de su vínculo en común con el Derecho del Trabajo, no ha logrado independizarse, pese a contar con un cuerpo normativo autónomo, e instituciones creadas para otorgar prestaciones.

En este sentido, explica Torres Díaz, (1996:XIII) las relaciones de trabajo entre un patrón, empresas o persona física y un trabajador, requieren la existencia de un sistema de compensación, entendido éste como el modo de equilibrar o cumplir dos obligaciones recíprocas, que son la base del contrato individual de trabajo.

El trabajador se obliga a poner su mejor esfuerzo, habilidades y destrezas al servicio del patrón para realizar los objetivos de la empresa y éste último a su vez, se obliga a remunerar lo anterior mediante el pago de un salario justo, debe incluir no sólo la retribución en efectivo y en especie que contribuyan a lograr un nivel económico adecuado para el trabajador y su familia, sino también prestaciones y beneficios como los que permiten proteger la vida y la salud o aquéllos que sirven para elevar el nivel de vida y la productividad.

Los empleados señala Werther (2005:329, 411-413) aportan sus contribuciones físicas e intelectuales a la empresa a cambio de una compensación, pero el término *compensación* abarca mucho más que los pagos efectuados en la forma de sueldos y salarios.

En la administración moderna, la compensación incluye el campo de los incentivos, que motivan al personal y establecen un vínculo entre los costos laborales y la productividad. La inmensa mayoría de las organizaciones modernas de todo tipo y giro incluye una gama de prestaciones y servicios como parte del paquete total de compensación que le corresponde a cada empleado. La seguridad física y financiera a la que cada integrante de la organización

tiene derecho deriva también de la existencia de leyes y disposiciones legales que señalan con claridad cuales son las obligaciones de las empresas respecto al personal que emplean.

En la sociedad moderna el empleador debe asumir considerable responsabilidad por las personas que han contraído un vínculo laboral con la empresa. De acuerdo con los parámetros legales de la sociedad del siglo XXI la protección del personal es costosa y requiere dedicarle considerables recursos, pero en último término se justifica ampliamente por sus efectos morales, psicológicos y económicos.

Las prestaciones legales administradas por el Estado para la protección de los trabajadores incluyen:

- El derecho a disfrutar de cuidados médicos, incluso la hospitalización y los tratamientos adecuados;
- El derecho del trabajador a recibir una pensión;
- El derecho a recibir del Estado una compensación adecuada para el cónyuge y los hijos menores de edad en caso de muerte;
- El derecho a recibir compensación cuando se sufre una circunstancia que incapacita de manera permanente al trabajador;
- El derecho a percibir determinados ingresos cuando involuntariamente o sin culpa se pierde el empleo;
- El derecho a recibir protección especial cuando la labor lleva al trabajador a enfrentarse a condiciones riesgosas para la salud y el bienestar;
- En general, el derecho a disfrutar de una vida digna, en la que sean accesibles para el trabajador las comodidades razonables, así como el mundo de la cultura y el sano esparcimiento.

En el campo de la actividad profesional el hecho de contar con estos derechos o medidas de protección al personal constituye una forma de garantizar que se tendrá una fuerza de trabajo estable, bien motivada, experimentada y productiva.

En el contexto de la economía moderna, el trabajador depende del ingreso semanal, quincenal o mensual que recibe de su empleador para hacer frente a sus responsabilidades económicas. Debido a la importancia que este ingreso representa tanto para el individuo como para sus dependientes, las autoridades se han cerciorado de garantizar al asalariado la continuación de sus ingresos durante determinados lapsos y en ciertas condiciones. Por ejemplo, si una enfermedad impide a un trabajador presentarse al trabajo durante tres meses su economía se vería desbastada si se suspendieran todos sus ingresos. Junto con el tratamiento médico, el trabajador requiere continuar recibiendo su salario. La organización, por su parte, tal vez se enfrentaría a graves dificultades financieras y administrativas si cada vez que se enferma un trabajador fuera directamente responsable de velar por los intereses de su integrante. Para enfrentar todas estas funciones y proteger de manera adecuada al personal, en casi todos los países se ha creado un organismo que presta toda una gama de servicios al asalariado y que en la mayoría de los casos recibe el nombre de seguro social.

Aun cuando existen serias divergencias en la opinión de los autores anteriores, la verdad es que en México el Derecho de la Seguridad Social está íntimamente ligado con el Derecho del Trabajo, toda vez que el primero presenta la Ley del Seguro Social (LSS, ART. 12-I) lo siguiente: son sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio...

I. Las personas que de conformidad con los artículos 20 y 21 de la Ley Federal del Trabajo, presten, en forma permanente o eventual, a otras de carácter físico o moral o unidades

económicas sin personalidad jurídica, un servicio remunerado, personal y subordinado, cualquiera que sea el acto que le dé origen y cualquiera que sea la personalidad jurídica o la naturaleza económica del patrón aun cuando éste, en virtud de alguna ley especial, esté exento del pago de contribuciones;

La relación indisoluble de ambos derechos relaciona la vinculación del derecho social a derechos de los trabajadores enmarcados en la Ley Federal del Trabajo, con obligaciones para los empleadores por las disposiciones contenidas en la Ley del IMSS.

Existen otros términos y opiniones que son afines a la seguridad social que resulta imperativo tratar y distinguir conceptos que parecen sinónimos y que indudablemente no lo son, por lo que en el siguiente apartado se expondrán algunas consideraciones sobre *Seguridad Social* desde Bismarck hasta Beveridge a quienes se les recuerda hasta nuestros días como los iniciadores de los seguros sociales que funcionan actualmente.

2.2 La Seguridad Social de Bismarck a Beveridge

2.2.1 Bismarck y la evolución del Estado de Bienestar y los seguros sociales

Al producirse durante los siglos XVIII y XIX la revolución industrial, el trabajador se encontraba en el más absoluto desamparo frente a los riesgos y contingencias sociales.

Jornadas de trabajo extenuantes y salarios miserables que tenían que aceptar para no morir de hambre y estaba prohibida la coalición profesional y la huelga, además los empleadores no estaban obligados a solventar los gastos por enfermedades y accidentes de trabajo por considerar que tales egresos incrementaban los costos de producción, por lo que los trabajadores tenían que atender con sus magros salarios los riesgos y contingencias sociales aunque para ello tuvieran que enviar a laborar a sus mujeres y a los hijos menores desde su más tierna infancia. Fue así como progresivamente iniciaron los sistemas sociales de protección como el ahorro privado, la mutualidad, el seguro privado, la responsabilidad civil y la asistencia pública (Nugent, 1997:606).

Las primeras formas de protesta colectiva fueron los amotinamientos y las huelgas; la primera de estas acciones tenía por finalidad dañar el equipo de capital, las clases dominantes respondieron con una fuerte represión¹⁹, llegando a dictar leyes que imponían la pena capital para cualquier obrero a quien se le probara la responsabilidad en el daño a las máquinas (Uzcástegui, 1990:46-47).

Los seguros sociales se establecieron en la primera mitad del siglo XIX para resolver los problemas que los sistemas iniciales de previsión dejaron pendientes de solución.

Correspondió a Alemania iniciar la evolución histórica de la seguridad social. Fue obra de Bismarck, quien presentó al parlamento un proyecto de seguro obligatorio contra accidentes o enfermedades, que alcanzó consagración legislativa el 15 de julio de 1883, para proteger a los trabajadores de la industria en forma obligatoria, contra el riesgo de enfermedad y la contingencia de la maternidad (Nugent, 1997:611).

¹⁹ La clase obrera, con un sentido solidario, se distancia cada vez mas de la clase burguesa, y a medida que sus miembros aumentan y congestionan las grandes ciudades, el gremialismo se desarrolla, dándose perfectamente cuenta de que sus intereses son, a la vez homogéneos y opuestos a la clase explotadora con conciencia de clase, se enfrentan a la lucha organizando mejor sus sindicatos (Uzcástegui, 1990:47).

Entre el acceso de Bismarck a la Cancillería, en 1862, y la proclamación de Guillermo II como *Kaiser* de Alemania, tras el fin de la *guerra franco-prusiana* (1870-1871), transcurrió menos de una década y durante este tiempo se logró la *unificación política* que no se había alcanzado en las cinco décadas anteriores.

La nueva potencia continental provocó una modificación de la correlación de poder en el seno del *Concierto Europeo*, no tanto por su poderío militar y económico, cuanto por la debilidad de Francia y el Imperio Austro-húngaro, que había quedado evidenciada en las contiendas de 1866 y 1870-1871 (Droz, 1973:100).

Las políticas antisocialistas eran el resultado, en buena medida, del temor a las revoluciones en un momento en el que Alemania sufría un acelerado proceso de industrialización. Los cambios en la dinámica social eran profundos y no estaban exentos de tensiones. En 1878 tuvieron lugar una serie de atentados, una de ellas contra la vida del emperador (Álvarez Uria, 2004:181).

El 17 de noviembre de 1881, escribe Álvarez Uria (2004:181) tuvo lugar el famoso mensaje imperial que marcaba un cambio de rumbo en las políticas sociales:

(...) *la superación de los males sociales no puede encontrarse exclusivamente por el camino de reprimir los excesos socialdemócratas, sino mediante la búsqueda de formulas moderadas que permitan una mejora del bienestar de los trabajadores*, significó este mensaje un antes y un después en la protección social de parte del Estado, en ese documento escrito por Bismarck se reconoce por primera vez el ejercicio de esa protección como un derecho de los trabajadores. Frente a las políticas liberales de represión aplicadas hasta entonces, se optaba al fin por las políticas de reformas sociales basadas en la previsión social.

Como destaca Zörgbibe (1997:23-33), desde el punto de vista de la política exterior, la consumación de la *unificación alemana*, terminó provocando un enfrentamiento entre dos concepciones claramente opuestas.

De una parte la que defendía el Canciller Bismarck, según la cual el Imperio alemán debía concentrarse en reforzar su papel de *potencia continental hegemónica*, reforzando sus alianzas con Rusia y la Doble Monarquía austro-húngara. De otra, la visión del *Kaiser* Guillermo II, que aspiraba a convertir el Imperio alemán en una *potencia mundial*, una vez garantizada su posición en Europa, mediante la expansión colonial y el desarrollo industrial y comercial. En esta segunda concepción, conocida como la *Weltpolitik*, el Imperio ruso se convertía en un rival como lo eran también Francia y Gran Bretaña.

Se expidieron en Alemania²⁰ en ese tiempo de manera sucesiva tres leyes (IMSS, 1983: 15-30): el 13 de Julio de 1883 la Ley del Seguro de Enfermedades, el 6 de Julio de 1884, la del Seguro de

²⁰ El ejemplo de Alemania es rápidamente seguido en Europa, pues entre los años de 1887 y 1888 Austria adopta leyes sobre seguro de accidentes de trabajo y sobre seguro de enfermedad; Hungría lo hace en 1891. En Dinamarca se crea el seguro de vejez en 1891; el de enfermedades y maternidad en 1892 y el de riesgos de trabajo en 1898. En Suecia, el seguro de enfermedades y maternidad en 1891, el de riesgos de trabajo en 1901, el de invalidez-vejez-muerte en 1913. Noruega dicta su primera legislación de protección contra riesgos de trabajo en 1895 y de seguro de enfermedad-maternidad en 1909. Las ideas sobre los seguros sociales atraviesan los océanos y así, en Nueva Zelanda, se instituye el seguro de vejez en 1878; el de riesgos de trabajo en 1902 y 1918, y por último el de invalidez y vejez en 1908, de tal manera que en los comienzos del siglo XX ya cuentan con seguros sociales Holanda (1901-1913) Irlanda (1897-1908-1911, Italia (1898,1912,1919), Luxemburgo (1901-1902 y 1911), Reino

Accidentes de Trabajo de los Obreros y Empleados de Empresas Industriales y durante 1889 la del Seguro de Invalidez y vejez.

Con ello el Estado pretendía fortalecer la importancia de la seguridad social interviniendo en la vida económica del país, Bismarck pensaba que con este tipo de disposiciones se lograba la tranquilidad económica ya que afirmaba *“un hombre que tiene asegurado su porvenir, su vejez tranquila, el bienestar de sus familiares, no es anarquista ni atenta contra la vida del emperador; démosle ahora a los pobres a lo que tienen derecho antes de que nos lo arrebaten por la fuerza”*.

Los gobiernos locales alemanes pusieron en marcha fondos de enfermedad que exigían de los trabajadores el pago obligatorio de cotizaciones a la caja correspondiente. En caso de enfermedad, el trabajador asegurado recibía determinadas prestaciones.

Al seguro de enfermedad le siguieron otros similares para cubrir las contingencias por accidente laboral, invalidez y vejez. Los tres socios de estos regímenes (trabajadores, empleadores y el Estado) participaban en su funcionamiento y debe destacarse que la solidaridad obrera desempeñó una función preeminente en su concepción, establecimiento y administración, (OIT, 1995: 6-7)

Esas primeras Leyes de Seguros Sociales Obligatorias aprobadas en Alemania, representaron una forma más evolucionada de las instituciones que para esa época auxiliaban a la sociedad.

Este nuevo sistema, creado para proteger a los individuos contra los principales riesgos de la vida, se diferenciaba de las antiguas formas, principalmente en su obligatoriedad, pues las instituciones pasaron a ser entes de la organización pública, donde el Estado tenía una parte importante de la responsabilidad por su funcionamiento (Uzcástegui, 1990:43).

La aprobación de esas leyes demuestra, en gran medida, las notables cualidades de político y dirigente del *Canciller de Hierro* (Uzcástegui, 1990:51).

Bismarck, con una visión clara del problema social, decide enfrentarse a la clase trabajadora, no con las armas tradicionales de la represión policial, y logra convencer a los liberales que calificaban el proyecto de intervencionista, y a los socialistas, que preferían las leyes de beneficencia, para que optaran por una institución que planificada en esta forma, si bien no iba a solucionar el problema en forma integral, por lo menos detenía el fermento de una revolución planteada por la clase trabajadora, que se hacía cada vez más agresiva y que podía dar al traste con el sistema imperante.

La creación de los seguros sociales fue de hecho un fenómeno de necesidad e interés compartido del gobierno y los trabajadores de Alemania. Fue en ese país donde un conjunto de circunstancias *políticas, sociales y económicas* dio lugar a que aparecieran fuerzas y acciones que a través del tiempo y con la presencia de individuos esenciales en ese momento, llevaron a la práctica una serie de reformas que cambiaron en muchos aspectos la vida de esa sociedad, cuyo ejemplo se proyectó a otras naciones, Bismarck decía “no sin razón” que la inseguridad social de los trabajadores era lo que los convertía en un peligro para el Estado, aun cuando nunca quiso a los obreros, compartía que estos al enfermarse dejaban de producir, así el Estado perdía si no los rehabilitaba rápidamente. Además la Ley obligaba a los patronos a pagar parte de los costos de la enfermedad, pues las cuotas eran tripartitas es decir, conformada por patronos, trabajadores y Estado (Jaramillo, 2005:173-174).

El conflicto político y personal entre ambos dirigentes se saldó con la destitución de Bismarck en Marzo de 1890 y el final del *sistema bismarckiano* (Zorgbibe, 1997:23-33).

2.2.2 *El Plan Beveridge y el nacimiento de la Seguridad Social*

Al iniciar el siglo XX, la evolución del capitalismo primitivo dio origen al moderno *Estado de Bienestar* (Sánchez González 2002-165).

El ahorro dejó de ser conveniente para la economía, el consumo de masas se transformó en el motor de la economía y para incentivar el consumo lo más conveniente era que el ciudadano no necesitase ahorrar para asegurar su propio futuro; si el Estado le aseguraba al ciudadano frente a los riesgos, -especialmente los riesgos de enfermedad, invalidez, desempleo y vejez-, se hacía innecesario el ahorro individual, por lo que toda la capacidad económica de los ciudadanos se convertiría en consumo directo, que a su vez podría invertirse para reactivar la economía; a este sistema de seguridades sociales, con el Estado como benefactor, se le ha llamado <<estado de bienestar>> o *welfare state* siendo el economista keynes uno de sus principales teóricos.

En el Siglo XX, el término *Seguridad Social* se utilizó por primera vez en un documento normativo en la Ley de Seguridad Social de los Estados Unidos de 1935, ya antes muchas personas lo habían utilizado pero no en documentos normativos.

Después, en 1938 Nueva Zelanda fue el segundo país en utilizarlo en su legislación, en ese momento todavía no había una diferencia clara entre seguro social y seguridad social. La expresión se difundió universalmente después de la Segunda Guerra Mundial para designar las nuevas ideas surgidas en el campo de la previsión social (IMSS, 1983-15).

Peris (2009:5-6), comenta que el 10 de Junio de 1941 el ministro sin cartera Artur Greenwood anunció en la Cámara de los Comunes de la Gran Bretaña el nombramiento de una Comisión encargada de estudiar un plan de Seguridad Social para la reconstrucción del país después de la guerra, designándose como presidente de la Comisión a Sir William Beveridge, miembro de la Facultad de Economía del Instituto Económico de Londres; la Comisión Interministerial recibió el encargo de realizar un estudio de los sistemas de seguridad social y servicios similares, incluso el de accidentes de trabajo, relación entre los mismos y proponer soluciones. El 27 de enero de 1942 Greenwood anunció y envió una carta a Beveridge que la Comisión estaba facultada para proponer la ampliación de los Sistemas Nacionales de Seguro que incluiría otras incidencias como la ayuda de defunción y otros riesgos y lo responsabiliza de manera personal de las opiniones y propuestas de índole política que contenga, y con fecha 20 de noviembre de 1942, Sir William entregó su informe al Gobierno Inglés.

El informe Beveridge, titulado *El Seguro Social y sus servicios conexos*, es el primer documento de esta naturaleza que se conoce en el campo de la seguridad social.

En él se hace un examen de la situación socioeconómica del país, se analizan todas las antiguas técnicas e instrumentos utilizados para el auxilio de la población y se sintetizan en un solo cuerpo los procedimientos, dándole un carácter integral a la organización, y señalando a los Seguros Sociales y los servicios conexos, como las principales instituciones y las más adecuadas en la solución de los problemas planteados (Uzcástegui, 1990:82).

En su parte crítica profundamente realizada, el informe Beveridge destaca las dos principales características de la legislación británica: la insuficiencia y la complejidad.

En su parte constructiva, el informe comentado perfila dos caminos para obtener sus objetivos de una mayor justicia social: ir a la unificación de sistemas e instituciones y el extender el campo de

los beneficiados. El informe es considerado como la carta de Seguridad Social contemporánea y provocó un movimiento político-social de tal envergadura que, traspasando los lindes de su propio país, hizo impacto en el campo internacional y en la línea programática sostenida por los aliados de la segunda guerra mundial (Bowen , 1992-75).

Beveridge pudo decir en su informe (Bowen, 1992-76) seguramente estremecido por el espectáculo de la Gran Guerra y de las injusticias sociales que el veía consagradas a la vez que indefendibles: “Un momento revolucionario en la historia del mundo es un tiempo para revoluciones y no para simples reparaciones”.

La política de Seguridad Social debe estar dirigida afirmaba, a *abolir el estado de indigencia asegurando a todo ciudadano, pronto a servir según sus medios, una renta suficiente en todo momento para satisfacer sus cargas.*

Y comentaba más adelante después de analizar lo insuficiente que era para ello la protección de redistribuir solamente las rentas de la clase trabajadora: *Queremos demostrar que la abolición de la miseria habría sido fácil antes de la guerra al destinar a ello los recursos económicos de la comunidad; la indigencia es un escándalo debido al hecho de que no se tomó cuidado de prevenirla”.*

El Plan Beveridge (Peris, 2009:59, 79-100), contempla tres previsiones para que el sistema de seguridad social sea satisfactorio:

- 1) Asignaciones familiares o bonificaciones a personas encargadas de cuidar a los infantes hasta la edad de quince años y si se amplía la edad escolar hasta la edad de dieciséis; todo ello con la finalidad de darle todos los cuidados que sean posible, en la infancia es cuando se forma el hombre fuerte, es una ayuda a los padres para hacer frente a sus obligaciones y aceptación de nuevos deberes por parte de la sociedad, las asignaciones se proveerán de los tributos del Estado.
- 2) Servicios completos de salubridad y convalecencia para prevenir y curar las enfermedades restableciendo a los individuos en su capacidad de trabajo, disfrutarían de este beneficio todas las personas sin distinción, facilitar los medios para que se restablezca una persona enferma es un deber del Estado y del mismo enfermo, que está por encima de cualquier otra consideración, se pretende con ello lograr una salud positiva, preservación de las enfermedades y curación de las dolencias por lo que es necesario poner a disposición de cualquier individuo todos los servicios médicos necesarios, desde el punto de vista de la seguridad social, el plan ideal es aquel que comprenda un servicio de salud que asegure plenamente todos los tratamientos preventivos y curativos de toda clase a todos los ciudadanos sin distinción, sin límite de ingresos y sin barreras económicas, y
- 3) Continuidad en el trabajo, es decir, evitar el paro colectivo, Beveridge²¹ incluye en su plan cinco razones para afirmar que un sistema satisfactorio de seguro social supone la

²¹ Menciona Beveridge en su informe que el plan no consiste en dar a todos algo a cambio de nada y sin esfuerzo, consiste en asegurar los medios para vivir, a condición de trabajar y de contribuir y con el objeto de conservar los hombres aptos para el trabajo, el plan es un programa de política social que lucha contra los cinco malditos: la necesidad física, enfermedad, ignorancia, la miseria y el ocio, es un programa caro, pero lo cierto es que ningún ingreso inferior a subsidios y pensiones que el plan propone podría ser considerado científicamente como suficiente para cubrir las necesidades de la vida humana, la victoria en la guerra se logra con el máximo esfuerzo de los ciudadanos, la victoria ha de conducirnos a vivir en un mundo mejor que el anterior, que será más fácil que los ciudadanos consagren todos sus esfuerzos a las necesidades bélicas si saben que su Gobierno se ocupa de preparar con tiempo los planes de ese mundo mejor, y que para que esos planes estén preparados a tiempo, deben ser hechos

prevención de la continuidad en el trabajo, tres de ellas se relacionan con los detalles del seguro social, la cuarta con su mismo principio y la quinta se refiere a la posibilidad de pagar los servicios; las tres referentes al seguro social son: otorgamiento de un subsidio mientras dura la incapacidad, elaborar reglas de protección en el trabajo, dar oportunidad de ocupación útil y provechosa a las personas que sufrieron accidentes, a las enfermas o a los que sufren impedimentos físicos; el principio que plantea la cuarta razón es la utilización de la fuerza del Estado en la medida que se estime necesario para asegurar a todos, si no una absoluta continuidad en el trabajo, por lo menos una posibilidad razonable de empleo remunerado; la quinta razón se refiere a la necesidad de cubrir cuotas en la medida de las posibilidades pues los subsidios pueden disminuir los medios económicos para cubrir el Plan de Seguridad, por lo que recomienda una escala de cuotas en sentido anverso, es decir, aumentarlas en los años prósperos y reduciéndolas en los malos años.

Es esta triple finalidad lo que el Plan conoce bajo el nombre de previsiones (Peris, 2009: 10-11), para alcanzarlas se asientan tres principios básicos del proyecto:

- 1) Es el momento de hacer revoluciones, se necesitan realizaciones totales, no remiendos a lo viejo, es el momento de utilizar nuestra experiencia.
- 2) La seguridad social debe ser tratada como una parte solamente de una amplia política de progreso social, ya que ella combate sólo la necesidad, que es uno de los cinco obstáculos de la reconstrucción; los otros son la enfermedad, la ignorancia, la miseria y la ociosidad; y
- 3) La seguridad social debe ser alcanzada por la cooperación entre el Estado y el individuo.

Al respecto Etala (2002:48) comenta que con esas tres previsiones se desarrolla el Plan de Seguridad Social, combinando tres métodos distintos:

1. *Seguro social*: Lleva implícito el principio de solidaridad y mancomunidad, todos deberán contribuir, se destina a cubrir las necesidades básicas; se reciben los beneficios si se pagan cuotas, es de carácter contributivo y obligatorio, impuesto por el Estado, lo que garantiza que las generaciones futuras sean los que cubran las cuotas que servirán para cubrir a los asegurados actuales, no requiere crear reservas.
2. *Asistencia nacional*: Se brinda en casos especiales; significa la obtención de los beneficios mediante la prueba de necesidad, independientemente de haber pagado o no las cuotas previamente; su costo corre a cargo de la Hacienda Pública, la cual debe asegurar asistencia médica gratuita a toda la población, tanto en el plano de la prevención como del tratamiento.
3. *Seguros voluntarios*: La esencia de este tipo de seguro es que su prima se ajusta exactamente al riesgo; precisa la creación de un fondo con el pago de cuotas desde la temprana edad con el objeto de prepararse contra el aumento progresivo de riesgos en la vejez y acumular reservas para las adversidades futuras.

El Plan o Informe Beveridge es consecuencia de los planteamientos típicos de los seguros sociales de carácter obligatorio, por lo que trata de combinarlo con la asistencia y con el seguro voluntario. La idea de constituir un Plan de Seguridad Social tenía la finalidad de liberar de los estados de necesidad a todos los ciudadanos, con ello el seguro social se concibe como un seguro

ahora; si las democracias unidas demuestran ahora poseer fortaleza, valor e imaginación iguales a sus deseos manifiestos, pueden preparar una paz mejor mientras sostienen la guerra, y de ese modo ganarían dos victorias juntas, que en verdad son una sola. (Peris, 2009:101-103).

nacional que desplaza la garantía frente al riesgo por la garantía de satisfacción de las necesidades sociales. Los hechos más notables en nuestro tiempo son el conjunto de sistemas, leyes, planes, programas, organismos y asociaciones que al utilizar la expresión protegen al hombre frente al riesgo social.

El Estado debe ofrecer seguridad mediante servicio y contribución (Uzcástegui 1990:83) al organizar la seguridad, no debe ahogar el incentivo, la oportunidad, la responsabilidad; al establecer un mínimo nacional, debe dejar campo abierto y fomentar la acción voluntaria de cada individuo encaminada a lograr para si y para su familia, algo más que aquel mínimo.

Propone el informe Beveridge (Netter, 1960-24) un sistema generalizado de seguros sociales, que cubran a todos los ciudadanos (no solamente a los asalariados) en cuanto a necesidades comunes a todos (jubilación, tratamiento médico).

Plantea el principio de la unificación de los servicios competentes. Considera que la seguridad social es inseparable de una política de pleno empleo y que no constituye más que un elemento de la acción para la liberación de la necesidad.

Respecto a éste último cambio, Beveridge, considera la necesidad de unificación del Seguro Social y la Asistencia, respecto a su administración, por un Ministerio de Seguridad Social con oficinas de seguridad locales al alcance de todas las personas asegurada;

Señala además el autor que las principales ventajas del cambio fueron: a) la supresión de los problemas de competencia, es decir de disputas acerca de cuál autoridad es la responsable para tratar un caso particular, y conforme a que principios y b) conveniencia, para la persona asegurada, de tener una sola autoridad con quien tratar, en lugar de ser llevada de Herodes a Pilatos (Uzcástegui, 1990:83).

El informe sirvió de pie de partida a una amplia reforma legal que ha colocado a la política social británica a la vanguardia de las realizaciones de la seguridad social: la ley de 15 de junio de 1945 sobre asignaciones familiares; la del 26 de junio de 1946, sobre accidentes de trabajo; la del 1 de agosto de 1946 sobre Seguros Sociales; la del 6 de noviembre de 1946, que creó el Servicio Nacional de Salud y la del 13 de mayo de 1948 que reorganizó y unificó los Servicios de Asistencia y Previsión Social de Inglaterra, País de Gales y Escocia.

El viejo sistema inglés de cubrir solo algunos de los riesgos sociales y únicamente en beneficio de reducidos grupos ciudadanos, especialmente de trabajadores subordinados, fue sustituido por una amplia organización nacional de Seguridad Social unificada y completa, que atiende a todos los ciudadanos necesitados (Bowen, 1992:77).

Por su parte Beveridge, llevado más bien por la modestia que por una auténtica apreciación del fenómeno social, se resistía a darle a su informe el valor que le ha sido asignado por los entendidos de la materia.

Así en octubre de 1962 prologando la obra de Schottland sobre *El Programa de la Seguridad Social en Estados Unidos* afirmaba: la acción gubernamental para proporcionar a los ciudadanos la Seguridad Social no comenzó con el Informe de Beveridge en 1942. En Gran Bretaña empezó, y lo he dicho a menudo, antes de la primera guerra mundial, y la idea de dar un servicio gratuito de salud data de más o menos seiscientos años, habiendo sido aplicado en Westminster en 1300 (Bowen, 1992:77).

Bowen (1992:77) afirma que respetando el sentimiento de Lord Beveridge al afirmar lo dicho, el verdadero nacimiento de la Seguridad Social como un movimiento integral de acción contra la

miseria y los riesgos sociales, ampliamente extendidos y con sustento jurídico y por ende obligatorio empezó a perfilarse a raíz de su comentado informe en 1942.

El plan formulado por Beveridge y presentado ante el parlamento inglés que desarrolla un plan de seguridad social concebido como la garantía de una protección completa, de acuerdo a la fórmula *de la cuna a la tumba*, es un plan presentado en forma de Informe para obtener la liberación de la miseria por el mantenimiento de los ingresos.

Para lograr ese objetivo, era necesario la conjugación de diversos medios: el seguro social, la *asistencia social*, los seguros voluntarios, las asignaciones para los niños, los servicios de salud y rehabilitación, el mantenimiento del empleo y la seguridad en todo tiempo de un ingreso suficiente. El Plan Beveridge es el resultado de la aplicación de una política integral de bienestar social para todos los miembros de la sociedad (Mammarella, 2008-46-47).

Después, en 1938 Nueva Zelanda fue el segundo país en utilizarlo en su legislación, en ese momento todavía no había una diferencia clara entre seguro social y seguridad social la diferencia surgió con el informe Beveridge, un estudio profundo sobre la función y los objetivos de los seguros sociales, en ese momento difícil, cuando no solamente existían los problemas sociales, sino que también la circunstancia de un enfrentamiento bélico cruento y doloroso.

El informe Beveridge, por primera vez, hace una diferencia exacta entre seguro social y seguridad social. Indica que solamente existe seguridad social cuando está toda la población protegida por los seguros sociales; por uno o varios, pero lo importante es que toda la población está protegida. Sólo entonces se está frente a un verdadero sistema de seguridad social (IMSS 1983: 15-30).

Al respecto, Uzcàstegui (1990:54) afirma que *los seguros sociales no son toda la seguridad social*, no puede, por tanto, confundirse estos dos términos. Los seguros pueden ser, y son en realidad, una de sus partes más importantes, el instrumento más eficaz para su realización, al menos en los actuales planes de la Seguridad Social, pero no agotan todo su contenido. Los seguros sociales son parciales, inadecuados, la Seguridad Social es integral y unitaria o no es nada.

Una vez analizada la estrecha vinculación del derecho social con el derecho del trabajo y con el derecho de la seguridad social, así como el surgimiento de la seguridad social como un derecho de los trabajadores a partir del siglo XIX y con el establecimiento de los seguros sociales, en el punto siguiente se estudiará la seguridad social ya no como un derecho de los trabajadores, sino para todos los habitantes de un país, por lo que se hace necesario analizar el origen etimológico, la importancia social, las opiniones de algunos autores, los organismos internacionales que promueven la atención primaria en salud como parte substancial de la seguridad social en el slogan *salud para todos*.

2.3 Etimología y concepto de Seguridad Social

Desde los más antiguos tiempos el hombre y las civilizaciones se han preocupado por la Seguridad Social, ante el peso de la inseguridad en todos los órdenes, no obstante que es una institución moderna, su inspiración es tan antigua como la necesidad del hombre de combatir esta inseguridad. El término seguridad proviene del latín *seguritas*, derivado del adjetivo

*securus*²², que significa confianza, seguridad de una persona procedente de la idea de que no hay ningún peligro que temer (IMSS, 1988:10).

La palabra social es la relativa a la sociedad: orden social. Seguridad Social: conjunto de leyes y de los organismos que las aplican, que tienen por objeto proteger contra determinados riesgos sociales como accidentes, enfermedades y otras contingencias (García Pelayo y Gross, 1985: 951).

El concepto de seguridad está comprendido en las propuestas teóricas de Abraham Maslow, quien plantea en su libro *Motivation and Personality* (Motivación y Personalidad) citado por Chiavenato (2001: 304-305) la pirámide de jerarquía de las necesidades (figura 2.1) la cual tiene su fundamento en la escuela humanista de la administración y permite adentrarse en las causas que mueven a las personas a trabajar en una empresa y a aportar parte de su vida a ella. El concepto de jerarquía de necesidades de Maslow, planteado dentro de su teoría de la personalidad, una serie de necesidades que atañen a todo individuo y que se encuentran organizadas de forma estructural (como una pirámide).

Figura 2.1 **Pirámide de jerarquía de las necesidades de Maslow**



Fuente: a partir de Chiavenato (2001: 304)

- a. Necesidades fisiológicas: necesidades vegetativas relacionadas con hambre, cansancio, sueño, deseo sexual, etc. Estas necesidades tienen que ver con la supervivencia del individuo y de la especie, y constituyen presiones fisiológicas que llevan a buscar cíclicamente la satisfacción a ellas.
- b. Necesidades de seguridad: llevan al individuo a protegerse de todo peligro real o imaginario, físico o abstracto. La búsqueda de seguridad, el deseo de estabilidad, la huida del peligro, la búsqueda de un mundo ordenado y previsible son manifestaciones típicas de estas necesidades de seguridad. Al igual que las necesidades fisiológicas, las de seguridad se relacionan con la supervivencia del individuo.
- c. Necesidades sociales: relacionadas con la vida social del individuo con otras personas: amor, afecto y participación conducen al individuo a la adaptación o no a lo social. Las relaciones de amistad, la necesidad de dar y recibir afecto, la búsqueda de amigos y la participación en grupos están relacionadas con este tipo de actividades.
- d. Necesidades de estima: relacionadas con la autoevaluación y la autoestima de los individuos. La satisfacción de las necesidades de estima conduce a sentimientos de confianza en sí mismo, autoaprecio, reputación, reconocimiento, amor propio,

²² Sinónimo de certeza, certidumbre, protección, firmeza, entereza.

- prestigio, estatus, valor, fuerza, poder, capacidad y utilidad. Su frustración puede generar sentimientos de inferioridad, debilidad y desamparo.
- e. Necesidades de autorrealización: relacionadas con el deseo de cumplir la tendencia de cada individuo a utilizar todo su potencial, es decir, lograr su realización. Esta tendencia se expresa mediante el deseo de progresar cada día más y desarrollar todo su potencial y talento.

Lo anterior pone de manifiesto que la seguridad juega un papel relevante como garante del derecho humano a recibir atención médica, hospitalaria, medicamentos, protección sobre riesgos y una vejez digna, con salud se pueden alcanzar los objetivos de cualquier comunidad, otorgar a la población atención primaria en salud trae consigo beneficios para un país y prosperidad para sus habitantes.

No sólo es obligación moral de cualquier dirigente velar por la salud de los demás y de la suya propia; aparte de los requerimientos legales, la salud integral tiene fuertes influencias en la economía de una organización y de un país.

La salud es el elemento más importante del bienestar de la población, ya que permite elevar la calidad de vida y el desarrollo humano, físico y mental de las personas, permitiéndoles participar y contribuir en las diferentes actividades relacionadas al desarrollo integral de una entidad económica y de una comunidad. La protección de la salud no puede ser considerada una mercancía objeto de caridad o un privilegio: es un derecho social.

En América, fue Simón Bolívar el primero en utilizar el concepto de seguridad social cuando el 15 de febrero de 1819, en su discurso de Angostura, expresó: *el gobierno más perfecto es aquel que produce mayor suma de felicidad posible, mayor suma de seguridad social y mayor estabilidad política* (IMSS, 1983:15-30).

El concepto Seguridad Social, siempre sensible y esquivo, más que jurídico es de índole filosófico, (Ruiz Moreno, 2008:211) dado que en el pueden englobarse prácticamente todas las aspiraciones humanas para alcanzar una vida más o menos segura, digna y plena, sobre todo apuntando a lograr una existencia socialmente justa al hallarse y sentirse todos los individuos protegidos por el Estado en este mundo tan inseguro en que habitamos.

A pesar de que la Seguridad Social constituye una protección del cual el mundo contemporáneo no podría prescindir, no existen actualmente criterios unificados todavía en cuanto a su definición, ya que las naciones de acuerdo a sus historia, idiosincrasia, usos, costumbres, políticas sociales y otros factores cada quién lo entiende e instrumenta a su manera.

Menciona Ruiz Moreno (2008:212), que tratar de describir y entender la seguridad social²³ es casi imposible, coloquialmente la seguridad social es una especie de *red protectora* en el *circo* de la vida; ; se trata de un sistema protector social que, necesitado por los seres humanos -que somos y estamos seguros desde la cuna hasta la tumba-, fue creada por la sociedad a través de los

²³ La seguridad social, en razón de su origen y finalidades que persigue, fue planeada e instrumentada para que originariamente fuera administrada por el Estado, y en algunos casos excepcionales, aunque solo en ciertos rubros (Ruiz Moreno, 2008:212).

diversos mecanismos legislativos y/o administrativos internos nacionales, y luego, con el avance científico, mediante normas supranacionales.

Pasco (1998:169-170) afirma que el concepto seguridad social fue definido por primera vez en la Organización Internacional del Trabajo (OIT), reunida en Filadelfia en 1944, en los siguientes términos:

... la seguridad social engloba un conjunto de medidas adoptadas por la sociedad con el fin de garantizar a sus miembros, por medio de una organización apropiada, una protección suficiente contra riesgos a los cuales se hayan expuestos. El advenimiento de esos riesgos entraña gastos imprevistos, a los que el individuo que dispone de recursos módicos no puede hacer frente por sí solo, ni por sus propios medios, ni recurriendo a sus economías, ni siéndole tampoco posible recurrir a la asistencia de carácter privado de sus allegados.

Por su parte Arce (1972:723) intenta acercarse al concepto de seguridad social al comentar lo siguiente:

La seguridad social es el instrumento jurídico y económico que establece el Estado para abolir la necesidad y garantizar a todo ciudadano el derecho a un ingreso para vivir y a la salud, a través de un reparto equitativo de la renta nacional y por medio de prestaciones del seguro social, al que contribuyen los patrones, los obreros, y el Estado-o algunos de estos-, como subsidios, pensiones y atención facultativa, y de servicios sociales, que otorgan de los impuestos las dependencias de aquel, quedando amparados contra los riesgos profesionales y sociales, principalmente de las contingencias de la falta de ganancia para su sostenimiento y el de la familia.

Al referirse al tema Carrillo Prieto (1991:25-26), contradice al autor anterior y escribe que el derecho del trabajo y la seguridad social poseen un mismo fundamento, y su propósito, a pesar de las aparentes diferencias, es uno solo: *asegurar al hombre una vida digna*.

La diferencia entre los dos estatutos mira más bien al tiempo, pues el derecho del trabajo contempla el momento de la prestación de los servicios a fin de que no se dañe la salud del trabajador o se ponga en peligro la vida, de que se respeten la libertad y la dignidad del hombre y se le pague una retribución adecuada y equitativa. *La seguridad social contempla al niño, a la familia y al anciano o invalido, independiente de la prestación actual de un servicio*.

Para Cabanellas, (1968:776) el seguro social es aquél sistema donde los riesgos y todas las contingencias personales, familiares y económicas a que están sometidas ciertas personas (principalmente los trabajadores), se encuentran cubiertas en un solo régimen de aseguración que ampara cualquier eventualidad adversa para el asegurado.

Pero la seguridad social no se agota en el seguro social, pues si bien éste comprende una de sus partes de mayor importancia actual y constituye uno de los medios de aquella para el cumplimiento de sus fines, la seguridad social va mucho más allá, ya que mientras los seguros sociales tienden a cubrir sólo determinados riesgos, en cambio, la seguridad social “procura garantizar el bienestar en todos y cada uno de los instantes de la vida del hombre”.

Desde el punto de vista legal, seguridad social es el conjunto de normas por las cuales el Estado protege y cuida de las personas y les garantiza sus derechos a la salud, asistencia médica, medios de subsistencia y servicios sociales (IMSS, 1988:10).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1992:3) ha entendido la seguridad social, como *la protección que la sociedad proporciona a sus miembros mediante una serie de medidas públicas contra las privaciones económicas y sociales que de otra manera derivarían de la*

desaparición o de una fuente reducción de sus ingresos como consecuencia de enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo o enfermedad profesional, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos.

En este sentido, el artículo 22 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos suscrita el 10 de diciembre de 1948, es categórico al prescribir:

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la Seguridad Social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

La Organización Iberoamericana de Seguridad Social, Carta Constitucional de la OISS, Lima Perú 1954, a su vez expresa:

El hombre, por el sólo hecho de su condición, tiene el derecho de Seguridad Social, concebido como la cobertura integral de sus contingencias y la garantía de los medios para el desarrollo pleno de su personalidad y su integración permanente en la comunidad.

Arias Galicia (2004:657) comenta que el artículo 3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece lo siguiente: *Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona, el artículo 25 asienta: “Toda persona tienen derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.*

El artículo nueve del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Protocolo de San Salvador* del 17 de noviembre de 1988, establece el Derecho a la Seguridad Social:

1. Toda persona tiene derecho a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez y de la incapacidad que la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios para llevar una vida digna y decorosa. En caso de muerte del beneficiario, las prestaciones de seguridad social serán aplicadas a sus dependientes.
2. Cuando se trate de personas que se encuentran trabajando, el derecho a la seguridad social cubrirá al menos la atención médica y el subsidio o jubilación en casos de accidentes de trabajo o de enfermedad profesional y, cuando se trate de mujeres, licencia retribuida por maternidad antes y después del parto.

2.4 La Seguridad Social y sus Principios doctrinarios

A partir de la Segunda Guerra Mundial, la mayoría de los países iniciaron procesos de introducción y ampliación de la seguridad social. Existía una clara conciencia de que la protección social de los habitantes no se podía confiar, solamente, a los esfuerzos sociales colectivos; el Estado estaba obligado a controlar la dirección de su administración (Ruezga, 2005:2).

Por aquel entonces, muchos países obtuvieron o estaban a punto de obtener su independencia, y como parte de sus esfuerzos de reconstrucción deseaban ampliar la protección social de sus ciudadanos. Cuando se habla de seguridad social, debe recordarse que esta se compone de diferentes elementos: el seguro social, la asistencia social, las prestaciones que se financian con cargo a fondos del Estado, las prestaciones familiares y los fondos de previsión; y que deben relacionarse con las prestaciones complementarias de los empleadores.

Sería ideal que la seguridad social protegiera a todos los miembros de un país, cualquiera que fuera su situación económica (Solorio, 2001:21)

...si la cobertura fuera universal expresaría la solidaridad de la comunidad considerada como un todo, y, por supuesto, este concepto subyace en toda la idea de la seguridad social, también sería ideal que la protección fuese uniforme en toda la comunidad; sin embargo, lo ideal no siempre es práctico, e incluso los países con formas mas avanzadas de protección social no pretenden que todos los ciudadanos tengan una cobertura completa o adecuada. Además las condiciones y los estilos de vida cambian, y lo que se consideraba adecuado y justo hace veinte años no puede ser apropiado hoy día. Por razones de historia, cultura, religión o tradición, a ciertos programas se les puede dar mayor énfasis que a otros. Las condiciones políticas y económicas también tienen que ser consideradas a la hora de adoptar decisiones acerca de cuáles son los regímenes que se adecuan a las circunstancias.

Para la OIT (1995:89), cuando mayor sea la protección de la seguridad social, tanto mayor será la intervención del gobierno central en la dirección de su política. Esto es comprensible, dada su responsabilidad última por el bienestar social y económico de toda la población. El gobierno central, querrá, sin duda, intervenir en la naturaleza de las prestaciones, el contenido de las leyes, la cantidad de fondos y su asignación en el marco de los planes económicos nacionales.

Al principio, cuando empezó la seguridad social, (Solorio, 2001:23-24) ésta se basaba en los principios del seguro social.

A menudo su cobertura era limitada como fue el caso de determinados tipos de trabajadores como mineros, ferroviarios o en ciertas ciudades o ciertas regiones, incluso actualmente muchos países no pueden hoy en día, poner en marcha tan rápidamente como quisieran coberturas ilimitadas y menos aun universales de sus poblaciones; uno de los problemas consiste en que pocas veces es posible abarcar todo desde el principio a todas las personas de la comunidad, por lo que empiezan abarcando sectores que están razonablemente organizados y donde se facilita administrativamente la gestión, pero cuando se adquiere experiencia se pueden abarcar otros sectores y alcanzar a un mayor número de personas²⁴.

Uzcástegui (1990:98-99) cita a Patón (1954:813-815) cuando éste menciona acertadamente: Cuando el derecho de la seguridad social se funda en el trabajo, el campo de aplicación del seguro social es limitado; solo comprende a los trabajadores, sean o no asalariados.

Y si arranca de la debilidad económica laboral, su alcance es aun más restringido, pues su aplicación se condiciona a los trabajadores que ganan hasta cierto límite o tope de salario o más propiamente a los que ganan remuneraciones insuficientes. Lo que se percibe por encima de ese límite, es ignorado para efectos de cotizaciones y prestaciones. En cualquiera de estas dos

²⁴ No obstante, en muchos países, donde la primera intención fue la extensión de la cobertura de este modo, aun no ha sido posible hacerlo. Muchos trabajadores de pequeñas empresas o trabajadores domésticos privados, o aquellos que trabaja ocasionalmente, permanecen, por tanto, sin cobertura muchos años después de la instauración del régimen (Solorio, 2001:24).

hipótesis, se tropieza con dificultades para explicar el derecho de garantía contra los infortunios tratándose de trabajadores independientes o de los individuos que no son trabajadores, en el sentido estricto del término (amas de casa, niños, inválidos, rentistas). *En cambio, el derecho de la seguridad social, basado en la propia vida, tiene horizontes incommensura (sic); comprende prácticamente a toda la población de un país, es universal en su aplicación*, protege la integridad de la salud y la suficiencia en los medios económicos de subsistencia, y constituye el reconocimiento explícito de un derecho subjetivo fundamental del hombre, simplemente por su condición de tal. La seguridad individual es un bien que solo la sociedad puede garantizar a todos y cada uno de sus miembros, mas bien forma parte del derecho de la vida, por cuanto es uno de los medios para conservarlo y como el fin de toda sociedad es precisamente el de proteger y garantizar el derecho a la vida, y repartir los bienes según mérito y necesidad; no hay duda que la seguridad es un atributo humano que la sociedad debe garantizar a todos, por lo mismo que es consustancial al mencionado derecho de la vida. La idea de Seguridad Social, responde a exigencias de la justicia social, y, en realidad ambos conceptos se compenetrán y confluyen al mismo resultado, que nos es otro que el reconocimiento del derecho que tienen todos los hombres, por ser solamente hombres, para conducir una existencia digna, libre de miseria, de temor, de la ignorancia, de la enfermedad y de cuantos infortunios puedan afectar a su bienestar físico y mental.

La seguridad social es un derecho humano fundamental, no cualquier derecho. En la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948, artículos 22 y 25, se afirma que *toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social*, haciéndose expresa referencia a las distintas prestaciones.

Los principios por su parte, son o deberían ser, los cimientos que sostienen y conforman una política, un accionar. También en seguridad social, los principios cumplen o debieran cumplir, una triple función: *Integradora* (permitiendo dar soluciones coherentes a los casos no previstos); *Interpretativa* (permitiendo dar soluciones a los casos dudosos); *Informadora* (inspirando y determinando las nuevas normas a dictarse (OIT 1984:10).

La Resolución de la 89ª Conferencia Internacional de OIT de 2001, definió en su Conclusión 4, que todos los sistemas de seguridad social, deberían ajustarse a ciertos principios básicos:

Prestaciones seguras y no discriminatorias; administración sana y transparente con costos administrativos tan bajos como sea factible; con fuerte participación de los interlocutores sociales; con confianza pública, para lo cual es esencial una buena gobernanza. Sin perjuicio de ello, la redistribución de la riqueza debe ser considerada también como un objetivo fundamental de la Seguridad Social, y más aún desde una perspectiva sindical (OIT, 2007:5).

Tras el comentario anterior y siguiendo la enunciación que hace Ruiz Moreno (2007:319-320) de los principios de la seguridad social, los cuales se pueden resumir de la siguiente manera:

- a) Universalidad e igualdad. Implica la tendencia a *proteger a todos los hombres*²⁵ sin distinción de ninguna especie; Excluye toda discriminación por motivo de edad, sexo, estado civil o actividad ocupacional menciona Ruezga (2005:6). Al respecto Peñate (2008:18), señala que los regímenes de seguridad social influyen en las estructuras

²⁵En América y particularmente en México los procesos de universalidad han sido muy lentos, las instituciones especializadas que administran los seguros sociales no han logrado abrirse campo para implantar una verdadera seguridad social, el sector informal no se encuentra cubierto por los seguros sociales, ya sea por falta de un modelo, o no se tiene la intención política para lograrlo (Ruezga, 2005:3).

económicas, políticas y sociales de los Estados; generan consecuencias importantes en la redistribución de la renta nacional, que pueden impulsar la economía nacional y el bienestar social, y hasta las relaciones sociales.

- b) Integralidad y suficiencia de las prestaciones. El sistema de salud tampoco se materializa, pues para ello requiere que cubra sin distingo todas las contingencias de la vida de un individuo. El principio de integridad busca que la cobertura se extienda al mayor número de situaciones que puede enfrentar el hombre, lo que provoca una ampliación permanente de las contingencias sociales protegidas. Ello atiende, afirma Vázquez (1996:343) tanto a los sujetos protegidos como a las situaciones de emergencias consideradas.
- c) Solidaridad y sostenibilidad financiera. Implica redistribuir las cargas económicas de la gestión de salud entre todos los ciudadanos²⁶. Los miembros de una sociedad (Peñate, 2008:19) deben enfrentarse unidos a los problemas que la vida social impone, adquieren solidariamente la responsabilidad de compartir luchas y triunfos, mediante los programas de seguridad social, el Estado puede organizar todo un sistema de protección social; la solidaridad social como deber se transforma en el principio que da solidez al sistema.

La seguridad social en México encuentra su límite en los trabajadores y sus beneficiarios, al otorgar los seguros sociales en sus leyes prestaciones tanto en especie como en dinero; en cambio la verdadera la seguridad social, la que procura garantizar el bienestar en todos y cada uno de los instantes de la vida de los mexicanos buscando la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad para lograr una existencia socialmente justa al ser todos protegidos por el Estado se encuentra ausente, la Seguridad Social es integral y unitaria o no es nada.

Una vez analizados, los conceptos y principios de la seguridad social, en el siguiente apartado se tratará el tema de los organismos internacionales que tienen sobre sus espaldas la responsabilidad de constituir mecanismos para la seguridad social, el trabajo y la salud.

2.5 Organismos internacionales de seguridad social, trabajo y salud

Para comprender la práctica internacional de la Seguridad Social, del trabajo y la salud en América y en México, es necesario remontarse a los precedentes de ciertos organismos internacionales en este campo; las naciones deben renunciar al concepto absoluto y tradicional de la soberanía y caracterizarse en el espíritu de solidaridad al aceptar recomendaciones de organismos encargados de promover la extensión y perfeccionamiento de la Seguridad Social, rama del Derecho en que tal sentir ha alcanzado su máxima expresión. La labor que dichos organismos realizan, en cumplimiento de los fines para los que han sido constituidos, es lo que se ha dado en llamar acción internacional o acción política internacional.

²⁶ Todos los integrantes de una sociedad adquieren la responsabilidad del destino de la misma y de la suerte de cada uno de ellos. La solidaridad se manifiesta, con frecuencia, en el apoyo a las aspiraciones que los seres humanos se han fijado en la búsqueda de un mundo mejor. Los actos de solidaridad, solo logran ser valiosos si se materializan en prestaciones y auxilios con claro significado económico, además de un deber social y moral, se manifiesta como un deber económico y jurídico, los sectores de mayores ingresos, afiliados o no, deben contribuir en mayor medida a fin de que los sectores protegidos de menor nivel contributivo tengan acceso a beneficios dignos y para que estos beneficios se extiendan a los sectores no cubiertos (Ruezga, 2005:5)

En tal sentido Salineros (1969:5) escribe que los Sujetos de la Acción Internacional de la Seguridad son aquellos organismos internacionales que promueven políticas y actividades en tal sentido.

Por las características de este trabajo de investigación, se estudiarán los que realizan actividades dirigidas hacia el trabajo, la salud y la Seguridad Social en América y que por su importancia y contribución se clasifican de acuerdo a Salineros (1969:6) de la siguiente manera:

- a) Organismos Internacionales Especializados, y
- b) Organismos Internacionales de Carácter Político

Los Organismos Internacionales Especializados son aquellos que dedican el total o gran parte de su actuar a la Seguridad Social, ellos son: La Organización Internacional del Trabajo (OIT), La Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), La Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), y la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS).

Los Organismos Internacionales de Carácter Político de acuerdo a Ahumada (1972:107), son aquellos que dedican parte de su actuar al Derecho de la Seguridad Social y políticas en salud, sin constituir ésta su actividad principal y su finalidad, pero si un necesario complemento para alcanzarla, como son la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y el Consejo Económico y Social (ECOSOC), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

2.5.1 Organismos Internacionales Especializados

2.5.1.1 Organización Internacional del Trabajo

Digna de reconocerse a niveles internacionales los planteamientos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) cuyos planteamientos han sido satisfactorios para la evolución de los sistemas de seguridad social en diversas regiones del mundo.

Acerca de los orígenes de la política internacional de la seguridad social Bufill (1951:222) afirma que *la protección de los infortunios y necesidades sociales, con la gran crisis industrial de los siglos XVIII y XIX, adquirió la consideración del problema tan fundamental que no podía circunscribirse a una o mas naciones y ello determinó una serie de esfuerzos para crear asociaciones de Estados encargadas de luchar para el mejoramiento de las condiciones de trabajo y solución de los infortunios sociales*. Estos esfuerzos culminaron en el año de 1919 con la creación de la OIT, hecho que marca el punto de partida de una efectiva acción internacional sobre materias de seguridad social. *Una política de este tipo es en la necesidad y la solidaridad. Necesidad de conseguir para todas las personas la protección a que tienen derecho y solidaridad entre Estados para reunir, en común, esfuerzos y medios y para obligarse a un comportamiento en consonancia con los fines que se persiguen*.

En el año 1890, a iniciativa del Káiser Guillermo II de Alemania, apunta Salineros (1969:8) se reunieron en Berlín representantes de 12 países industriales,

Se adoptaron normas internacionales sobre distintas materias, la importancia de esa reunión radicó en la posibilidad de una legislación internacional de trabajo, después de otras reuniones similares en 1900 se crea en Paris la Asociación Internacional para la Protección Legal de los Trabajadores, en 1905 y 1906 se aprueban dos importantes convenios: uno que prohíbe el uso del fósforo blanco en la fabricación de cerillas y el otro prohibiendo el trabajo nocturno de las mujeres salvo en los pequeños establecimientos; estos constituyen los dos primeros documentos de cooperación internacional; después la Asociación celebra conferencias en Lucerna 1908,

Lugano, 1910, Zurich 1912, y Berna 1913, reuniones en las que se aprueban sendos proyectos de Convenio sin llegar a su adopción formal; en 1914 estalla la guerra y se suspenden actividades y conversaciones en torno al mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo de la clase obrera; sin embargo era necesario modificar sustancialmente las políticas laborales, terminaba la guerra y la clase trabajadora que sufrió todo el peso del conflicto debía ayudar a emprender las tareas de reconstrucción²⁷.

Es así como surge la OIT en 1919, como un organismo dependiente de la Sociedad de Naciones, en cumplimiento de una de las cláusulas del Tratado de Versalles, que puso fin a la Primera Guerra Mundial (CIESS, 1984:25).

El tratado consta de 15 partes, preocupándose de materias relativas al trabajo en dos oportunidades: *a)* La parte primera (Pacto de Sociedad de Naciones) en su artículo 23^a y *b)* la parte XIII (trabajo). Artículos 387 a 427 (Salineros 1969:9).

Desde su creación estuvo vinculada a la Sociedad de Naciones, y sobrevivió a ésta. En 1944 se reunió en Filadelfia la XXVI Conferencia de la OIT, en la que se adoptó la llamada *Declaración de Filadelfia* que precisa las finalidades de la Organización y fue incluida como anexo a su Constitución. Posteriormente, durante su XIX Conferencia General, que tuvo lugar en Montreal en 1946, se adoptaron enmiendas a la Constitución que incorporaron a la OIT como el primer organismo especializado de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Estas enmiendas entraron en vigor el 20 de abril de 1948 (CIESS 1984:25).

La OIT tiene como objetivos mejorar las condiciones de vida y de trabajo en todo el mundo y lograr una paz universal. Como lo define la propia OIT²⁸, la Organización se considera un *centro de colaboración internacional para asegurar una paz duradera en el mundo eliminando la injusticia social mediante el mejoramiento de las condiciones de trabajo*.

Las primeras manifestaciones de la seguridad social en el ámbito internacional se encuentran en la acción normativa de la OIT; de hecho la OIT, desde su creación ha elaborado de manera sostenida los fundamentos conceptuales que ha seguido la seguridad social, ésta forma parte intrínseca y especializada de la OIT.

Las funciones desempeñadas por la OIT en el desarrollo de la seguridad social, no se limitan a establecer normas y objetivos adecuados, interviene también en la investigación y estudio de los problemas que rodean la aplicación práctica y la ejecución de medidas de seguridad social (OIT, 1995:11).

Muchos países han recibido cooperación técnica de la OIT, se ha proporcionado asistencia técnica para planificar o establecer medidas de protección social, así como asesoramiento especializado en muchas áreas de interés, tales como la financiación de prestaciones, como hacerlas operativas, como superar las dificultades administrativas, como ampliar la cobertura para otros sectores de la población, etc.

²⁷ En el mismo año de 1914, la American Federation of Labour inicio contactos con otras organizaciones obreras para luchar porque en el futuro Tratado de Paz se incluyera un programa de carácter social, su interés era que al finalizar el conflicto, se produjera un vuelco total en el orden de cosas anterior y entrara en vigencia un estatuto internacional, el Presidente de los Estados Unidos de América en ese entonces Woodrow Wilson en su proyecto de Sociedad de Naciones, propuso a la Conferencia de preliminares de Paz la designación de una comisión especial encargada de estudiar las medidas a tomar para la protección internacional de los trabajadores (Salineros, 1969:8).

²⁸ Su composición es tripartita, es decir, representantes gubernamentales y organizaciones representativas de empresas y trabajadores, en cada uno de sus órganos como la Conferencia General, el Consejo de Administración y la Oficina Internacional de Trabajo.

La OIT²⁹ se esfuerza constantemente en coordinar sus actividades y mantener cordiales y productivas relaciones con los demás organismos internacionales tanto gubernamentales como especializados (Salineros 1969:31); en lo que a Seguridad Social se refiere colabora con las Naciones Unidas, con el Comité Intergubernamental para las Migraciones Europeas, con la Organización Mundial de Salud (OMS), con la Comunidad Europea del Carbón y del Acero, con la Unión Europea, con la Organización de Estados Americanos y con la Organización de Estados Centroamericanos.

2.5.1.2 Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS)

Como resultado de la labor efectuada en la Décima Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo en 1927, el 4 de octubre de ese año surge la Conferencia Internacional de las Uniones Nacionales de Sociedades de Socorros Mutuos y de Cajas del Seguro de Enfermedad bajo los auspicios de la OIT (CIESS, 1984:26).

Dicho organismo cambio de nombre en 1936 convirtiéndose en Conferencia Internacional de la Mutualidad y de los Seguros Sociales (CIMAS).

Este organismo tiene como objetivo fundamental de colaborar en el ámbito internacional, en la protección, fomento y desarrollo de la seguridad social a través del progreso técnico y administrativo.

En 1946, una vez conseguida la paz y tranquilidad necesarias, se convocó, no sin dificultad, a una reunión en Ginebra a los funcionarios del Comité Internacional de la CIMAS, para que se percataran del nuevo concepto de seguridad social y considerar la forma que podría adoptar la CIMAS para convertirse en su exponente mundial (Salineros, 1969:42-44).

Durante la VII Asamblea General de la OIT en Ginebra en 1947, se sometió a consideración de sus miembros el texto de sus nuevos estatutos que dieron forma a la Asociación Internacional de la Seguridad Social AISS³⁰, nombre con que se le conoce hasta la actualidad (CIESS, 1984:26).

Los estatutos señalan en precisos términos que el objetivo fundamental de este organismo será cooperar en el plano internacional a la defensa, a la promoción y al desarrollo de la Seguridad Social en el mundo entero por su perfeccionamiento técnico y administrativo (Salineros, 1969:42-44).

2.5.1.3 Conferencia Interamericana de Seguridad Social

El precursor de estas conferencias fue el Comité Interamericano de Iniciativas de Seguridad Social, los días 10 y 16 de septiembre de 1942, se reúne a iniciativa del Ministro de Salubridad, Previsión y Asistencia Social de Chile, Dr. Salvador Allende, la 1ª. Conferencia Interamericana de Seguridad Social³¹, se propone, inspirándose en los principios aprobados en materia de

²⁹ Los Estados miembros de la OIT actualmente son 183 estados. Información obtenida en visita al Internet con fecha 02/03/2010, página: <http://www.ilo.org/public/english/standards/relm/country.htm>

³⁰ Los miembros de la AISS son departamentos gubernamentales, instituciones centrales, federaciones nacionales de instituciones o mutualidades que administran la seguridad social o una de sus ramas. Los tres principales órganos estatutarios de la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) son la Asamblea General, el Consejo y la Mesa Directiva. Al 15 de diciembre de 2009, la AISS cuenta con un total de 340 organizaciones miembros (263 miembros afiliados y 77 miembros asociados) de 150 países. Información obtenida el 03/03/2010, página web: <http://www.issa.int/esl/A-proposito-de-la-AISS/Miembros-de-la-AISS>.

³¹ De 1942, año de su creación, hasta 1953, la sede del CISS fue la misma de la Oficina Internacional del Trabajo, es decir, primero estuvo en Montreal, Canadá, y luego en Ginebra, Suiza. Posteriormente, y como resultado de una propuesta aprobada por la Comisión Ejecutiva, que se reunió con motivo de la V Conferencia Interamericana de

seguridad social por las Conferencias Tripartitas del Trabajo de los Estados de América miembros de la OIT, desarrollar y facilitar la cooperación de las administraciones e instituciones de Seguridad Social. En esa primera conferencia se suscribió un documento de capital importancia en materia de derecho internacional de la seguridad social y que se denomina Declaración de Santiago de Chile que expresa en materia de seguridad social los principios de la prevención de riesgos, el restablecimiento lo más rápido posible de la capacidad de ganancia pérdida o reducida como consecuencia de la enfermedad o accidente y la necesidad de procurar los medios de existencia necesarios en caso de cesación o interrupción de la actividad profesional como consecuencia de la invalidez, la cesantía, la vejez o la muerte prematura del jefe de familia; Además establece normas para un programa continental de Seguridad Social sobre seguros de riesgos profesionales, mantenimiento de Derechos de Seguro de las personas movilizadas, coordinación de los organismos de política social, etc. Tienen importancia las conferencias posteriores, a saber la 3ª. que se celebró en Buenos Aires en 1951 sobre Orientaciones para el Desarrollo de la Seguridad social en las Américas; la cuarta conferencia en México en 1952 y la sexta conferencia que igualmente se celebró en México y donde se firmó la Declaración de México sobre principios de Seguridad Social Americana (Ahumada, 1972:106-107).

La Declaración México sobre Principios de Seguridad Social también denominada Convenio 102 de la OIT sobre seguridad social incluye nueve rubros básicos de la seguridad social: asistencia médica, prestaciones monetarias de enfermedad, prestaciones de desempleo, de vejez, por accidente de trabajo o enfermedad profesional, prestaciones familiares, de maternidad, por invalidez y prestaciones de sobrevivientes los cuales se incorporaron en las leyes de seguridad social en nuestro país en las reformas. También se establecen normas sobre la igualdad de trato a los residentes no nacionales. Un elemento importante es que se determinan cuotas mínimas de cobertura por cada rubro de seguridad social, ya sea como un porcentaje de los trabajadores asalariados o de los residentes del país. Cabe señalar que este Convenio no hace referencia a los mecanismos específicos de implementación de la seguridad social.

2.5.1.4 Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS).

La organización precursora de la OISS³² fue la Comisión Iberoamericana de Seguridad Social, fundada en el año 1950 a instancias del Instituto de Cultura hispana, la estructura orgánica, que funciona desde el II Congreso Iberoamericano de Seguridad Social celebrado en 1924 en Lima es la siguiente (Ahumada, 1972:107).

- a) Congreso Iberoamericano
- b) Comisión Directiva
- c) Comité Permanente
- d) Secretaría General

Seguridad Social, que se llevó a cabo en México en 1952, dicha sede quedó ubicada definitivamente en la ciudad de México a partir de 1953. obtenida en visita a la Internet con fecha 02/03/2010, página: http://www.ciiss.org.mx/index_es.php?mod=sede

³² Es un organismo internacional, de carácter técnico y especializado, que tiene como finalidad promover el bienestar económico y social de los países iberoamericanos y de todos aquellos que se vinculan por el idioma español y portugués mediante la coordinación, intercambio y aprovechamiento de sus experiencias mutuas en Seguridad Social. obtenida en visita a la Internet con fecha 02/03/2010, página web: http://www.oiss.org/article.php?id_article=776.

En un congreso existen cuatro calidades de miembros: congresistas, observadores, con responsabilidad y adheridos. La Secretaría General funciona en Madrid y edita una importante revista técnica de difusión llamada Revista Iberoamericana de Seguridad Social.

2.5.2 Organismos Internacionales de Carácter Político

2.5.2.1 Consejo Económico y Social de la ONU (ECOSOC)

El Consejo Económico y Social³³ se estableció en el marco de la Carta De la Naciones Unidas como principal órgano para coordinar la labor económica, social y conexas de los 14 organismos especializados de las Naciones Unidas, las comisiones orgánicas y las cinco comisiones regionales.

También recibe informes de once fondos y programas. El Consejo Económico y Social actúa como foro central para el debate de cuestiones internacionales de índole económica y social y para la formulación de recomendaciones sobre políticas dirigidas a los Estados Miembros y al sistema de las Naciones Unidas. Se encarga de:

Promover niveles de vida más elevados, pleno empleo y progreso económico y social; buscar soluciones a los problemas internacionales de tipo económico, social y sanitario; facilitar la cooperación cultural y educativa internacional; y fomentar el respeto universal de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Está facultado para realizar o iniciar estudios e informes sobre estos temas. También tiene competencia para prestar asistencia en los preparativos y las organizaciones de conferencias internacionales importantes en las esferas económicas, sociales y conexas y facilitar un seguimiento coordinado de éstas. Dado su amplio mandato, el ámbito del Consejo se extiende a más del 70% de los recursos humanos y financieros de todo el sistema de las Naciones Unidas.

2.5.2.2 Organización Mundial de la Salud

La primera institución destinada a encauzar la acción internacional contra las enfermedades fue la Oficina Internacional de Higiene Pública, creada para realizar no solo a escala nacional estudios de enfermedades epidémicas, sino también para cooperar con la administración de las convenciones sanitarias internacionales y obtener un rápido intercambio de información ante la presencia de enfermedades contagiosas (CIESS,1984:27-28).

La Organización Mundial de la Salud (OMS)³⁴, es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. Organizada por iniciativa del Consejo Económico y Social de la ONU que impulsó la redacción de los primeros estatutos de la OMS. La primera reunión de la OMS tuvo lugar en Ginebra, en 1948.

Los 193 Estados Miembros de la OMS gobiernan la Organización por medio de la Asamblea Mundial de la Salud. La Asamblea está compuesta por representantes de todos los Estados Miembros de la OMS, mismos que designan sus delegaciones a la Asamblea Mundial de la Salud, la cual se reúne generalmente en mayo de cada año, y tiene la capacidad de definir las políticas financieras de la organización, y revisa y aprueba el presupuesto por programas. La Asamblea elige a 34 miembros, técnicos en el campo de la salud, para un mandato de tres años, y que forman el Consejo Ejecutivo. Las funciones principales del Consejo son las de hacer efectivas las decisiones y las políticas de la Asamblea, aconsejarla y facilitar su trabajo. El

³³Información obtenida en visita a la Internet con fecha 02/03/2010, página web: <http://www.un.org/es/ecosoc/about/>

³⁴Información obtenida en visita a la Internet con fecha 02/03/2010, página web: http://es.wikipedia.org/wiki/Organizaci%C3%B3n_Mundial_de_la_Salud

trabajo cotidiano de la OMS es realizado por la Secretaría, que está formada por un personal de 3.500 entre sanitarios y otros expertos y personal de ayuda, trabajando en las jefaturas, en las seis oficinas regionales y en los países bajos.

2.5.2.3 Organización Panamericana de la Salud

Comenta Molina (1992:283) que la Oficina Sanitaria Panamericana, conocida hasta 1923 como Oficina Sanitaria Internacional, tuvo su origen en 1902. En 1947, en la XII Conferencia Sanitaria Panamericana, aprobó el órgano ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana: La Organización Panamericana de la Salud (OPS) organismo sanitario intergubernamental para las Américas. La Oficina Sanitaria Panamericana es la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud y sirve como oficina regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las Américas. Las finalidades principales apuntan a la *promoción y coordinación de los esfuerzos de los países del hemisferio occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes*.

Los programas de sus principales actividades abordan los siguientes campos:

1. Erradicación y control de las enfermedades transmisibles.
2. Fortalecimiento de los servicios de salud pública.
3. Saneamiento del medio.
4. Educación y adiestramiento.
5. Investigación.

La Organización Panamericana de la Salud está constituida según Molina (1992:284) por:

1. La Conferencia Sanitaria Panamericana que es la autoridad suprema.
2. El Consejo Directivo, integrado por un representante de cada gobierno.
3. El Comité Directivo, compuesto por representantes de siete gobiernos.
4. La Oficina Sanitaria Panamericana, que es el órgano legislativo.

El estudio de la seguridad social como parte de los derechos del hombre nos permite entender que los gobiernos están obligados a implementar mecanismos que permitan ofrecer servicios de salud principalmente a aquellos sectores desprotegidos que no reciben los beneficios de los seguros sociales debidamente constituidos; en los siguientes renglones estudiaremos la *asistencia social y la atención primaria en salud* como parte fundamental de la *protección social* que los gobiernos están obligados a implantar, compromisos en que se deberán involucrar estableciendo programas y plazos claramente definidos.

2.6 Orígenes de la Asistencia Médica

La forma en que una sociedad organiza la *asistencia* médica, no es un acto meramente científico y técnico. La organización de la *asistencia* médica es un acto social resultante de un conjunto de factores históricos, culturales, éticos, políticos y económicos.

Para comprender y evaluar un sistema de *asistencia* médica, es importante saber a quien se atiende y a qué sector se deja de atender, en que lugares instituciones u hospitales se presta la *asistencia* médica, el motivo o fin explícito o implícito, el poder político que la organiza y en qué forma se financia. Para dar respuesta a estas interrogantes estudiaremos las distintas épocas históricas de la *asistencia* médica.

2.2.1 Antigua Grecia

En la Grecia³⁵ antigua coexistieron tres formas de medicina: medicina para esclavos, para ciudadanos pobres y para ciudadanos ricos (Sánchez González, 2002:151-152).

Los esclavos recibían una asistencia ínfima de sanadores empíricos que también eran esclavos. Los comerciantes y artesanos libres recibían tratamientos expeditivos con fármacos y/o cirugía, solo para enfermedades curables, y con el fin de reintegrarse rápidamente a su trabajo. Los ciudadanos ricos, por su parte recibían atención médica individualizada que reglamentaba su forma de vida. La medicina hipocrática era una actividad libre y remunerada y los médicos solo atendían a la clase social alta que podía pagarles; la filantropía se menciona muy ocasionalmente en los tratados hipocráticos y no se consideraba como un constituyente necesario del arte médico, por lo que el juramento hipocrático solo representó la actitud de una secta médica minoritaria.

En la Antigüedad Clásica no existieron hospitales propiamente dichos, aunque se mencionan algunas instituciones como la *Asklepeia*, que era un templo dedicado al culto del Dios sanador *Asclepio*, recinto que albergaba y sometía a rituales médico religiosos a los enfermos, sobresalía en ese lugar el rito de la *incubatio*, en el que el propio Dios aconsejaba al enfermo en sueños; Otras instalaciones conocidas de la época fue la *Valetudinaria*, construidas por las autoridades romanas, cerca de las fronteras para el cuidado de los soldados heridos o enfermos (Sánchez González, 2002:152-153)

2.6.2 El Cristianismo

La irrupción del cristianismo acarrearía dos cambios fundamentales para la asistencia sanitaria: uno, una consideración distinta de la persona del enfermo; otro, la aparición de un nuevo canon en las relaciones humanas con fundamento en la caridad. Las crónicas registraron la aparición de los primeros hospitales para la población civil en la Baja Edad Media (s. IV), en Roma, en 394, se fundó el primero debido al entusiasmo y aporte de la benefactora cristiana Fabiola. Asimismo, se generó un aglutinamiento de los centros de atención a enfermos en rededor de las comunidades religiosas, con aparición de los *hospitia*, refugios para abrigo, protección y una precaria *asistencia* sanitaria para viajeros, pobres y peregrinos (Félix Sánchez, 2007: 48).

Durante el cristianismo relata Sánchez González (2002:153) se introdujeron dos cambios muy importantes para la *asistencia* sanitaria: la enfermedad se vio como una vía de santificación para el enfermo y una oportunidad para acumular méritos sobrenaturales.

San Basilio de Cesárea escribió al respecto: *a la enfermedad la reciben los justos, como un certamen atlético, esperando grandes coronas por obra de la paciencia.*

El otro cambio fue el mandamiento de la caridad en la *asistencia* al enfermo, la ayuda al enfermo fue estimada como una de las obras de misericordia, que sería reconocida en el juicio final, el

³⁵ El ideal moral de la cultura griega fue la *kalokagathia*, es decir la bondad o virtud para lograr la belleza, virtud que solo se perdía por ignorancia o enfermedad, al conocer la belleza y la bondad se apetecen mas, a su vez, el cuerpo sano también tiende a la virtud, porque ama por naturaleza las cosas bellas y buenas que le convienen, pero el cuerpo enfermo se desvía de su fin natural y apetece lo feo y lo malo, por lo que la enfermedad lo conduce a un estado opuesto al ideal moral de la *kalokagathia*, e incorporaba en el enfermo ciertos vicios que no eran solo físicos sino también morales. Estas ideas permiten justificar el paternalismo médico, puesto que autorizaban a forzar la voluntad <<enfermiza>> de los pacientes, obligándoles a obedecer las indicaciones médicas, por su propio bien (Sánchez González, 2002:151-152).

cristianismo, se constituyó en un gran promotor de la solidaridad humana y antecesor de la seguridad social, toda vez que la enseñanza de Cristo es un deber de quien tiene la posibilidad de ayudar, otorgársela al necesitado, los partidarios de esta religión agrupados en hermandades y asociaciones de caridad proporcionaban atención a los pobres y enfermos, haciendo posible la creación de hospitales, instituciones básicas de *asistencia* colectiva contra el primigenio riesgo al que puede enfrentarse toda persona y que constituye el pilar básico de las vigentes instituciones de seguridad social (Ugalde 2006-61).

Menciona Ugalde (2006:63) que la benefactora cristiana Fabiola auspició en el siglo IV, en el año 394 la fundación en Roma del primer hospital para la población civil.

El advenimiento y difusión del cristianismo en Europa y el cercano oriente dio lugar a que hacia el siglo IV se registrara un aglutinamiento de los centros de *asistencia* a enfermos alrededor de las comunidades religiosas, creándose los *Hospitia* que eran refugios para abrigo, protección y una precaria asistencia sanitaria para los viajeros y religiosos, aunque existe controversia al respecto, pues se dice que durante los años 330 y 337 en Constantinopla, se creó el primer hospital cristiano por Constantino o por su madre Santa Elena; entre los siglos V y VIII se construyeron múltiples xenodoquios y hospitales muchos de ellos fueron estaciones en las rutas y caminos que llevaban a Roma, algunos de ellos se convirtieron en hospitales famosos.

Las opiniones de los autores y lo descrito anteriormente plantea justo el reconocer que el cristianismo, con su doctrina de amor a los semejantes, con sus anhelos de solidaridad hacia el prójimo, es el que hace reaccionar a la humanidad al echar las bases de la cooperación mutua en pos de la caridad, hito imprescindible en la evolución histórica de la seguridad social.

2.6.3 La edad media

Durante la edad feudal, que siguió la desaparición del Imperio romano, se consolida el poder de la iglesia cristiana así como su acción a favor de los necesitados por conducto del clero regular que continúa con la *asistencia* de necesitados creando hospitales, escuelas, orfanatos y asilos; fueron las clases humildes las que conservaron y alimentaron el sentimiento cristiano, irradiando desde los monasterios sobre todo, en los que la caridad encontraba el último reducto de tal forma que la caridad y el consuelo constituían la única satisfacción que los grupos privilegiados recibían en una sociedad basada en la desigualdad jurídica y en el reinado de la fuerza, en ese tiempo se formaron sociedades que actuaban paralelamente a la acción de la iglesia y que se denominaban *guildas* (Ugalde, 2006: 63).

Las *guildas* (Uzcástegui (1990:27) eran las que proporcionaban a los agremiados *protección* mutua contra los riesgos, mediante *asistencia* médica en caso de enfermedad, muerte, orfandad, viudez o total desamparo, otorgándose también alimentación.

Se cree que las *guildas* tuvieron su origen en las ciudades germanas en el siglo IX que perduraron hasta el siglo XI, y respondían a un principio de solidaridad, sus fines eran la asistencia a los enfermos, la honra a los muertos y en menor importancia la práctica del aprendizaje a un oficio. Cumplían funciones de defensa y *asistencia* mutua entre sus miembros, tenían un carácter religioso y estaban identificadas con la orden de un Santo.

En la edad media, surgieron al mismo tiempo que las *guildas* otras asociaciones con fines similares, denominadas cofradías o hermandades, tuvieron su origen en Italia en las comunidades religiosas denominadas *Solea*, agrupaciones de hombres dedicados a la misma actividad y que practicaban el culto (Briceño, 1987-50).

Arce (1972-40) citado por Uzcástegui (1990:27) comenta que las cofradías posteriormente se convirtieron en gremios, con una organización estratificada que incluía varios oficios cuya finalidad era la de ofrecer protección a sus intereses personales, regular el mercado local, y la de otorgarse *protección* mutua ante las consecuencias de distintos riesgos. Estaban orientadas con un sentido de hermandad cristiana, y su misión primordial era la de atender y ayudar a sus miembros enfermos hasta el lecho mortuario.

A finales del siglo XVII, en Europa, el filósofo John Locke, formuló la idea de que todo ser humano tiene ciertos derechos naturales que la sociedad debe respetar y promover (Sánchez González, 2002-164).

Entre esos derechos mencionó el derecho negativo a no ser perjudicado en la propia salud. Pero el concepto de un derecho positivo a ser *asistido* en caso de enfermedad tiene sus antecedentes en los años que precedieron a la Revolución Francesa, el economista del siglo XVIII y funcionario del gobierno Jaques Turgot llegó a decir: el alivio de los hombres que sufren es un deber de todos y toda autoridad debe cooperar a ese fin.

La idea de organizar un seguro médico apareció en algunos gremios artesanales durante la edad media (Sánchez González, 2002-161).

Se suministraban servicios de médico, cirujano y botica mediante el cobro de una cantidad a los afiliados, de tal forma que la idea de seguro voluntario prosperó ocasionalmente en Europa aunque limitadamente; las ideas filantrópicas de la Edad Moderna hicieron surgir modelos sanitarios utópicos, por lo que Daniel Defoe ideó en 1697 un seguro obligatorio para la asistencia médica de los pobres. La revolución industrial concentró en las ciudades un proletariado que dependía exclusivamente de su salario, por lo que el desempleo y la enfermedad traían consecuencias fatales, los trabajadores formaban sociedades de ayuda mutua, a las que realizaban aportaciones periódicas, de las que recibían compensaciones por la *falta de salario y por el costo de la asistencia* médica; en Inglaterra, desde la mitad del siglo XVIII, estos sistemas de seguros voluntarios para los obreros industriales fueron las *friendly societies*, en Alemania se generalizaron unas sociedades voluntarias semejantes llamadas *<krankeskassen>* (caja de los enfermos) y en España desde mediados del siglo XIX, existieron las sociedades de socorros mutuos.

2.6.4 Desarrollo de la medicina y nacimiento del seguro privado

Los cambios científicos que se produjeron en la medicina del siglo XIX tuvieron gran repercusión en la *asistencia médica*.

En esa época las enfermedades se definían por los síntomas, por lo que el concepto de enfermedad que tenía el médico coincidía con la que tenía el enfermo, pero los avances del conocimiento de la anatomía clínica permitieron que se definiera la enfermedad según las lesiones anatómicas, por lo que el concepto de enfermedad que tenía el médico comenzó a diferenciarse radicalmente del concepto de enfermedad que tenía el enfermo y el diagnóstico de las enfermedades requería de procedimientos que solo el médico podía dominar, todo este progreso de la ciencia médica hizo posible que la profesión médica se reorganizara y empezara el proceso de medicalización de los hospitales.

Los médicos llegaron a dominar la *asistencia* y administración de los hospitales y establecían los criterios de admisión, tratamiento y alta de los enfermos, de esta forma los hospitales pasaron de ser albergues a centros exclusivos de diagnóstico y tratamiento dando como resultado grandes cambios en el funcionamiento de los hospitales en la asistencia con nuevos objetivos hospitalarios, y como centros de formación e investigación para los médicos y cirujanos y empezaron a aparecer los hospitales especializados tales como los pediátricos en

primer término y luego los oftalmológicos, torácicos, ortopédicos, neurológicos, dermatológicos...organizados en departamentos especiales (Sánchez González, 2002:157).

Nugent (1997:607) escribe que el mutualismo fue otro de los sistemas de ayuda mutua mediante creación de asociaciones entre miembros de determinadas colectividades...

...para asumir ciertos riesgos y contingencias sociales, como la vejez, la invalidez, la enfermedad y muerte a través de las aportaciones de sus miembros, funcionaron en forma provisional y oculta en los albores del siglo XIX cuando el derecho de asociación no existía hasta que a mediados de siglo desaparece su prohibición de tal forma que algunas de ellas todavía existen. En el mutualismo está ausente el propósito de lucro y está inspirado en el principio de solidaridad, el cual serviría de base y antecedentes de lo que hoy se conoce como seguridad social.

Sin embargo en este siglo coincidiendo con el desarrollo de la medicina se suscitaron movimientos sociales obreros reclamando el derecho a la asistencia médica, ese factor tuvo mucha importancia en algunos países como Alemania, aunque no tanta en otros como Canadá y Japón.

Se desarrolló una mayor conciencia de los problemas de salud gracias a los estudios estadísticos que mostraban que las desigualdades sociales provocaban mayores enfermedades, pues entre los pobres se padecía de una mayor morbilidad y mortalidad, destacando en estos estudios Villermé, Virchow y Chadwick, demostrando la desigualdad socioeconómica frente a la enfermedad y la muerte.

Esos cálculos preveían una gran rentabilidad en las inversiones sanitarias y nuevos estudios estadísticos realizados por William Farr hicieron ver que las campañas de vacunación y de salud pública, podían reducir la mortalidad, pero fue Irving Fisher, economista inglés, autor de teoremas, ecuaciones y otros aportes a la estadística quien calculó las cantidades que podían ahorrarse si se implantaban medidas sanitarias y así se llegó a pensar que las inversiones en salud disminuirían las bajas laborales y aumentarían la producción económica compensando sobradamente los gastos (Sánchez González 2002-165).

Fue entonces cuando tuvo su aparición el seguro privado refiere Nugent (1997:608) a fines del siglo XIX con el objeto de cubrir ciertos riesgos y contingencias sociales, mediante el pago de una prima estimada en función del riesgo asumido por la aseguradora, ésta se obligaba al pago del capital del seguro³⁶, al producirse el evento incierto y futuro materia del convenio.

En este tipo de seguro también está ausente el principio de solidaridad ya que era insuficiente para atender con la amplitud debida los riesgos y contingencias, sin embargo muchas empresas recurrieron a este contrato para asegurar a sus trabajadores contra accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, sin embargo estuvo muy lejos de resolver los infortunios laborales por lo oneroso de las primas, pero sirvió de base y como antecedente para la implantación de los seguros sociales³⁷.

³⁶ Hermanad, citado por Uzcátegui (1990:39) menciona que el autor entiende por *seguro*, la operación financiera por la cual una de las partes, el asegurado, hace que se le prometa mediante una remuneración, la prima, pare él, o para un tercero, en caso de realizarse un riesgo, una prestación, y por la otra parte, el asegurador, quien toma por su cuenta un conjunto de riesgos, los contrapesa, conforme a las leyes de la estadística.

³⁷ Las carencias observadas en esa cobertura de seguros permitió desarrollar una teoría propiciada por Rouast y Givord quienes consideraron que el trabajador está colocado bajo responsabilidad del patrón y en consecuencia el accidente que sufre en condiciones de trabajo, no debe dejarse a cargo del obrero sino del que dio la orden de efectuar el trabajo (Nugent, 1997:608).

Sin embargo, la verdadera causa del origen del seguro privado menciona Uzcástegui (1990:39), podemos encontrarlo en el espíritu de lucro y ganancia, pues las sociedades de ayuda mutua, que se desarrollan en una forma espontánea entre los trabajadores, fueron intervenidas por las autoridades públicas, exigiéndoseles algunos requisitos que las obligó a emplear métodos propios de la empresa comercial, tales como la selección de sus afiliados, búsqueda del equilibrio entre el valor probable de los compromisos y los derechos, con el fin de garantizar las prestaciones contratadas, así como también asegurarse la aprobación oficial de los estatutos.

Todo esto sobre el origen del seguro privado (Halperin, 1960: 18-19), ha causado dificultades a los historiadores de tal forma que:

Algunos opinan que las civilizaciones antiguas tenían instituciones semejantes a los seguros mercantiles pero que sus actos se confundían con la previsión, y la asistencia; en las ciudades griegas se conoció el *préstamo a la gruesa*, y en Roma, el *préstamo marítimo*, estas primeras manifestaciones de los seguros privados se perfeccionan a medida que reciben la influencia de los acontecimientos económicos, políticos y sociales, o mejor dicho, se adaptan a los nuevos requerimientos de la época.

Los seguros comerciales aportaron a la Seguridad Social, a través de los seguros sociales, los métodos de organización administrativa, sistemas financieros, sistemas de recaudación, etc.; con el paso de seguro privado a seguro social se amplía la noción de contingencia y establece la obligatoriedad de pagar cotizaciones por una parte, y por la otra, establece el derecho a las prestaciones (Uzcástegui, 1990:39).

2.7 La asistencia social, atención primaria de salud

En Gran Bretaña por el año 1804, existían sociedades de socorro mutuo que aportaban dinero a sus afiliados cuando se enfermaban, posteriormente llegaron a contratar servicios médicos para atender a sus asociados (Jaramillo, 2005:173-174).

En el año 1900, estas sociedades tenían una gran cantidad de miembros, y los asociados no solo recibían servicios médicos, sino pensiones de invalidez. Al enfrentarse Enrique III con la Iglesia Católica, este pasó los servicios hospitalarios a organizaciones de caridad, los que con algunos apoyos municipales o asumidos totalmente por éstas, se mantuvieron así hasta la fundación del Servicio Nacional de Sanidad en 1948. Sin embargo en 1911, se creó en Inglaterra un seguro nacional para trabajadores de bajos ingresos, pero excluía a los familiares y se limitaba a la medicina general y sus medicamentos. Con esa experiencia años después, la Asociación Médica Británica propuso que el seguro se extendiera a todos los trabajadores y que se dieran más beneficios.

A principios del siglo XX escribe Sánchez González (2002:158-160), la medicina científica ofrecía excelentes resultados.

Se abrieron nuevas posibilidades gracias a la cirugía, la quimioterapia, la endocrinología y la nutrición científica y existían complejos instrumentos para el diagnóstico y el tratamiento, recursos que solo podían concentrarse en los hospitales, lugares que se convirtieron en lo más idóneo para el tratamiento de enfermedades agudas de todas las clases sociales ya que la asistencia sanitaria³⁸ había sido anteriormente diferente según el nivel social, político y

³⁸ De esa forma, los Estados comenzaron a intervenir de una manera más decidida en la organización y regulación de la asistencia sanitaria aun cuando su intervención a sido de manera diferente en las distintas épocas; fue en el siglo XIX cuando los gobiernos intervinieron en la organización de los sistemas nacionales de los servicios de salud

económico del enfermo; esa corrección evitó consecuencias sociales ya que al introducir a la *asistencia médica*³⁹ principios y valores distintos a los del mercado económico, entre ellos la caridad eclesiástica, la filantropía o la beneficencia pública hubo resultados satisfactorios en el avance de la medicina.

Tras todo esto, refiere Sánchez González (2002:165) nacieron los denominados sistemas de salud que son: combinación de recursos, organización, financiación y gestión, que culmina en el suministro de servicios de salud a una población.

Los distintos sistemas se distinguen por múltiples peculiaridades, pero las principales características son: el porcentaje de población atendida, la disponibilidad total o parcial de los recursos, la fuente de financiación y el modo de organizar el suministro directo de los servicios de salud, sin embargo un factor decisivo en la configuración de cualquier sistema de salud es la intervención del Estado, que consiste en una modificación o suplementación de las leyes de mercado, así como en una regulación de la iniciativa económica de los individuos y de las empresas.

En los países en que hay muchas personas empleadas por cuenta propia, llámense profesionales de una actividad como la electricidad, plomería, mecánicos, trabajadores de la construcción, tenderos, pequeños agricultores, taxistas, artesanos etc., que trabajan por su cuenta existen problemas de identificación y de cumplimiento adecuado de la legislación de seguridad social. Se han intentado distintos métodos para hacer extensiva la protección a estos trabajadores del sector no estructurado, pero no siempre han tenido éxito. Lo cierto es que la mayoría de los regímenes en los que contribuyen empleadores, trabajadores y gobierno cubren a trabajadores que dependen de un empleo remunerado dejando a otros grupos de la población la tarea de adoptar sus propias medidas; para quienes pasan apuros, se les puede brindar protección mediante la asistencia social o regímenes universales financiados con cargo al presupuesto de egresos federal.

Por otra parte, la OIT (1995:7-8), afirma que en lugar de basarse en las cotizaciones individuales de trabajadores y empleadores, algunos países han iniciado o reelaborado su seguridad social sobre la base de lo que se llama *asistencia social*.

Se recurre a impuestos locales o nacionales para financiar los diversos programas de los que se derivan las prestaciones pagadas como un derecho legítimo, cuando se cumplen las condiciones de necesidad prescritas. En general, para la valoración de la prestación se tienen en cuenta los recursos económicos de la persona en cuestión. Muchos países en se basan fundamentalmente

como reconocimiento de los derechos de los individuos que se han llegado a aceptar, más o menos universalmente, que la sociedad en su conjunto tiene deberes de solidaridad y de justicia para asegurar a todos los individuos una asistencia médica equitativa (Sánchez González, 2002:158-160).

³⁹ Los mecanismos por los que el Estado interviene en la prestación de la asistencia médica pueden ser descritos como una alteración de las leyes del libre mercado de servicios (ofreciendo prestaciones gratuitas, obligando a pagar ciertas cuotas...) pero la concepción de la atención en salud como producto de mercado era inaceptable y la intervención del Estado evitó prácticas intolerables como la aplicación de tratamientos innecesarios y la creación de necesidades sanitarias superfluas o el simple fraude; para evitar la desigualdad frente a la asistencia médica, los Estados intervienen en el mercado de atención en salud y fue prácticamente en el siglo XX en donde todos los países del mundo han emprendido acciones políticas para financiar o suministrar la asistencia sanitaria como un servicio social, creando de esta forma el *sector público* de la asistencia sanitaria, también denominado sector salud (Sánchez González, 2002:158-160).

en el seguro social también cuentan son *asistencia social* para las personas que por alguna razón no están comprendidas dentro del ámbito del régimen principal o a las que éste proporciona prestaciones insuficientes para cubrir sus necesidades. Puesto que la solidaridad y la *asistencia social* están muy interrelacionadas, suele actuarse de manera discrecional en el momento de fijar el importe o clase de prestación. Los países escandinavos y otros como Australia han optado por una seguridad social basada en la *asistencia*.

La *asistencia social* médica opina Solorio (2001:41-42) prevé el mantenimiento, restablecimiento y mejora de la salud de las personas. En una situación ideal, todos los ciudadanos de un país tendrían acceso a la *asistencia*, sin embargo, esta prestación resulta muy cara, tanto más cuanto que la medicina moderna se ha perfeccionado en gran medida y al mismo tiempo han aumentado las esperanzas en ella depositadas.

Se había previsto que para el año 2000 muchos países dedicarían por lo menos el diez por ciento del producto interno bruto a la atención médica, previsión que ya se ha cumplido en algunos casos. En los países en donde, por alguna razón, la prestación de *asistencia médica* resulte inadecuada, será necesario decidir la forma de distribuir los escasos recursos disponibles, ya que sobre las finanzas nacionales recaen múltiples y variadas peticiones de fondos para toda clase de gastos; tiene que llegarse a un equilibrio entre los diversos programas que el Estado debe llevar a cabo.

La *asistencia social* afirma Ahumada(1972:111) *es la rama de la seguridad social que se ocupa de proporcionar condiciones mínimas suficientes a aquellos miembros de la comunidad que por causas ajenas a su voluntad, se encuentran en situación de menor valencia sico-física, económica y social*. Menciona el autor que la *asistencia social* constituye la forma más antigua de *protección social* y es la expresión de las primeras formas de fraternidad y solidaridad humanas, y establece que son dos las características de la transformación del concepto de beneficencia o *asistencia* en el de *Asistencia Social*:

- Su financiamiento es no contributivo, vale decir, se hace mediante impuestos o contribuciones que ingresan en el presupuesto nacional o federal.
Al otorgarse la prestación vía impuestos se deben a una condición del sujeto debido a su estado de necesidad, -tal vez causado por ingresos nulos o insuficientes- la invalidez, orfandad o cualquier otra causa de naturaleza semejante.
- Todo se efectúa mediante el otorgamiento de prestaciones al caso social, individual, que se realiza gracias a la acción de profesionales especializados.
- Son prestaciones transitorias y se deben a una condición exógena o del medio externo natural, tales como inundaciones, sismos, derrumbes, incendios, sequías, etc.

2.8 Previsión social y asistencia social

El Diccionario de la Real Academia Española define la palabra *previsión* como la acción de disponer lo conveniente para atender a contingencias o necesidades previsibles.

Por su parte Báez (1994-3) puntualiza que la previsión social es la acción de los hombres, de sus asociaciones o comunidades y de los pueblos o naciones...

...que disponen lo conveniente para promover a la satisfacción de contingencias o necesidades previsibles, y por lo tanto futuras en el momento en que se presenten, esto es, la previsión es transplante del presente al futuro; la proyección de las necesidades presentes en el futuro a fin de prever su satisfacción; el aseguramiento para el futuro de las condiciones en que se

desarrolla en el presente la existencia, o en una formula breve, la seguridad de la existencia futura, todo cual producirá la supresión del temor del mañana.

En referencia al tema de la previsión social, el Diccionario Jurídico Mexicano (1999:3533) lo refiere como el *conjunto de acciones públicas y privadas destinadas a la protección de la población en general y de los trabajadores y de sus familias en particular, contra las contingencias o desastres que provengan de situaciones imprevistas*.

Ruiz Moreno (2004:28-30) define a la previsión social como el *conjunto de iniciativas y normas del Estado...*

...principalmente de índole jurídico, creadas y dirigidas para atemperar o disminuir la inseguridad así como los males que padecen los trabajadores, vistos como clase social económicamente débil, dentro o fuera del trabajo.

Por eso, refiere el autor, los conceptos de trabajo y previsión social vienen siempre juntos en nuestro derecho positivo. El atributo de social lo adquiere desde luego en cuanto que una colectividad o comunidad de e intereses busca resolver problemas particulares de un número indeterminado de personas que convergen en un objetivo común: la adopción de medidas que tiendan a cubrir riesgos profesionales, la desocupación a los requerimientos de la vejez, a través de sistemas económicos de seguridad que se pongan en práctica.

Con base en lo anteriormente expresado por los diferentes autores en referencia a la previsión social y donde se observa la importancia de la misma para las comunidades sociales especialmente para los desprotegidos la principal forma de previsión social la constituye la asistencia social y la seguridad social, por lo que es de vital importancia comentar estos puntos en líneas posteriores.

El Diccionario Jurídico Mexicano (1999:244-246) remite el concepto de *asistencia social* al concepto de seguridad social, sin embargo conceptúa la Asistencia Pública de la siguiente manera:

función del Estado para proteger dentro de la sociedad a la población de riesgos que traen consigo la insalubridad, la enfermedad, la desnutrición, el abandono, la contaminación ambiental y otros males sociales que afectan la salud y seguridad vital de los individuos.

Para Ruiz Moreno (2004:28) la *Asistencia Social* es un conjunto de normas de todo tipo...

...que integran una actividad del Estado y en su caso de los particulares, destinadas a procurar una condición lo más digna, decorosa y humana, para aquellas personas que, imposibilitadas para satisfacer por sí mismas sus necesidades elementales y de bienestar social, requieren del socorro y la ayuda altruista, no obligatoria de los demás. Afirma el referido autor que el concepto de asistencia social guarda cierta semejanza con la llamada beneficencia pública y naturalmente con la asistencia pública; que brindan sin distingo a la colectividad menesterosa en general ya por los particulares, o ya por el Estado a través de esquemas creados ex profeso.

Para Cabanellas, (1968:776) el seguro social es aquél sistema donde los riesgos y todas las contingencias personales, familiares y económicas a que están sometidas ciertas personas – principalmente los trabajadores, se encuentran cubiertas en un solo régimen de aseguración que ampara cualquier eventualidad adversa para el asegurado.

Pero la seguridad social no se agota en el seguro social, pues si bien éste comprende una de sus partes de mayor importancia actual y constituye uno de los medios de aquella para el

cumplimiento de sus fines, la seguridad social va mucho más allá, ya que mientras los seguros sociales tienden a cubrir sólo determinados riesgos, en cambio, la seguridad social procura garantizar el bienestar en todos y cada uno de los instantes de la vida del hombre.

Debido a que los regímenes de seguro social a menudo hacen frente a dificultades a dificultades en la extensión de la cobertura a grupos específicos de los cuales ya han sido mencionados, a saber, los no asalariados, trabajadores artesanos, los que trabajan por su cuenta etc., se pusieron en marcha programas de asistencia social financiados con cargo al presupuesto público, sea en sustitución de los regímenes de seguro social o para complementarlos.

La diferencia fundamental entre el seguro social y estos otros regímenes (Solorio, 2001:38) es que:

- El seguro social se basa en la afiliación a un régimen que requiere el pago de cotizaciones, y con cargo al cual se proporcionan prestaciones cuando ocurre una de las contingencias estipuladas. Requiere conservar los antecedentes detallados de las cotizaciones o los empleos durante muchos años.
- En los regímenes de asistencia social o con cargo a los ingresos generales del Estado, el derecho a la prestación se basa en la pertenencia a la comunidad, la cual se encuentra los fondos necesarios para otorgar esas prestaciones. No se requiere conservar antecedentes, el único criterio válido para tener derecho a prestaciones es el cumplimiento de la condición de ciudadano o residente (y cubrir la cuota previa a un estudio socioeconómico).

Falta mucho para alcanzar la cobertura total en salud, sin embargo, el seguro social es el punto de partida, pero para alcanzarlo deben satisfacerse ciertas condiciones, no significa nada más alcanzar la universalidad, se requiere prestar servicios de calidad y otros factores, el financiamiento es oneroso y lo oneroso que no redunde en beneficios satisfactorios a la población no es costeable.

Mendizábal (2007:44) menciona que existen servicios a los que se atribuye el carácter de seguro social con un régimen de cobertura limitado y que no son contributivos; por esa razón, es muy importante distinguir con claridad entre instituciones de seguridad social exigible y obligatoria, y los rubros de asistencias públicas discrecionales y aleatorias (Tabla 2.3).

Tabla 2.3 Diferencias entre seguridad social y asistencia social

Seguridad Social	Asistencia pública
Régimen legal que establece servicio público obligatorio	Sistema presupuestario depende de políticas sexenales
Es exigible y de cumplimiento forzoso	Es aleatorio y voluntario
Genera estructura de permanencia	Está sujeto a decisiones políticas
Es vinculatorio por los derechohabientes	No genera ninguna identidad
Financiamiento autónomo y contributivo	Programas públicos y colaboración circunstancial

Fuente: a partir de Mendizábal (2007:44)

Una vez estudiada la asistencia social como un derecho de la población y una obligación del Estado, en el siguiente apartado se estudiará la necesidad de dar atención primaria en salud, tema de trascendental importancia para elevar la calidad de vida de la gente y para que los Estados alcancen los objetivos de bienestar social que merece la población.

2.9 El derecho a la salud

El Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas⁴⁰(ONU), en la observación General 14, define a la salud como *un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos*.

Sin embargo, el *párrafo doce*, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)⁴¹ del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) de la Asamblea General de Naciones Unidas reconoce el derecho de toda persona al *disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Salud se entiende no sólo como un derecho a estar sano, sino como un derecho a controlar los propia salud y el cuerpo.

De acuerdo con la interpretación del comité del derecho a la salud el *más alto nivel posible de salud física y mental* se extiende a los factores determinantes de la salud como son: la alimentación, la vivienda, el acceso a agua potable, las condiciones sanitarias adecuadas y seguras tanto en el trabajo como en el medio ambiente.

Concluye el propio comité del pacto en su *párrafo ocho* que el Estado no puede garantizar la buena salud ni brindar la protección contra las causas posibles de la mala salud del ser humano, por lo tanto el derecho debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud. Para lograr esto señala el *párrafo dos*: el Estado debe desarrollar un sistema de protección a la salud que brinde a las personas la igualdad de oportunidades para su disfrute, además de que es necesario que adopte un conjunto de medidas complementarias como son: el reconocimiento jurídico del derecho, la formulación de políticas públicas en materia de salud y la aplicación de programas de salud.

Una definición de *salud* como bien jurídico se define como *una equilibrada y adecuada condición dinámica de naturaleza biológica de la persona, objetivamente comprobable, moralmente aceptable –en cuanto socialmente consensuada- que se podría mantener bajo ciertas condiciones, vulnerables a ciertos factores, y potencialmente garantizable y/o recuperable mediante el uso de una determinada técnica y, en cuanto tal, exigible jurídicamente* (Currea de, 2003:25).

En México, como reconocimiento a uno de los derechos fundamentales contenidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas⁴², el derecho a la protección de la salud, como derecho autónomo, fue elevado a rango constitucional mediante reforma al artículo 4º de la Constitución Federal, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de 1983, por la cual se le adicionó el siguiente párrafo:

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

⁴⁰ Información obtenida en página web: <http://www.cetim.ch/es/documents/codesc-2000-4-esp.pdf> el 22 de mayo de 2010.

⁴¹ Información obtenida en visita al Internet con fecha 22 de mayo de 2010 página web: http://www.escribnet.org/resources/resources_show.htm?attribLang_id=13441&doc_id=427013

⁴² Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948.

2.10 Principios y valores de la Atención primaria en salud

El movimiento de la Atención Primaria en Salud (APS) tiene sus antecedentes en una serie de decisiones de la OMS sobre cuestiones de política sanitaria que comenzaron en 1974, cuando la Asamblea Mundial, a la luz de las disparidades en los servicios sanitarios y en salud entre los estados miembros, pidió al director general que explorase nuevas vías para actuar con más eficiencia.

En 1975, la Asamblea Mundial y el Consejo Ejecutivo tomaron la decisión de fomentar la APS, así como pedir la celebración de una conferencia mundial sobre este tema (Mc Donald, 1993) citado por Turabián (1995:16).

Cuenca y Baca (2005:254) detallan que en Alma-Atá, capital de Kazajstán, antigua República Soviética...

...la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud (APS) auspiciada por la OMS y la UNICEF, contando con la participación de 134 países, 67 organismos internacionales y decenas de organizaciones no gubernamentales hizo pública el 12 de septiembre de 1978 la llamada Declaración de Alma-Atá que marcó un hito en la historia del pensamiento sanitario mundial. Los principios de la APS, han sido aceptados dentro de los sistemas sanitarios internacionales.

Menciona Turabián (1995:15-16) que como resultado de esa Declaración:

- Se presentó un panorama de las desigualdades y deficiencias en la salud y en el bienestar.
- Se consideró la salud como un derecho humano que los Estados deben de contribuir a garantizar.
- Se estableció la urgente necesidad de superar este panorama de injusticia social.
- Se estableció una meta, resumida en la expresión <<salud para todos en el año 2000>> (SPT 2000).
- Se eligieron unos indicadores para valorar el grado de bienestar alcanzado:
 - Reducción de la mortalidad infantil
 - Aumento de la esperanza de vida
 - Provisión de agua potable
 - Acceso universal a la atención médica, etc.
- Se decidió una estrategia (el camino): La APS

El principio del lema SPT 2000 mencionan Cuenca y Baca (2005:254) es: todo el mundo necesita disfrutar del nivel más alto posible de salud y tiene derecho a ello.

SPT 2000, refiere Turabián (1995:15-169) es más que un slogan, es un camino hacia un futuro ideal; es una denuncia de que mucha gente no tiene acceso a los cuidados de salud, probablemente los países que firmaron el documento de Alma-Atá no se hayan dado cuenta del completo significado de lo que aceptaban.

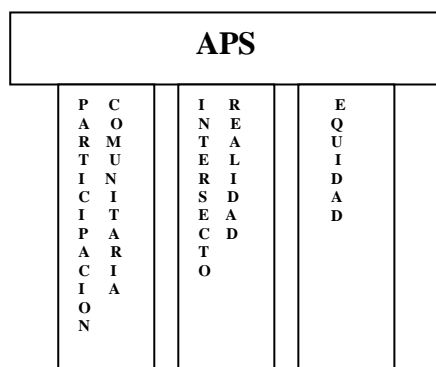
-En el contexto internacional, APS, significa un acercamiento a la provisión de servicios de salud, que enfatiza la promoción de salud a través de la colaboración entre profesionistas sanitarios y de otros sectores, y la comunidad, como también un sistema de asistencia curativa y de tratamiento basado en encontrar las necesidades de salud de la mayoría de la población a la que sirve. La responsabilidad de los participantes en la APS es establecer nexos con estas personas, en las casas, las escuelas, el trabajo, el transporte, el ocio, y aprovechar su acción hacia la salud. Ver los tres pilares de la salud en la Figura 2.2.

-La AP incluye la prevención, como inmunizaciones, etc., imaginando que, si podemos vacunar a una comunidad contra una enfermedad, entonces hemos hecho el trabajo preventivo que podemos. Esto en verdad es AP, pero no en APS.

Las características principales de la APS agrega Turabián (2008:18) son:

- Justicia Social e igualdad.
- Autorresponsabilidad.
- Solidaridad Internacional.
- Aceptación de un conjunto amplio de salud.

Figura 2.2 **Los tres pilares de la APS: participación comunitaria, intersectorialidad y equidad (McDonald, 1993).**



Fuente: a partir de Turabián (2008:17)

Pero lo verdaderamente importante refiere Turabián, es que tiene cuatro facetas diferentes, a decir:

- Es un conjunto de actividades.* Al menos: educación sanitaria, nutrición adecuada, agua potable y saneamiento (sic), atención materno-infantil, inmunización, prevención y control de enfermedades endémicas, tratamiento básico de los problemas de salud, provisión de medicamentos esenciales.
- Es un nivel de atención.* Primer contacto de la población con los cuidados sanitarios profesionales. Más del 90 por cien de los problemas de salud de la gente son atendidos por ellos mismos, sus amigos o familiares: también es APS.
- Es una estrategia.* Debe ser accesible, atenta a las necesidades de la población integrada funcionalmente, basada en la participación comunitaria, coste eficaz y caracterizado por la colaboración de los sectores sociales.
- Es una filosofía.* Justicia social, igualdad, solidaridad internacional, autorresponsabilidad y aceptación de un sentido amplio del concepto de salud.

De acuerdo a Cuenca y Baca (2005:254) originalmente se reconocieron los principios y valores básicos de la atención sanitaria (Tabla 2.4). Estos principios, junto al énfasis de la acción continuada hacen de la atención primaria la puerta de entrada al sistema sanitario. Su desarrollo coincide con el inicio del fenómeno de la globalización, en el cual ya se apreciaban las grandes y crecientes desigualdades e injusticias sociales en cuanto a las condiciones de vida y en el acceso a la asistencia sanitaria.

Menciona Quintanar (2000:160) que se requiere que los servicios en la atención primaria a la salud sean significativos, eficaces, aceptables, costeables y de cobertura universal.

La universalidad del acceso a un sistema de atención de salud que no sea significativo ni eficaz en relación con los problemas imperantes en un contexto local, supone una distorsión del

concepto de salud para todos. La eficacia constituye la médula de los servicios cuyos fines son fomentar, curar, servir y rehabilitar. La diferencia entre prevención y fomento consiste básicamente en que la primera tiene que ver con la enfermedad y el segundo con la salud.

Tabla 2.4 Principios y Valores básicos de la APS

<ul style="list-style-type: none"> • Atención a la salud basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente probadas y socialmente aceptables. • Cobertura y acceso universal a los servicios sanitarios basados en necesidades sanitarias • Compromiso, participación y autosuficiencia individual y comunitaria • Acción sanitaria intersectorial • Tecnología apropiada y coste-efectiva, de acuerdo a los recursos disponibles • Provisión de servicios sanitarios y promoción de salud

Fuente: a partir de OMS

2.11 Derecho de Información al paciente

En nuestra sociedad, la comunicación se ha convertido en un elemento esencial de conocimiento, información y relación entre personas e instituciones, en este marco las relaciones públicas aportan a las organizaciones la capacidad de participar en la dinámica social ya sea informando sobre lo que hacen o percibiendo lo que la sociedad demanda de ellos (Castillo, 2009:10).

La LGS al enmarcar los derechos de los usuarios al SPSS, en el Artículo 77 bis Fracción V, señala que los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán además de otros derechos el de recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.

Una serie de cambios demográficos, tecnológicos, culturales y del propio sistema de salud ocurrido a lo largo del Siglo XX (y del siglo XXI) han creado en los países un nuevo entorno para la sanidad.

- Los *cambios demográficos*, caracterizados por el envejecimiento de la población, el incremento de la esperanza de vida y el control de la natalidad han repercutido en los patrones epidemiológicos con aumento de las enfermedades crónicas y discapacidades, y el consiguiente incremento no solo de la demanda de atención en salud sino también *social* al producirse cambios en el entorno familiar creándose una nueva demanda de atención: la *atención sociosanitaria*.
- Los *cambios tecnológicos* que han supuesto en el sector sanitario la introducción acelerada de nuevas posibilidades técnicas, incluso antes de ser evaluadas provocan una amplia variabilidad de la práctica clínica, tanto en los usos como en los resultados que hacen necesario promover la formulación y la aplicación de una práctica clínica apropiada para que los probables beneficios para el paciente sobrepasen por un margen suficientemente amplio los posibles riesgos.
- Los *cambios culturales* hace que los ciudadanos acudan al sector salud cada vez más como usuarios, más exigentes con la calidad percibida, esperan que se resuelvan sus problemas y

las instituciones deberán hacerlo con una correcta conjunción de criterios deontológicos⁴³, de eficacia y económicos, ya que las disponibilidades económicas aunque importantes son inferiores a la demanda.

- Los cambios en los *sistemas de salud* públicos, por su parte se han caracterizado por un gran desarrollo de la atención hospitalaria, la extensión de la cobertura a toda la población y un crecimiento de los recursos en los últimos años (Otero *et al*, 2002:1173.).

La relación entre el sistema de salud y paciente viene condicionada por la asimetría de la información que comporta que el ciudadano delegue totalmente la capacidad de decisión sobre lo referente a sus cuidados de salud mediante la atención, en el núcleo de este ámbito de las reformas de salud está la disminución de tal asimetría; la información dentro del progreso de los servicios de salud, cumple un importante papel social que es oportuno valorar ya que produce una función de seguridad al usuario (Marimón 1999:41).

En los últimos años, se ha observado que la relación médico-paciente, este último ha pasado de una actitud pasiva a una más participativa, este cambio favorece al paciente por algunas causas entre ellas: una segunda opinión, la posibilidad de buscar otra opción al tratamiento indicado, por lo que la información que los usuarios en servicios de salud reciben de los encargados deberá ser suficiente, oportuna y veraz, ya que forma parte de sus derechos y por otra parte este tiene el derecho a tomar la decisión que más le satisfaga.

2.12 La higiene en la infraestructura, derecho humano en los servicios de salud

Uno de los componentes de mayor relevancia para los programas de limpieza de instalaciones hospitalarias podría ser el de la capacitación y la creación de una conciencia sobre la importancia de adoptar prácticas cotidianas de limpieza y control.

Aunque no existe bibliografía en el tema de insalubridad en las instituciones de salud, es deber humano enfrentar este tema, ya que representa un problema de salud para los usuarios y sus familias. La limpieza se ha asociado siempre y de manera inseparable con la salud, y es una condición imprescindible para garantizar una avanzada atención médica. En consecuencia, el trabajo de los departamentos de servicios de mantenimiento de cada una de las instalaciones de la institución y de control de infecciones es vital en hospitales y centros donde se administran servicios de salud.

Después del lavado de las manos, el aseo del entorno es la manera más efectiva de evitar la propagación de infecciones adquiridas. Las bacterias presentes en diferentes superficies pueden vivir durante horas, incluso días, y eliminándolas mediante una apropiada limpieza se rompe la cadena de infección a la que dan lugar.

La calidad de la asistencia sanitaria es un valor muy apreciado por los pacientes y los profesionales de la salud. Los pacientes esperan de los profesionales de la salud la curación de sus enfermedades, o al menos la paliación de los síntomas de los mismos, pero una mala calidad higiénica en el ambiente hospitalario podría llegar a causarles daño, y en algunos casos extremos, provocarles la muerte, en ambos supuestos, por la vía del contagio de una infección nosocomial (Vinuesa, 2004:22).

⁴³ Deontológico significa conducta profesional o ética en las organizaciones profesionales, son normas que suelen ser asumidas por los profesionales de la medicina (Castillo, 2009: 76).

El derecho a la salud es considerado un derecho humano de la segunda generación, así lo reconoce la OMS en su carta constitutiva; se encuentra íntimamente vinculado con la vida misma de las personas y es el Estado quien debe garantizarlo progresivamente articulando las acciones y programas apropiados para que los ciudadanos y sus familiares resuelvan la satisfacción de sus necesidades en este renglón.

A nivel internacional la OMS reconoce la importancia de prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas en los centros hospitalarios, por lo que creó hace ya bastantes años una serie de documentos entre los que hay que reseñar los denominados HACCP (*Hazard Analisis and Critical Control Points*) en los cuales se recomendaba desarrollar planes de análisis de riesgos e identificación de los puntos control, puntos en los que la pérdida de un nivel higiénico marcado podría provocar un problema sanitario grave, y por lo que tanto habría que controlar (Vinuesa, 2004:22).

La salud descansa prácticamente en la esfera de todas las interacciones sociales y culturales, constituyéndose en un verdadero componente de bienestar social; de tal manera, el derecho a la salud es una prerrogativa inherente al ser humano que requiere de la voluntad colectiva y de un esfuerzo permanente para garantizarla.

Si bien es cierto que nuestro país tiene limitaciones económicas que han afectado el sector social y dentro de éste el rubro de la salud, también lo es que la problemática actual en esta materia no se reduce solamente a un problema de presupuesto. En ella debemos analizar otros factores como la ética en el servicio médico, la calidez en el trato de los pacientes, la simplificación administrativa y los mecanismos de defensa de los usuarios de los servicios hospitalarios, entre otros.

Afrontar este desafío para modernizar los sistemas de salud en México implica la corresponsabilidad de las instituciones y de la sociedad en general, las primeras asumiendo el compromiso de hacer más eficientes los servicios que prestan y la segunda exigiendo un trato digno y una atención adecuada, así como proponiendo mejoras a los procedimientos de atención a los usuarios, ya que éstos son los que resienten en carne propia las deficiencias del servicio.

La única intención que refiere la presente nota consiste en fomentar una cultura de respeto a la dignidad de los pacientes, a una atención adecuada en los centros hospitalarios y a desarrollar un sistema protector de los Derechos Humanos en materia de salud para todo el país.

Política es eso: el arte de ir levantando hasta la justicia la humanidad injusta; de conciliar la fiera egoísta con el ángel generoso; de favorecer y de armonizar para el bien general, y con miras a la virtud, los intereses.

José Martí

Capítulo III. Políticas públicas en Salud, respuestas para la solución de problemas sociales

Introducción

El objetivo de este capítulo es explicar la acción del Estado en la vida social, enfatizando a las políticas públicas en salud en México. Para lo cual, se repasará inicialmente su evolución en el contexto de las políticas públicas de manera general, retomando conceptos, teorías, referencias, y considerando sus funciones, la forma de conceptualizar la intervención estatal en las políticas públicas y como se estudia desde la perspectiva politológica de su análisis.

No es nuestra intención entrar en un debate acerca del carácter disciplinario, subdisciplinario o pluridisciplinario del análisis de las políticas públicas, lo cual rebasaría los objetivos de esta contribución, el objetivo consiste en estudiar las políticas públicas en salud desde un contexto nacional que permita a los interesados en el tema entender la problemática de salud en México, los mecanismos para alcanzar la cobertura universal y analizar la falta de capacidad de los actores políticos para cooperar o encontrar mecanismos que permitan ofrecer servicios de calidad y eficacia en esa materia, éste último según opinión de los usuarios.

El Estado actual está configurado por una gran cantidad de instituciones que ofrecen programas sociales y servicios públicos beneficiando a la población; los presupuestos provienen del pago de contribuciones por parte de los ciudadanos y dichos programas se ejecutan a través de *políticas públicas*.

Es indudable que los gobiernos, en el escenario contemporáneo han venido jugando un papel relevante y es previsible que cada día juegue un papel todavía más importante, ya que cada vez se evidencia más fuertemente que el patrón del escenario de la salud ofrece oportunidades importantes a los gobiernos, ubicando en estos la capacidad para ofrecer redes en salud, la audacia para establecer políticas públicas y el ingenio para integrar los diferentes elementos en este proyecto de desarrollo tendrá como resultado un beneficio redundante para la sociedad.

El presente trabajo acopia diversos aspectos que se relacionan con las interpretaciones, avances y trayectorias conceptuales de las políticas públicas, el tema que se aborda es un tema relativamente nuevo en México, fue hasta la última década del pasado siglo cuando se elaboraron los primeros artículos, constituyéndose de inmediato en un concepto profusamente apropiado por los sectores académicos y políticos.

El análisis sobre el significado y alcance de las políticas públicas, pone a discusión el intenso papel que han cumplido los diversos organismos de Estado, al tiempo que indica una ruta para abordar una nueva forma de relación entre la sociedad y el Estado, probablemente entendida como pacto, enlace o consenso.

Más allá de las múltiples explicaciones que se pueden encontrar en la literatura especializada sobre lo que significan las políticas públicas, es probable que la verdadera riqueza de su abordaje consista en examinar los términos con los cuales se está configurando la relación actual entre el Estado y la Sociedad Civil, la naturaleza de esas relaciones, los cambios detonados por el modelo neoliberal, y, en el fondo, su capacidad real para abordar con eficacia la solución de las complejas problemáticas que vive México.

3.1 La política y lo público. El por qué de política pública

Antes de comentar las teorías que sustentan las políticas públicas se considera de vital importancia aclarar el porqué del nombre, y el punto de partida es conocer lo que se entiende por *política* y porque son *públicas*.

Desde la clásica definición de los griegos, Bilbery (2008:33) citando a Aristóteles la política es:

El arte o técnica de la *polis*, el lugar donde viven juntas muchas personas y viven bien, este objetivo, y la actividad de participación (*politeyesthai*) entre todos conducente hasta él, es lo propio de la vida política, y lo constitutivo de la *polis* como tal, que no se resigna al agrupamiento porque es mejor vivir juntos de modo sensato y autosuficiente. Desde la formación del Estado moderno, citando a Weber, *la definición más realista de política es el arte de mantener a la gente en la convicción de que se le gobierna por su interés*.

En su acepción más amplia, menciona Uribe (2006:72-73) la política significa lo público, todo lo que refiere a situaciones donde haya intereses comunes en un grupo originalmente haría referencia a todo lo concerniente al ciudadano, o sea al miembro de la *polis*; es decir, todo lo civil, público, y social por extensión.

Esta cosa pública que puede ser apropiada por un solo hombre, una familia o grupo o clase de hombres, o recuperada por toda la sociedad; la apropiación de lo público puede darse simple y sencillamente mediante la imposición de la definición de qué es lo público, es decir, qué es lo común y asunto de todos.

Por su parte Rivera (2005: 22) considera que las definiciones más comunes se refieren a la política como:

- 1) Actividad que crea, desenvuelve y ejerce el poder (definición descriptiva).
- 2) Lucha, oposición o disyunción (definición descriptiva).
- 3) Actividad orientada por un fin: el bien común, o *arte de relacionarse que consiste en todo lo que la gente hagamos en común para evitar la violencia y practicar la paz* (definición normativa).

La primera es la acepción más restringida y se complementa con la idea de que la política es sólo lo que tiene que ver con el Estado y su control.

Señala Bilbery (2008:54) que antiguamente la *polis* o *civitas* indicaban el marco de la organización política, y la *politeia* o *res pública*, -en una derivación de género a especie-, el conjunto de instituciones que la caracterizaban, la situación o status de ese conjunto de cosas de la política (*status rei repúblicae*) da lugar a hablar del *Estado*⁴⁴ a partir del Renacimiento en el sentido que aun lo hacemos hoy.

⁴⁴ Hay varias teorías sobre el Estado, la más tradicional de las teorías descriptivistas de esta forma de política se distingue aun por su carácter valorativo: se describe, sobre todo, *que se espera* del Estado. Para Aristóteles constituye una comunidad de ciudadanos con un mismo régimen de vida y para Cicerón, especificando mejor, una asociación humana hecha sobre el acuerdo de respetar la ley justa y perseguir el bien común, por eso la *res pública* es asimismo *res populi*; Maquiavelo y Marx describen otras teorías más realistas aunque de significación opuesta, para ambos el Estado es la máxima organización de un grupo social sobre un territorio determinado en virtud del poder de mando de unos individuos sobre otros de este mismo grupo, pero Maquiavelo tiene una concepción conservadora y pesimista, conduce al hombre a justificar el Estado-fuerza y a ver éste como un mal inevitable: pues es necesario que quien dispone una república y ordena sus leyes presuponga que todos los hombres son malos, y que se pondrán en práctica sus perversas ideas siempre que se les presente la ocasión de hacerlo libremente. Por eso cualquier príncipe que se precie de serlo ha de esforzarse sobre todo de hacer ver a sus súbditos que él es imprescindible para ellos, ofrece pues, y la de Marx es revolucionaria y optimista hacia el hombre, de modo que la

Para Max Weber, en su teoría descriptivista señala Bilbery, el orden estatal se describe por sus medios y su función: *el Estado es aquella comunidad humana que en el interior de un determinado territorio reclama para sí, con éxito, el monopolio de la coacción física legítima.*

Hobbes habría añadido el fin sustancial de este medio, la *protección y defensa* de los individuos a su alcance, pero a Weber ya no le hace falta: hay otras clases de organización que comparten con el Estado fines parecidos.

Según Bobbio el Estado es como *un conjunto de aparatos que ejercen el poder coactivo en un sistema social organizado.*

Kelsen, especifica: *una organización política constituida por un ordenamiento jurídico*, siendo este último un sistema de normas, todo lo positivas y coactivas que se quiera, pero producidas con arreglo a un procedimiento pensado a este fin normativo, *el Estado es una organización política basada en un ordenamiento normativo por procedimiento.*

En referencia a ámbitos ajenos a su sentido más propio *política* de acuerdo a Moreno Villa (2003:174) es en general...

...un conjunto de supuestos, principios, medios, actividades con que se organiza y dirige un grupo humano para la construcción de determinados objetivos (políticas de una empresa); conjunto de criterios y objetivos, proyectos, planes, programas de acción, global o sectorial, de agentes individuales o colectivos (política de un gobierno); y *con política* o *políticamente* quiere decir, según el contexto, *con cuidado, suavidad, cortesía*, de ahí la voz francesa *politesse*. Otro concepto de política: es el conjunto de actividades, teorías, prácticas e instituciones referidas a las relaciones entre ciudadanos de una misma colectividad o entre diferentes colectividades.

Se entiende que estas relaciones se establecen entre los ciudadanos y el Estado o entre diversos Estados, actividad del que participa directamente en la vida pública, el concepto de *política* es amplio y engloba tanto las teorías existentes sobre el gobierno de la sociedad como las prácticas relacionadas con la gestión de los asuntos públicos de una colectividad.

En su aspecto teórico, la *política* es el tema de estudio de la filosofía *política*, cuyo objetivo es reflexionar sobre el hecho *político* en general (justificación de la autoridad del Estado y de la obediencia o no de los ciudadanos; la naturaleza de términos tales como derecho, justicia o libertad, etc.) y proponer posibles fórmulas de relación entre los gobernantes y los gobernados (Moreno Villa, 2003:174).

Al referirse al tema Parsons (2007:37) observa que se puede decir que las *políticas* se ocupan de aquellas esferas consideradas como *públicas*, tales como: el interés público, opinión pública, bienes públicos, derecho público, sector público, salud pública, educación pública, etc., a diferencia de una lista que implican la idea de lo *privado*.

La idea de las políticas públicas presupone la existencia de una esfera ó ámbito de la vida que no es privada o puramente individual, sino colectiva. Lo público comprende aquella dimensión de la actividad humana que se cree que requiere la regulación o intervención gubernamental o social, o por lo menos la adopción de medidas comunes. La idea y el ideal liberal de una clara distinción de lo público y lo privado empezó a derrumbarse a partir de fines del siglo XIX, la salud, la educación, el bienestar social, la vivienda y la planeación urbana quedaron sujetas a la regulación y la intervención estatal en varias naciones industrializadas (Francia, Gran Bretaña, Alemania) debido a que determinados problemas dejaron de ser considerados puramente *privados*; Dewey en Estados Unidos y Keynes en Gran Bretaña y otros autores coincidían que

sociedad sin clases podrá algún día prescindir de este instrumento de dominio de una clase sobre otra que es el Estado (Bilbery, 2008:54-55).

las políticas públicas se desarrollarían en el contexto del nuevo liberalismo que encontró su expresión práctica en el *New Deal* de Roosevelt⁴⁵ y la administración y la reforma en tiempos de guerra. La forma en que evolucionó la ciencia de las políticas públicas después de la segunda guerra mundial fue con la adaptación del enfoque recomendado por Dewey y sus colaboradores con el propósito de que la formulación de las políticas públicas se hiciera a partir de la creencia en el Estado como entidad administradora de lo público y sus problemas, a fin de ocuparse de aquellos aspectos de la vida económica y social que el mercado no era capaz de resolver.

Menciona Parsons (2007:47-49) que el significado moderno de la noción inglesa *policy* (*políticas*) palabra que al traducirse al idioma francés, italiano, alemán y español encuentra dificultades y se convierte en la palabra *politics* (política), *policy* es tomar medida o formular un plan, una serie de objetivos políticos, se refiere a una lógica racional, una manifestación de un juicio meditado.

Una política pública representa el intento de definir y estructurar una base racional para actuar o no actuar. La función de las políticas cambia en la medida en que el Estado modifica su manera de legitimar el discurso, define su legitimidad a partir de sus políticas. En inglés *políticas* (*policy*) tiene un significado rico y complejo, en las obras de Shakespeare se encuentran cuatro usos distintos de esa palabra: prudencia; forma de gobierno; asuntos y administración; y maquiavelismo⁴⁶, disponer de una política es tener razones o argumentos racionales que incluyen la presunción de que se comprende un problema y que se tiene una solución, el discurso de las políticas se convirtió en el principal modo a través del cual el electorado participaba en *política* y se relacionaba con élites políticas rivales. Las políticas o la plataforma constituyen la divisa básica del intercambio democrático. Actualmente, *políticas* (*policy*) y *política* (*politics*), por lo menos en inglés, son dos términos absolutamente distintos, el lenguaje y la retórica de las políticas (*policy*), se convirtió en el instrumento de la racionalidad política de tal forma que Laswell (1951) menciona que la palabra *políticas* (*policy*) se usa comúnmente para designar las elecciones más importantes, ya sea en la vida organizada o en la vida privada, el adjetivo *político* en cambio parece implicar *partidismo* o *corrupción*.

Muchos autores académicos Estadounidenses y europeos han ofrecido su aportación referencial de las *public policy*, análisis propuesto por Lasswell en la obra del mismo nombre, la palabra *policy* se deriva etimológicamente de la palabra griega *polis*, que pasa del latín como *polítia* y al inglés medioeval como *police* y luego al moderno como *policy*, para referirse a la administración gubernamental o a la conducción de los asuntos públicos (Pineda, 2007:7).

La palabra *política* se refiere primordialmente a lo que el Diccionario de la Real Academia Española define como *arte, actividad, doctrina u opinión referente al gobierno de los Estados*

⁴⁵El New Deal fue la política económica aplicada por el presidente Franklin Delano Roosevelt a partir del año 1933 para sacar a EE UU de la Gran Depresión que había comenzado con el crack bursátil de 1929. El New Deal consistió, en líneas generales, en una serie de medidas de salvamento del sector financiero y de estímulo a la agricultura y a la industria, pasando por la conservación de la naturaleza y por la devolución de cierta influencia a unos sindicatos por entonces demediados. Con el New Deal, Roosevelt salvó al capitalismo americano (transformándolo, regulándolo y humanizándolo) y logró que EE UU acabase por aceptar las responsabilidades que conlleva un poder que en buena parte se ejerce a escala mundial (Estefanía, 2009).

⁴⁶El maquiavelismo es la doctrina política de Maquiavelo, que antepone la razón de Estado a cualquier otra razón de carácter ético o moral. Información del 12 de abril de 2010 Página web: <http://www.elpais.com/diccionarios/castellano/maquiavelismo>

para alcanzar un fin determinado; equivale a lo que en inglés se denomina como *politics*, lo que ha provocado que esta locución sea traducida invariablemente contigua a la palabra pública, provocando que la política pública sea un concepto unificado.

Max Weber subraya Parsons (2007:51) señalaba que el desarrollo de la civilización industrial trajo consigo las formas más racionales de organización del Estado, el comercio y la industria; de ahí surgiría la separación entre la formulación de políticas públicas como una función política y la administración como una función burocrática.

Al mismo tiempo, el deseo de contar con un enfoque más racional ante *problemas* sociales y de otro tipo se expresaba en la expansión de la capacidad del Estado de adquirir y almacenar información, así como en el desarrollo de investigaciones empíricas, como las encuestas sociales.

Reforzar la capacidad potencial del Estado no es una tarea fácil, es necesario incidir en la capacitación de los trabajadores del Estado en la necesidad de proporcionar recursos suficientes para garantizar los programas destinados a mejorar las prestaciones de los bienes y servicios comunes que conforman las políticas públicas.

La clave del éxito de las políticas públicas en su provisión de bienes y servicios públicos reside en contar con reglas, normas, controles, competencias, promoción de la participación ciudadana y la coordinación intergubernamental con organismos internacionales que aseguren los incentivos suficientes para que los organismos estatales y los funcionarios y trabajadores públicos busquen el bien común (Ruiz Viñals 2004:38-39).

3.2 Definiciones teóricas de *política pública*

Desde los orígenes de la humanidad y hasta la actualidad, las personas han vivido en sociedad, los grupos sociales han sido de diferente tamaño, por un lado partiendo de las llamadas tribus hasta la complejidad organizativa de un Estado moderno; y para que el Estado exista, los individuos y los grupos sociales se han visto obligados a otorgarles competencias en esferas fundamentales de su forma de organizarse a instituciones públicas para que éstas gestionen u organicen eficazmente los asuntos que afectan a la colectividad.

A pesar de la diversidad de sus orígenes, (Ruiz Viñals 2004:30) los Estados han ido adquiriendo con el tiempo una serie de rasgos comunes, que podríamos resumir en los siguientes puntos:

- Un territorio consolidado,
- Una población estable,
- El ejercicio de una autoridad en las tres funciones de Gobierno: ejecutivo, legislativo y judicial.

Un Estado escribe Ruiz Viñals (2004:35-36) ejecuta de acuerdo a una tipología básica tres tipos de funciones: funciones básicas, funciones intermedias y funciones avanzadas.

Estas últimas tienen que ver con las políticas activas en todos sus campos de acción y en las políticas a favor de la coordinación entre la acción de diferentes niveles de gobierno. El replanteamiento del papel del Estado pasa por probar instrumentos alternativos que puedan aumentar la eficacia y la eficiencia en las acciones del sector público principalmente en materia de protección social ofreciendo un nivel mínimo de apoyo a los ciudadanos más pobres, con el fin de asegurarles un nivel mínimo de consumo.

Dye citado por Ruiz Sánchez (2002:13) expresa que *políticas públicas* simplemente es: *aquello que el gobierno escoge hacer o no hacer*. Agrega el autor que Eulau y Prewitt, definen la *política pública* como una *decisión permanentemente caracterizada por una conducta consistente y la repetitividad por tanto de aquellos que la elaboran como de aquellos que se atienen a ella*.

Frohock citado por Bardach (2007-18) menciona que una *política pública* es: *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*.

En opinión de Sojo (2006:47-56) una *política pública* es *toda acción de gobierno encaminada a atender o resolver un problema relativo al interés público. Es una actividad que se desarrolla de manera cotidiana y capaz de ordenar prioridades en torno a diferentes finalidades y propósitos*.

En otras palabras, refiere Sojo las políticas públicas son el conjunto de concepciones, criterios, principios, estrategias y líneas fundamentales de acción a partir de las cuales la comunidad organizada como Estado decide hacer frente a desafíos y problemas que se consideran de naturaleza pública. Definen espacios de acción no solo para el gobierno, sino también para los actores ubicados en los sectores social y privado, y se expresan en decisiones adoptadas en forma de instituciones, programas, criterios, lineamientos y normas. El decidir no hacer nada ante un problema es, también, de alguna manera una política pública.

Una definición genérica de *política pública* como programa de acción gubernamental en un sector de la sociedad de acuerdo a Ruiz Viñals (2004:41) *es un espacio geográfico o un ámbito de acción como la educación, la seguridad, la acción social, la salud, la regulación del mercado de trabajo, la inmigración, el envejecimiento, la ciudad, etc.*

Las *políticas públicas* define Sánchez Gutiérrez (1993-18) son la parte ejecutora de la Administración Pública de un Estado; políticas públicas sanas, eficientes y que respondan a los problemas sociales darán como resultado un Estado con administración capaz de enfrentar con seguridad cualquier adversidad venidera.

Las naciones producen dentro de sus fronteras, no aquello que la dotación de recursos permite, sino aquello que las instituciones y las políticas públicas permiten.

Por su parte Martinelli (2002-6), señala que el gobierno por su alta capacidad administrativa tiene la obligación de resolver problemas trascendentales para la sociedad, como pueden ser, el empleo, salud, vivienda, abastecimiento de agua, seguridad, etc.

Para resolver o incluso prevenir estos problemas es necesaria la eficiente implementación de las políticas públicas, las cuales si cuentan con un aparato administrativo adecuado podrán dar satisfacción a los ciudadanos en el cumplimiento a sus demandas y con esto la sociedad tendrá elementos para catalogar al gobierno de efectivo o no. El autor declara que un gobierno puede ser calificado como efectivo si el objeto que le da vida es alcanzado, o si sus rendimientos permanecen y crecen ante los imperativos públicos que tienen encomendados. El grado de alcance de tal objeto es variable y, por consiguiente, variable también el grado de gobernabilidad.

Birkland (2005-18) describe que la *política pública* es revelada por textos, prácticas, símbolos y discursos que definen y entregan valores que incluyen bienes y servicios y que se valoran en atributos positivamente o negativamente.

El mencionado autor en su libro *An introduction to the policy process theories, concepts, and models of public policy making*, da a conocer algunos conceptos de autores como los de Peters (1999) que conceptúa la Política Pública como la suma de las actividades del gobierno que tiene influencia sobre la vida de los ciudadanos; Igualmente describe el mencionado autor que Cochran (1992) la define como la acción del gobierno y las intenciones que determinan aquellas acciones; Del mismo modo Cochran y Malone (1995), definen la política pública como las decisiones políticas para poner en práctica programas para alcanzar objetivos sociales.

Para el desarrollo de cualquier Estado, menciona Sánchez Gutiérrez (1993-26): es indispensable contar con instituciones realmente eficaces que sepan captar los problemas de los ciudadanos a través de sus diferentes organizaciones, pero lo realmente eficaz y preponderante es resolver los problemas presentados con reformas que den solución y con Políticas Públicas muy bien implementadas.

Las políticas públicas generalmente se definen desde el punto de vista de la *decisión* del gobierno, que opta o no por aplicar.

El desarrollo de un país depende solo si tiene la capacidad estratégica y administrativa para implementar políticas que ayuden al desarrollo de la plena convivencia social, política y económica de los diversos actores que participan en la formación de un Estado, estamos hablando de los ciudadanos, instituciones, organizaciones y autoridades; solo esta plena convivencia dará la estabilidad en el sistema político, social y económico que por consecuencia habrá un impulso a un desarrollo suficiente para situar a los países en buena posición con respecto a sus competidores en el ámbito mundial.

En resumen, el gobierno tiene que dar solución a problemas que surjan en la sociedad a través de la política pública, y si opta por no dar solución entonces no cumple con su función primordial que es la de atender los problemas de la comunidad. La formulación de una política conduce a la elaboración de un producto de análisis, cuyo destino es un actor político y de acuerdo a la explicación de los diferentes autores, una política pública es la decisión gubernamental plasmada para la resolución de un problema en la comunidad, si una decisión no es a fin de cuentas llevada a cabo solo queda en la elaboración de la política pública y no en su verdadera implementación, es decir solo queda en el papel.

3.3 Marco filosófico de las políticas públicas

Así como en las diversas ciencias, en las políticas públicas también existieron algunos autores que con su filosofía influyeron a darle a esta ciencia formalidad y dimensión, elementos centrales que han mostrado a través de los años relevancia para las toma de decisiones de los gobernantes.

De acuerdo a Parsons (2007:75), son varios grupos de filósofos o teóricos sociales que han influido en la formación de las políticas públicas y su análisis:

- *Maquiavelo*, astucia y engaño; y *Bacon*, acciones racionales basadas en el conocimiento
- *Bentham* y *Mill*, con su aportación al utilitarismo

- El pragmatismo de James y Dewey con el desarrollo de las ciencias políticas
- *Rawls y Nozick* con sus dos teorías de la justicia
- *Karl Popper* con el modelo de ingeniería gradual
- *Hayek*, argumento a favor de los mercados y la elección individual
- *Etzioni* y el comunitarismo, y
- *Habermás* y la racionalidad comunicativa

Los comentarios de cada una de esas filosofías se encuentran en el siguiente apartado.

Filosofía de Maquiavelo y Bacon

Maquiavelo (1466-1527) según relata Parsons (2007:76) concebía al gobierno como un arte y el estudio del gobierno como algo cercano a una ciencia, estaba interesado en el arte del Estado, creía que mediante el conocimiento de la realidad política y el poder, los tomadores de decisiones estarían mejor preparados para controlar y lidiar los asuntos del Estado.

Estaba fascinado por el poder y sus efectos para lograr cualquier objetivo de quienes lo detentaran, creía haber descubierto las fuerzas fundamentales que daban forma a las políticas públicas y a la política en un mundo sujeto al cambio constante, le preocupaba la relación entre los fines y los medios, y su contexto en procesos de cambio que rebasan el control racional de las personas: la fortuna.

Maquiavelo fue el primero en prever que el Estado-nación sería el futuro centro de poder y, por lo tanto gobernar el mundo secular del futuro sería muy problemático, pensaba que la tarea pública fundamental sería buscar técnicas que se adaptaran a la nueva forma de gobernar en circunstancias cambiantes, argumentaba que los medios que sostenían el poder eran dos: fuerza y astucia;

En su obra *El Príncipe* escribió un manual para los nuevos gobernantes, estaba impresionado con la naturaleza cambiante de la realidad política y con la manera en que un participante de ésta es pronto víctima de la fortuna cuando pierde el control de la situación. Sobre esto decía: Los seres humanos son tan simples de mente y están tan dominados por sus necesidades inmediatas que, quien desea engañar, siempre encontrará muchos que estén listos para ser engañados...las masas se dejan impresionar siempre por la apariencia superficial de las cosas y por los resultados de una empresa: Y el mundo consiste en otra cosa fuera de las masas; los pocos no tienen influencia cuando los muchos se sientan seguros (Gómez Castellanos, 2006:13-14).

Es precisamente a *Maquiavelo* a quien se recuerda con la moraleja: *de que es mejor ganar la confianza de la gente que confiar en la fuerza*, es señalado en muchas formas como de vital importancia para aquellos que quieran ostentar el poder.

Por otra parte *Francis Bacon* (1561-1626) fue el hombre del que podía decirse que analizó las políticas públicas en su sentido más moderno, y a quien se le atribuyen las obras de Shakespeare, *Bacon* representa la génesis de la idea moderna de las políticas públicas como producto de la consideración racional y de la ciencia, para él, las políticas públicas eran el uso del conocimiento para cumplir los objetivos de la gobernanza y mantenerse en el poder con equilibrio y autoridad, es el *padre fundador* del análisis de las políticas públicas. (Parsons 2007:78).

Filosofía del utilitarismo

Durante la segunda mitad del siglo XIX, cuando se institucionaliza la democratización del liberalismo y otros derechos para los trabajadores, entre ellos la formación de un partido político en Gran Bretaña, las obras de Jeremy Bentham (1748-1832) y de John Stuart Mill (1806-1873) los convierte en los principales representantes de la escuela filosófica denominada *utilitarismo*, según esta filosofía, los hombres se mueven fundamentalmente por dos pasiones: *la búsqueda de la felicidad, identificada con el placer y el rechazo del mal, que coincide con el dolor y el sufrimiento, estos sentimientos deben constituir el centro de la investigación del moralista y del legislador: el principio de la utilidad subordina a ellos todas las cosas, útil será aquello que posibilite alcanzar la felicidad.*

El principio de utilidad aplicado a la política se refiere: el fin del hombre individual es la felicidad, que consiste en la suma de las felicidades individuales; Bentham lo reseña en forma de axioma: *la mayor felicidad del mayor número, en cuanto a medida de lo justo y lo injusto*; el autor aclara que este axioma se debe poner en práctica después de una atenta consideración de las cambiantes circunstancias sociales. Si los hombres buscan la propia utilidad, la interdependencia que hay entre los individuos en la sociedad producirá la utilidad general. Buscando la utilidad particular, los individuos se dan cuenta que tienen necesidad de un gobierno, porque sin él no hay seguridad, ni propiedad, ni bienestar. Esta es la razón de ser de todo gobierno. La constitución política de toda sociedad deberá tener como finalidad la mayor felicidad para el mayor número (Fazio, 2007: 177-178).

El utilitarismo se interpreta como tal, cuando un político aprueba una norma legal porque hace el mayor bien para el mayor número de ciudadanos.

Filosofía del pragmatismo

Los llamados padres del *pragmatismo* moderno, William James (1842-1910) y John Dewey (1859-1952), aun cuando Charles Sanders Pierce es reconocido como el fundador del *pragmatismo* doctrina que nació hace más de cien años (1890), consideran a la democracia como la forma de vida mejor, la más rica y plena para el hombre.

Le proporciona al hombre las condiciones necesarias para que la naturaleza humana se realice al máximo, no solo supera las desigualdades sociales y económicas, sino que además transforma los intereses individuales antagónicos en una voluntad colectiva y constituye un instrumento que ayuda a mantener la paz en la sociedad, siempre está en proceso continuo de reconstrucción y en consecuencia estimula la inteligencia, la imaginación y la creatividad del individuo, la democracia es una actividad de investigación en la que se intercambian ideas y en la que la sociedad resolvía problemas mediante el aprendizaje y el ensayo (Espot, 2006:80-81).

El legado pragmático de Dewey y James fue un llamado a tomar medidas y a fomentar la participación activa de las ciencias sociales en los esfuerzos para crear gobiernos y sociedades; este llamado a concentrarse en la resolución de problemas se convertiría en una de las convicciones centrales del enfoque de políticas públicas durante la posguerra, tanto en Estados Unidos como en el resto del mundo (Parsons, 2007:81).

El pragmatismo fue la primera filosofía de Estados Unidos desarrollada de forma independiente. Se opone a la especulación sobre cuestiones que no tienen una aplicación práctica. Afirma que la verdad está relacionada con el tiempo, lugar y objeto de la investigación y que el valor es inherente tanto por sus medios como por sus fines.

Filosofía de la justicia e igualdad

John Rawls y *Roben Nozick* nutrieron la mayor parte del debate filosófico sobre las políticas públicas desde la década de los setentas;

La teoría de *Rawls* suscrita en su libro titulado *A theory of justice* (Una teoría de la justicia) en 1971, considera que los principios de justicia que son objeto de un acuerdo entre personas racionales, libres e iguales en una situación contractual justa, pueden contar con una validez universal e incondicional, él mismo denominó a su *teoría justicia* como: *imparcialidad*. *Rawls* demanda imparcialidad en los resultados y en la igualdad de oportunidades (Caballero, 2006:1).

Nozick, por su parte en su libro titulado *Anarchy, State and Utopía* (Anarquía, Estado y Utopía) en 1974 criticó la teoría de *Rawls* relacionada con la distribución de resultados de manera imparcial pues argumentó que la justicia distributiva no se sostiene ni en la teoría ni en el ejercicio de la realidad cotidiana, *Nozick* se basa en la idea del *derecho a* y de los derechos del individuo.

La justicia tiene que ver con aquello a lo que las personas *tienen derecho*, y no con la imparcialidad: la distribución puede ser justa, pues cada uno tiene derecho a aquello que posee, pero puede no ser imparcial en un sentido distributivo. Ambas teorías han contribuido al resurgimiento de una filosofía aplicable a las políticas públicas (Parsons 2007:82).

La aportación más importante de la teoría de *Rawls* y *Nozick* ha sido reinstalar la importancia de las teorías sobre la justicia en las modernas ciencias sociales.

Filosofía de ingeniería gradual

El filósofo austriaco Karl R. Popper (1902-1994) es uno de los teóricos del liberalismo más profundo del siglo XX, popularizó la *ingeniería social* en su obra: *La sociedad abierta y sus enemigos* (1994).

Hablaba del tema en dos formas: la ingeniería social utópica que propone la transformación total de la sociedad mediante una organización central de acuerdo con un plan ideal y comprehensivo que no está presionado por limitación alguna por parte de instituciones sociales competitivas y la otra forma era que la política debería practicar una *ingeniería social gradual*, (Figura por etapas más que emprender reformas a gran escala o recurrir a la revolución), puesto que toda política ha de tener consecuencias imprevistas y a menudo no queridas, deberíamos cambiar las instituciones paso a paso y vigilar cuidadosamente los efectos de este proceder, esto es: perseguir y abatir los más grandes y más urgentes males de la sociedad (Honderich, 2001:547).

Popper intentó mostrar cuál era el tipo de estructura política más adecuada para alcanzar una mejoría social una vez que hayamos aceptado los límites del conocimiento, aplicó el racionalismo crítico en la política auspiciando una ingeniería social gradual en una sociedad abierta.

Filosofía a favor de los mercados y la elección individual

F.A. Hayek (1899-1992), Premio Nobel de Economía en 1974, sus aportes a las políticas públicas aparecen después de la era keynesiana en 1977, aportó una de las principales fuente de ideas para el surgimiento de la *nueva derecha*, una contribución a las políticas públicas fue su

apreciación de la política de las ideas y la importancia de promover ideas a través de las organizaciones por lo que fue fundador de los primeros e influyentes *think tanks*⁴⁷.

Afirmaba Hayek que la implicación más importante del marco del análisis de las políticas públicas no pueden resolver problemas ni mejorar los que espontáneamente resulte de la interacción entre los individuos libres y el libre mercado, la función de las políticas públicas es limitada cuando se trata de asegurar que el orden espontáneo en la sociedad y la economía deban permitirse sin ningún tipo de interferencia ni reducción de la *libre competencia o libre mercado*; pronosticó que, al trabajar desde la ilusión de que los individuos y los mercados son incapaces de regular y coordinar la toma de decisiones humanas, la democracia liberal enfrentaría un prospecto de inestabilidad y posterior destrucción. Al parecer en la década de los setentas la inflación y el desempleo, la teoría de Hayek desempeñó un papel protagónico en la definición de las *nuevas* políticas y en la redefinición de los *viejos* problemas (Parsons, 2007:84-85).

Filosofía del comunitarismo

Amitai Etzioni contribuyó al desarrollo del enfoque de las políticas públicas defendiendo el comunitarismo, influencia que ejerció en el pensamiento Estadounidense y el europeo en la década de los noventas; después del individualismo de Hayek que pierde el sentido de comunidad y solidaridad, la sociedad requiere entonces un nuevo énfasis en la responsabilidad individual y mutua para volver a un equilibrio.

El comunitarismo es una idea filosófica flexible ya que para la izquierda *modernizada* se trata de solidaridad, fraternidad y el resurgimiento de las tradiciones del movimiento laborista no estadista del siglo XIX de ayuda mutua, sociedades cordiales, cooperativas y socialismo utópico; para la derecha, tiene su atractivo como un credo moral, que subraya el orgullo cívico, el deber social y la tradición, educación moral, los valores de la familia tradicional y las medidas enérgicas contra el delito (Parsons, 2007:86).

De acuerdo a Etzioni citado por Parsons (2007:87) en la perspectiva de los comunitaristas debe mantenerse el *Estado de Bienestar* fuerte pero no dominante solo en el caso de que el individuo no pueda encontrar una solución a la responsabilidad, pasará a la familia.

Solo en el caso de que la familia no pueda resolver la situación, pasará a la comunidad. Solo en el caso de que el problema rebase a la comunidad, deberá participar el Estado. Las políticas públicas afirma Etzioni, deben apuntar a promover y revivir aquellas instituciones que intermedian entre el individuo y el Estado: la familia, organizaciones filantrópicas, escuelas, iglesias, vecindarios y las comunidades; son necesarias según Etzioni, políticas públicas que contrarresten la creciente fragmentación de la sociedad.

La idea de Etzioni es plantear que no somos individuos independientes que acuerdan convivir estableciendo pactos políticos y económicos basados en el interés. Antes de todo eso, estamos unidos por lazos de solidaridad, historia, cultura, valores, se trata de que volvamos a ser una comunidad.

⁴⁷ Think Thank; en su traducción literal al español, “*tanques de conocimiento*”; por este concepto se entiende a las organizaciones, civiles o empresariales, dedicadas a la generación de conocimiento experto en torno a temas específicos, con distintos objetivos. Algunos ejemplos en México son: FUNDAR Centro de Análisis e Investigación A.C., la Fundación *Este País* (FEP) y Transparencia Mexicana (TM) (Ortega, 2008).

Filosofía de la racionalidad comunicativa

Según Jürgen Habermas la *racionalidad comunicativa* se refiere a nuestra experiencia del discurso argumentativo irrestricto y su consenso unificador. Esta perspectiva se origina en la función del lenguaje como integrador social o como coordinador de los planos de diferentes actores en la interacción social.

La *racionalidad comunicativa* asegura que nuestros esfuerzos estén orientados hacia la comprensión y el acuerdo intersubjetivos sin el uso de la fuerza. Siempre que aumente la *racionalidad comunicativa* (que apunta al acuerdo consensuado) dentro de una comunidad comunicativa, observamos la acción de la coordinación irrestricta de acción y resolución consensuada de los conflictos (si no se encuentran más allá de los límites del enfoque cognitivo). La racionalidad de la práctica comunicativa cotidiana usa la argumentación como *tribunal de apelación* y continuamente excluye el uso de la fuerza. La hipótesis principal de su teoría social es que vivimos en un mundo de la vida en el cual coordinamos nuestras acciones a través de la comunicación, es un vínculo social objetivo como base de toda sociedad (Payne, Frith, Gates, Rasmussen y Todd, 2002:370)

La razón, en el sentido que le da Habermas, no es un proceso lógico que se ocupa de la prueba objetiva o la posibilidad de refutación, sino de alcanzar el entendimiento dentro de un contexto social, las ideas de Habermas encierran grandes implicaciones tanto para la teoría como para la práctica de las políticas públicas;

En el nivel teórico, sugiere la necesidad de prestar más atención al lenguaje, al discurso, al argumento; en el nivel práctico la búsqueda de nuevos métodos de análisis y procesos institucionales en la formulación y ejecución de las políticas públicas (Parsons, 2007:88-89).

Habermas ofrece esta teoría como una categoría para poder emprender la tarea de un análisis empírico explicativo de todas las estructuras existentes en las sociedades actuales.

3.4 Modelos de políticas públicas

Tomando como guía a Parsons (2007,55-57), los principales autores, que denomina como padres fundadores de la política pública son: Harold Lasswell, Herbert Simon, Charles Lindblom y David Easton, los cuales asimilaremos en los siguientes subtemas.

Adicionalmente se analizan conceptos de otros autores como Meny y Thoenig, Yehezkel Dror, Sabatier y otros de importancia que han estudiado el tema de las políticas públicas.

3.4.1 Teoría de las Ciencias Políticas

Lasswell articuló el primer uso formal del concepto *policy sciences* (*ciencias de las políticas*) en la década de los cuarenta, fue el primero en definir de manera coherente lo que constituía este nuevo enfoque del gobierno.

Desde entonces, las ciencias de las políticas, casi siempre bajo la rúbrica del análisis de las políticas públicas y, después, de la administración pública, han hecho grandes avances para lograr una amplia aceptación, con toda seguridad en los Estados Unidos y cada vez más en otras naciones (Farr, Dryzek, Leonard, 1999: 304-309).

En la concepción seminal de las *policy sciences* (1951) de la obra de Lasswell, no existe una definición expresa de *política pública* puede derivarse de la obra de este autor en términos de que aquella constituye un *acto intencional y centralizado del gobierno* que, estructurado por *equipos multidisciplinarios* de origen público y privado para lograr una mayor racionalidad técnica, se

orienta a *resolver los grandes problemas sociales* concretos, y, ofrecer *opciones viables* de futuro de la sociedad en condiciones empíricas determinadas.

En ese tenor, la concepción de las instituciones protagónicas son académicas y gubernamentales, y eso presupone una preferencia por la centralización y la racionalidad desde arriba, concentrada en círculos especiales. Por el contrario, en una perspectiva actualizada y ampliada, la política pública se concibe como un *producto del sistema político-estatal* en cuyo proceso de elaboración y puesta en práctica se aplican varios principios de *a) racionalidad, b) descentralización, c) interés público y d) participación social* (Enmerich y Alarcón, 2007:244).

Años después, por allá en 1971, con el título *La Orientación hacia las Políticas (The Policy Orientation)*⁴⁸, en *The Policy Sciences* por D. Lerner y Lasswell, apareció un programa que mencionaba que las ciencia de las políticas públicas incluye:

- 1) los métodos de investigación del proceso de las políticas públicas,
- 2) los resultados del estudio de las políticas públicas y,
- 3) las conclusiones de las disciplinas que contribuyen de manera más importante a las necesidades de inteligencia de nuestro tiempo, que pretendió ser una respuesta a la fragmentación de las ciencias sociales y a la necesidad de mayor conocimiento por parte del gobierno en sus decisiones políticas,

La política en esos años de tensa *guerra fría* que provocaban la *crisis persistente de la seguridad nacional, la urgencia de la defensa nacional* y que obligaban moral y políticamente al gobierno norteamericano a reafirmar, difundir y realizar los valores de la realidad humana, la democracia, el libre mercado, amenazados por la propuesta totalitaria del comunismo y su *Estado cuartel* (Parsons 2007:52).

Esa polarización internacional planteaba entonces el problema de *cómo utilizar nuestros recursos intelectuales con la más sabia economía, como aumentar la función inteligencia para aumentar la racionalidad política y como lograr que los hechos y las interpretaciones influyan efectivamente el proceso de toma de decisiones* (Villanueva 2007:39-40).

Menciona en su obra Lasswell, citado por Parsons (2007:52-53), que la ciencia de las políticas públicas y el papel del analista de esas políticas son disciplinas que ocupan de explicar los procesos de formulación y ejecución de las políticas, así como de localizar datos y brindar interpretaciones pertinentes a los problemas de las políticas públicas en determinado periodo.

Las políticas públicas se deben ocupar de los problemas fundamentales y, con frecuencia poco atendidos que surgen del ajuste del ser humano en la sociedad, en una palabra, el énfasis especial se halla en la ciencia de las políticas públicas de la democracia, cuyo fin último es la realización de la dignidad humana en la teoría y en la práctica; más adelante en 1970 en su obra *The Emerging Conception of the Policy Sciences* (La Concepción Emergente de las Políticas Públicas), describía la situación de las ciencias de la políticas en ese periodo. Argumentó que la perspectiva distintiva de la ciencia de las políticas públicas es su orientación en función de los

⁴⁸ En el texto de 1951, Lasswell expone su enfoque de manera sintética: La orientación hacia las políticas tiene una doble dimensión: por una parte se enfoca *al* proceso de la política y por la otra *hacia* las necesidades de inteligencia del proceso. La primera tarea busca desarrollar la ciencia de la formación y ejecución de las políticas, utilizando los métodos de investigación de las ciencias sociales y de la psicología. La segunda tarea busca mejorar el contenido concreto de la información y la interpretación disponible de los hacedores de las políticas y, por consiguiente, rebasa generalmente las fronteras de las ciencias sociales y de la psicología (Lasswell 2007:80-81).

problemas, dicha orientación significa que el tema apunta a la multidisciplinareidad y a la síntesis de ideas y técnicas, con esto el autor aporta que el análisis de los problemas es un *reacomodo creativo*, así como una expansión del mapa conceptual que define el problema como los perciben los especialistas. La ciencia de las políticas públicas se orientaba en tres vertientes: 1) tenía un carácter contextual; 2) se valía de múltiples métodos y; 3) estaba orientada en función de los problemas; Merelman (1981) al tocar al tema del análisis de las políticas públicas menciona que aprender a ser un científico de las políticas públicas es una autoterapia, ya que desdibuja el ansia de poder del científico social, por lo que esta ciencia es terapéutica y pragmática: el médico social se sana a sí mismo en el proceso de aprender a sanar el sistema de gobierno.

Resumiendo lo anteriormente expuesto De León (1997:99-113) menciona que un aspecto particular de Lasswell era la visión que tenía de las políticas ya que llevó a la práctica gran parte de sus ideas para lograr mayor calidad en la forma de gobierno, mejorando la calidad de la información que se le proporciona al gobierno.

Dedicó especial atención al *proceso de las políticas*, o las etapas o fases funcionales que una política (o proceso) gubernamental determinada debería transitar durante su *vida política*. Naturalmente que el autor se refería al escenario político Estadounidense pero que se pueden explorar sus límites más generales observando otros sistemas políticos; enunció las siete fases o etapas de proceso de decisión de las políticas: Inteligencia, Promoción, Prescripción, Invocación, Aplicación, Terminación y Evaluación, que son el procedimiento mediante el cual se propone, examina, realiza y, tal vez, concluya una política determinada. Posteriormente Garry D. Brewer, uno de los alumnos de Lasswell en la Universidad de Yale propuso otra alternativa que utilizaron los analistas de política pública en las décadas de los setenta y los ochentas: Iniciación, Estimación, Selección, Implementación, Evaluación y Terminación.

Lasswell creía en la importancia democrática de los aspectos discursivos de la vida pública, decía que las buenas decisiones políticas o juicios se cultivaban a través de la *discusión* y la *experiencia* -principalmente entre decidores públicos informados-, y para su forma de acercarse a la investigación el buen juicio resultaba tan importante como el análisis de políticas altamente contextualizado y multidisciplinario (Goodin y Klingemann, 2001:813).

La propuesta de Lasswell fue: mejorar el desempeño administrativo y la acción gubernamental del Estado a través de una nueva disciplina, las ciencias de las políticas (*policy sciences*).

Este sería un trabajo transdisciplinario en torno a la hechura y el proceso de las políticas públicas, con el fin de conocer y explicar tanto la formación y ejecución de las políticas, como mejorar su contenido concreto mediante la aplicación de conocimiento usable (*usable knowledge*).

La ciencia política se convertiría, según Lasswell, en una ciencia tributaria de las ciencias de las políticas, al igual que lo harían las demás ciencias sociales y brindaría sus elementos metodológicos y conceptuales para el estudio del Estado y la política. Así, tanto las ciencias políticas como las políticas públicas, compartirían el mismo objeto de estudio, pero con pretensiones diferentes que las harían complementarias; la política pública se encargaría de estudiar el *es* (lo positivo) y las ciencias de las políticas el *cómo* y el *para qué* (una combinación entre lo positivo y lo normativo o prescriptivo) (Valencia y Yohan, 2008:95-96).

La teoría de Lasswell considera que cuando se pretende llegar con un mensaje a una gran cantidad de personas, se debe tener muy claro quién va a codificar ese mensaje, cuáles son sus

intenciones (el cómo, por qué y el para qué), se preocupa por delimitar el objeto de estudio de la comunicación.

Al igual que otros contemporáneos suyos, Laswell considera que la aportación desde la ciencia de conocimiento aplicable mejoraría el desempeño administrativo y acción gubernamental del Estado, generando un *buen gobierno* o un *gobierno ilustrado*. Una idea retomada y compartida con su maestro Charles Merriam, quien consideraba necesaria la producción de conocimiento utilizable, es decir, consideraba que la ciencia debía estar al servicio de la humanidad (Nelson, 2001:810-812).

3.4.2 Teoría de la racionalidad limitada

La aportación de Herbert Simon (1947-1957), enmarcada en su obra *Administrative Behavior* (*Comportamiento Administrativo*) representó un intento por averiguar qué resulta fundamental en los seres humanos como tomadores de decisiones,

buscaba una ciencia para la toma de decisiones humanas en las organizaciones, enfatiza encontrar mejores soluciones políticas para las políticas públicas por medio precisamente del *análisis técnico de las políticas* (Goodin y Klingemann 1996:814); introdujo el concepto de la *racionalidad limitada* por los decidores públicos (*policy makers* o *fabricantes de política*), discutiendo, sin embargo, que la limitación de la racionalidad se podría reducir al mínimo por el conocimiento racional (Parsons, 2007:55-57)⁴⁹.

En la mencionada obra, Simon ofreció un marco conceptual diseñado para fomentar el desarrollo de una ciencia de la administración, el trabajo lo inició como tesis doctoral en la Universidad de Chicago, estudiando junto a Lasswell y otros miembros en medio de un clima intelectual estimulado por Merriam, allí Simon fue influido enormemente por el pragmatismo aunque más tarde se orientó deliberadamente hacia el positivismo y los atractivos de su mayor formalismo.

El marco de Simon para la ciencia de la administración emerge en contraste tanto con la propuesta de Lasswell a favor de las ciencias de las políticas públicas como con la concepción de Lindblom de una ciencia de la estrategia para salir del paso. Criticó en su obra a los *refranes de la administración* como un tipo de sabiduría popular que no se corresponde con los principios de una ciencia de la administración; diferenció rigurosamente la ciencia de la administración del saber común: términos como *creatividad*, *intuición* y *juicio* no eran sino vagas etiquetas que ocultaban procesos cognitivos para los que la investigación buscaba modelos formales o precisos; con el advenimiento durante la posguerra de la gestión, distinguió entre decisiones *programadas* y *no programadas* no solo sosteniendo que las primeras tienden a desplazar a las segundas, sino también sugiriendo que la resolución de los problemas es un proceso en el que las decisiones no programadas son alcanzadas por medio de su reducción a una serie de decisiones programadas (Farr *et al*, 1999:310-311).

Para Simon en la resolución de problemas no hay ningún secreto, sino que se embarca en una revolución tecnológica y muestra su confianza en un importante avance: estamos adquiriendo

⁴⁹Para Simón, la racionalidad de los decidores públicos es siempre limitada por problemas tales como información incompleta o imperfecta, el tiempo para la toma de decisión, auto intereses de los decidores, etc. Pero la racionalidad, según Simón, puede ser maximizada hasta un punto satisfactorio, por la creación de las estructuras (conjunto de reglas y de incentivos) que encuadre el comportamiento de los agentes y modele este comportamiento en la dirección de resultados deseados, inclusive, la búsqueda de maximización de intereses propios (Parsons, 2007,55-57).

progresivamente los recursos tecnológicos para automatizar todas las decisiones que se toman en la gestión, tanto las no programadas como con las programadas;

Su objetivo explícito al promover una reforma de los procesos administrativos es defender un control democrático más efectivo sobre la Administración Pública. Simon invoca el *ideal de un proceso presupuestario racional*, planteando los fines en términos medibles de tal modo que un presupuesto de gran alcance pueda especificar los niveles adecuados así como las formas de servicio, mientras se toma en consideración el tipo y cantidad de recursos que se precisa para conseguirlos, considera necesaria una tarea de investigación de gran alcance y dificultad si se pretende que la *racionalidad* posea un papel significativo en el proceso administrativo de toma de decisiones y agrega que el problema no puede resolverse a través del juicio o del descubrimiento basado en la experiencia, puesto que estos no son habitualmente más que conjeturas absolutas (Farr *et al*, 1999:311-312).

Aunque Simon reconoce y acentúa claramente el carácter *limitado* de la racionalidad, el impulso global de su trabajo consiste en buscar un modo de coordinar la racionalidad limitada de los individuos con la racionalidad organizativa de un sistema de toma de decisiones de mayor alcance, ese proceso presupuestal *ideal* constituye un paso notable en la trayectoria de la Administración Pública que culmina en el surgimiento durante la posguerra de las tecnologías avanzadas de toma de decisiones;

en ese periodo insiste Simon en la capacidad para desarrollar procedimientos programados de toma de decisiones que puedan reemplazar a los procesos de toma de decisiones no programadas, todo esto hacerlo rutinario si no se desea que el sistema político y administrativo se *obstruya*; reconoce el autor que queda un margen para el ejercicio del juicio práctico y dada la impredecibilidad de juicio, sugiere que el control político de la Administración pueda ser salvaguardado a través de una profesión que trasluzca fiabilidad a través de predicibilidad, por lo que propone la formalización y la automatización, de esta forma el planteamiento explícito y categórico de la base de decisiones permite la supervisión y el control político. La naturaleza técnica de los asuntos públicos implica el fomento de un lenguaje tecnocrático y un distanciamiento de la comprensión común de los debates de políticas públicas, la tendencia no consistiría en imponer control político sobre la Administración, sino en definir la política a imagen de la Administración (Farr *et al*, 2001:312-313).

Existen dos modelos que interpretan la formulación de las políticas a partir de la toma de decisiones: el modelo de la *racionalidad limitada* de Simon y el modelo *de la decisión incremental* de Lindblom; Simon aplica el modelo de la racionalidad limitada en el análisis de políticas ya que siguen un ciclo fijo (formulación-decisión-implementación-evaluación) del que se esperan unos resultados que se correspondan con los objetivos que han dado pie a la aparición de las políticas públicas (Ruiz Viñals, 2004:54).

La racionalidad limitada de Simon es un concepto según el cual ningún individuo puede tener todo el conocimiento de los elementos de conjunto de una situación, ni de todos los resultados de los actos que pueda emprender, ni de todas las opciones posibles, y así sucesivamente, la tarea es reemplazar la racionalidad global del comportamiento humano con un comportamiento maduramente racional compatible con las posibilidades reales de acceso a la información existente y las capacidades de procesamiento en las personas, las organizaciones y en sus respectivos entornos.

3.4.3 Teoría de la interacción política

Lindblom cuestionó el énfasis en el racionalismo de Laswell y de Simon, y utiliza en su análisis de la acción pública un modelo propio que denomina de la *decisión incremental*.

Se basa en la creencia de que las políticas públicas de tipo perfectamente racional y planificado son el ideal que tiene que perseguirse en cualquier tipo de acción política, a pesar de que se reconozcan las limitaciones que la realidad impone en la toma racional de decisiones, consideraba la incorporación de otras variables en la formulación y el análisis de las políticas públicas, tales como las relaciones de poder, y de la integración entre las diversas fases del proceso decisorio, qué no tendrían necesariamente un fin o un principio (Ruiz Viñals, 2004:54).

De allí el porqué las políticas públicas precisan incorporar otros elementos a su formulación y a su análisis, más allá de las cuestiones de la racionalidad, tal como el papel de las elecciones, de las burocracias, de los partidos y de los grupos de interés.

La tesis de Lindblom en el texto *The Science of Muddling Trough (Ciencia de Ingeniárselas o Salir del paso)* en 1959 tiene similitud con la de Simon, sin embargo, un contraste clave entre ambos surge a través de la postura antitecnocrática de Lindblom.

Farr *et al* (1999:313) mencionan que si hay una ciencia para las políticas públicas, hay para Lindblom una para la *estrategia para salir del paso* -tanto en la resolución individual de problemas como en los modelos de ajuste mutuo partidista que dan lugar a una *inteligencia de la democracia*-. Lindblom se inspira explícitamente en el tratamiento de la resolución de problemas de John Dewey y su obra *How We Think* para sostener que es inconcebible en el análisis de las políticas públicas una estrategia de gran alcance, ya que el proceso de resolución de problemas es desigual e indirecto, se orienta en diversas direcciones, realiza giros inesperados, cambia el centro de atención radicalmente confiando tanto en la *casualidad* como en el *sistema*.

Lindblom se centra en la resolución de problemas mediante la *interacción*, en lugar de pensar en el problema para plantear la solución, la solución es consecuencia de actos...

como el votar, decisiones personales, la gente sustituye el análisis por los actos, ya que las personas actúan sobre otras para resolver los complejos problemas sociales, la acción se convierte en *interacción*, al actuar entre sí las personas ejercen control unas sobre otras, a menudo sin pretenderlo y sin ser conscientes, como en el caso de manifestantes en las calles que influyen en los legisladores, de manera inadvertida crean una reacción negativa en los demás ciudadanos. La *interacción* reemplaza al análisis en la solución de los problemas, soluciona, resuelve o disminuye los problemas, las interacciones establecen o hacen las políticas, es un proceso de solución de problemas y elaboración de políticas, lo que constituye una alternativa al análisis (Lindblom, 1991:39-40).

En la elaboración de políticas gubernamentales, la *interacción política* puede siempre reemplazar el análisis y de hecho puede a menudo alcanzar soluciones que el análisis no puede...

...el método particular de interacción llamado voto puede alcanzar y facilitar decisiones, la negociación o interacción entre los representantes del gobierno, los trabajadores y del público en forma tripartita pueden llegar a solucionar problemas de inflación, otra forma de interacción sería la de delegar la toma de decisiones a algún cargo público, que posiblemente resuelva o no el problema pero el acto de delegación en él no produce que la decisión dependa del análisis. (Lindblom, 1991:40).

Lindblom no se opone al análisis como tal, aunque se muestra hostil a la idea de que las técnicas analíticas racionales podrían, de alguna manera, suplantarse la necesidad de alcanzar el acuerdo y el consenso políticos.

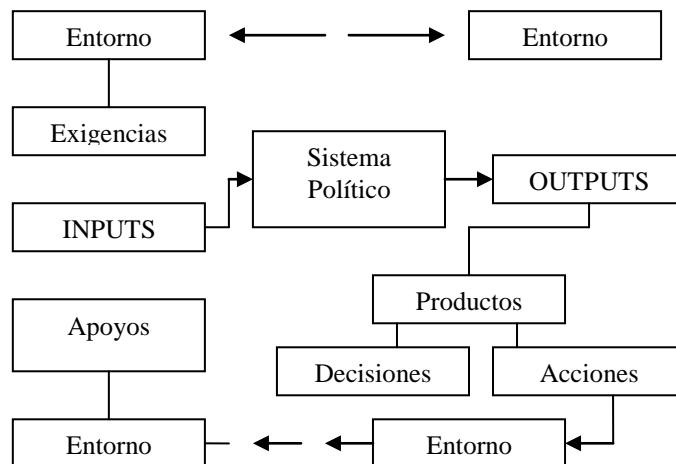
Salir del paso afirma es un método o *ciencia* ignorada por los defensores de las políticas públicas. Para los partidarios de la racionalidad, la toma de decisiones debe comprender una serie impecable de pasos en la que las mejoras son posibles en virtud de la expansión del conocimiento y la tecnología para alcanzar los objetivos, (definición de metas, selección de alternativas, comparación entre diversas opciones) esta idea la aportó Simon, el objetivo de Lindblom era retar al esquema racional a crear una nueva política desafiante señalando la existencia de método en la aparente irracionalidad de salir del paso; asimismo quería mostrar como la idea de un proceso más racional de toma de decisiones mediante el uso de nuevas técnicas y herramientas simple y sencillamente no era factible cuando se trataba de cuestiones complejas de políticas públicas (Parsons, 2007:312-313).

El modelo de *racionalidad* de Lindblom asume que los procesos de las políticas suceden en fases (formulación de la política, decisión e implementación), basado en una visión en la que el tomador de decisiones primero analiza el problema y las alternativas y luego toma una decisión racional acerca de cuál opción deberá escoger.

3.4.4 Teoría sistémica

David Easton (1953 y 1965), contribuyó en el área aun sin considerarse principalmente políticas públicas, representa una aportación vital ya que su modelo como *sistema*, influyó enormemente en su estudio. Según Easton, las políticas públicas, reciben entradas (inputs) de los partidos, de los medios y de los grupos de interés (Figuras 3.1 y 3. 2) que tiene influencia en sus resultados y efectos (Parsons 2007:57-58).

Fig. 3.1. Representación grafica de la teoría sistémica según Easton



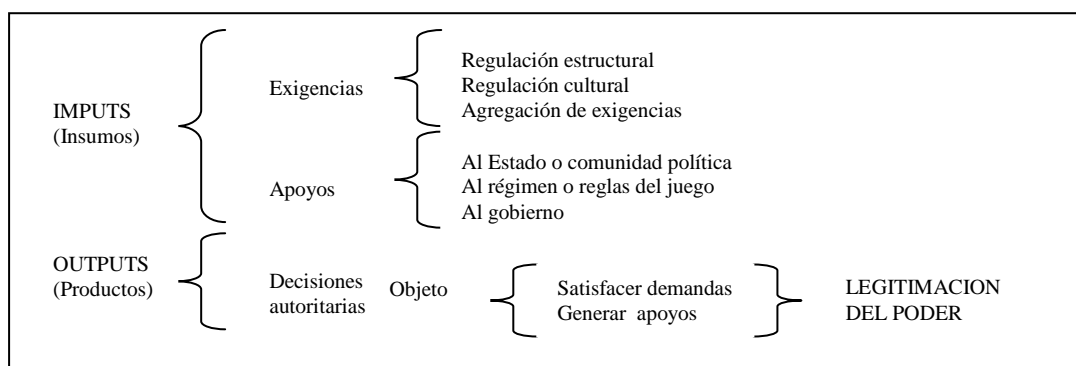
Fuente: Zipper (2006:100)

Las principales características del modelo de Easton son la aproximación al proceso de las políticas públicas en función de los insumos (*inputs*) recibidos, en forma de flujos provenientes del entorno, mediados a través de canales de insumo (partidos, medios de comunicación, grupos de interés); las demandas dentro del sistema político (insumos internos) y su conversión a resultados (*outputs*) e impactos de las políticas públicas (Parsons 2007:58).

Visualiza Easton el estudio de la política a través del comportamiento de los seres humanos como un conjunto de interacciones concebido en movimiento permanente, las cuales tienen efecto tanto a nivel de sus actores como del entorno en que ocurren (lo compara *con un tejido formado por distintas conductas políticas*); y a su vez, son nuevamente influidas por otras interacciones que modifican las originales, en un mecanismo de retroalimentación (*fedd-back*). El sistema político distribuye valores por medio de políticas. Esta distribución es autoritaria y compromete a toda la sociedad (Zipper, 1999:100-102).

Con su teoría, Easton inquiere construir un esquema general unificado que permita un análisis uniforme y semejante de la vida política en sus variadas manifestaciones, al igual que Laswell, Lidblom y Simon, se interesa especialmente por la estabilidad y el orden, por los mecanismos que posibilitan la persistencia de los sistemas políticos en un mundo de cambios y tensiones. Cabe aclarar que los marcos que han dominado el campo de las políticas públicas desde la época de los sesentas a la fecha provienen de las teorías de Lasswell, Lindblom, Simon e Easton, una fusión del enfoque por *etapas*, *toma de decisiones* y *sistema político* respectivamente propuestos por los modelos aportados por los autores en mención.

Figura 3.2. Esquema de funcionamiento del sistema político de Easton



Fuente: a partir de Zipper (1999:102)

3.5 Ciclos de funcionamiento de las políticas públicas

El tema a tratar en este apartado se refiere al estudio de las diferentes fases del ciclo de una política pública optando por utilizar el modelo más común ya que existen muchas propuestas de estudio de parte de politólogos en torno a la subdivisión de las políticas en fases.

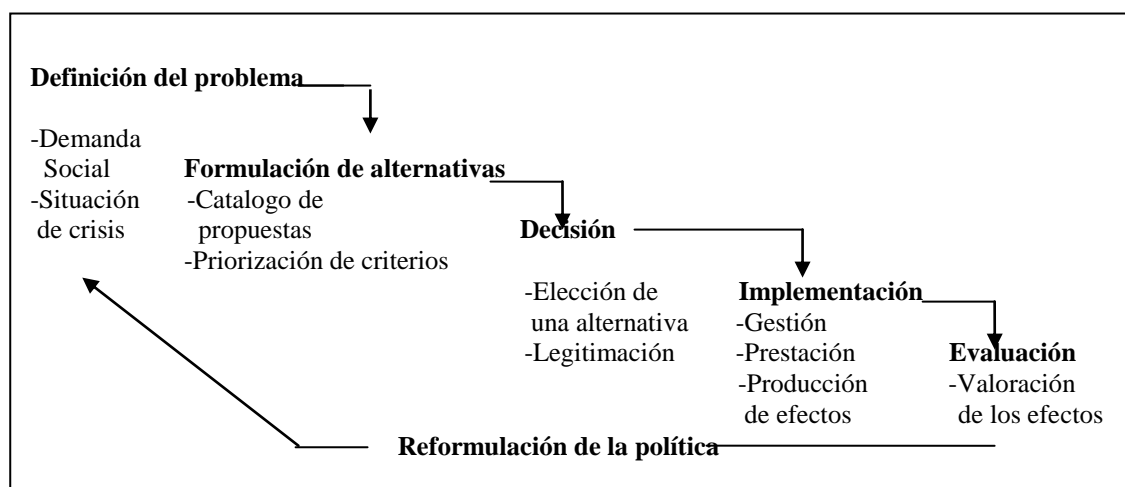
De acuerdo a Ruiz Viñals, (2004:51-73), estas etapas inician (Figura 3.3) por la denominada *fase de formulación*, continúan con la *fase de implementación* de la misma y, finalmente, acaban con la fase de *evaluación de la política pública*.

Este esquema puede sofisticarse incluyendo las *fases de definición del problema u oportunidad*, a la que quiere responder la política pública, y la *fase de redefinición o reformulación de la política pública*, una vez finalizado su ciclo de acción.

- La *fase de formulación* de la política pública es aquella durante la cual se toman las macro decisiones sobre la caracterización de la misma, iniciando por el planteamiento o definición del problema social, se valoran las alternativas y se prepara la toma de decisiones por parte de los responsables públicos.

- La *fase de implementación*, sucede cuando se ejecuta la política pública y se toman las microdecisiones que caracterizan finalmente a esta política.
- La *fase de evaluación* de la política pública es aquella durante la cual se examina todo el proceso anterior con el fin de redefinir los objetivos de las políticas públicas y mejorar el proceso de decisión para con la problemática social que la política en cuestión quiere solucionar. Precisamente en lo que respecta a los resultados que genera la política pública, es interesante ver a lo largo de su ciclo como los diferentes estadios de la política pública son especificados y percibidos tanto de la administración como de la sociedad civil.

Figura 3.3. Ciclo de la política pública



Fuente: a partir de Ruiz Viñals (2004:51)

Las políticas públicas surgen para dar respuesta a los conflictos sociales que se generan en el seno de las formaciones sociales, en ese sentido las políticas públicas constituyen los espacios de gestión y de solución de aquellos conflictos sociales que no pueden solventarse (ni total ni parcialmente) dentro de la esfera del mercado privado y de otras esferas sociales públicas, como son las instituciones de asistencia privada y otras. Ante la insuficiencia de los mecanismos de la sociedad civil para satisfacer demandas específicas para situaciones conflictivas, el sector público interviene desde la esfera de la regulación político-estatal y desde la intervención directa en la vida social.

Tan pronto como surgen, las políticas públicas se articulan en un sistema de prácticas políticas en las que interacciona una multitud de actores sociales interesados o afectados por las políticas, a lo largo de su ciclo de operación.

Se ha de profundizar en el concepto de ciclo de política pública, que constituye un sistema que se apoya en la existencia de tres elementos fundamentales:

1. Las actividades y acciones que genera la política pública, ya sea productos o impactos,
2. El propio ciclo operativo de la política, y
3. El enramado de agentes sociales que rodean a la política, tanto por verse afectados por ella como por no estarlo y considerar que pueden influirla (Ruiz Viñals, 2004:52).

Según Jones (1984:27-28), la definición del ciclo de las políticas públicas está basada en una serie de preguntas surgidas por la formulación de una acción pública (Tabla 3.1). Dichas preguntas establecen la diferencia entre las fases de aplicación de la política pública en su ciclo.

El ciclo o proceso de las políticas públicas es una construcción conceptual que no tiene el porque ocurrir en la realidad. No todas las políticas públicas de los gobiernos siguen ese proceso en todas sus fases, e incluso con frecuencia algunas alteran el orden. A partir del carácter dinámico que tienen las políticas públicas por una parte y por otra porque los problemas en ocasiones son resurgentes y los recursos disponibles para darle solución son cada vez más limitado. (Tamayo, 1997:283)

**Tabla 3.1 Estructura del ciclo de la política pública.
Respuestas que deben dirigirse**

Acciones en el ciclo de vida de una política	Respuestas que deben dirigirse
1. Percepción y planteamiento de la problemática social que quiere carear	¿Cuál es el problema que pretende solucionar la propuesta de la política pública que se hace?
2. Definición del enramado de actores sociales en torno a la política.	Visualizar y representar con mapas a los diferentes agentes sociales que rodean la política pública planteada.
3. Consideración de la organización de estos intereses.	¿Están organizados estos agentes en grupos de interés fuertes? ¿Cuál es el grado de su interés?
4. Capacidad de representación de los grupos de interés (especialmente de los más fuertes).	¿Tienen los grupos detectados acceso directo/indirecto a los decisores públicos?
5. Fijación de la agenda pública.	¿Cómo llega un tema a formar parte de la agenda pública?
6. Formulación	¿Cuál es la solución (política pública) propuesta? ¿Quién la ha propuesto y como?
7. Legitimación	¿Qué grupos dan apoyo a la política?
8. Presupuestación	¿Cuál es la cuantía económica de la propuesta presupuestal? ¿Es suficiente para llevar a cabo toda la política?
9. Implementación	¿Quién administra la propuesta?
10. Evaluación	¿Quién valora lo conseguido por la política (sus productos e impactos)? ¿Cómo se valora? ¿Qué se valora exactamente?
Corrección y finalización de la política	¿Qué correcciones se han realizado durante el proceso de la política? ¿Cómo se han llevado a la practica?

Fuente: Ruiz Viñals. (2004:53)

3.5.1 Aplicación de modelos en la fase de formulación de políticas públicas

En páginas anteriores se comentó que tanto Simon como Lidblom crearon su propio modelo para la formulación de las políticas públicas; estos dos modelos son: el modelo de *racionalidad limitada* de Simon y el modelo de la *decisión incremental* de Lindblom.

El modelo de *racionalidad limitada* de Simon, considera que las políticas públicas siguen un ciclo fijo (formulación,-decisión-implementación-evaluación) del que se esperan unos resultados que se correspondan con los objetivos que han dado pie a la aparición de las políticas públicas.

Se basa en la creencia de que las políticas públicas de tipo perfectamente racional y planificado son el ideal que tiene que perseguirse en cualquier tipo de acción pública, a pesar de que se

reconozcan las limitaciones que la realidad impone en la toma racional de la toma de decisiones (Ruiz Viñals, 2004:54).

El modelo de la *decisión incremental* de Lindblom, discrepa del enfoque de Simon y utiliza en su análisis, es escéptico sobre el potencial de la planificación que los decisores públicos pueden imponer en el ciclo de las políticas.

Propone Lindblom el concepto *mudding trough* (ingeniárselas) para describir la manera como los políticos, técnicos, altos funcionarios y otros trabajadores de la Administración Pública se adaptan a las situaciones concretas de sus entornos de trabajo, y como suelen actuar en su trabajo de provisión de los bienes, servicios y prestaciones públicas, de manera incremental respecto a lo que se ha implementado en ejercicios anteriores (Ruiz Viñals, 2004:54).

Ambos modelos pueden resultar muy útiles a personas con responsabilidades políticas y de acción, ya que les posibilitan un esquema apto donde operar, las tesis de los dos autores señalan que los modelos de hacer políticas públicas son *racionales* (Ruiz Viñals, 2004:55) y siguen una serie de peldaños que definen su proceso, lo que marca la diferencia son las *fases* en el proceso de las políticas públicas.

Según Lindblom debería seguirse el siguiente ciclo:

- 1) Estudiar cómo aparecen los problemas y se recogen en la agenda de decisiones del Gobierno sobre políticas públicas.
- 2) Estudiar cómo la gente plantea los temas para la acción, cómo proceden los legisladores y cómo actúan los funcionarios que implementan las decisiones tomadas.
- 3) Analizar cómo se evalúan las políticas públicas.

Simon por su parte, subraya que la especificación del ciclo de una política y la asignación de responsabilidades entre los trabajadores es de vital importancia para su análisis, se supone que aumenta la eficiencia y la eficacia administrativa cuando los trabajadores tienen claros sus objetivos, los procesos administrativos, la clientela y el lugar.

3.5.2 Perspectiva en la formulación de políticas de otros autores

Entre los autores que han desarrollado la *perspectiva racional* en la formulación de las políticas públicas se encuentran Hogwood y Gunn; proponen un modelo interpretativo de las políticas públicas definido por el siguiente ciclo de acción:

- 1) La configuración de la agenda política (decidir cuáles son los temas sobre los que se decidirá políticamente la articulación de políticas públicas).
- 2) La decisión sobre cómo se tomaran los diferentes tipos de decisiones.
- 3) La concreción y definición de los temas que deben tratar
- 4) El diseño de pronósticos factibles para los temas elegidos; es decir, de las principales alternativas de acción pública existentes.
- 5) La fijación de cuáles son los objetivos que se persiguen y de cuáles de estos objetivos son prioritarios.
- 6) La decisión sobre cuál es la mejor opción.
- 7) La implementación de la opción de política pública elegida.
- 8) La evaluación y revisión de los resultados de la política pública implementada.
- 9) El mantenimiento, sustitución o interrupción de la política.

Como se observa, los pasos del 1 al 6 pueden agruparse en un mismo bloque, que podría denominarse *proceso de formulación de las políticas públicas*, caracterizado por la acción de la decisión política sobre el problema social que quiere solucionarse con la articulación de una política pública. Este *proceso de formulación de políticas públicas* constituye el primer paso de

un ciclo más amplio que da forma a la acción del Estado en sus políticas públicas. (Ruiz Viñals, 2004:56-57).

En el modelo de Pressman y Wildavsky (1973) se enfatiza que la implementación y reformulación de objetivos política pública es un proceso plenamente político, en que están implicados los administradores, pero también grupos de interés y otros actores con diversos valores, que movilizan recursos para ejercer poder e influencia, forman coaliciones, elaboran estrategias y, en general, llevan acciones para lograr que su punto de vista prevalezca.

En base al trabajo de estos autores, Subirats (1989:108), concluye que los procesos de implementación deben pensarse como interorganizativos donde la *negociación entre actores* es la variable clave. A este proceso de la elaboración y puesta en práctica de las políticas públicas los autores lo denominan *Modelo top-down (arriba-abajo)*, esquema en el que la decisión se toma arriba y luego fluye hacia abajo en la escala jerárquica, que la recibe de manera relativamente pasiva y la implementa (Ferraro, 2009:112).

Figura 3.4 Modelo Top down



Fuente: Ruiz Viñals (2004:59)

Los autores del enfoque *arriba abajo*, postulan que cada política pública es una hipótesis con condiciones iniciales y consecuencias predichas, la *implementación* requiere de un sistema de *arriba hacia abajo* o *top down* (Figura 3.4) de control y comunicaciones, así como de recursos para hacer el trabajo, los tomadores de decisiones no deben prometer aquello que no pueden cumplir ya que pueden causar desilusión o frustración; al concentrarnos en la *implementación* de programas tanto como en su iniciación, debemos ser capaces de aumentar las probabilidades de que las promesas de las políticas se cumplan, probablemente haya obstáculos para su cumplimiento pero sería más honroso reconocerlo durante el proceso (Parsons, 2007:484).

Por otra parte la tesis de Pressman y Wildavsky (1973) incide en que si no hay un entendimiento y una cooperación entre los diferentes actores que participan en la puesta en práctica de la política pública, difícilmente lo planificado puede verse reflejado en consecuencias reales, tanto en términos de productos (*outputs*) como de los (*outcomes*) impactos (Ruiz Viñals, 2004:59).

De la misma forma, el análisis de Lipsky (1980), se ocupa de explicar la importancia del capital humano que ejecuta las políticas públicas para entender éxito o fracaso en su provisión; la tesis se resume en lo siguiente:

Las decisiones de las personas que ocupan la burocracia de contacto con el público, las rutinas que establecen y los asesoramientos que realizan, para adaptarse a las presiones de tiempo y de incertidumbre en las que trabajan, también moldean las políticas públicas que

están gestionando y proporcionando al ciudadano. La política pública no se entiende mejor solo al nivel de las decisiones de las cúpulas decisionales, sino que también tiene que analizarse el lugar de su provisión final, porque muchas veces es el último nivel donde adquiere su fisonomía global. (Ruiz Viñals, 2004:60).

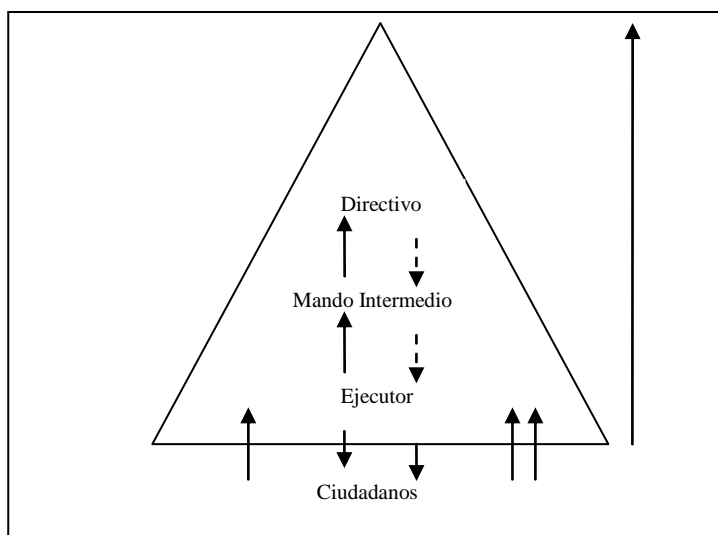
Lipsky no pretende entrar en debate con Pressman y Wildavsky, sino ofrecer una visión complementaria, de ambas perspectivas surge la necesidad de estudiar por separado las fases de formulación e implementación al analizar una política pública, especialmente cuando falta alguno de los requisitos para que la formulación y la implementación coincidan; a saber:

- 1) Tener una comprensión muy clara por parte de los decidores públicos de los que se desea conseguir con la formulación de la política pública en cuestión.
- 2) Contar con un volumen de recursos suficiente para alcanzar los objetivos planteados.
- 3) Disponer de las habilidades suficientes para manejar los recursos disponibles y alcanzar los objetivos que se persiguen.
- 4) Poseer capacidad suficiente de información, comunicación y control sobre aquellos agentes sociales que son esenciales en el curso de acción de la política (Ruiz Viñals, 2004:60-61).

Señala Ruiz Viñals (2004:61) que la obtención de los requisitos arriba señalados resulta muy difícil de lograr sobre todo porque a los políticos no les interesa explicitar los objetivos de las políticas...

Lo que trae como consecuencia ambigüedad en las mismas, no los explican para no entrar en conflicto con determinados grupos sociales y para no dar detalles acerca de cómo será y cómo se articulará la política y que traiga como consecuencia críticas antes de tiempo e impedir una correcta implementación de tales políticas, por tal razón el modelo *arriba abajo* resulta inoperante. En todos los casos debe existir el compromiso de alcanzar los objetivos propuestos en la formulación de las políticas, la perspectiva de análisis de *abajo arriba* o *Bottom up* (Figura 3.5), aporta la conciencia de que existe una línea divisoria clara entre las fases de formulación y de implementación en el ciclo de una política pública.

Figura 3.5 Modelo Bottom up



Fuente: elaboración propia a partir de Ruiz Viñals (2004:62)

Es importante el énfasis del enfoque *Bottom up* sobre la complejidad, la ambigüedad y la necesidad de negociación y de compromiso en torno a las políticas públicas ya que se observa un espacio de mitigación del conflicto social de las políticas públicas junto con las estructuras institucionales del Estado y los comicios electorales.

La perspectiva de análisis de *abajo arriba* (*Bottom up*) no constituye una simple inversión de la perspectiva *arriba abajo*, la diferencia crucial entre ambas es que el primer enfoque rechaza totalmente que pueda esperarse, de una política, una idea clara sobre cuáles son sus verdaderos objetivos y finalidades antes de que se inicie su proceso de ejecución, eso significa que, en ausencia de instrucciones detalladas con mucha claridad, los ejecutores deben tomar determinaciones que son decisiones importantes, pues afectan a la forma y al contenido finales de la política. Por tanto las políticas públicas se ven inevitablemente modificadas a medida que son negociadas para ser convertidas en acciones.

La perspectiva *abajo arriba* no niega que las políticas se realicen en las cúpulas decisionales de los gobiernos y de los partidos políticos, sino que pretenden explicar porqué esas políticas se van modificando a medida que se convierten en acciones, definiéndose inadecuaciones entre las fases de formulación e implementación. El proceso político asociado a cualquier política pública es mucho más complejo de lo que puede deducirse de cualquier modelo de análisis genérico de políticas públicas, ya sea en el ámbito de formulación de la política o en el de su implementación (Ruiz Viñals, 2004:63).

3.5.3 Implementación de las Políticas Públicas

Desde la obra de Pressman y Wildavsky, introduciendo el concepto de *implementación*, este estudio del proceso de las políticas ha pasado a ser un importante centro de atención de la política pública, hasta ese entonces la atención de los politólogos se había centrado en la toma de decisiones y en la elaboración de las políticas, es decir, hasta que la decisión era tomada o hasta que una política pública quedaba formulada, no se había tomado en cuenta el proceso de aplicación práctica, que se dejaba a los especialistas de la Administración Pública.

El detonante que despertó el interés hacia el proceso de *implementación* fueron principalmente durante los años setentas en los Estados Unidos el impacto en lograr cambios profundos que obtuvieron las planificaciones políticas de las administraciones liberales y en Gran Bretaña las políticas laboristas y conservadores de aquellos años (Pallares, 1988:156).

Ruiz Viñals (2004:63-69) comenta que la *implementación* es la fase del ciclo de la política donde se ejecutan las acciones o los programas públicos; es decir, donde se llevan a cabo las acciones programadas y donde se logra un impacto sobre el entorno social. En esta fase una política pública desarrolla su carácter como foro de negociación de los actores implicados en el proceso ya que se da un desajuste entre los objetivos y la *implementación* de éstos por la dinámica de transacción y conflicto entre los agentes de interacción (grupos de interés) de las diferentes fases del ciclo de la política pública.

Durante finales de los ochenta se desarrolló un nuevo tipo de análisis denominado *análisis de redes* (*policy network análisis*), que analiza el proceso de *implementación* de las políticas públicas fijándose en las relaciones que genera entre los diferentes actores sociales⁵⁰, sin perder

⁵⁰ Un punto importante en el pluralismo es la significación política de los subgrupos sociales (género, etnia, religión, lenguaje, edad, etc.) que conforman los movimientos sociales y dan pie a que pueda hablarse de la existencia de un pluralismo de los grupos sociales. Las asociaciones de individuos constituyen un reflejo de la estructura social, por lo que sus decisiones han de ser consideradas. Se reconoce en las entidades colectivas, aunque no se reconocen en los individuos como sujetos autónomos (Ruiz Viñals, 2004:66).

de vista su contexto estructural. Este análisis permite estudiar las interrelaciones de intereses que surgen en torno a una política pública, utiliza elementos que contempla a los individuos y a las organizaciones de interés como entes decisionales en continua interacción junto con el *eclecticismo metodológico* que utiliza diferentes teorías empleándolas como herramienta para explicar distintos aspectos del transcurso de una política pública, teorías que proceden de diferentes disciplinas académicas. Se parte de la constatación de que las teorías se han construido unas gracias a otras, para que puedan conseguirse éxitos es necesario que sea a partir del consenso o inclusión de los representantes de los diferentes intereses de la sociedad: Gobierno, patronales, sindicatos, profesionales, ciudadanos y grupos políticos; todos ellos son el entramado de actores con un papel destacado en el proceso de las políticas públicas, los intereses de estos grupos deben confluir en una distribución concreta de los recursos disponibles; la Administración Pública asume en los Estados de Bienestar, el liderazgo del proceso (Ruiz Viñals, 2004:63-69).

Legalés (1995), señala que un componente de gran utilidad en el análisis de políticas públicas es el concepto de red.

El enfoque de *redes de política pública (policy network)* permite ubicar los subsistemas de intereses en torno a una política pública. Las redes de política pueden definirse como: *...el resultado de la cooperación más o menos estable, no jerárquica, entre organizaciones y grupos que se conocen y se reconocen, negocian, intercambian recursos y pueden compartir normas e intereses* (León y Mora, 2005:276).

3.5.4 Evaluación de las políticas públicas

No existe una definición unánime sobre qué es una evaluación. La indefinición no es solo conceptual, sino también terminológica. Se utilizan indistintamente distintas denominaciones heredadas de la literatura anglosajona, como *policy evaluation*, *program evaluation* o *evaluation research* para referirse a la evaluación de las políticas públicas (Ruiz Viñals 2004:70).

Normalmente se ha venido considerando que mientras que el énfasis del *policy analysis (análisis de las políticas)* se ponía en la dimensión prospectiva, *anticipatoria*, dirigido a decisiones que aun se han de tomar (Beckman, 1977), la evaluación de programas se presentaba más circunscrita a un enfoque retrospectivo, *para mirando al pasado, facilitar vías de acción al futuro* (Poland, 1974).

Si el acento en un caso dado se ponía en los efectos estimados que iba a producir tal o cual política, en el caso de evaluación el análisis se dirigía al examen de los efectos reales producidos por una política determinada (Subirats y Gomá, 2002:189).

La evaluación es la aplicación del método científico a los programas públicos para entender qué pasa como resultado de las actividades de los programas.

El objetivo de la evaluación es proporcionar información objetiva a los gestores de los programas y a los decisores políticos sobre los costes y los efectos de los programas nacionales-supranacionales o locales -, ayudando de esta manera a la gestión eficaz y a la distribución eficiente de los recursos (Wholey y Ballart, 2003:1).

La evaluación tiene por objeto apreciar la eficacia de las políticas comparando sus resultados con los objetivos asignados y los medios puestos a disposición.

La evaluación requiere tiempo, para constituir instancias de evaluación pluridisciplinarias y recoger los datos de base necesarios. Requiere una cierta distanciaci3n, es decir una cierta independencia, en relaci3n con el comanditario (Ballart, 2003-1).

El proceso de recoger y analizar indicadores objetivos del impacto de los programas con el prop3sito de emitir un juicio sobre la eficacia de estos programas. La evaluaci3n de programas se diferencia de otras formas de investigaci3n en que los datos se utilizan para formular juicios sobre programas espec3ficos y no tanto para confirmar proposiciones te3ricas de 3mbito m3s general (Wholey y Ballart, 2003:2).

Para un mejor uso de la evaluaci3n se requieren cambios en la organizaci3n: no puede pensarse en utilizar mejor los resultados de la evaluaci3n si no se mejora en los aspectos organizativos o de procedimiento (Bunker, 1978).

Pueden constatare tensiones entre los resultados de una evaluaci3n que busca mejorar la eficacia con los compromisos organizativos que toda estructura administrativa genera. La evaluaci3n puede tener efectos en el esquema organizativo y ello requiere ganarse la apreciaci3n positiva de la trama burocr3tica. De manera m3s general se podr3a aludir a la tensi3n entre conocimientos y poder que est3 tambi3n presente en este contexto (Subirats y Gom3, 2002-248).

3.5.4.1 Instrumentos de evaluaci3n de pol3ticas p3blicas

La ejecuci3n de las pol3ticas p3blicas exige de una apreciaci3n que supere las calificaciones subjetivas y se constituya en un ejercicio riguroso de razonamiento, al utilizar una metodolog3a adecuada y basada en informaci3n acertada.

La evaluaci3n es un instrumento para la decisi3n y la gesti3n, es introducir racionalidad midiendo el cumplimiento de los objetivos y los recursos utilizados para alcanzarlos.

La tarea de evaluar se est3 reconociendo en la administraci3n p3blica como un instrumento de suma importancia. Evaluando el resultado de los programas p3blicos, conociendo hasta que punto han respondido los objetivos planteados, se podr3n tomar nuevas decisiones y reorientar los programas (Ba33n, 2003:4).

Explica Ba33n (2003:4-5) que la evaluaci3n de programas es con doble 3mbito: atendiendo el proceso, o poniendo el punto de observaci3n en los resultados y/o al impacto del programa, es frecuente ver evaluaciones que ofrecen un an3lisis del grado de eficiencia en la gesti3n del programa con la participaci3n de los destinatarios del mismo.

Con la utilizaci3n de las diferentes herramientas metodol3gicas que ofrece la investigaci3n social, la evaluaci3n permite juzgar y mejorar la formulaci3n de las pol3ticas p3blicas, as3 como aumentar el grado de efectividad de las actuaciones que se estudian o gestionan;

El entendimiento m3s consensuado de la evaluaci3n es su acepci3n retrospectiva, que mide las consecuencias de una acci3n que ya ha sido decidida e implementada. Las evaluaciones deben respetar la singularidad del caso analizado, cada caso es un mundo, por lo que se lleva a cabo una elecci3n metodol3gica que es preciso readaptar en cada ocasi3n., no existen patrones de evaluaci3n universales, en cada ocasi3n, debe desplegarse todo el material anal3tico de que se dispone y adaptarlo a la realidad que se analiza. Tras esa elecci3n metodol3gica, existe un conjunto de actitudes y de motivaciones que forman parte del proceso evaluador (Ruiz Vi3nals, 2004:71-72).

Meny y Thoening, (1995:195) clasifican las actitudes según los siguientes tipos ideales: *actitud descriptiva*; *actitud clínica*; *actitud normativa* y *actitud experimental*.

- Una *actitud descriptiva* consiste en registrar cualquier variación que se produzca en el medio social como consecuencia de la política pública estudiada. El evaluador es un informador que sistematiza los datos y la información que tiene de manera neutra.
- Una *actitud clínica* da una explicación a los cambios sociales que provoca una política pública, explica porque se alcanzan unos objetivos y otros no.
- Una *actitud normativa*, donde el evaluador enuncia sus juicios de valor sobre cómo debería reaccionar idealmente el medio social ante una política concreta, al margen de las implementaciones efectivas que se realizan.
- Una actitud experimental, en la que quieren explicitarse las relaciones causales entre variables, con el fin de explicar las razones de éxito o del fracaso de la aplicación de una política pública.

Estas actitudes evaluadoras a menudo se hallan mezcladas en el espíritu de las evaluaciones, los estudios de evaluación son útiles debido a que aumentan el volumen de información de que disponen los decisores públicos y permiten la detección de errores y el aprendizaje,

permite también detectar las diferencias que genera la acción pública en relación con la teoría, entendiendo por teoría el conjunto de políticas públicas que se analizan como conjuntos de hipótesis para contrastar; un análisis evaluativo es el estudio de la percepción que tienen los ciudadanos sobre los logros de políticas concretas, este estudio suele ser cuantitativo cuando el instrumento de investigación son las encuestas realizadas a una muestra representativa de la población, en caso de que el instrumento de investigación sean las entrevistas a fondo el análisis es de tipo cualitativo (Ruiz Viñals, 2004: 72-73).

Señala Ruiz Viñals (2004:74) que al plantear la investigación con enfoque cuantitativo, la primera dificultad es la obtención de los datos correspondientes a las variables con las que se desea trabajar; Sin embargo una vez que se cuenta con los datos, las conclusiones extraídas suelen ser fiables.

Con un margen de error estadístico, permiten aceptar o rechazar hipótesis previas sobre el comportamiento de las variables en la política pública que se evalúa, sus impactos o su proceso de funcionamiento

3.6 Contexto de las Políticas Públicas en salud

Este apartado se limita a precisar el objeto de esta investigación: Políticas Públicas en Salud, para ello habría que comenzar definiendo que entendemos por *sanidad*.

Elola (2001:xvii) explica que el término *sanidad* se refiere a la organización del sector salud, y abarca varios niveles de gestión y toma de decisiones, desde la relación íntima entre el médico y su paciente hasta aquellas actividades que afectan el conjunto de la población.

El *modelo sanitario* escribe el mismo autor, *se refiere a las diferentes formas de organizar los servicios que atienden a las necesidades de salud de los ciudadanos (sistema de salud)*.

La palabra *política* que se refiere a aquello que afecta a todos, lo que es público (*polis*). La expresión *política en salud*, se refiere a aquel ámbito de la sanidad que nos afectan a todos, en el que asumen un papel protagonista los políticos en su papel de representantes de los ciudadanos.

La definición de *salud* establecida por la OMS, en su Constitución de 1946⁵¹: *un estado completo de bienestar físico, mental y social*; es una enunciación que parece obedecer más a una utopía social que a una aproximación científica como también es la expresión que hace el Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos⁵²: *Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar*.

Estas dos expresiones parece que equiparan la salud con la felicidad y su utilización en políticas en salud presenta múltiples problemas ya que por una parte resulta imposible objetivizar el concepto de *completo bienestar*, pues es una definición absoluta y no realista ya que no habrá nunca una persona sana de manera completa.

Tomando como referencia los comentarios del párrafo anterior y conciente de la dificultad que presentaba la aplicación práctica del concepto *salud*, la OMS en 1978 en Alma-Atá, capital de Kazajstán, antigua República Soviética, desagregó en los objetivos de su política *salud para todos* de la siguiente manera:

- 1) Añadir años a la vida
- 2) Añadir salud a los años
- 3) Añadir salud a la vida

El primer objetivo es fácilmente mensurable a través de las tasas de mortalidad; el segundo, con mayores dificultades, también puede ser medido mediante las tasas de enfermedad, minusvalía y discapacidad, la salud subjetiva, etc.; el último objetivo tropieza en cuanto a su concepto y la forma de medirlo, con problemas similares a los de la definición de salud (Elola, 2001:4).

Al respecto Vidal (2005:304) cita a Doyal y Gough (1994) cuando señalan en su *teoría de las necesidades humanas* que *la salud constituye una necesidad humana básica, ésta es un objetivo universal, los sentimientos subjetivos no constituyen una determinación fidedigna de la necesidad humana*.

Este principio pone peso sobre el hecho de que la estructura piramidal establecida por Abraham Máslow en su teoría de la jerarquía de las necesidades y ya tratada en el Capítulo II de este trabajo de investigación, los autores diferencian las necesidades básicas de los satisfactores o necesidades intermedias; una necesidad básica es la salud y los satisfactores o necesidades intermedias son nueve: 1) los alimentos y agua, 2) la vivienda, 3) el entorno laboral y físico seguro, 4) la sanidad, 5) la seguridad de la infancia, 6) las relaciones primarias significativas, 7) la seguridad económica, 8) la educación y 9) el control de nacimientos, embarazos y partos.

Tomando como base los comentarios vertidos en el párrafo anterior Elola (2001:5), define a la salud: *un Estado físico y psíquico, cuyo nivel óptimo depende de la biología, y que posibilita tanto la participación del individuo en la sociedad como su autonomía para llevar a cabo su proyecto deseado de vida*.

Las políticas en salud protegen la salud pública; es decir, tienen como objetivo asegurar la integridad física y psíquica del individuo, y se concretan en una serie de servicios de atención primaria, hospitalaria y de prestaciones de tipo farmacéutico.

La salud pública abarca todos los ámbitos de la acción social; por tanto, también se refiere al campo de la salud laboral y a las provisiones sanitarias necesarias para asegurar el bienestar en salud en el ámbito social y del trabajo.

⁵¹ Información obtenida de la Constitución de la OMS, en visita a la internet el 05 de mayo de 2010, página web: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

⁵² Información obtenida de la Constitución de la OMS, en visita a la internet el 05 de mayo de 2010, página web: <http://www0.un.org/es/documents/udhr/index.shtml>

El reto de la política sanitaria es conseguir la extensión universal de la red pública de asistencia en salud, garantizando la extensión de la cobertura sanitaria, todo ello mediante un sistema de gestión económica que sea sostenible (Ruiz Viñals, 2004:90).

Para el estudio del papel del Estado en el diseño e implementación de las políticas en salud, resulta necesario partir de una clasificación que permita la introducción en el análisis de los elementos clave en los procesos regulativos en salud.

Ruiz Viñals (2004:48-49), plantea una tipología de políticas públicas (Tabla 3.2) en las que se interrelacionan actores, procesos decisorios e instituciones.

Tabla 3.2 **Clasificación de los tipos de políticas públicas**

Políticas	Políticas con efectos directos sobre la conducta de los individuos	Políticas con efectos indirectos sobre la conducta de los individuos
Políticas que imponen obligaciones	Políticas regulativas: Las reglas imponen obligaciones a los individuos. Ejemplo: poder judicial, intervención del Estado en la economía, leyes de salud Pública o seguridad.	Políticas redistributivas: Las reglas imponen clasificaciones o status. Ejemplo: la política fiscal, el Sistema de Seguridad Social.
Políticas que establecen poderes o privilegios	Políticas distributivas: Las reglas confieren facilidades o privilegios a grupos concretos de la población. Ejemplo: subsidios, subvenciones hacia algunas actividades.	Políticas Constitutivas: Las reglas confieren poder o autoridad. Ejemplo: normativa que establece la separación de poderes en un Estado.

Fuente: a partir de T. Low en Ruiz Viñals (2004:49)

Esta tipología se distingue de la siguiente forma:

- a) *políticas redistributivas*
- b) *políticas distributivas*
- c) *políticas regulativas* y
- d) *políticas constitutivas*

Y las clasifica mediante la combinación de los dos criterios siguientes:

- La estructura de coerción utilizada por el poder público.
- El efecto que sobre los individuos tiene la intervención realizada.

Las políticas distributivas no imponen obligaciones a los individuos, sino que establecen privilegios a partir de conductas individualizadas.

Las políticas constitutivas son las que establecen las reglas de la distribución de poderes en un entorno social, generando los procedimientos para la adopción de políticas públicas.

Las políticas regulativas son aquellas formuladas por una autoridad pública con la intención de influir en la conducta de los ciudadanos, individual o colectivamente, mediante el uso de acciones punitivas, imponiendo obligaciones y generando sanciones en caso de trasgresión de las normas vigentes.

Las políticas redistributivas transfieren recursos de unos grupos de individuos, regiones o países a otros, es decir otorgan beneficios a grupos sociales repercutiendo los costes sobre otros grupos que cubrieron impuestos, mismos que son administrados por el Estado (Ruiz Viñals, 2004:48-49).

3.7 Sistema Nacional de Salud en México

Es a principios del siglo XX cuando el estado mexicano empezó a participar en ciertas actividades de salud pública (Tabla 3.3).

Anteriormente los hospitales no eran instituciones médicas ni la medicina una profesión hospitalaria; funcionaban estos bajo esquemas de caridad, quienes trabajaban en ellos lo hacían para expiar culpas o servir a Dios atendiendo a los desprotegidos, y fue con la independencia del país cuando estos esquemas entraron en un franco período de decadencia a consecuencia de la inestabilidad política, conflictos armados y otros (Frenk y Gómez, 2008:19-28).

En México la historia de los derechos sociales está ligada a la desigualdad. Si bien en la Constitución de 1917 se lograron conjugar las garantías individuales y los derechos sociales, el modelo corporativo de distribución emanado de la Revolución necesariamente conllevó a un ejercicio diferenciado de derechos y, por lo tanto de la ciudadanía desde su definición más amplia.

Con la mediación de las organizaciones corporativas como modelo, el estado mexicano posrevolucionario privilegió el acceso a bienes y servicios colectivos –incluidos, por supuesto, los relacionados con la salud- sobre el acceso individual, ignorando con ello el criterio de repartición universal de satisfactores, fundamento de los derechos humanos (Pérez Argüelles, 2010:119).

México se encuentra inmerso en un mundo globalizado con una intensa interdependencia de la economía, sería insensato pensar que el sistema de salud mexicano que es una parte importante de la economía y de la sociedad, pueda vivir de espaldas del resto de los países desarrollados.

Al respecto Frenk y Gómez, (2008:15) explican que *la salud es uno de los principales objetivos del desarrollo, constituye un bien preciado en si mismo y una condición indispensable para la igualdad de oportunidades; además, se le ha reconocido como un insumo especial de la seguridad global, el crecimiento económico y el avance democrático.*

La actividad sanitaria no es preponderante de las instituciones específicamente creadas para atender los problemas de salud de la población, ya que la salud pública está influida o ligada con otros factores como la educación, la vivienda, el medio ambiente, etc., sin embargo las instituciones más relevantes para el desarrollo de esa actividad son las *administraciones públicas* en su diferente campo de acción.

De acuerdo a la OMS (2003:118), el sistema de salud *abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud.* Por sistema de atención sanitaria en cambio son las *instituciones, las personas y los recursos implicados en la prestación de atención de salud a los individuos.*

El diseño del sistema de salud en México ignoró el criterio de repartición universal de satisfactores, fundamento de los derechos humanos, ya que fue concebido de tal forma que la población organizada y asalariada fue la receptora de los beneficios de la seguridad social, entre los cuales se encuentra el acceso a los servicios sanitarios.

Así nacieron las instituciones de seguridad social como el IMSS y el ISSSTE, que atendían a la población inserta en el sector formal de la economía (Pérez Argüelles, 2010:119).

Tabla 3.3 Historia Contemporánea del Sistema de Salud mexicano

1905	Nace el Hospital General de México.
1917	Se crea el Consejo de Salubridad General y destaca en la nueva Constitución, el capítulo IV del artículo 123 la responsabilidad de los patrones.
1922	Se crea la Escuela de Salubridad, la primera de América Latina, formadora de profesionales de la medicina, hoy denominada Escuela de Salud Pública de México;
1925	Se amplía el ámbito de influencia de los servicios sanitarios del país de los territorios, puertos y fronteras a todas las entidades federativas
1931	Con el apoyo de la Fundación Rockefeller y por iniciativa del Departamento de Salubridad Pública nacen en 1931 los servicios de Higiene Rural con servicios de vacunación, higiene escolar y materno-infantiles.
1935	Se crea el servicio social para extender la atención a la salud a las comunidades rurales del país y para profundizar el conocimiento del Departamento de Salubridad Pública sobre las condiciones locales de salud.
1937	Nace la Secretaría de Asistencia Pública con el que se fusionaron el Departamento de Asistencia Social Infantil y la Junta de Beneficencia Pública
1943	Nace la Secretaría de Salubridad y Asistencia fusionando el Departamento de Salubridad Pública en la Secretaría de Asistencia así como la primera generación de reformas del sistema de salud, la Ley del Seguro Social y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
1944	Da inicio la prestación de servicios por parte del IMSS en el Distrito Federal.
1958 a 1964	Se afianzan las reformas para ampliar la cobertura en salud, hasta alcanzar niveles de un 17% de la población nacional.
1960	Con las reformas al artículo 123 Constitucional que otorgó derechos sociales a los trabajadores del Estado, nace el ISSSTE.
Finales de 1970	Llega a su límite el modelo sanitario, los servicios se encarecen con la demanda, el sistema no llegaba a la población rural, las enfermedades no transmisibles se incrementaron, se recurre al servicio privado.
1979	Se implanta el Programa IMSS Coplamar, denominado después IMSS-Solidaridad y luego IMSS-Oportunidades para ofrecer cobertura a la zona rural.
1982 a 2002	Segunda generación de reformas, sustituye al Código Sanitario la Nueva Ley General de Salud, se cambia de nombre a la Secretaría de Salubridad y Asistencia por Secretaría de Salud y los servicios de salud para la población no asegurada se descentralizan a los gobiernos estatales.
2003	Creación del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).

Fuente: Modificado por el autor de esta tesis a partir de Frenk y Gómez (2008:19-28)

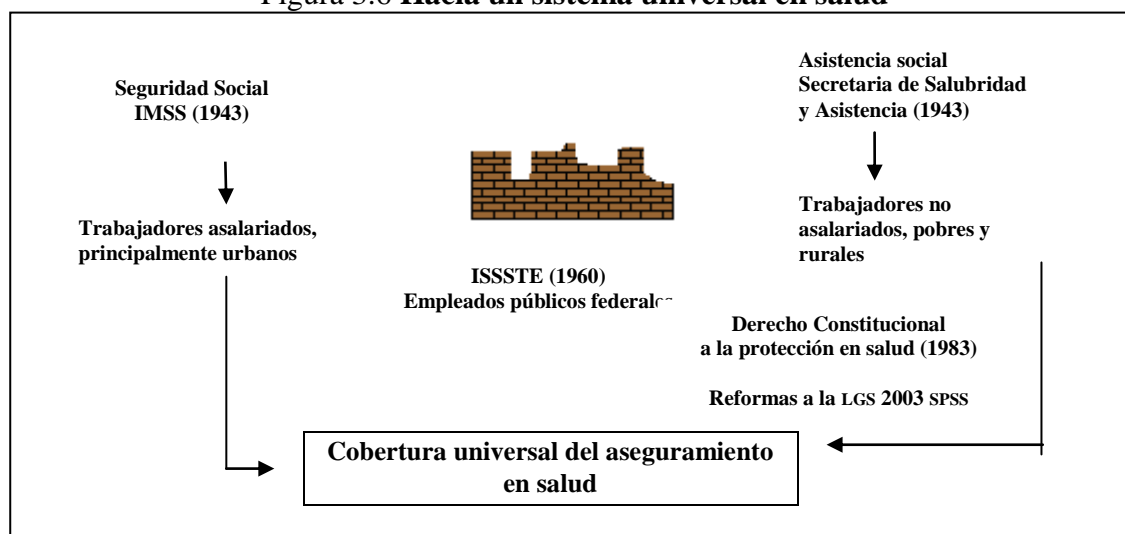
Los sistemas nacionales de salud (Frenk y Gómez, 2008:9) *constituyen la respuesta social organizada para que los países puedan contender con los grandes retos que van enfrentando para mejorar, mantener y acrecentar el nivel de la salud de los ciudadanos. Son, así, poderosos instrumentos que contribuyen al bienestar social y un recurso invaluable que es preciso*

desarrollar para solucionar los problemas de salud del presente y prever lo que se espera en esta materia en el futuro.

A diferencia de la mayor parte de los países de América Latina, México mantiene un sistema de salud que nació dividido al separar a la población entre aquellos que tenían derechos sociales perfectamente definidos a quienes llamó *derechohabientes* y aquellos que eran sujetos a la acción *asistencial* del Estado, a quienes eventualmente se les denominó *población abierta*.

En el caso de México y a escala de organización, la prestación de servicios en salud ha sufrido un sustantivo proceso de transformación en los últimos años, buscando con ello la *cobertura universal del aseguramiento en salud* (Figura 3.6), desde la creación de los seguros sociales en los años cuarenta y sesenta, así como en 2003 con la implementación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). La seguridad social nace el 1 de enero de 1943 con la fundación del IMSS, meses más tarde, el 15 de octubre del mismo año se formalizan los servicios públicos de la SSA, cuyo nombre tenía implícita una concepción asistencial, para atender principalmente a los mexicanos de escasos recursos (González, Barraza, Gutiérrez y Vargas, 2006:18).

Figura 3.6 Hacia un sistema universal en salud



Fuente: Modificado por el autor de esta tesis a partir de González *et al* (2006:19).

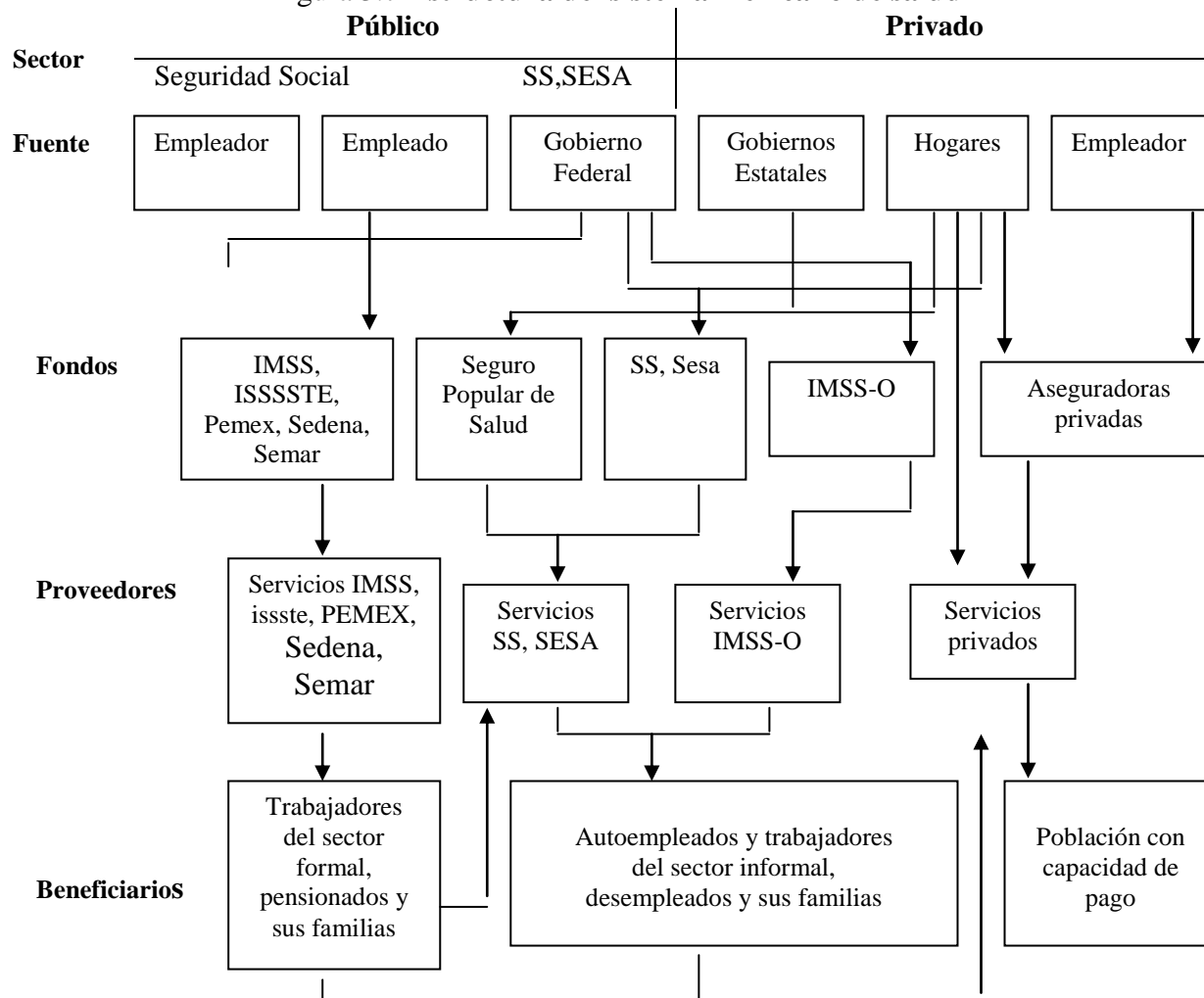
El sistema de salud en México está conformado por dos sectores: el público y el privado (Figura 3.7). El sector público incluye a las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y las instituciones de seguridad social para los trabajadores de los gobiernos estatales, así como a las instituciones y programas que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social (SS, Servicios de Salud (SESA), IMSS-OPORTUNIDADES y SPS). El sector privado incluye a las compañías aseguradoras privadas y a los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, en general bajo un sistema lucrativo. Este sector comprende también a los proveedores de servicios de medicina alternativa, que por lo general trabajan en consultorios o unidades ambulatorias de salud (Frenk y Gómez, 2008:51).

Es en esta división del sector inspirada en el corporativismo de la época donde puede identificarse gran parte del origen de la realización desigual del derecho a la salud en México, la

universalidad y la no discriminación, principios esenciales de los derechos humanos, estaban claramente ausentes bajo este esquema.

Si bien en teoría la Secretaría de Salud debía atender a la población sin seguridad social, las deficiencias estructurales de esa institución –principalmente la falta de personal e infraestructura, la desigual distribución de recursos entre entidades y la importante diferencia existente entre el financiamiento de la salud pública con respecto a las instituciones de seguridad social -derivaron en una institución endeble-, con un importante déficit de recursos de todo tipo, con mínima capacidad resolutive y, por lo tanto, incapaz de responder íntegramente a las obligaciones del Estado mexicano en la materia (Pérez Argüelles, 2010:120).

Figura 3.7 Estructura del sistema mexicano de salud



Fuente: modificada por el autor de esta tesis a partir de Frenk y Gómez (2008:52)

De acuerdo a Pérez Argüelles (2010:120) existen datos divergentes en el cálculo de derechohabientes y población no asegurada, según el II Censo de Población y Vivienda, para el año 2005 la *población abierta*, estaba conformada por más de 51 millones de personas en todo el país.

No solo eso. En el peor de los casos las deficiencias del sistema público de salud, particularmente la desinversión que le caracterizó por muchos años, conllevó al recrudecimiento de la pobreza, derivado de los eventuales desembolsos dirigidos a la

preservación de la salud. Según información generada por el propio gobierno, para principios de esta década (2000-2010) más del 50% del gasto total en salud provenía del gasto privado, y de éste más del 90% estaba relacionado con el gasto personal de bolsillo. Se calculaba que cada año entre dos y tres millones de hogares mexicanos se veían obligados a hacer uso de más de la tercera parte de su ingreso disponible para financiar la atención de su salud, incurriendo así en lo que se llama *gastos catastróficos*.

Al respecto, Frenk y Gómez (2008:48-51) comentan que más de la mitad de todo el gasto en salud proviene del bolsillo de las familias.

Y este pago de bolsillo es la forma más injusta y más ineficiente de financiar un sistema de salud. Es injusta porque hace que el más enfermo pague más. Aquí hay un componente ético muy claro: la enfermedad no es culpa de la gente y por lo tanto no es justo que el más enfermo pague más. Hay que crear mecanismos solidarios, donde solidaridad significa, simple y llanamente, que los que están sanos ayuden a financiar la atención de los que están enfermos. Y como todos algún día nos enfermamos, esos mecanismos son inherentemente justos porque establecen esa solidaridad entre sanos y enfermos, que es fundamental para el financiamiento de un sistema justo de salud, nadie sabe cuándo se va a enfermar o a sufrir un accidente grave, y si postergamos el momento de pagar, al momento de usar los servicios se corre el riesgo de que esos gastos sean verdaderamente catastróficos.

Si se requiere un sistema de salud *universal y eficiente* mencionan Frenk y Gómez (2008:15-16), debe financiarse predominantemente con recursos públicos; los costos de los bienes y servicios de salud (medicamentos, hospitalizaciones, servicios médicos) también influyen en la *eficiencia* de los sistemas de salud; la sociedad quiere estar segura que los recursos que está dedicando la atención a la salud están generando los frutos esperados: quiere más dinero para salud, pero también más salud por el dinero invertido.

En el capítulo II de este trabajo de investigación, observamos el derecho a la salud como parte del marco teórico, allí comentamos la Observación General (OG) 14 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de la Asamblea de Naciones Unidas; por la necesidad de comentar lo referente a la *accesibilidad y calidad* y las *obligaciones mínimas* de los servicios de salud que proporciona el estado mexicano, nuevamente se enfatizará ese pacto ya que los elementos señalados y la Ley General de Salud (LGS) como contexto local se podría concebir el derecho a la salud como uno de los requisitos esenciales para el disfrute de beneficios y obligaciones ciudadanas y, por lo tanto, como una condición de la democracia sustantiva.

La importancia del PIDESC en este contexto radica en que nos detalla los lineamientos para que los Estados cumplan a cabalidad con el derecho a la salud; establece el pacto, los estándares internacionalmente reconocidos bajo los cuales es posible evaluar el SPSS desde el punto de vista de derechos y valorar la congruencia y factibilidad del programa con los compromisos que México ha adquirido en la materia.

En específico se retoman dos lineamientos del pacto, que a su vez emanan del OG 14 y que son de interés para el monitoreo puntual del SPSS como para la definición ulterior de indicadores.

El primer lineamiento se refiere a las obligaciones mínimas a la que los Estados parte están obligados a cumplir. El objetivo del contenido mínimo de garantizar que el Estado quede obligado a asegurar una protección mínima indispensable de cada derecho de los ciudadanos.

El segundo lineamiento se refiere a los estándares mencionados en el párrafo doce de la OG 14 que señala que el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados: *disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad* (Pérez Argüelles, 2010:123).

La LGS representa el marco legal de referencia inmediata ya que no solo provee los lineamientos generales para el ejercicio del derecho a la salud en México, sino que ésta incorpora como materia de salubridad general la protección en salud para dar paso al SPSS.

La reforma a la LGS implicó la creación del marco legal que trazaría los lineamientos para lo que sería la *política pública* más grande en materia de salud, con miras a atender a la población no derechohabiente. Por ello los parámetros que ofrece esta ley son de suma importancia, ya que es en ellos donde se definen las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud definidas por el propio Estado mexicano (Pérez Argüelles, 2007:124).

Respecto al segundo lineamiento, en 2002, la Comisión de Derechos Humanos⁵³, principal órgano político que se ocupa específicamente de los derechos humanos en el sistema de las Naciones Unidas, decidió nombrar un Relator Especial (Paul Hunt), sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, el *derecho a la salud*. Hunt realizó un estudio que mostraba los indicadores sobre el derecho a la salud que se refieren a dos rasgos principales: 1) derivan de normas concretas del derecho a la salud y 2) su utilidad está vinculada a lograr rendición de cuentas de los responsables; dichas propuestas fueron recogidas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) del pacto, también sugirió el relator, el manejo de tres tipos de indicadores: *estructurales, de proceso y de evolución*.

En referencia al párrafo anterior Pérez Argüelles (2010:124) comenta: tomando en cuenta que los indicadores de derecho a la salud deben estar relacionados con una norma específica, cada indicador se encuentra asociado con uno o varios de los lineamientos establecidos en el pacto (PIDESC).

Los indicadores para evaluar el seguro popular, a través del marco relacionado con el derecho a la salud han sido elegidos tomando en cuenta tres de los problemas concretos en salud que dieron origen al programa: *desigual acceso a la salud, déficit de recursos humanos e infraestructura y asignación diferenciada de recursos financieros*. Es importante mencionar que, atendiendo el señalamiento de Hunt que señala que los indicadores de derecho a la salud se derivan de normas concretas, la elección de indicadores también estuvo supeditada a la identificación del vínculo que existe entre los lineamientos de la OG 14 (*accesibilidad, aceptabilidad, calidad, disponibilidad, participación ciudadana, no discriminación*) y los artículos de la LGS (Pérez Argüelles, 2010:124).

Al referirse al tema Elola (2001:32) menciona que un menor costo del sistema de salud o de los servicios de salud puede traducirse en una menor *eficiencia* (Figura 3.8) si compromete a los distintos componentes que definen la *eficacia* del sistema y servicios de salud.

Un sistema de salud debe incorporar una implícita asunción de objetivos relevantes que se resumen en tres:

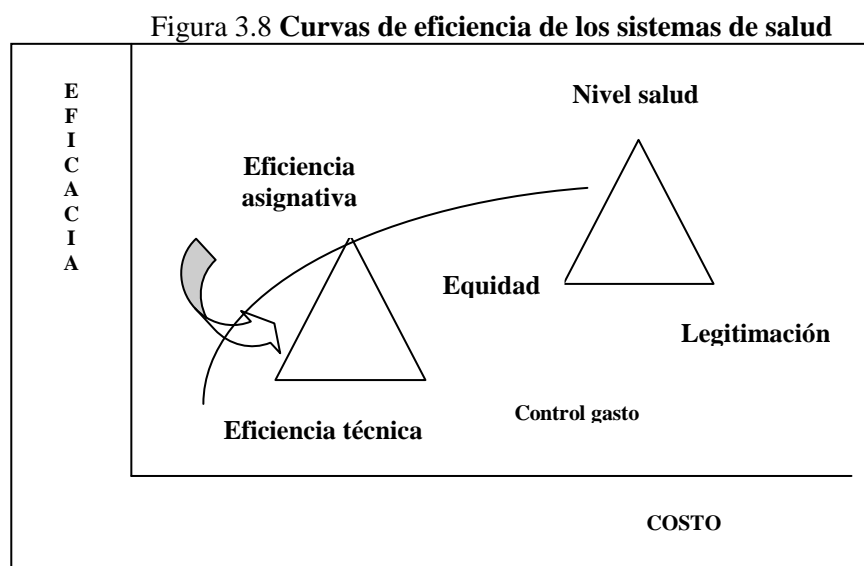
— La mejora de los niveles de salud para el conjunto de la población.

⁵³ Información obtenida en visita a la Internet con fecha 26 de mayo de 2010 pagina web: <http://www.hchr.org.co/documentoseinformes/documentos/relatoresespeciales/2007/relatorsalud.pdf>

- La equidad en el acceso a los servicios de salud.
- La legitimación del sistema ante la población, al ser este un componente esencial para su sostenibilidad financiera y viabilidad social.

Para que un sistema de salud sea globalmente eficiente debe, con los recursos disponibles (control del gasto) asignarlos a los servicios con mejor relación entre su eficacia y costo para alcanzar los objetivos perseguidos (*eficiencia asignativa*) y generar incentivos para producir servicios de calidad al mínimo costo posible (*eficiencia técnica*) (Elola, 2001:32-34).

En ese orden de ideas, Drummond (1989:59-74) comenta que la *eficiencia asignativa* o económica tiene en cuenta no sólo la eficiencia productiva con la que los sistemas de salud obtienen sus resultados sino también el cómo estos se distribuyen en la comunidad. Entiéndase que la *eficiencia asignativa* es mayor en tanto la asignación de los recursos maximice los resultados alcanzados desde la perspectiva de la sociedad en general.



Fuente: Elola (2001:33).

Por su parte Palmer (1999:318) explica que la *eficiencia técnica* se alcanza cuando a partir de una cantidad dada de recursos se logra obtener el máximo de resultados. Se entiende entonces que una intervención es técnicamente ineficiente cuando los mismos resultados pueden obtenerse consumiendo menos cantidad de al menos un tipo de los recursos necesarios.

Recalca Elola (2001:34) que la definición de *eficiencia* no es un dogma, existen otras posibles definiciones de eficiencia en un sistema de salud.

Eficiencia es un término de uso común al cual suelen dársele variados significados. El diccionario de la Real Academia Española la define como la *virtud y facultad para lograr un efecto determinado*, pero en su acepción más técnica la eficiencia contempla también el *esfuerzo que se hace para lograr un efecto*.

Ortun citado por Elola (2001:34) menciona que la *eficiencia social* pasa por producir al menor costo aquellos bienes y servicios que más valora la sociedad; en salud, se valora la cantidad y calidad de vida producida por los servicios de salud.

Elola (2001:34), también cita a la OMS que señala *la relación de los costos totales de la asistencia en salud y los niveles agregados del Estado de salud*. Para la OMS los objetivos de los sistemas de salud son:

- Mejorar el Estado de salud.
- Reducir las desigualdades de salud.
- Atender las expectativas razonables.
- Aumentar la eficiencia.
- Proteger a los individuos, familias y comunidades de problemas financieros.
- Aumentar la justicia en el financiamiento y provisión de asistencia en salud.

Si se observan los tres primeros objetivos propuestos por la OMS coinciden con la Figura 3.8 (niveles de salud, equidad, legitimación), mientras que los últimos tres se engloban en la definición propuesta de eficiencia.

3.8 La Secretaría de Salud y los cambios estructurales al Sistema de Salud

El 15 de octubre de 1943 nace la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy denominada *Secretaría de Salud*, en adelante SSA, el nombre original tenía implícita una concepción asistencial para atender principalmente a los mexicanos de escasos recursos.

Frenk y Gómez (2008:79) explican que la SSA tiene como principal función la rectoría del sistema de salud que comprende la planeación estratégica del sistema,

el diseño de políticas, la coordinación intra e inter-sectorial, la regulación de la atención a la salud, la regulación sanitaria de bienes y servicios, la evaluación de los servicios, programas y políticas y la protección de los usuarios de los servicios de salud. La SSA desarrolla alguna de esas tareas en colaboración con diversos grupos profesionales e instituciones de la sociedad civil.

Según estudios de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE, 2005:55) la prestación de servicios por parte de la SSA se ha descentralizado en dos etapas: la primera sucedió durante la década de 1980 y la segunda en 1990.

El proceso de descentralización (de Federación a Estados) se dio como respuesta a la percepción de una serie de problemas con los arreglos existentes hasta ese momento, pues se presentaba un enfoque burocrático y en extremo centralizado del diseño y la aplicación de políticas; una asignación de recursos inapropiada, de modo que los recursos y las necesidades apenas tenían correspondencia; y una débil coordinación entre los prestadores de servicios que atendían a la población no asegurada. Las *autoridades federales* son responsables de establecer los objetivos de la atención a la salud, definir el marco legal para el funcionamiento general del sistema, asegurar la coordinación y la planeación y dar seguimiento a los resultados. Los Estados cuentan con flexibilidad operativa amplia y son responsables de legislar sobre la organización y operación de los servicios de salud para la población no asegurada en el nivel estatal. La coordinación entre el gobierno federal y los Estados se lleva a cabo por medio del Consejo Nacional de Salud (CNS)⁵⁴, que está integrado por los secretarios de salud de cada Estado y es presidido por el secretario federal de salud.

⁵⁴ El CNS ha desempeñado un papel importante en el fortalecimiento y el logro de una mayor coordinación de políticas entre los Servicios de Salud (SESA), (OCDE, 2005:55).

Los cambios estructurales en el Artículo 4 Constitucional implicaron la sectorización de los servicios de salud para la población no asegurada,

la descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salud a los gobiernos de las entidades federativas, la modernización de estos mismos y el fortalecimiento de la coordinación intersectorial para aprovechar la sinergia entre las distintas dependencias del gobierno federal. Además se hicieron estudios a profundidad sobre el financiamiento, la formación de recursos humanos, la información y la producción de insumos para la salud (Frenk y Gómez 2008:11).

Bajo este contexto, señala Pérez Argüelles (2010:121) el establecimiento de un entorno de equidad a través del acceso a servicios en salud no sólo era lejano, sino que la tendencia apuntaba hacia la agudización de las diferencias sociales.

Con la intención de dar solución a ese escenario, el gobierno de Vicente Fox puso en marcha en 2001 un programa piloto -el Seguro Popular de Salud (SPS) que proveería de protección financiera a la población sin seguridad social. En principio los objetivos de este programa fueron una cultura de prepago y disminuir el empobrecimiento por gastos de salud en la población no derechohabiente en los primeros deciles de distribución del ingreso, es decir priorizando a las familias de menores recursos.

3.9 Sistema de Protección Social en Salud

En 2003 se modificó la LGS para crear el *Sistema de Protección Social en Salud* (SPSS) y su brazo operativo, el *Seguro Popular de Salud* (SPS) o seguro popular (SP), cambio que se aprovechó para homologar financieramente a los tres pilares institucionales (IMSS, ISSSTE Y SPSS), el cual creó las condiciones para avanzar hacia la universalización del sistema nacional de salud, anhelo largamente perseguido que permitirá superar la segmentación del sistema, condición que introduce serios impedimentos para su mejor desempeño (Frenk y Gómez, 2008:11).

El SPSS busca mejorar la protección financiera para aquellos sin cobertura de seguridad social, inyectar recursos nuevos para el sistema, y reequilibrar las transferencias financieras del gobierno federal a los Estados (OCDE, 2005:13).

Para tal efecto el 1 de enero de 2004 entra en vigencia el decreto que reforma a la LGS y además aplican otras disposiciones, así como criterios generales y avisos que sirven de complemento para el funcionamiento de la nueva ley (Tabla 3.4).

La reforma de la LGS buscó definir la mayor cantidad de elementos posibles que permitieran hacer efectivo el derecho a la protección de la salud establecido en el artículo cuarto constitucional. Al menos en la ley, los conceptos de disponibilidad, calidad, aceptabilidad y accesibilidad establecidos en el PIDESC quedaron plasmados en mayor o en menor medida (Pérez Argüelles, 2010:128).

Dentro de este marco legal se incluye una larga lista de normas, reglamentos, programas y leyes dentro de los cuales destacan los que se incluyen en la Tabla 3.5.

Tabla 3.4 Disposiciones complementarias a la reforma a la LGS

Disposición	Fecha de inicio
Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (PNCEAM)	A partir del 20 de septiembre de 2002
Convenio general de colaboración institucional en materia de prestación de servicios de salud	A partir del 14 de marzo de 2003
Reglamento interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPS)	A partir del 27 de febrero de 2004
Reglamento de la LGS en materia de protección social en salud	A partir del 05 de abril de 2004
Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud	A partir del 15 de abril de 2004
Acuerdo por el que se establece la comisión para determinar tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos.	A partir del 28 de abril de 2004
Reglamento interno del Consejo de Protección Social en Salud	A partir del 07 de julio de 2004
Lineamientos para la medición de la Aportación Solidaria Estatal (ASE) del Sistema de Protección Social en Salud	A partir del 22 de abril de 2005
Criterios metodológicos para la identificación de las Entidades Federativas con mayor marginación social para efectos de la asignación de la previsión presupuestal	A partir del 29 de diciembre de 2005
Convenio marco institucional para la ejecución de acciones relativas al SPS que celebran el ejecutivo federal y el IMSS oportunidades	A partir de 02 de mayo de 2006

Fuente: elaborado por el autor de esta tesis a partir de normatividad del Seguro de Protección Social en Salud

Tabla 3.5 Marco legal vinculado a la LGS

Plan Nacional de Desarrollo y Plan Nacional de Salud
Ley General de Desarrollo Social
Ley del Seguro Social
Ley de los Institutos Nacionales de Salud
Ley Federal del Procedimiento Administrativo
Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos
Ley del Instituto y Seguridad de Servicios de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación
Ley Federal del Trabajo
Ley de Planeación
Ley General de Población
Ley General de Equilibrio Ecológico y Protección al ambiente
Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental

Fuente: Modificado por el autor de esta tesis a partir de Pérez A. (2010:129)

A través de un esquema de prepago anual por familia, la meta del Seguro Popular (SPS) era afiliar a 12.6 millones de familias pertenecientes a la población abierta para 2010, además tiene el propósito explícito de corregir los desequilibrios financieros que caracterizaban al sector salud: bajo nivel de desarrollo, distribución desigual de recursos entre instituciones y áreas geográficas,

falta de corresponsabilidad en el financiamiento de la salud entre órdenes de gobierno y creciente destino del gasto hacia la nómina.

Con la nueva LGS y la consecuente instauración del SPS se plantea profundizar lo establecido en el artículo 4º. Constitucional, al dotar de mayor contenido y significancia al derecho a la salud (Pérez Argüelles, 2010:121).

Por otro lado, expone Pérez Argüelles (2010:124) la ley también detalla en su articulado otros principios básicos que forman parte de los derechos humanos que están señalados en los tratados internacionales –el PIDESC, principalmente- y que tienen que ver con la rendición de cuentas y la participación de la ciudadanía.

Por ejemplo, la LGS obliga tanto a la federación como a los servicios estatales de salud a difundir toda la información disponible respecto de universos, coberturas, servicios ofrecidos, así como del manejo financiero del SPS. Además, está establecido que la SSA esta obligada a promover la participación de todos los sectores sociales en el sistema nacional de salud y a tomar en cuenta sugerencias recibidas por los usuarios de los servicios.

De la misma forma, la LGS contempla en su contenido las características, principios y valores de la Atención Primaria en Salud (APS) originados en la Declaración Alma-Atá en 1974 durante la Asamblea Mundial de la OMS y la UNICEF ya comentados en el Capítulo II de este trabajo de investigación.

3.9.1 Principios y objetivos del Sistema de Protección Social en Salud

La base ética que sustenta el SPSS origina que este sistema observe ciertos principios, tal y como los describen González *et al*, (2006:34) de la siguiente manera:

- Universalidad;
- Portabilidad nacional;
- Priorización explícita de intervenciones;
- Prepago de servicios de salud;
- Solidaridad financiera;
- Subsidiariedad; y
- Presupuestación democrática y rendición de cuentas

La universalidad y la portabilidad en el acceso y los beneficios a los servicios de salud entre zonas geográficas y entre instituciones son elementos cruciales para evitar la exclusión social y promover la igualdad de oportunidades independiente del nivel de ingresos de la población o del lugar de residencia, independientemente de la relación contractual o remuneración que perciba el usuario, y de la institución pública en la que esté incorporado, la portabilidad de beneficios permite que la aportación del gobierno federal siga al beneficiario.

La definición explícita de prioridades en intervenciones de salud representa una oportunidad de equilibrar la presión y la complejidad de una transición epidemiológica avanzada, con políticas basadas en evidencias generadas por la inquietud de cómo optimizar el uso de los recursos escasos para mejorar la salud de la población, en forma anticipada se conocen cuales son las intervenciones a las que tienen derecho al estar afiliado en el SPSS.

El prepago a los servicios de salud y la solidaridad financiera, aunadas al principio de subsidiariedad entre órdenes de gobierno y un proceso de presupuestación de la población beneficiada son elementos esenciales para promover un financiamiento más justo y eficaz en salud y una mayor corresponsabilidad en el financiamiento y operación del sistema.

La rendición de cuentas es una pieza clave para garantizar que las prestación de los servicios y el uso de los recursos respondan a las demandas ciudadanas, lo que implica reconocer el papel

que corresponde a la ciudadanía como principal beneficiario⁵⁵ del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Por otra parte, detallan González *et al*, (2006:34) los objetivos y las innovaciones fundamentales de la reforma corresponden tanto a los valores como a los principios señalados en el párrafo anterior. Los objetivos del SPSS son los siguientes:

- I. Ordenar las asignaciones de los recursos
- II. Corregir gradualmente los desequilibrios financieros y las inercias históricas
- III. Transitar hacia una lógica de aseguramiento público para financiar la atención médica
- IV. Establecer la corresponsabilidad entre órdenes de gobierno y con la ciudadanía
- V. Dar contenido efectivo al ejercicio pleno de los derechos sociales y unificar el esquema de protección social en salud

En relación al párrafo anterior, en el *primer objetivo* se trata utilizar reglas claras de financiamiento para ofrecer servicios de salud que deben ser provistos a la población en general, independientemente de su condición de aseguramiento; el *segundo objetivo* busca eliminar los desequilibrios financieros e incrementar el nivel de la inversión en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB) por arriba del promedio latinoamericano (6.6 del PIB en 2002) y reducir riesgo de empobrecimiento a familias vulnerables; el *tercer objetivo*, pretende extender la protección financiera a través del aseguramiento público en salud mediante una reducción del gasto de bolsillo al momento de requerir atención médica; el *cuarto objetivo* busca promover la participación de los gobiernos federales y estatales en el financiamiento a la salud; y en el *quinto objetivo* se busca dar cumplimiento efectivo al derecho a la protección de la salud para todo mexicano establecido en el artículo 4º. Constitucional al extender la protección social en salud para todos los mexicanos a través de la constitución de un nuevo sistema integrado por el IMSS, el ISSSTE y el SPSS (González *et al*, 2006:34).

3.9.2 Afiliación y beneficios del seguro popular

Una distinción clara entre los derechos individuales, como pueden ser los de libertad o propiedad, y los derechos sociales, radica en la actitud que asume el Estado frente a cada uno de ellos. Respecto a los primeros, el Estado toma una postura meramente abstencionista, limitándose a vigilar que los mismos se ejerzan dentro de los límites previamente establecidos, mientras que en relación a los segundos, el Estado interviene activamente a través de políticas gubernamentales, programas sociales o reformas legales, con el objeto de satisfacer una necesidad pública. Dicho en otros términos, *los derechos individuales imponen al Estado una obligación de no hacer, es decir, le obligan a abstenerse de violarlos, en tanto que los derechos sociales conllevan obligaciones de hacer para el Estado; el Estado debe generar las condiciones necesarias para que el Derecho Social pueda ejercerse* (Ordóñez, 2006:1-16).

La protección de la salud debe comprenderse como una política social de Estado, un derecho social crecientemente efectivo, un instrumento estratégico de combate a la pobreza, un componente esencial de la democracia, una divisa de participación de la sociedad civil organizada, una estrategia fundamental para el desarrollo económico y una responsabilidad de todos.

⁵⁵ Los servicios de atención médica dirigidos a la persona son aquellos comprendidos en los beneficios explícitos para la población afiliada al SPSS (González *et al* 2006:35).

La salud tiene además una virtud particular: es un tema que unifica, un anhelo de todas las sociedades, un compromiso de todos los sectores y, en esa medida, un valor que fortalece el entramado social (Valdéz, 2006-31).

En materia de atención médica, la implantación del SPSS en las entidades federativas implica la figura de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS).

Estos comprenden las actividades de administración de recursos financieros, afiliación, gestión de servicios, programación y presupuestos que realizan las unidades estatales del SPSS que dependen de la autoridad sanitaria estatal. La prestación de los servicios de salud la persona es realizada mediante el SPS a través de las unidades de atención médica de la red de servicios del Estado. Esta red se compone por prestadores como IMSS-Oportunidades, centros de salud y hospitales generales quienes garantizan la prestación de los servicios esenciales de salud del SPSS. De requerirse atención médica de tercer nivel, los REPSS cuentan con centros regionales de alta especialidad y una red de prestadores de servicios médicos de tercer nivel (González *et al*, 2006:40-41).

La afiliación al SP es voluntaria y dura un año⁵⁶. Los beneficios de este esquema están dirigidos al núcleo familiar, que bajo la visión este esquema está integrado por el titular, padre o madre, su concubino (a) o cónyuge, y se extiende hasta hijos, ascendientes y menores que formen parte del hogar con algún parentesco consanguíneo (LGS: 77 BIS 21).

La LGS: 8 TRANSITORIO, establece que entre 2004 y 2010 debe afiliarse a este seguro 14.3 por ciento de la población no asegurada anualmente.

Junto con sus familias, estos mexicanos representaban en 2003 la mitad de la población del país Frenk y Gómez (2008:53).

Referente a los beneficios o prestaciones a que tiene derecho los afiliados al Seguro Popular, en la reforma a la LGS está estipulado (LGS: ARTICULOS 77 BIS 7-10) que cada familia afiliada tiene derecho a acceder el paquete de intervenciones médicas, así como a las medicinas asociadas a esos servicios.

Según información oficial de la SSA, estos servicios médicos están relacionados con criterios epidemiológicos en el Sistema de Información en Salud. Para dar contenido a lo estipulado en la LGS, esta serie de intervenciones están establecidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES); en este catálogo se describen las intervenciones para cada uno de los procedimientos de detección, diagnóstico y tratamiento de servicios que se ofrecen en los establecimientos de salud. Además cada intervención está asociada a la provisión de los medicamentos pertinentes a cada caso, a los que los usuarios por Ley, también tienen acceso. Tanto los servicios médicos como las medicinas asociadas han ido aumentando en número desde su creación hasta 2007, de tal manera que para finales de 2009, el CAUSES tenía contempladas 255 intervenciones y 285 medicamentos vinculados a ellas (Pérez Arguelles, 2010:132).

Además, de acuerdo a LGS: 77 BIS 29, cada familia está cubierta ante padecimientos que impliquen tratamientos de alta especialidad y elevado costo a través de recursos que conforman

⁵⁶ La vigencia de un año es para las familias pertenecientes al régimen contributivo y para las familias pertenecientes al régimen no contributivo durará tres años, en las próximas páginas se explica lo que significa el régimen contributivo y no contributivo.

el Fondo de Protección de Gastos Catastróficos⁵⁷ (FPGC), fondo que incluye a la población que no está afiliada al SP.

Las enfermedades e intervenciones asociadas a gastos catastróficos señala Pérez Argüelles (2010:33) comprenden los siguientes padecimientos:

Diagnóstico y tratamiento del cáncer, problemas cardiovasculares, enfermedades cerebrovasculares, VIH SIDA, lesiones graves, rehabilitación a largo plazo, cuidados intensivos neonatales, transplantes y diálisis. Los gastos generados a padecimientos son financiados por el FNGC; bajo este esquema, es importante resaltar que no todos los padecimientos ni todos los medicamentos asociados están cubiertos por el SPS.

El informe de resultados enero-junio de 2010 presenta que al 30 de junio de 2010, se han pagado 66,672 casos de los ocho grupos de enfermedades cubiertos por el FPGC, por un monto de 2,806.1 millones de pesos.

El Comité Técnico del Fideicomiso del SPSS autorizó para el ejercicio 2010 el financiamiento de 119,316 casos por un monto estimado de 5,140.2 millones de pesos, de los cuales 37,024 casos corresponden a VIH/SIDA.

Por tratarse de enfermedades que requieren infraestructura y alta especialidad médica la LGS: 77 BIS 30, señala:

con el fin de fortalecer la infraestructura médica de alta especialidad y su acceso o disponibilidad regional la SSA mediante estudios técnicos determinará aquellas unidades médicas públicas federales o locales que por sus características puedan convertirse en centros regionales de alta especialidad, en donde se tomarán en cuenta patrones de referencia y contrarreferencia así como la información que sobre las necesidades de atención de alta especialidad le reporten de manera anual los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPS) o a través de la información básica que otorguen los servicios estatales de salud.

Las intervenciones médicas ofrecidas por el SPS se ofrecen a través de la red de prestadores de servicios.

Esta, a su vez se conforma por dos redes: una estatal a la que los afiliados recurrirán en primera instancia y una red de prestadores de servicios de gastos catastróficos, que brindan servicios de alta especialidad que requieran las enfermedades mencionadas en el párrafo anterior. Para formar parte de esta red los centros de salud y hospitales de segundo y tercer nivel, deben de transitar por un proceso de acreditación, que implica la evaluación de la capacidad de las unidades para brindar las intervenciones brindadas por el SPSS. Finalmente está estipulado, dentro del marco operativo de que los afiliados al SP tienen derecho explícito a la información y a presentar quejas sobre la prestación de los servicios. Los criterios normativos y la operación del SP están bajo el resguardo de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPS) que, según su reglamento operativo, es un órgano desconcentrado de la SSA que cuenta con autonomía técnica, administrativa y operativa (Pérez Argüelles, 2010:133).

Por otra parte y con la finalidad de aumentar la cobertura en servicios de salud, en la administración del Presidente Felipe Calderón se realizó la adición a la operación del SPS dirigida a la salud infantil, el llamado Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG).

⁵⁷ De acuerdo a LGS:77 BIS 29, se consideran gastos catastróficos a los que se derivan de aquellos tratamientos y medicamentos asociados, definidos por el Consejo de Salubridad General (CSG)

Esta es una estrategia sustantiva, cuyo objetivo es reducir la carga de enfermedad y discapacidad en la población de los recién nacidos, contribuir a su crecimiento y desarrollo saludables durante los cinco primeros años de vida, mejorar la salud de menores ingresos y avanzar hacia un sistema de aseguramiento universal; es un esquema de aseguramiento que funciona bajo la misma lógica de afiliación del SPS, es decir, se trata de un seguro voluntario para familias que no estén protegidas por ningún tipo de seguridad social. Según las reglas de operación del SMNG, las intervenciones y medicamentos asociados –de segundo y tercer nivel– que ofrece este programa son adicionales y complementarios a los que se proporcionan en el CAUSES y el FNGC. Estas acciones se cubrirán mediante reembolso de cada intervención realizada a los beneficiarios del programa. El monto a cubrir de cada una de estas intervenciones se determinará conforme a las tarifas del tabulador establecido por la comisión; esta estrategia aplica únicamente a los niños nacidos a partir de diciembre de 2006, lo cual discrimina estructuralmente a todos aquellos nacidos anteriormente a esa fecha por lo que contraviene a los derechos de salud de estos infantes (Pérez Argüelles, 2010:133-134).

De acuerdo al Informe de Resultados del SPSS de enero-junio de 2010, al primer semestre de 2010 se tienen afiliados 36, 818,558 millones de beneficiarios. Esto representa un avance del 75.0% respecto a la meta de cobertura universal en salud a nivel nacional.

- A junio de 2010 se han afiliado 3, 542,078 niños al SMNG, lo que significa un crecimiento de 583,105 nuevos niños recién nacidos, considerando el período del primer semestre de 2010.
- Al mes de junio del 2010 se tienen afiliadas al SPS a través de la estrategia Embarazo Saludable 1, 166,054 mujeres, de ellas 597,790 corresponden a las afiliadas durante el primer semestre del 2010. El 54.4% de la totalidad de beneficiarios afiliados al Seguro Popular son mujeres.
- Al primer semestre de 2010, se reportan 3, 122,534 mujeres titulares de póliza de Afiliación al SPS, integrantes del Programa Oportunidades, que significa que el 93.1% de los titulares son mujeres.
- La inclusión de comunidades indígenas sigue representando un grupo prioritario para el SPS. Al primer semestre de 2010, el número de beneficiarios que se ubican en localidades con una proporción de población indígena de 40% o más, ascendió a 3, 453,767, equivalente a 505,176 beneficiarios más que en el cierre del ejercicio de 2009.
- Del total de afiliados al SP 13.8 millones de personas, de ellas el 37.4% se ubican en zonas rurales y 23.0 millones, 62.6% en zonas urbanas.

Otro de los beneficios del Seguro Popular, es la *portabilidad* (principio del SPSS comentado en párrafos anteriores) se comentó en los principios del SPSS, es decir, todos aquellos afiliados a este sistema, de requerir servicios de salud de emergencia en alguna otra entidad, ya sea por enfermar o sufrir algún percance, podrán ser atendidos en hospitales de segundo nivel, sin costo. Todo ello permite a los afiliados del Seguro Popular poder atenderse en caso de alguna emergencia, cuando se encuentren de paso o de vacaciones en otras entidades, tan sólo mostrando la póliza correspondiente por lo que es importante que los beneficiarios porten siempre su póliza y una identificación oficial vigente.

3.9.3 *Financiamiento de los Servicios de Protección social en Salud*

El SPSS ha producido un significativo incremento del gasto público en los servicios de salud, lo cual ha supuesto la aparición de esfuerzos para prevenir y controlar amenazas globales como pandemias y otras enfermedades; de la misma manera la atención a la salud como derecho social ya comentado en el capítulo II de este trabajo de investigación, genera beneficios tangibles para toda la sociedad, lo que contribuye a legitimar la tan deseada *democratización* del sistema.

Existe un principio rector que llamado *democratización de la salud* y que tiene un concepto muy profundo de ver a la salud como un derecho y como parte central de una democracia integral, con valores como inclusión social, justicia financiera y autonomía de la persona, y principios como universalidad, solidaridad financiera y rendición de cuentas.

Hay dos ideas centrales de esta reforma: primero, una distinción de todo el universo que se beneficia de los servicios de salud, y segundo el origen del financiamiento de los servicios (Frenk y Gómez, 2001:281-288).

En referencia al financiamiento de los bienes y servicios del SPS, representan recursos que son necesarios para sufragar los gastos que se requieren en este tipo de programa social; si bien es cierto la afiliación al sistema representa un costo económico para los usuarios, gran parte de ellos no cubre la cuota por encontrarse en un nivel de ingresos bajo en su situación económica que lo coloca en parámetros de exención de pago o por ser beneficiados en políticas sociales del gobierno.

La atención de la salud no se puede entender absolutamente como una respuesta biológica pasiva del individuo que puede ser modificada por un equipo liderado por el médico, sino que es algo determinado socialmente e influyen de una u otra manera todos los sectores de la sociedad y la economía de un territorio⁵⁸ (Salas y Chamizo, 2002:55-63).

Entre 2002 y 2006, (Frenk y Gómez, 2008:88) la relación entre el gasto público per-cápita entre la población sin seguridad social (incluidos los afiliados al SPS) y la población cubierta por la seguridad social disminuyó de 2.3 a menos de 2.

De la misma manera las inequidades en la distribución de los recursos públicos entre los Estados también se redujeron, así como la diferencia en las asignaciones federales per-cápita entre los Estados que recibían la mayor o la menor asignación disminuyó de 5 a 4 veces y la desigualdad en las contribuciones estatales para financiar la salud también se redujo. Se amplió la infraestructura pública en salud y mejoró la disponibilidad de medicamentos y la oferta de servicios tuvo una mayor utilización en sus servicios ambulatorios y servicios hospitalarios; el número de afiliados al SPS se ha incrementado y se ha reducido la participación de gastos de bolsillo en salud así como la frecuencia de los gastos catastróficos y empobrecedores, lo anterior es particularmente notable en los hogares que están recibiendo los beneficios del SPS.

Se prevé que en 2010, mediante esta movilización de recursos, el gasto en salud representará alrededor de 7% del PIB.

Aunque se trata de un incremento importante, esta cifra todavía se ubicará apenas en el promedio latinoamericano —y muy por debajo del nivel de gasto de otros países de ingresos medios de la región. Para alcanzar el nivel de inversión que permita atender las necesidades de salud de nuestra población se requerirán recursos que tendrán que movilizarse por medio de estrategias innovadoras y sustentables de ampliación y redistribución del gasto público.

La atención adecuada de estas necesidades exigirá también la implantación de diversas medidas que garanticen mayor salud por el dinero invertido, lo que supone una oferta de servicios oportunos, seguros y efectivos (Valdéz, 2006:25-31).

⁵⁸ El territorio no es un espacio físico vacío culturalmente, sino que refleja la manera que tiene la colectividad de entender y organizar el entorno físico y sociocultural, y se manifiesta en las políticas que rigen su accionar y entre ellas las de salud (Salas y Chamizo, 2002:55-63).

Tabla 3.6 **Aportaciones federales para financiamiento del SP**

Concepto	Aportación	Comentarios
Cuota Social	3.92 por ciento del SMGVDF ⁵⁹	La cuota es por cada persona beneficiada y está destinada expresamente a promover la equidad financiera entre instituciones y reducir la brecha entre el gasto público para la población beneficiaria de la seguridad social y el destinado a la población abierta (LGS: 77 BIS12).
Aportación Solidaria Federal	1.5 veces el monto de la Cuota Social	La aportación es por persona afiliada, (LGS: 77 BIS13).

Fuente: a partir de LGS: 77 BIS 12 y 77 BIS 13

Para financiarse y de acuerdo a LGS: 77 BIS 12 el SPS opera un marco tripartita con *aportaciones federales, cuota solidaria estatal y cuotas familiares* que se describe a continuación:

- Aportaciones federales.* Las aportaciones federales se componen de una cuota social y una aportación solidaria federal, como indica en la Tabla 3.6. De las aportaciones federales para financiamiento del SPS (LGS: 77 BIS 17), la SSA canalizará anualmente el 8% de dichos recursos al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) concepto que se analiza un poco más adelante, adicionalmente, se canalizará también el 3% de dichos recursos para la constitución de una previsión presupuestal anual, aplicando dos terceras partes para atender las necesidades de *infraestructura* para atención primaria y especialidades básicas en los Estados con mayor marginación social, y una tercera parte para atender las diferencias imprevistas en la demanda de servicios durante cada ejercicio fiscal, así como la garantía del pago por la prestación interestatal de servicios (LGS:77 BIS 18) .
- Cuota Solidaria Estatal.* Los gobiernos de los Estados y el Distrito Federal tienen la obligación de efectuar aportaciones solidarias por persona beneficiada, lo cual es equivalente a la mitad de la cuota social (LGS: 77 BIS 13).

Tabla 3.7 **Cuota familiar según decil de ingreso 2010**

Decil de ingreso	Cuota anual por familia ⁶⁰ (miles de pesos)
I	0 ⁶¹
II	0
III	714.00
IV	1,400.00
V	2,075.00
VI	2,833.60
VII	3,647.90
VIII	5,650.40
IX	7,519.00
X	11,378.90

Fuente: Elaborada por el autor de esta tesis a partir de información del Seguro Popular

⁵⁹ Salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, se estableció a partir del 1 de enero de 2009, entrará en vigor en 2010 y se actualizará anualmente de conformidad con la variación anual observada en el índice nacional de precios al consumidor (INPC).

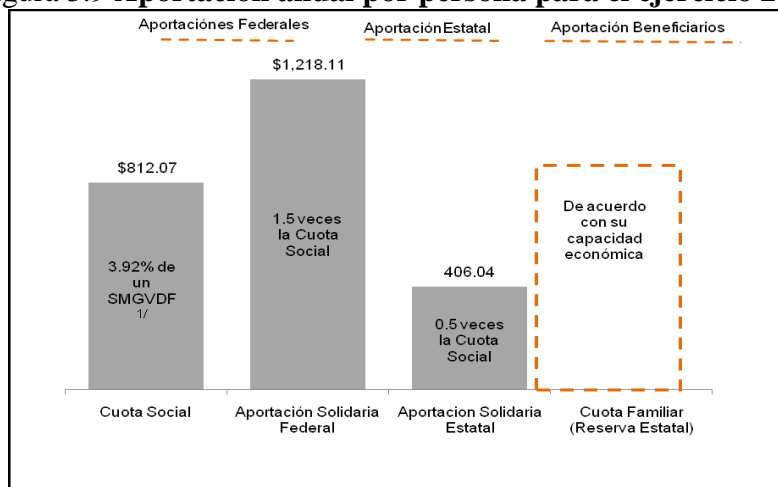
⁶⁰ Fuente: informe de resultados enero-junio 2010. CNPSS, Sistema de Protección Social en Salud.

⁶¹ Las familias de los deciles I y II, y las del decil III de acuerdo al lineamiento 10 Bis 1 de afiliación y determinación de cuotas del SPSS, que cuenten con al menos un integrante de hasta cinco años de edad cumplidos al momento de su afiliación están exentos de pago.

- c) *Cuotas familiares*. Con el objetivo de reducir el gasto de bolsillo, esta aportación se realiza por familia⁶² de forma anticipada, anual y progresiva según el nivel de ingreso familiar. La cantidad a pagar se determina a partir de una evaluación socioeconómica llevada a cabo al momento de la afiliación y que ubica a las familias por decil⁶³ de ingreso, de acuerdo a la Tabla 3.7 (LGS: 77 BIS 21).

En este contexto, para 2010, los montos y equivalencias de las aportaciones anuales por persona quedaron definidos como se ilustra en la gráfica de la Figura 3.9.

Figura 3.9 Aportación anual por persona para el ejercicio 2010



1/ SMGVDF: Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal de 2009 actualizado en enero de 2010 con base en el INPC

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud.

De acuerdo a LGS (77 BIS 26), el nivel de ingreso o la carencia de éste no podrán ser limitantes para incorporarse y ser sujeto de los beneficios que se deriven del SPS. Por lo anterior se establece un *régimen no contributivo* que aplica a aquellas familias cuyo ingreso no les permite acceder a los satisfactores de capacidades básicas (alimentación, educación y salud).

El artículo 127 del Reglamento (de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud) establece que se podrán considerar sujetas de incorporación al *régimen no contributivo*⁶⁴, aquellas familias que cumplan cualquiera de los siguientes supuestos:

⁶² Los niveles de las cuotas familiares podrán ser revisados anualmente tomando como base la variación del (INPC), (LGS: 77 BIS 25).

⁶³ Los deciles se construyen ordenando los hogares según su ingreso de menor a mayor, para luego dividir la distribución en diez grupos de igual tamaño (cada uno contiene el diez por ciento de las observaciones, de ahí el nombre de decil) el resultado de aplicar este procedimiento son diez deciles que en conjunto incluyen todas las observaciones, la construcción estadística clasifica en los deciles más altos no sólo a los hogares que tienen mayores ingresos, sino también a los que a pesar de ser relativamente pobres tienen muchos perceptores, cuyos aportes a la formación del presupuesto del hogar son pequeños; pero que sumados dan un total apreciable (Cortés (2000:44)).

⁶⁴ Para determinar las familias que deben pertenecer a éste régimen y para el cálculo de las cuotas familiares la CNPSS de acuerdo al artículo 24 del Reglamento, se basará en la información disponible de encuestas representativas que contengan información de ingresos y gastos de los hogares, utilizará inicialmente la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), además la metodología que emplee para determinar las cuotas familiares tomará en cuenta lo acordado y publicado por el Comité Técnico Para la Medición de la Pobreza, en lo referente al método para estimar las líneas de pobreza.

- I. Tener un nivel de ingreso familiar disponible tal que los ubique en los deciles I y II del ingreso a nivel nacional.
- II. Ser beneficiario de los programas de combate a la pobreza extrema del Gobierno Federal.
- III. Ser residente de localidades rurales de muy alta marginación con menos de doscientos cincuenta habitantes; y
- IV. Otros supuestos que fije la Comisión Nacional del Protección Social en Salud (CNPSS).

Al 30 de junio de 2010 las aportaciones por concepto de Cuota Familiar, como resultado de las evaluaciones socioeconómicas sumaron 134.2 millones de pesos. Cabe señalar que en la información que se presenta, se consideraron las aportaciones de todas aquellas familias del régimen contributivo que estuvieron vigentes durante uno o más trimestres, así como de las denominadas familias unipersonales, es decir, de un solo integrante afiliado, que aportan únicamente el 50% de la Cuota Familiar que corresponda a su decil de ingreso⁶⁵.

Otra de las innovaciones financieras, recalcan González, *et al* (2006:56) para financiar el SPSS y garantizar la provisión de las intervenciones, así como cubrir los gastos relacionados con enfermedades de alta especialidad y elevado costo:

En los artículos 77, Bis 17, 77 Bis 29⁶⁶ y 77 Bis 30 de la LGS se crea el FPGC, cuyo objetivo es apoyar a las entidades federativas en el financiamiento del tratamiento de padecimientos que representan un riesgo asegurable bajo la lógica clásica de aseguramiento y en consecuencia, representan un riesgo financiero o gasto catastrófico desde el punto de vista institucional⁶⁷. Con este fondo se garantiza que la población afiliada quede cubierta ante la ocurrencia de dichos padecimientos al constituirse como la fuente financiera que permite el acceso y la provisión de tratamientos de alta especialidad y alto costo a los afiliados del SPSS.

Con este fondo agregan González *et al*, también se promoverá un financiamiento más eficiente de los servicios de alta especialidad, garantizando la continuidad e integralidad de la atención médica al apoyar una mejor interfase entre los servicios de primer y segundo nivel y aquellos de alta especialidad, mediante la constitución de centros regionales de alta especialidad y redes de prestadores de servicios.

De acuerdo a Pérez Torres, (2010:5-35), un paso de trascendental importancia en el *proceso de descentralización del gasto público federal tuvo origen a finales de 1997*, con motivo de la reforma y adición del Capítulo V a la Ley de Coordinación Fiscal (LCF), que se tradujo en *la creación de la figura de Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios*, lo cual a su vez dio origen a la creación del *Ramo 33*, incorporado al Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) para el ejercicio fiscal 1998.

⁶⁵ Inciso 9, Capítulo V de los Lineamientos para la afiliación, operación, integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y determinación de la Cuota Familiar del Sistema de Protección Social en Salud, DOF 15 abril de 2005.

⁶⁶ El artículo 77, Bis 29 define el FPGC como un fondo de reserva sin límite de anualidad presupuestal, es decir, sin la limitante de regresar a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) los recursos financieros no empleados al final del ejercicio fiscal correspondiente.

⁶⁷ Bajo la lógica clásica de aseguramiento, un riesgo es asegurable si presenta las características siguientes: a) el riesgo tiene una baja probabilidad de ocurrencia; b) el riesgo representa una pérdida financiera considerable; y c) el riesgo, en caso de efectuarse, es involuntario (González *et al*, 2006:56).

En la propuesta original presentada por el Ejecutivo Federal para la creación de este Ramo consideraba únicamente tres fondos: el de Educación Básica, el de Servicios de Salud y el de Infraestructura Social Municipal.

A partir del ejercicio presupuestal 1999, al *Ramo 33* se le incorporaron dos fondos más, el de *Educación Tecnológica y de Adultos* y el de *Seguridad Pública*, por lo que actualmente se encuentra conformado por siete Fondos:

1. Fondo de Aportaciones para la Educación Básica y Normal (FAEB),
2. Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA),
3. Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social (FAIS), dividido en dos:
 - Fondo para la Infraestructura Social Estatal (FISE), y
 - Fondo para la Infraestructura Social Municipal (FISM),
4. Fondo de Aportaciones para el Fortalecimiento de los Municipios y de las Demarcaciones Territoriales del Distrito Federal (FORTAMUNDF),
5. Fondo de Aportaciones Múltiples (FAM), dividido en tres:
 - Fondo para la para Asistencia Social (DIF),
 - Fondo para Infraestructura Educativa Básica, y
 - Fondo para Infraestructura Educativa Superior,
6. Fondo de Aportaciones para la Educación Tecnológica y de Adultos (FAETA), y
7. Fondo de Aportaciones para la Seguridad Pública de los Estados y del Distrito Federal (FASP).

Con la creación del *Ramo 33* se dotó a las Entidades Federativas y Municipios de mayor certeza jurídica y certidumbre en la disponibilidad de recursos, y más responsabilidades sobre el uso y vigilancia de los mismos. De acuerdo con la Ley de Coordinación Fiscal (LCF), los siete fondos que conforman actualmente el Ramo 33, se asignan, distribuyen y aplican para cubrir las necesidades sociales relacionadas con la educación, salud, infraestructura social, seguridad pública y otras. Estos recursos son transferencias etiquetadas que sólo pueden emplearse para los fines que señala la LCF.

3.9.3.1 Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud

El Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) son aportaciones de la Federación a las Entidades Federativas y al Distrito Federal que tienen como destino atender los gastos de los Servicios de Salud; de acuerdo a LCF: ART 30 el monto se determina anualmente en el PEF, conforme a los siguientes criterios:

- Inventario de infraestructura médica y de plantillas de personal, utilizados para el cálculo de recursos transferidos a Entidades Federativas, incluye impuestos federales y aportaciones a la seguridad social.
- Recursos con cargo a Previsiones para Servicios Personales transferidos a las Entidades Federativas en el ejercicio fiscal inmediato anterior; incluye ampliaciones y repercusiones para el ejercicio que se presupuesta.
- Los recursos que la Federación haya transferido a las Entidades Federativas, en el ejercicio fiscal inmediato anterior, para cubrir el gasto de operación e inversión, excluyendo los gastos eventuales de inversión en infraestructura y equipamiento; otros recursos que la Federación destine para promover la equidad en los servicios de salud. La fórmula para la distribución de recursos a las Entidades Federativas, se establece en el artículo 31 de la LCF.

La LCF: ARTICULO 31 establece que para la distribución de los recursos a que se refiere la fracción IV del artículo anterior, se aplicará la siguiente fórmula de asignación de recursos,

donde Σ representa la sumatoria correspondiente a las Entidades Federativas y el subíndice i se refiere a la i -ésima Entidad Federativa:

$$\Sigma Fi = \Sigma (M * Ti)$$

En donde:

M = Monto aprobado en el PEF a que se refiere la fracción IV del artículo 30.

Fi = Monto correspondiente a la i -ésima Entidad Federativa del monto total M .

Ti = Distribución porcentual correspondiente a la i -ésima Entidad Federativa del monto total M .

Para el cálculo de Ti de la i -ésima Entidad Federativa se aplicará el siguiente procedimiento:

$$Ti = Di / DM$$

En donde:

DM = Monto total del déficit en Entidades Federativas con gasto total inferior al mínimo aceptado.

Di = Monto total del déficit de la i -ésima Entidad Federativa con gasto total inferior al mínimo aceptado.

$$Y \text{ para } Di = \max [(POBi * (PMIN * 0.5 * (REMi + IEMi)) - Gti), 0]$$

En donde:

$POBi$ = Población abierta en i -ésima Entidad Federativa.

$PMIN$ = Presupuesto mínimo per cápita aceptado.

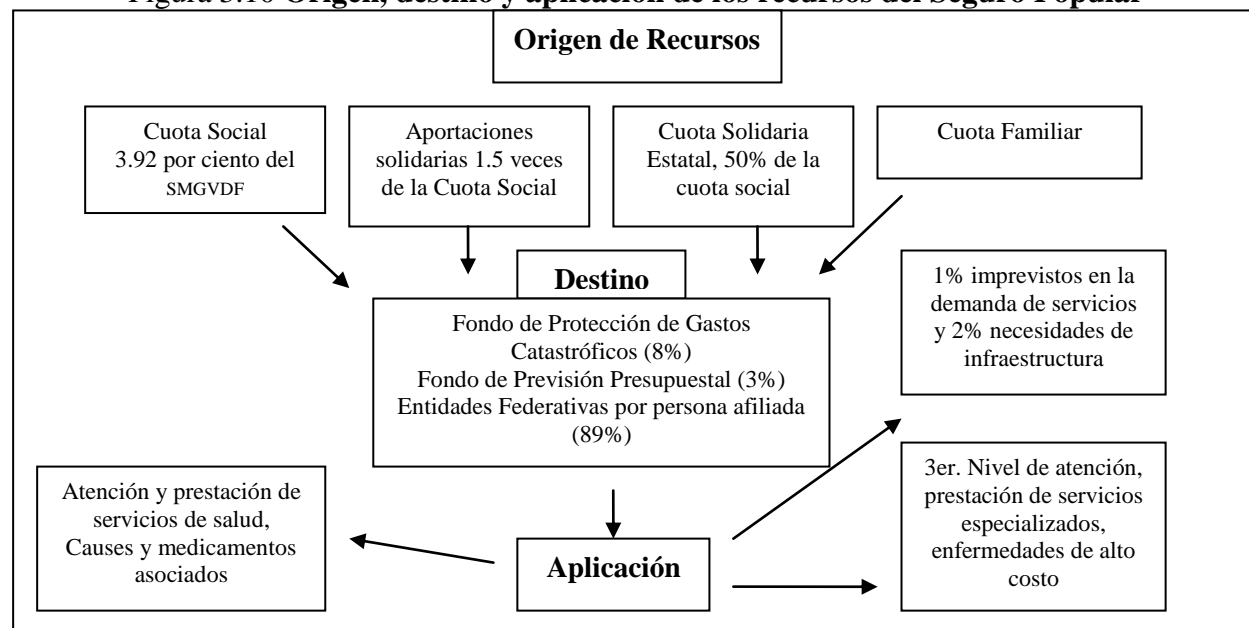
$REMi$ = Razón estandarizada de mortalidad de la i -ésima Entidad Federativa.

$IEMi$ = Índice estandarizado de marginación de la i -ésima Entidad Federativa.

Gti = Gasto total federal que para población abierta se ejerza en las Entidades Federativas sin incluir M del ejercicio correspondiente.

La Secretaría de Salud proporciona cada año, en el seno del Consejo Nacional de Salud, las cifras que corresponden a las variables integrantes de la fórmula anterior resultantes de los sistemas oficiales de información.

Figura 3.10 Origen, destino y aplicación de los recursos del Seguro Popular

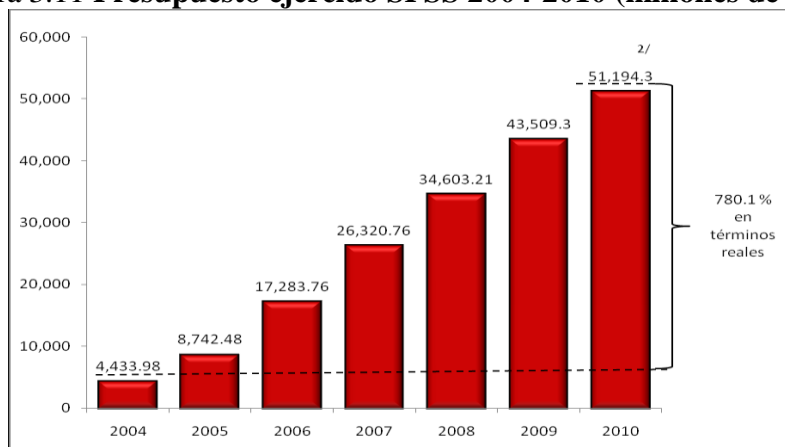


Fuente: a partir de Pérez Argüelles (2010:131).

El origen, destino y aplicación de recursos del Seguro Popular de acuerdo a informe de la CNPSS, se muestra en el Figura 3.10.

El presupuesto asignado al Seguro Popular se ha comportado acorde al crecimiento programado de la afiliación de beneficiarios, así como a los compromisos de afiliación pactados con las entidades federativas. El presupuesto federal autorizado para el SPSS en 2010 asciende a 51,194.3 millones de pesos, monto que representa un incremento real del 12.6% respecto a 2009 y un crecimiento acumulado de 780.1% real, a siete años de iniciada la operación del Sistema, la Figura 3.10 muestra gráficamente los presupuestos asignados al SPSS a partir de su creación en el 2004 y hasta el ejercicio 2010.

Figura 3.11 Presupuesto ejercido SPSS 2004-2010 (millones de pesos)



1/ incluye recursos para el Seguro Popular, operación CNPSS y otras acciones.

2/ Para 2010 se presenta el presupuesto autorizado.

Fuente: informe de resultados enero-junio 2010. CNPSS, Sistema de Protección Social en Salud

Los recursos que componen el presupuesto de los ejercicios 2004 a 2010, se integraron como se muestra en el Tabla 3.8.

El presupuesto federal asignado en el Presupuesto de Egresos de la Federación al SPSS en 2010 asciende a 51,194 millones de pesos, el cual tuvo un incremento en términos reales del 12.6% respecto del ejercido en 2009.

En 2010, los recursos federales autorizados al SPSS en el PEF, para Cuota Social y Aportación Solidaria Federal, ascienden a 39,924.4 millones de pesos, los cuales se destinan al financiamiento de los servicios, prestaciones médicas y acciones de infraestructura, consideradas dentro del Seguro Popular.

De conformidad con los artículos 96 y 108 del Reglamento de la LGS, los recursos del FPGC y del Fondo de Previsión Presupuestal (FPP) se administran a través del Fideicomiso para el Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS). Para la radicación de los recursos del Fideicomiso a los Estados, se requiere del acuerdo del Comité Técnico del Fideicomiso (CTF), por medio del cual se autorizan: 1) los desembolsos para atender las enfermedades relacionadas con Gastos Catastróficos; 2) los recursos para el fortalecimiento de infraestructura; 3) las compensaciones

para subsanar las diferencias imprevistas en la demanda de servicios y 4) los recursos para cubrir la garantía por la prestación interestatal de servicios.

Tabla 3.8 Presupuesto ejercido del SPSS, 2004-2010 (millones de pesos)

Concepto	Ejercicios							Variaciones % 1/	
	2004	2005	2006	2007	2008	2009 2/	2010	2010/ 2004	2010/ 2009
Total a) + b) + c)	4,433.9	8,742.4	17,238.8	26,320.8	34,633.0	43,509.3	51,194.3	780.1	12.6
a) Seguro Popular	4,315.3	7,988.7	16,100.0	25,443.9	32,685.6	40,979.2	50,788.5	797.1	18.6
CSAS 3/	3,367.1	6,382.5	12,170.4	18,898.7	24,915.6	31,275.4	39,924.4	803.8	22.2
Fondo de Previsión Presupuestal	232.5	514	1,044.3	1,512.3	2,078.2	2,646.5	2,974.7	875.2	7.6
FPGC 4/	620	969.6	2,885.4	5,032.9	5,691.8	7,057.3	7,889.4	869.9	7
G O 5/	95.7	122.6	-	-	-	-	-	N/A	N/A
b) Operación CNPSS	118.6	294	598.3	382.2	476.2	553	405.8	160.8	-29.8
c) Otras acciones	0	459.7	585.4	494.7	1,471.2	1977.1	N/A	N/A	N/A
Relación porcentual (c/total)	0	5.3	3.4	1.9	4.2	4.6	N/A	N/A	N/A

Fuente: elaborado por el autor de esta tesis a partir de informe de resultados enero-junio 2010. CNPSS, Sistema de Protección Social en Salud

1/ Variación real con base en el INPC.

2/ El presupuesto ejercido fue menor en 2,077.8 millones de pesos debido a una reducción presupuestal por la SHCP.

3/ En 2008 incluye 110.2 millones de pesos del cierre modificado en 2007; en 2009 incluye reducción líquida por 2,077.9 millones de pesos.

4/ Fondo de Previsión de Gastos Catastróficos. En 2008 se incorporan 1510 millones de pesos que fueron depositados en enero 2009 por una ampliación presupuestal para fortalecer el FPGC.

5/ El Gasto de Operación se envió a los Estados durante 2004 y 2005 para la puesta en marcha de los módulos de operación y afiliación; a partir de 2006 este gasto fue asimilado por las entidades.

N/A = No aplica

3.10 Otras Políticas en Salud en México

3.10.1 IMSS y la Ley del Seguro Social

Vinculado más con el mundo laboral particularmente del sector privado, surge el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Ley del Seguro Social el 1 de enero de 1943, que ofrece prestaciones en especie o atención en servicios de salud, medicinas, hospitalización, en enfermedades y maternidad, riesgos de trabajo, invalidez, para el trabajador y sus beneficiarios;

De igual forma, ofrece un conjunto de prestaciones en dinero o económicas como subsidios por incapacidad laboral en caso de enfermedad, riesgo de trabajo y maternidad, ayudas para gastos de matrimonio, funeral y desempleo; y pensiones en caso de incapacidad permanente por

cesantía en edad avanzada y vejez, riesgos de trabajo para el trabajador y/o esposa, descendiente o ascendientes y servicio de guarderías para las madres que trabajan y para los trabajadores viudos o divorciados que mantengan la custodia de los hijos (Ruiz Medina, 2007:71-115).

3.10.1.1 Afiliación y beneficios de la ley del IMSS

La afiliación al IMSS se presenta por dos circunstancias: de manera *obligatoria y o voluntaria*, la LSS 2010:ART. 12 establece que son sujetos de afiliación del régimen *obligatorio* del Seguro Social las personas que de conformidad con el artículo 20 y 21 de la Ley Federal del Trabajo, presten a otra persona física o moral un servicio personal subordinado; los socios de sociedades cooperativas; y, las personas que determine el Ejecutivo Federal a través de decreto. Con esta atenuante se detallan los regímenes obligatorio y el opcional llamado voluntario de la siguiente manera:

La obligatoriedad del régimen del seguro social es la que retoma el contenido tutelar de los derechos de los trabajadores que inspira a la seguridad social. Si se abandona al libre arbitrio del patrón la inscripción de sus trabajadores al Seguro Social, posiblemente los grupos obreros menos organizados y con menor capacidad de negociación se encontrarían desprotegidos ante los riesgos de la vida (IMSS, 1988:17).

El hecho generador primordial de la obligación de pago de una aportación de seguridad social es la existencia de una relación laboral (IMSS, 1988:17).

Son sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio: los trabajadores, los miembros de sociedades cooperativas de producción y las personas que determine el Ejecutivo Federal a través del decreto respectivo (LSS 2010:Art. 122).

La otra forma de afiliarse al IMSS lo establece la LSS: ART.13: de manera *voluntaria*, mediante convenio con el Instituto...

podrán ser sujetos de aseguramiento los trabajadores en industrias familiares y los independientes como profesionales, comerciantes en pequeño, artesanos y demás trabajadores no asalariados, los trabajadores domésticos, los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios; los patrones personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio y los trabajadores al servicio de las administraciones públicas de la Federación, entidades federativas y municipios que estén excluidas o no comprendidas en otras leyes o decretos como sujetos de seguridad social.

En éste artículo, la LSS, posibilita que los patrones de manera personal y por acuerdos con el IMSS afilien de manera voluntaria a sus trabajadores, convenios jurídicos que establecen obligaciones y derechos derivados de la incorporación voluntaria y que una vez firmados establecen cargas para los patrones con el fin de garantizar las prestaciones a que los trabajadores tienen derecho.

En estos convenios de acuerdo a lo manifestado por el artículo 14 de la LSS, se establecen: fecha de inicio de la prestación de los servicios, sujetos de aseguramiento, vigencia, prestaciones que se otorgarán, cuotas a cargo de los asegurados, procedimiento de inscripción y cobro de cuotas y otros requisitos. Cada uno de estos ramos de aseguramiento es distinto porque protegen al trabajador y sus beneficiarios contra situaciones diferentes, mediante prestaciones en especie, sociales y en dinero.

El régimen de obligatoriedad de otorgar prestaciones en especie y en dinero, se asume en el momento mismo en que existe la relación laboral, el régimen de voluntad o voluntario, otorga

prestaciones de seguridad social a los trabajadores y se convierte en obligatorio al aceptar el patrón aún cuando no está obligado, a cumplir las condiciones legales que tiene un patrón obligado (Ruiz Medina, 2007:71).

Sección 1.01

La Ley ofrece *beneficios o prestaciones en especie y en dinero*; las *prestaciones en especie*, (LSS, 2010: ART.91) están orientadas a proteger la salud individual y colectiva de los derechohabientes a través de:

- a) Asistencia médica quirúrgica y farmacéutica.
- b) Hospitalización.
- c) Aparatos de prótesis y ortopedia (en casos de riesgos de trabajo).
- d) Rehabilitación.
- e) Asistencia obstétrica, ayuda para lactancia y una canastilla al nacer el niño.
- f) Servicio de guarderías desde los 43 días hasta los cuatro años.

Las *prestaciones en dinero*, (LSS, 2010: 96-104) fueron dispuestas para proteger los medios de subsistencia del trabajador y su familia, una de las finalidades de la seguridad social mediante el otorgamiento de:

- a. *Subsidios por enfermedades y maternidad y por riesgos de trabajo.*
- b. *Ayudas para gastos de matrimonio, de funeral y desempleo.*
- c. *Pensiones por incapacidad permanente parcial o total, por invalidez, vejez o cesantía en edad avanzada, viudez, orfandad o ascendientes.*

Las prestaciones en dinero tales como los subsidios, la ayuda por desempleo y las pensiones así como las cuotas obrero patronales (COP) se determinan con base en el *salario base de cotización (SBC)*, mismo que se determina con base en la LSS 2010:ART. 27.

Subsidios por enfermedades y maternidad y por riesgos de trabajo

Para recibir el *subsidio en dinero por enfermedad* se requiere que el asegurado tenga como mínimo cuatro cotizaciones semanales antes de la enfermedad,

es decir, un mes laborando, se pagará a partir del cuarto día del inicio de la incapacidad, los primeros tres días no serán pagados por el IMSS, la cantidad a recibir será igual al 60% del último SBC, los pagos se efectuarán por periodos vencidos que no excederán de una semana (LSS, 2010:Art. 97-98).

A manera de comentario la LSS, establece como requisito haber cotizado un mínimo de cuatro semanas semanales a la enfermedad, con el fin de que esa prestación pueda financiarse y poder cubrir las prestaciones que el trabajador tiene derecho (Ruiz Medina 2007:75).

Con la intención de proteger financieramente a la mujer trabajadora, se establece el *subsidio por incapacidad en caso de maternidad*, para ello necesario que la trabajadora haya cubierto por lo menos treinta cotizaciones semanales,

es decir, siete meses y medio en el período de doce meses anteriores a la fecha en que debiera comenzar el pago del subsidio. La trabajadora tendrá derecho a percibir un subsidio igual al cien por ciento del SBC, se cubrirá durante cuarenta y dos días anteriores del parto y cuarenta y dos días después del parto, cuando la asegurada no reúna el número de semanas cotizadas para recibir el subsidio en dinero quedará a cargo del patrón el salario íntegro (LSS, 2010:Art. 102-103).

Es conveniente comentar que la asegurada tiene derecho a recibir las prestaciones en especie, pero en caso de no haber cumplido con el requisito de treinta cotizaciones semanales antes de iniciar la primera incapacidad no tendrá derecho al subsidio, recae pues la obligación en el patrón (Ruiz Medina, 2007:75).

Existe también el *subsidio por riesgos de trabajo* que protege financieramente al trabajador contra los accidentes y enfermedades a los que está expuesto en ejercicio o con motivo del trabajo⁶⁸,

también se considera accidente de trabajo el que se produzca al trasladarse el trabajador directamente de su domicilio al lugar de trabajo y de éste a aquél, brindándole tanto la atención médica necesaria, como protección mediante el pago de una pensión mientras esté inhabilitado para el trabajo, o a sus beneficiarios en caso de fallecimiento del asegurado. Además, otorga prestaciones en especie y subsidios por incapacidades temporales. (LSS, 2010:Arts. 41-67).

Si el trabajador se incapacita temporalmente para trabajar, recibirá el cien por ciento del salario en que estuviese cotizando en el momento de ocurrir el riesgo, el pago podrá recibirlo hasta por cincuenta y dos semanas, no es requisito tener semanas cotizadas anteriores al riesgo(LSS, 2010:Art. 58).

Ayudas para gastos de matrimonio, de funeral y desempleo

Tratando el tema de las *ayudas*, el asegurado tiene derecho a retirar, como *ayuda para gastos de matrimonio* y proveniente de la cuota social aportada por el Gobierno Federal en su fondo individual, una cantidad equivalente a treinta días de salario mínimo general que rija en el Distrito Federal, conforme a los siguientes requisitos:

Que tenga acreditado un mínimo de ciento cincuenta semanas de cotización en el seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, en la fecha de celebración del matrimonio;

Que el cónyuge no haya sido registrado con anterioridad en el Instituto como esposo (a). (LSS, 2010:Art. 165).

Este derecho se ejercerá por una sola vez y el asegurado no tendrá derecho por posteriores matrimonios.

El asegurado que deje de pertenecer al régimen obligatorio conservará sus derechos a la ayuda para gastos de matrimonio, si lo contrae dentro de noventa días hábiles contados a partir de la fecha de su baja. El asegurado que suministre datos falsos en relación a su estado civil, pierde todo derecho a la ayuda para gastos de matrimonio (LSS, 2010:166).

La *ayuda para gastos de funeral* se otorga a los familiares del trabajador o pensionado fallecido, o a la persona que presente el acta de defunción y el recibo o factura de la cuenta original de los gastos.

La ayuda consiste en el pago de dos meses del salario mínimo general que rija en el Distrito Federal a la fecha del fallecimiento.

Es necesario que el asegurado tenga reconocidas 12 cotizaciones semanales en los 9 meses anteriores al deceso, pero si la muerte ocurre a consecuencia de un riesgo de trabajo no son necesarias semanas de cotización.

⁶⁸ Riesgos de trabajo que pueden producir incapacidad temporal, incapacidad permanente parcial, incapacidad permanente total, y muerte.

Se deberán presentar el acta de defunción, los originales de la cuenta de gastos (factura), aviso de trabajo o recibo de pago si era trabajador eventual, o bien el comprobante del último pago de la continuación, la tarjeta de afiliación del asegurado o credencial del pensionado y la solicitud correspondiente. La cantidad otorgada se restará del saldo de la cuenta individual del trabajador fallecido (LSS, 2010:ARTS. 64, 64-I y 104).

A consecuencia de la crisis económica de 2009 se modifican los criterios de la *ayuda por desempleo* que otorga el derecho del asegurado cuando queda desempleado de gozar de un apoyo económico parcial, los recursos provienen de la cuenta individual de retiro del trabajador siempre y cuando cumpla con los siguientes requisitos:

- a) No estar sujeto a una relación laboral.
- b) Haber transcurrido 46 días naturales, a partir de la fecha en que quedó desempleado.
- c) No haber realizado retiros de su cuenta individual durante los cinco años anteriores a la fecha en que quedó desempleado.

Los recursos de la cuenta individual de trabajador provienen de los pagos de las cuotas obrero-patronales que el patrón entera cada bimestre para el seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez (RCV), esos recursos se depositan en la subcuenta de retiro(cuenta individual) asignada a cada trabajador en la AFORE de su elección.

El importe de la ayuda depende del saldo acumulado en su cuenta individual y se podrá disponer de los recursos, la cantidad que resulte menor entre:

- a) Si la cuenta individual tiene al menos tres años de haber sido abierta y tiene un mínimo de doce bimestres de cotización al instituto acreditados en dicha cuenta, podrá retirar en una exhibición la cantidad que resulte al equivalente a treinta días de su ultimo salario base de cotización, con un límite de diez veces el salario mínimo mensual general que rija en el distrito federal, o
- b) Si la cuenta individual tiene cinco años o más de haber sido abierta, podrá retirar la cantidad que resulte menor entre noventa días de su propio salario base de cotización de las últimas doscientas cincuenta semanas o las que tuviere, o el once punto cinco por ciento del saldo de la subcuenta de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.
- c) Las cantidades a que se refiere este inciso se entregaran en un máximo de seis mensualidades, la primera de las cuales podrá ser por un monto de treinta días de su último salario base de cotización a solicitud del trabajador, conforme a las reglas de carácter general que al efecto expida la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro. En caso de que el trabajador se reincorpore a laborar durante el plazo de entrega de los recursos, las mensualidades posteriores a su reincorporación se suspenderán (LSS, 2010 art. 19-Fracción II).

Se tendrá derecho a efectuar un nuevo retiro, después de haber transcurrido cinco años contados a partir de la fecha en que ocurrió el último cobro, independientemente del número de veces que el trabajador quede desempleado.

Para ello el instituto a solicitud del trabajador elaborará un certificado de baja de trabajador desempleado, documento que el trabajador utilizará para solicitar a su AFORE los recursos de ayuda de desempleo (Ruiz Medina, 2007:78-79).

Pensiones por incapacidad permanente parcial o total, por invalidez, vejez o cesantía en edad avanzada, viudez, orfandad o ascendientes

El diccionario jurídico de Seguridad Social⁶⁹, define la palabra *pensión*, como la prestación económica (en dinero), por una institución de seguridad social a una persona física asegurada o a sus causahabientes, al reunir los requisitos señalados por la legislación correspondiente.

La entrada en vigor de la nueva Ley del Seguro Social en 1997 (Ruiz Medina, 2007:88) sustituyó el sistema denominado de reparto que era administrado por el IMSS, por uno de capitalización de cuentas individuales operado por las Administradoras de Fondos de Retiro (AFORES) que son administradoras privadas especializadas en el manejo de fondos para el retiro.

Bajo el sistema de reparto, las pensiones se pagaban con las aportaciones de los trabajadores en activo, los patrones y el gobierno, más los rendimientos de los fondos de retiro acumulados. Debido al envejecimiento de la población y a malas políticas de inversión, ya que la administración de esos recursos no era la adecuada y era el gobierno quien garantizaba el pago de la pensión, éste esquema empezó a generar un déficit financiero. Actualmente, bajo el nuevo sistema, las tres aportaciones se depositan en una cuenta individual a nombre del trabajador y se destinan al pago de su pensión. Así, el monto que recibe depende de las aportaciones realizadas y el rendimiento de la cuenta individual.

A los trabajadores en transición, es decir, aquellos que empezaron a cotizar antes de la nueva Ley del Seguro Social, la actual legislación en su Artículo 11 Transitorio les concede el derecho a elegir bajo que legislación quieren retirarse:

- Primera opción: El régimen de la Ley del Seguro Social de 1973
- Segunda opción: El régimen de la Ley del Seguro Social de 1997

3.10.1.2 Financiamiento de las prestaciones del IMSS

Para que se pueda cumplir con la finalidad de la seguridad social: garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, proteger los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado, se clasifican diversos tipos de ramos de aseguramiento de acuerdo al artículo 11 de la LSS.

- I. Seguro de riesgos de trabajo
- II. Seguro de enfermedades y maternidad
- III. Seguro de invalidez y vida
- IV. Seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez
- V. Seguro de guarderías y prestaciones sociales

I. Seguro de riesgos de trabajo

El seguro de riesgos de trabajo, protege al trabajador contra los accidentes y enfermedades a los que está expuesto en ejercicio o con motivo del trabajo, brindándole tanto la atención médica necesaria, como protección mediante el pago de una pensión mientras esté inhabilitado para el trabajo, o a sus beneficiarios en caso de fallecimiento del asegurado.

Las prestaciones en especie y en dinero de este seguro serán cubiertas íntegramente por las cuotas que para este efecto aporten los patrones y demás sujetos obligados (LSS, 2010:ART. 170).

Las cuotas que deben pagar los patrones se determinan en relación al salario base de cotización y con los riesgos inherentes a la actividad de la negociación de que se trate.

⁶⁹ Información obtenida del sitio: www.bibliojuridica.org/libros/libro.htm?l=736 - 18k – en visita realizada a la Internet el día 05 de febrero de 2006.

La LSS 2010:ART.71, y el Artículo 196 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de empresas, Recaudación y fiscalización, señalan que:

al inscribirse por primera vez en el instituto o al cambiar de actividad, las empresas cubrirán la prima media de la clase que conforme al reglamento anterior les corresponda, de acuerdo a LSS, 2010 ART.73 (Tabla No. 3.9).

Las empresas tendrán la obligación de revisar anualmente su siniestralidad, conforme el periodo y dentro del plazo que señale el reglamento, para determinar si permanecen en la misma prima señalada (Tabla 3.9), se disminuye o aumenta (LSS, 2010: Art.. 74).

Las cuotas a cargo de los patrones podrán aumentar o disminuir en un máximo de un punto con respecto al año anterior, de acuerdo a las incidencias por riesgos de trabajo ocurridas en un año de calendario. Los movimientos no pueden exceder de los límites fijados por la prima mínima y máxima, que serán de 0.5 % y de 15 % de los salarios base de cotización respectivamente y la siniestralidad se fijará conforme al reglamento de la materia (Artículo 74 LSS).

Al inscribirse por primera vez en el instituto o al cambiar de actividad, las empresas cubrirán, en la clase que les corresponda conforme al reglamento, la prima media.

Una vez ubicada la empresa en la prima a pagar, los siguientes aumentos o disminuciones de la misma se harán conforme al párrafo primero de este artículo.

No se tomarán en cuenta para la siniestralidad de las empresas los accidentes que ocurran a los trabajadores al trasladarse de su domicilio al centro de labores o viceversa de acuerdo artículo 72 LSS.

Tabla No. 3.9

Porcentajes a cubrir por los patrones por concepto de riesgos de trabajo al iniciar o cambiar de actividad

Prima Media	En por cientos
Clase I	0.54355
Clase II	1.13065
Clase III	2.59840
Clase IV	4.65325
Clase V	7.58875

Fuente: elaborado por el autor de esta tesis a partir de información obtenida en La Ley del IMSS 2010.

II. Seguro de enfermedades y maternidad

El seguro de enfermedades y maternidad brinda la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria necesaria al trabajador y su familia. Además, otorga prestaciones en especie y en dinero que incluyen, por ejemplo: ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades temporales. Para cubrir las *prestaciones en especie* de este seguro, se financiarán de la forma siguiente (LSS, 2010:Art. 106).

- Por cada asegurado se pagará mensualmente una cuota diaria patronal equivalente al 13.9 % del salario mínimo del Distrito Federal. Esta tasa se incrementará el primero de julio de cada año en sesenta y cinco centésimas de punto porcentual. Estas modificaciones comenzarán en el año de 1998 y terminaran en el año 2007. (Artículo Décimo Noveno Transitorio 1997, primer párrafo, DOF 21 de diciembre de 1995) (Tabla No. 3.10).

Dada la situación de recorrerse seis meses las fechas, plazos, períodos y bimestres, se interpreta el Art. Décimo Noveno Transitorio publicado en el DOF del 21 de Diciembre de 1995 “La tasa...incrementará el 1ro de enero de cada año...Estas modificaciones comenzarán en el año de 1999 y terminarán en el año 2008”

Tabla No. 3.10
**Porcentaje de cuota de prestaciones en especie
del seguro de enfermedades y maternidad**

Periodo	Cuota
Enero 1998	13.90 % del SMDF ⁷⁰
Enero 1999	14.55 % del SMDF
Enero 2000	15.20 % del SMDF
Enero 2001	15.85 % del SMDF
Enero 2002	16.50 % del SMDF
Enero 2003	17.15 % del SMDF
Enero 2004	17.80 % del SMDF
Enero 2005	18.45 % del SMDF
Enero 2006	19.10 % del SMDF
Enero 2007	19.75 % del SMDF
Enero 2008	20.40 % del SMDF

Fuente: elaborado por el autor de esta tesis a partir de información obtenida en la Ley del Seguro Social 2010.

- Para los asegurados cuyo salario base de cotización sea mayor a tres veces el salario mínimo general diario para el Distrito Federal; se cubrirá además de la cuota establecida en la fracción anterior, una cuota adicional patronal equivalente al 6 % y otra adicional obrera del 2 %, de la cantidad que resulte de la diferencia entre el salario base de cotización y tres veces el salario mínimo citado. Estas tasas se reducirán el primero de julio de cada año en cuarenta y nueve centésimas de punto porcentual a los patrones y en dieciséis centésimas de punto porcentual a los trabajadores. El día 26 de enero de 2000 se publicó en el DOF el acuerdo 692/99 que en su fracción I indica: Se precisa el día primero de enero de 1999, como fecha de inicio de las disposiciones a que se hace referencia el Art. Décimo Noveno Transitorio de la LSS mencionada, por lo que las modificaciones de incremento o decremento de las tasas a que se refiere el Art. 106 de la ley citada, serán el día primero de enero de cada año, comenzando en el año de 1999, para terminar en el año 2008 (Tabla 3.11).

El Gobierno Federal cubrirá mensualmente una cuota diaria por cada asegurado, equivalente a 13.9 % de un salario mínimo general para el Distrito Federal, a la fecha de entrada en vigor de esta Ley, la cantidad inicial que resulte se actualizará trimestralmente de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor (Tabla No 3.12).

De igual forma para cubrir las *prestaciones en dinero* de este seguro, se financiarán con una cuota del 1 % sobre el salario base de cotización, que se pagará de la forma siguiente: Artículo 106 LSS.

- A los patrones les corresponderá pagar el 0.75 % de dicha cuota;
- A los trabajadores les corresponderá pagar el 0.25 % de la misma, y
- Al Gobierno Federal le corresponderá pagar el .05 % restante.

⁷⁰ Salario Mínimo del Distrito Federal (SMDF)

Adicionalmente, para cubrir las *prestaciones en especie* del seguro de enfermedades y maternidad de los pensionados y sus beneficiarios en los diferentes ramos de seguros se pagará de la siguiente manera:

Los trabajadores y el Estado aportarán una cuota de 1.5 % sobre el salario base de cotización, de dicha cuota corresponderá al patrón pagará el 1.05 %, a los trabajadores el 0.375 % y al Estado el 0.075 %. Artículo 25, segundo párrafo LSS (Tabla 3.12).

Tabla No. 3.11
**Cuotas a cubrir por patrones y trabajadores sobre el excedente
de tres veces el salario mínimo vigente en el Distrito Federal**

Periodo	Patrón	Trabajador	Total
Enero 1998	6.00 % S/EXC. 3VSMDF ⁷¹	2.00 % S/EXC. 3VSMDF ⁷²	8 %
Enero 1999	5.51 % S/EXC. 3VSMDF	1.84 % S/EXC. 3VSMDF	7.35 %
Enero 2000	5.02 % S/EXC. 3VSMDF	1.68 % S/EXC. 3VSMDF	6.70 %
Enero 2001	4.53 % S/EXC. 3VSMDF	1.52 % S/EXC. 3VSMDF	6.05 %
Enero 2002	4.04 % S/EXC. 3VSMDF	1.36 % S/EXC. 3VSMDF	5.40 %
Enero 2003	3.55 % S/EXC. 3VSMDF	1.20 % S/EXC. 3VSMDF	4.75 %
Enero 2004	3.06 % S/EXC. 3VSMDF	1.04 % S/EXC. 3VSMDF	4.10 %
Enero 2005	2.57 % S/EXC. 3VSMDF	0.88 % S/EXC. 3VSMDF	3.45 %
Enero 2006	2.08 % S/EXC. 3VSMDF	0.72 % S/EXC. 3VSMDF	2.80 %
Enero 2007	1.59 % S/EXC. 3VSMDF	0.56 % S/EXC. 3VSMDF	2.15 %
Enero 2008 en adelante	1.10 % S/EXC. 3VSMDF	0.40 % S/EXC. 3VSMDF	1.50 %

Fuente: elaborado por el autor de esta tesis a partir de información Ley del IMSS 2010

III. Seguro de invalidez y vida

El seguro de invalidez y vida, protege contra los riesgos de invalidez y muerte del asegurado o del pensionado por invalidez cuando éstos no se presentan por causa de un riesgo de trabajo mediante el otorgamiento de una pensión a él o sus beneficiarios.

Los recursos necesarios para financiar las prestaciones y los gastos administrativos del seguro de invalidez y vida, así como la constitución de las reservas técnicas, se obtendrán de las cuotas que están obligados a cubrir los patrones, los trabajadores y demás sujetos obligados, así como de la contribución que corresponda al Estado según el artículo 146 LSS.

A los patrones y a los trabajadores les corresponde cubrir, para el seguro de invalidez y vida el 1.75 % y el 0.625 % sobre el salario base de cotización, respectivamente. Artículo 147 LSS. (Tabla No. 3.12).

En todos los casos en que no esté expresamente prevista por la ley o por convenio la cuantía de la contribución del Estado para los seguros de invalidez y vida, será igual al 7.143 % del total de las cuotas patronales y la cubrirá en los términos del artículo 108 de esta ley (LSS ,2010:ART. 48).

IV. Seguro de retiro, cesantía en edad avanzada (RCV)

El seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, es el seguro mediante el cual el trabajador cotizante ahorra para su vejez, y por tanto, los riesgos que cubre son el retiro, la cesantía en edad avanzada, la vejez del asegurado, así como la muerte de los pensionados por este seguro. Con la contratación de este seguro, el trabajador tendrá derecho a una pensión, asistencia médica, y las asignaciones familiares y ayuda asistencial que correspondan al cubrir los requisitos que marca la Ley.

⁷¹ S/EXC.3VSMDF es igual a sobre excedente, tres veces el salario mínimo del Distrito federal.

⁷² Ibid.

Tabla No. 3.12
Porcentajes de cuotas de seguro social vigentes en el año 2010

Concepto	Patrón	Trabajador	Gobierno
Cuota fija S/SMDF ⁷³	19.75 %	-	-
Excedente de 3 SMDF	1.10 %	.40 %	13.9 S/SMDF
Prestaciones en dinero	.70 % SBC ⁷⁴	.25 % SBC	.05 % SBC
Gastos médicos a pensionados	1.05 % SBC	0.375 % SBC	.075 % SBC
Invalidez y vida	1.75 % SBC	0.625 % SBC	-
Guarderías y Prestaciones Sociales	1 % SBC	-	-
Riesgos de trabajo	De acuerdo a incidencias	-	-
Retiro	2 % SBC	-	-
Cesantía y vejez	3.150 % SBC	1.125 % SBC	7.143 % S/CP ⁷⁵ Igual al .225 % y por cuota social el 5.5 % del SMDF

Fuente: elaborado por el autor de esta tesis a partir de información obtenida en La Ley del Seguro Social 2010.

Las cuotas se recibirán y se depositarán en las respectivas subcuentas de la cuenta individual de cada trabajador, para ser administradas por las Administradoras de Fondos de Retiros (Afores), en los términos previstos en la ley para la coordinación de los sistemas de ahorro para el retiro. Artículo 168 LSS.

Las cuotas y aportaciones a que se refiere el artículo anterior son:

I. En el ramo de retiro, a los patrones les corresponde cubrir el importe equivalente al 2% del salario base de cotización del trabajador.

II. En los ramos de cesantía en edad avanzada y vejez, a los patrones y a los trabajadores les corresponde cubrir las cuotas del 3.150 % y 1.125 % sobre el salario base de cotización, respectivamente.

III. En los ramos de cesantía en edad avanzada y vejez la contribución del Estado será igual al 7.143 % del total de las cuotas patronales de estos ramos,

IV. Además, el gobierno federal aportará mensualmente, por concepto de cuota social, una cantidad inicial equivalente al 5.5 % del salario mínimo general para el distrito federal, por cada día de salario cotizado, la que se depositará en la cuenta individual de cada trabajador asegurado. El valor del mencionado importe inicial de la cuota social, se actualizará trimestralmente de conformidad con el índice nacional de precios al consumidor, en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre de cada año (Tabla No. 3.12).

Estas cuotas y aportaciones al destinarse, en su caso, al otorgamiento de pensiones, se entenderán destinadas al gasto público en materia de seguridad social (LSS, 2010: 168).

V. Seguro de guarderías y prestaciones sociales

El seguro de guarderías y prestaciones sociales otorga al asegurado y sus beneficiarios los servicios de guarderías para sus hijos en los términos que marca la Ley,

y proporciona a los derechohabientes del Instituto y la comunidad en general prestaciones sociales que tienen por finalidad fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes y

⁷³ (SMDF) Salario Mínimo del Distrito Federal.

⁷⁴ (SBC) Salario base de cotización.

⁷⁵ (CP) Cuota patronal

contribuir a la elevación general de los niveles de vida de la población mediante diversos programas y servicios (Tabla No. 3.12).

El monto de la prima para este seguro será del 1 % sobre el salario base de cotización. Para prestaciones sociales solamente se podrá destinar hasta el veinte por ciento de dicho monto (LSS, 2010:211). Los patrones cubrirán íntegramente la prima para el financiamiento de las prestaciones que se refieren en este apartado, denominado tasas o cuotas de seguridad social, esto independientemente que sus trabajadores hagan uso del servicio de guarderías, según el artículo 212 LSS.

3.10.2 El ISSSTE y la Ley del Seguro Social de los Trabajadores del Estado

Durante la década de los sesentas y en respuesta a conflictos laborales dentro de los que destacaban las huelgas de maestros, telegrafistas y ferrocarrileros, el Estado mexicano promovió la extensión de las prestaciones sociales...

...a partir de 1958 dio inicio lo que podría denominarse fase de consolidación de la seguridad social y de la llamada medicina científica; durante ese período también surgieron nuevas instituciones de seguridad social; el presidente Adolfo López Mateos promovió la reforma al artículo 123 constitucional que otorgó rango constitucional a los derechos sociales y laborales a los trabajadores del Estado; así el 1 de enero de 1960 se publicó una ley que transformó la Dirección General de Pensiones Civiles, encargada de los programas de pensiones de los empleados del gobierno, en el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que además del seguro de vejez, cesantía y muerte, empezó a ofrecer un seguro de accidentes y enfermedades profesionales y no profesionales, además de otras prestaciones. Esta segunda gran institución de seguridad social tuvo un crecimiento inicial sorprendente (Frenk y Gómez, 2008:25).

El ISSSTE es una institución creada en 1959 a partir de la Dirección de Pensiones Civiles. Como seguro social atiende contingencias de salud, accidentes de trabajo, vejez y cesantía para los trabajadores del sector público.

Se financia, de acuerdo con su marco normativo, mediante las *aportaciones* cubiertas por las dependencias y entidades y con las *cuotas* de los trabajadores. Ambos se establecen a partir de un porcentaje cuya referencia es el *suelo básico de cotización* (SBC) (Ramírez y Valencia, 2008:18).

Ramírez y Valencia (2008:18) observa que a finales de 2007, le ISSSTE otorgaba seguros, prestaciones y servicios a 10.8 millones de derechohabientes, de ellos son 2.5 millones trabajadores y pensionados; el resto son familiares directos quienes cubren los siguientes requisitos:

- a) Los ascendientes que dependen económicamente del trabajador o pensionado;
- b) La esposa(o), o concubina(o)⁷⁶ siempre y cuando no tengan derecho por si mismos a los seguros, prestaciones y servicios previstos por cualquier instituto de seguridad social;
- c) Los hijos menores de 18 años;
- d) Los hijos mayores de 18 años que no puedan mantenerse por si mismos debido a alguna enfermedad crónica o incapacidad permanente comprobada mediante certificado médico

⁷⁶ De acuerdo a la Ley del ISSSTE, artículo XII a, el cónyuge, o a falta de éste, el varón o mujer con quien la trabajadora o la pensionada con relación al primero, o el trabajador o el pensionado, con relación a la segunda, ha vivido como si fuere su cónyuge durante los cinco años anteriores o con quien tuviese uno o más hijos(as), siempre que ambos permanezcan libres de matrimonio.

expedido por el ISSSTE, o hasta la edad de 25 años si comprueban realizar estudios de nivel medio superior o superior.

El 31 de marzo de 2007 se publica el en DOF y aboga la Ley de 1983 la Ley del ISSSTE de 2007, entra en vigor al día siguiente de su publicación (Camacho, 2010:94) con excepción de los Artículos 42, 75, 101, 140, 193 y 199, los que inician su vigencia hasta el 1 de enero de 2008 .Contiene 254 Artículos y está organizada de la siguiente manera:

- Título primero: Contiene las disposiciones generales, está comprendido dentro de los primeros 16 Artículos.
- Título segundo: Comprende el régimen obligatorio de aseguramiento regulado por los Artículos del 17 al 199.
- Título III: Aborda el régimen voluntario dentro de los Artículos del 200 al 206.
- Título cuarto: Se ocupa de las funciones y organización del ISSSTE en los Artículos 207 a 247.
- Título quinto: Trata sobre la Prescripción dentro de los Artículos 248 al 251.
- Título sexto: Dispone las responsabilidades y sanciones dentro de los Artículos del 252 al 254
- Artículos Transitorios: 1 al 47.

3.10.2.1 Afiliación y beneficios de la ley del ISSTE

Los seguros que establece la Nueva Ley del ISSSTE son cuatro:

1. De salud que comprende: a) atención medica preventiva, b) atención médica curativa y de maternidad, y c) rehabilitación física y mental;
2. De riesgos de trabajo;
3. De retiro, cesantía en edad avanzada y vejez;
4. De invalidez y vida.

En cuanto a las prestaciones y servicios (artículo cuatro):

- a) Préstamos hipotecarios y financiamiento para vivienda en sus distintas modalidades;
- b) Préstamos personales;
- c) Servicios sociales; y
- d) Servicios culturales.

De acuerdo a LISSSTE (2007:ART.2), la afiliación al ISSSTE se presenta por dos circunstancia: de manera *obligatoria* y *o voluntaria*. Se establecen con carácter obligatorio los siguientes seguros (LISSSTE, 2007:art.2):

- I. De salud, que comprende:
 - a) Atención médica preventiva;
 - b) Atención médica curativa y de maternidad, y
 - c) Rehabilitación física y mental;
- II. De riesgos del trabajo;
- III. De retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y
- IV. De invalidez y vida.

Se establecen con carácter obligatorio las siguientes prestaciones y servicios:

- I. Préstamos hipotecarios y financiamiento en general para vivienda;
- II. Préstamos personales:
 - a) Ordinarios;
 - b) Especiales;
 - c) Para adquisición de bienes de consumo duradero, y
 - d) Extraordinarios para damnificados por desastres naturales;

III. Servicios sociales, consistentes en:

- a) Programas y servicios de apoyo para la adquisición de productos básicos y de consumo para el hogar;
- b) Servicios turísticos;
- c) Servicios funerarios, y
- d) Servicios de atención para el bienestar y desarrollo infantil;

IV. Servicios culturales, consistentes en:

- a) Programas culturales;
- b) Programas educativos y de capacitación;
- c) Atención a jubilados, Pensionados y discapacitados, y
- d) Programas de fomento deportivo (LISSSTE: art. 4).

El Sueldo Básico que se tomará en cuenta para los efectos de esta Ley, será el sueldo del tabulador regional que para cada puesto se haya señalado (LISSSTE: ART. 17).

La pensión garantizada mensual será equivalente a \$ 3, 034.20 M.N. y se actualizará anualmente en febrero de acuerdo al INPC (LISSSTE: Art. 6 F XIX).

El Estado ofrece, una pensión garantizada para aquellos trabajadores que después de aportar por 25 años y tener más de 60 años de edad, su cuenta no registre los fondos suficientes para comprar una renta vitalicia o un retiro programado que le asegure disponer de una pensión garantizada en forma vitalicia y la adquisición de un seguro de sobrevivencia. Recibirá del gobierno federal una aportación complementaria para el pago de la pensión correspondiente (Ramírez y Valencia, 2008:24)

En el caso de que la Trabajadora de nuevo ingreso requiera la atención de parto, y no cumpla con el requisito de tener 6 meses de antigüedad, la Dependencia o Entidad cubrirá el costo del servicio de acuerdo con el tabulador que autorice la Junta Directiva. (LISSSTE: Art. 40).

Para la pensión por causa de muerte, si un trabajador hubiere cotizado cuando menos por tres años, en caso de fallecimiento, dará origen a la pensión por viudez u orfandad con cargo al Monto Constitutivo que aporte el Instituto (LISSSTE: Art. 129).

El ISSSTE establecerá un Plan Rector para el desarrollo y mejoramiento de la infraestructura y los servicios de salud, bajo la supervisión de un Comité Mixto de Seguimiento y Evaluación (LISSSTE: Art. 32).

Se reconoce la figura de los créditos especiales para damnificados por desastres naturales. (LISSSTE: Art. 162 d).

En aquellos casos en que se dictamine procedente el otorgamiento de la Pensión, el Instituto estará obligado a otorgar la resolución en que conste el derecho a la misma en un plazo máximo de noventa días, contados a partir de la fecha en que reciba la solicitud con la totalidad de la documentación respectiva, así como la constancia de licencia prepensionaria, o en su caso, el aviso oficial de baja (LISSSTE: Art. 45).

El Trabajador contratará el Seguro de Pensión con la Aseguradora que elija, para gozar del beneficio de Pensión. El Instituto calculará el monto necesario conforme a las reglas que para tal efecto, expida la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, para la contratación del Seguro de

Pensión y el propio Instituto, entregará dicha suma a la Aseguradora elegida por el Trabajador(LISSSTE: Art. 63).

La Renta otorgada al Pensionado incapacitado deberá cubrir:

I. La Pensión, y

II. Las Cuotas y Aportaciones a la Cuenta Individual del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez en los términos de la presente Ley.

Terminada la vigencia del contrato de Seguro de Pensión, el Trabajador que reúna los requisitos correspondientes tendrá derecho a recibir su Pensión de vejez. El Trabajador que no reúna los requisitos correspondientes recibirá la Pensión Garantizada.

Cuando el Trabajador fallezca a consecuencia de un riesgo del trabajo, los familiares recibirán una Pensión equivalente al cien por ciento del Sueldo Básico que hubiese percibido el Trabajador en el momento de ocurrir el fallecimiento y la misma gratificación anual que le hubiere correspondido al Trabajador como Pensionado por riesgos del trabajo. En este caso, el Instituto cubrirá el Monto Constitutivo a la Aseguradora, con cargo al cual se pagará la Pensión a los Familiares Derechohabientes (LISSSTE: Art. 67).

Tabla 3.13 Edades para pensión por jubilación

Años	Edad mínima de jubilación	Edad mínima de jubilación
	Trabajadores	trabajadoras
2010 y 2011	51	49
2012 y 2013	52	50
2014 y 2015	53	51
2016 y 2017	54	52
2018 y 2019	55	53
2020 y 2021	56	54
2022 y 2023	57	55
2024 y 2025	58	56
2026 y 2027	59	57
2028 en adelante	60	58

Fuente: elaborado por el autor de esta tesis a partir de LISSSTE: Décimo Transitorio.

Para tener derecho al seguro de vejez, se requiere que el Trabajador o Pensionado por riesgos del trabajo o invalidez haya cumplido sesenta y cinco años de edad y tenga reconocidos por el Instituto un mínimo de veinticinco años de cotización.

En caso que el Trabajador o Pensionado tenga sesenta y cinco años o más y no reúna los años de cotización señalados en el párrafo precedente, podrá retirar el saldo de su Cuenta Individual en una sola exhibición o seguir cotizando hasta cubrir los años necesarios para que opere su Pensión (LISSSTE: Art. 89).

En el contenido de la nueva Ley se establece la opción de *elegir* entre el sistema solidario actual o las cuentas individuales para los trabajadores en activo (LISSSTE: QUINTO TRANSITORIO)

- 1.- Para Jubilados y Pensionados actuales, el pago de las pensiones en curso será realizado por el Gobierno federal.
- 2.- Los trabajadores que ingresen después de aprobada la nueva Ley se incorporarán al sistema de cuentas individuales.
- 3.- Para los trabajadores actuales que a partir de 2010 no cuenten con las garantías que establece la Ley que se abroga; por edad o tiempo de servicios, deberán observar cambios graduales en la edad del sistema solidario si optan por continuar en activo:

a.- Pensión por jubilación: (28 años de cotización y 48 de edad, 30 años de cotización y 50 años de edad) la edad mínima de 49 años para las mujeres y de 51 para los hombres. El requisito se incrementa un año cada bienio hasta los 58/60 en 2028 (Tabla 3.13) (LISSSTE: Décimo Transitorio).

b.- Pensión por edad y tiempo de servicios: (55 años de edad y 15 de cotización), el requisito de 55 años de edad incrementa gradualmente hasta los 60 a razón de un año de edad cada bienio, hasta 2018 (Décimo Transitorio) (Tabla 3.14).

Tabla 3.14 Pensión por edad y tiempo de servicios

Años	Edad para pensión por edad y tiempo de servicios
2010 y 2011	56
2012 y 2013	57
2014 y 2015	58
2016 y 2017	59
2018 en adelante	60

Fuente: elaborado por el autor de esta tesis a partir de
LISSSTE: Décimo Transitorio.

c.- Pensión por cesantía en edad avanzada: (60 años de edad y 10 de cotización), aumenta el requisito de 60 años, hasta los 65 a razón de un año de edad cada bienio hasta 2018 (Décimo Transitorio). (Tabla 3.15)

Para los Trabajadores en activo que opten por el régimen que se abroga (Solidario);

a.- Para el cálculo de la pensión o jubilación, se tomará en cuenta el promedio salarial de 1 año con requisito de 3 años en la plaza, o sueldo de la plaza anterior (Décimo transitorio, fracc. IV).

b.- Estarán a cargo del Gobierno Federal las pensiones que se otorguen a los Trabajadores por el esquema establecido en el Artículo Décimo Transitorio, así como el costo de su administración (duodécimo transitorio).

Tabla 3.15 Pensión por cesantía en edad avanzada

Años	Edad para pensión por Cesantía en edad avanzada
2010 y 2011	61
2012 y 2013	62
2014 y 2015	63
2016 y 2017	64
2018 en adelante	65

Fuente: elaborado por el autor de esta tesis a partir de
LISSSTE: Décimo Transitorio

3.10.2.2 Financiamiento de las prestaciones del ISSSTE

Para el *financiamiento de las pensiones* y para el *financiamiento del seguro de salud* del régimen solidario (Tabla 3.16) atenderá lo establecido en el *Artículo 41 Fracción primera*:

Deberán cotizar a partir del 1º de enero de 2008 conforme a lo siguiente:

- Para el seguro de salud: las cuotas pasan del 2.75% al 3.375% del sueldo básico (Art. 42 Fracc. I incisos a y b).
- Para el Seguro de Retiro, Cesantía y Vejez: las cuotas pasan de 3.5% al 6.125% del sueldo básico en 5 años a razón de 0.525% anual. (Transitorio Trigésimo Primero).

Tabla 3.16 Cuotas para trabajadores del régimen solidario

LEY ANTERIOR		LEY ACTUAL				
Artículo 16		Salario de cotización			Artículos Nueva Ley	
Salario base de cotización						
Concepto	Cuotas	Concepto		Cuotas	Acum.	Arts.
Medicina preventiva:	2.75%	Seguro de salud	Trabajadores activos y derechohabientes	2.750	3.375%	Art. 42 F-1
Enfermedades y maternidad y rehabilitación física			Pensionados y derechohabientes	.625%		
Préstamos cortos y mediano plazo.	.50%					
S.B.D.I. pensionados, turismo	.50%	Servicios sociales y culturales			.50%	Art. 207 F-1
Seguro Riesgo de trabajo		Seguro Riesgo de trabajo				
Jubilaciones, pensiones e indemnizaciones globales	3.50%	Seguro de retiro		1.125%	6.125%	Art. 107 F-1
		Cesantía en edad y vejez		5.00%		
		Seguro de invalidez y vida			.625%	Art. 142 F-1
FOVISSSTE		Fondo de vivienda				
Gastos de admón. ISSSTE	.75%	Gastos. de admón.				
Total cuotas	8.00%	Total cuotas			10.625%	

Fuente: elaborado por el autor de esta tesis a partir de LISSTE: Décimo Transitorio

Quien opte por el régimen que se abroga

f).- Las aportaciones al SAR 92 del 2% del sueldo básico, serán depositadas por la Dependencia o Entidad para cada trabajador, en la subcuenta de ahorro para el retiro del PENSIONISSSTE para su administración (Décimo Primer Transitorio). Y en el caso de las aportaciones del 5% para la subcuenta de vivienda, esta será administrada por el FOVISSSTE, con un sistema de bursatilización.

Para los Trabajadores en activo que opten por el sistema de cuentas individuales:

a.- deberán incrementar sus cuotas a partir del 1º de enero de 2008 (Tabla 3.17) como sigue:

Para el seguro de salud: las cuotas pasan del 2.75% al 3.375% del sueldo básico (Art. 42 Fracc. I incisos a y b)

Para el seguro de Retiro, Cesantía y Vejez: las cuotas pasan del 3.5% al 6.125% del sueldo básico (LISSTE: ART. 102 Fracc.I)

b.- Contarán con cuentas individuales administradas por un Órgano Público (PENSIONISSSTE), durante 36 meses, posterior a los mismos los trabajadores podrán cambiar su dinero a otra AFORE del mercado o permanecer en él (Vigésimo Quinto Transitorio).

c.- En su cuenta individual del PENSIONISSSTE serán depositadas sus cuotas y aportaciones a partir de la reforma, que tendrán rendimientos de acuerdo a los factores de inflación, cobro de comisiones e inversión (Arts. 6 Fracc. IV y 97)

d.- Acreditarán un bono de pensión, mismo que será depositado en una cuenta del Banco de México en UDIS, que generará intereses (vigésimo transitorio).

e.- Dicho bono será redimido por el Banco de México al momento de retirarse, y será enterado el capital al PENSIONISSSTE o a la AFORE donde se encuentre inscrito el Trabajador (vigésimo primero transitorio).

f.- Cuando el trabajador decida retirarse, su pensión contratada será igual al bono más sus cuotas, aportaciones y cuota social depositadas durante sus años cotizados en su cuenta individual y los ahorros que haya realizado voluntariamente, más los intereses (*monto constitutivo*) (Vigésimo y Vigésimo Primer Transitorios).

El *monto constitutivo* del trabajador sirve para la contratación de una renta vitalicia (pensión) en una aseguradora de su elección.

g.- Los trabajadores podrán ahorrar voluntariamente hasta un 2% adicional de su sueldo y la dependencia aportará hasta un 6.5% del sueldo. Por cada peso del trabajador, la dependencia aportará 3.25 pesos (Art. 100).

h.- Los recursos del SAR 92 depositados en su cuenta individual, servirán para capitalizarla. La Cuota Social del Gobierno Federal sustituirá la aportación del 2% de las Dependencias.

Tabla 3.17 Aportaciones Nueva Ley del ISSSTE

Concepto		Aportaciones		Cuota social	Artículos
Seguro de salud	T. activo y derechos	7.375%	8.09%	13.9%	Art. 43 f II y III
	Pensión. y derech.	.72%			
Servicios sociales y cult.			.50%		Art. 207 f II
Seguro de riesgos de trabajo			.750%		Art. 76
Seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez			5.175%	5.5%	Art. 107 f II y III
Seguro de invalidez y vida			.625%		Art. 142 f II
Fondo de vivienda			5.00%		Art. 201
Total de aportaciones			20.145%	19.40%	

Fuente: elaborado por el autor de esta tesis a partir de LISSSTE: Décimo Transitorio

Principales aspectos de la nueva ley

i.- Podrán optar por un seguro de retiro; sin importar edad ni tiempo de servicios, cuando el monto acumulado en su cuenta alcance una pensión calculada de más del 30% de una pensión garantizada una vez cubierta la prima del seguro de sobrevivencia, la renta vitalicia se actualizará anualmente de acuerdo al INPC, si hubiere excedentes del monto, el pensionado los podrá recibir en una o más exhibiciones. (Art. 80)

De manera adicional se establece que:

- Se incorporen a los beneficios del ISSSTE, los trabajadores de honorarios, eventuales y lista de raya que laboren en dependencias públicas, pagando las respectivas cuotas y aportaciones en sus cuentas individuales, administradas por el PENSIONISSSTE.
- Se creen los mecanismos que permiten ofrecer 7 mil créditos hipotecarios a los pensionarios, por única vez.
- El Gobierno Federal aporte adicionalmente como préstamo para el fondo de préstamos personales por una sola vez la cantidad de dos mil millones de pesos, dentro de los 60 días a partir de que entre en vigor la Ley (Vigésimo Octavo Transitorio).
- El Gobierno Federal aporte por única vez para el Seguro de Salud, la cantidad de ocho mil millones de pesos, repartido en tres años (Vigésimo Noveno Transitorio).

Períodos de tiempo establecidos por los Transitorios de la nueva Ley:

- 1.- La nueva Ley entrará en vigor al día siguiente de su publicación en Diario Oficial de la Federación (Primer Transitorio). (Se publicó el sábado 31 de marzo de 2007)
- 2.- El ISSSTE acreditará el tiempo de cotización y calculará el monto del bono de pensión, dándolo a conocer por escrito, a más tardar el 31 de diciembre de 2007 (Sexto Transitorio).

- 3.- El trabajador analizará esta información, hará las consultas necesarias y dará a conocer a la Dependencia o Entidad su resolución de permanecer en el régimen que se abroga o al nuevo tendrán a partir del 1 de enero de 2008, seis meses para decidir (Séptimo Transitorio).
- 4.- El PENSIONISSSTE contará con doce meses a partir de la entrada en vigor de nueva Ley para su creación y funcionamiento (Vigésimo Tercer Transitorio).
- 5.- Los recursos de las cuentas del SAR 92, serán transferidos al PENSIONISSSTE dentro del mes siguiente a que inicie operaciones (Vigésimo Sexto Transitorio).
- 6.- Las cuentas individuales del SAR se transferirán y serán administradas por el PENSIONISSSTE (Vigésimo Séptimo Transitorio).

De igual manera, esta nueva Ley no permite que en una libre elección, los trabajadores actuales permanezcan en el régimen solidario, sin condicionamiento de parámetros no contemplados por la Ley que se abrogó.

**Existe un principio que se resiste a toda información,
que se resiste a toda investigación, que nunca deja
de mantener al hombre en una ignorancia perenne. . .
Es el principio de desestimar lo que no se ha investigado.
Herbert Spencer**

Capítulo IV. Diseño e instrumentos metodológicos

Introducción

En este capítulo se expone el concepto de investigación científica, se señalan los objetivos generales de la ciencia y se hace énfasis tanto en el carácter lógico-racional de la ciencia como en el proceso de investigación científica; de la misma forma se presenta el diseño, así como los instrumentos y técnicas que se utilizan en el presente trabajo.

Los aspectos metodológicos orientan el proceso de investigación del estudio desarrollado, por cuanto esos procedimientos son los que ubican cualquier proyecto de carácter social, económico contable ó fiscal que se quiera realizar. Es así como la investigación según la finalidad, se centra básicamente en un estudio aplicado, teniendo como propósito primordial la resolución de problemas inmediatos en el orden de transformar las condiciones de la sociedad para mejorar sus condiciones de vida.

4.1 El conocimiento científico

La ciencia es imprescindible en la vida del hombre ya que le permite a éste el progreso y su superación. Gracias a la ciencia el hombre ha logrado transformar parcialmente la naturaleza a sus necesidades y ha logrado, a lo largo del tiempo, mejorar su calidad de vida. Sin la ciencia, nos encontraríamos un mundo seriamente atrasado, posiblemente por la pobre calidad de vida moriríamos antes por causa de enfermedades que no se podrían tratar, la comunicación sería muy compleja, ignoraríamos muchas cosas que las atribuiríamos a fuerzas desconocidas, etc.

El hombre es un ser preocupado constantemente por *conocer* el mundo que le rodea, sus leyes, su sentido y devenir (Sabino, 1978:12). Al respecto Ladrón de Guevara (1997:16) señala que el proceso de conocimiento (conocer) es un modelo más o menos organizado de concebir el mundo y de dotarlo de ciertas características que resultan en primera instancia de la experiencia personal del individuo que realiza tal proceso

El conocimiento puede adquirirse de manera informal y de manera formal. El conocimiento formal se le denomina ciencia porque se ha adquirido a través del método científico. El concepto de *ciencia* Méndez (1999:7-8) lo define como el *conocimiento sistemático* que el hombre aplica sobre una realidad determinada, expresada en un conjunto de explicaciones coherentes y lógicas (proposiciones) a partir de las cuales se validan y formulan alternativas de esa realidad. Agregando que para que el *conocimiento* de la realidad sea *científico* se hace necesario definir los requisitos para tal fin, esto es:

- Que identifique las características, propiedades y relaciones de los objetos sobre los cuales se construyen las proposiciones teóricas (leyes).
- Que haga uso de un lenguaje en la formulación de sus proposiciones.
- Que se apoye en la lógica para la construcción de su teoría.
- Que acuda al método científico en la validación de sus teorías, lo cual supone la aplicación de procesos de observación, experimentación, inducción, análisis y síntesis.

Bunge (1982:6) comenta que mientras los animales inferiores sólo están en el mundo, el hombre trata de entenderlo; y sobre la base de su inteligencia imperfecta pero perfectible, del mundo, el hombre intenta enseñorearse de él para hacerlo más confortable. Agregando que en este proceso, construye un mundo artificial: ese creciente cuerpo de ideas llamado *ciencia*, que puede

caracterizarse como conocimiento racional, sistemático, exacto, verificable y por consiguiente falible.

El *conocimiento científico* explica Tamayo y Tamayo, (2004:14) es una de las formas que tiene el hombre para otorgarle un significado con sentido a la realidad;

A medida que el hombre de ciencia busca el sentido de la *realidad* y presenta sus explicaciones (*observa, descubre, explica y predice*), logra que a partir de ellas se cambie el conocimiento que se tiene de la *realidad* y, al momento de lograrlo diremos analógicamente que se cambia la realidad, la base y punto de partida del científico es la realidad, que mediante la *investigación* le permite llegar a la *ciencia*.

La tarea del científico es revelar las estructuras más profundamente ocultas de los diversos mundos sociales que constituyen el mundo social, así como los mecanismos que tienden a asegurar su reproducción o transformación (Bourdieu y Wacquant, 1995:106).

El conocimiento científico (ciencia) según Bunge (1982:11-23) contiene las siguientes características especiales:

- Es *fáctica*: parte de los hechos, los respeta hasta cierto punto, y siempre vuelve a ellos;
- Es *trascendente*: descarta los hechos, produce nuevos hechos y los explica;
- Es *analítica*: aborda problemas circunscriptos uno a uno y trata de descomponerlo todo en elementos;
- Es *especializada*: una consecuencia del enfoque analítico de los problemas es la especialización, su aplicación, depende en gran medida del asunto;
- Es *clara y precisa*: sus problemas son distintos sus resultados son claros;
- Es *comunicable*: no es inefable, sino expresable, no es privado, sino público;
- Es *verificable*: debe aprobar el examen de la experiencia. A fin de explicar un conjunto de fenómenos, el científico inventa conjeturas fundadas de alguna manera en el saber adquirido;
- Es *metódica*: no es errática sino planeada. Los investigadores no tantean en la oscuridad: saben lo que buscan y cómo encontrarlo;
- Es *sistemática*: una ciencia no es un agregado de informaciones inconexas, sino un sistema de ideas conectadas lógicamente entre sí;
- Es *general*: ubica los hechos singulares en pautas generales, los enunciados particulares en esquemas amplios;
- Es *legal*: busca leyes (de la naturaleza y de la cultura) y las aplica;
- Es *explicativa*: intenta explicar los hechos en términos de leyes, y las leyes en términos de principios;
- Es *predictiva*: trasciende la masa de los hechos de experiencia, imaginando cómo puede haber sido el pasado y cómo podrá ser el futuro;
- Es *abierta*: no reconoce barreras a priori que limiten el conocimiento;
- Es *útil*: porque busca la verdad, la ciencia es eficaz en la provisión de herramientas para el bien y para el mal.

En el saber humano tenemos, por una parte, la Ciencia, que enfoca el lado objetivo de las cosas, analiza, investiga, e informa acerca de los fenómenos.

Pero no va mas allá; no se pregunta el porqué, la finalidad, el sentido trascendente del objeto de su investigación. Esta es una tarea que corresponde a la parte subjetiva del saber, es decir, la Filosofía. Así como ha surgido la reflexión filosófica sobre el conocimiento científico, la

epistemología viene a ser como punto de reencuentro entre la filosofía y la ciencia (Chávez y Chávez, 2007:143).

En conclusión, los medios para obtener el conocimiento son variados, pero su finalidad es la misma, del mismo modo la ciencia no es una sola, está compuesta por muchas ciencias particulares que estudian un determinado objeto o el mismo objeto desde diferentes perspectivas.

4.2 La investigación científica

La palabra *investigación* según el diccionario de la Real Academia Española proviene del latín *investigatio, onis*: Acción o efecto de investigar; en una acepción básica: es la que tiene por fin ampliar el conocimiento científico, sin perseguir en principio, ninguna aplicación práctica.

Conceptúa además la Academia la palabra *investigar*: el realizar actividades intelectuales y experimentales de modo *sistemático* con el propósito de aumentar los *conocimientos* sobre una determinada materia.

La investigación, en términos operativos, observa Saravia (2006:3) orienta al investigador en su razonamiento y aproximación a la realidad, ordena sus acciones y aporta criterios de rigor científico de supervisión de todo el proceso;

En tanto que, investigar supone la responsabilidad de producir una lectura real de las cuestiones de investigación y demostrar la contribución efectiva.

A su vez Ortiz y García (2005:20-25), comentan que en el campo de la ciencia se investiga para conocer algo que ya se conoce, o para confirmar los resultados obtenidos por otros investigadores y que, por su índole, o por las circunstancias en que fueron alcanzados, requieran que una persona distinta los verifique antes de incorporarlos al patrimonio de hechos aceptados o aceptables de la ciencia en el momento en que se viven.

Sólo al saber que es lo que buscamos, con que medios lo vamos a buscar y que tan factible es que podamos llegar a la meta, amén de los conocimientos previos y de la motivación sobrada y suficiente, será posible emprender la búsqueda hacia el nuevo conocimiento.

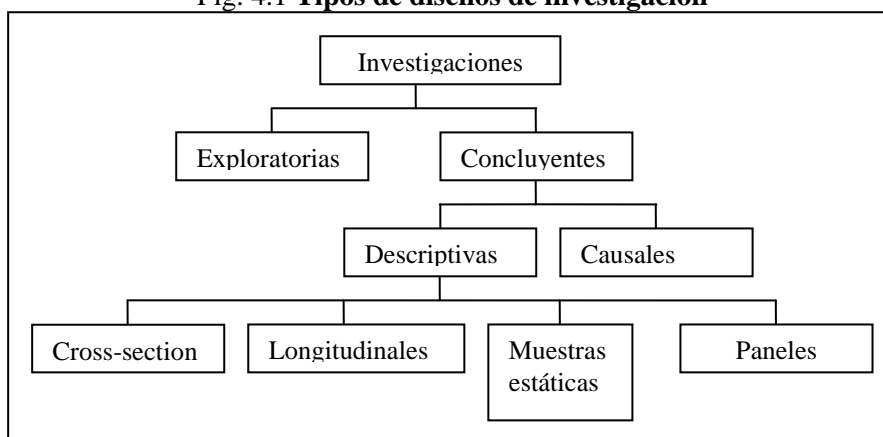
Lo anterior, hace necesario planificar todo el proceso de la investigación; es decir, elaborar un proyecto que indique claramente las etapas por realizar, definir qué es lo que se pretende hacer, que tipo de investigación se realizará, qué tipo de datos se recopilarán y cómo; qué metodología se utilizará para analizar los datos, etc. Además se debe aclarar el tiempo y el costo necesario para cada etapa (Namakforoosh, 2005:59).

Según Grande y Abascal (2009:27) un diseño general de investigación se puede dividir en dos grandes grupos: *exploratorios* y *concluyentes*. Las *investigaciones exploratorias*⁷⁷ persiguen una aproximación a una situación o problema, se desarrolla cuando los investigadores no tienen conocimientos profundos de los problemas que se estudian, son menos rígidas en cuanto a la recolección de información y los objetivos de la investigación no son claros. Afirman que las *investigaciones concluyentes* pueden ser descriptivas o causales. Las *descriptivas* pueden ser

⁷⁷ Al respecto Garza (2007:15) explica que la investigación exploratoria tiene por objeto familiarizarnos con el tema de estudio y seleccionar, adecuar o perfeccionar los recursos y los procedimientos disponibles para una investigación posterior.

cross-section o con datos de corte transversal, longitudinal, realizadas con muestras estáticas o con datos de panel (Figura 4.1).

Fig. 4.1 Tipos de diseños de investigación



Fuente: a partir de Grande y Abascal (2009:35-36)

En relación a la investigación concluyente descriptiva y la investigación causal, agregan:

- Las *investigaciones concluyentes descriptivas* o *correlacional* exponen situaciones y pueden perseguir muchos objetivos, entre ellos: las características de grupos, consumidores, empresas, marcas, intermediarios; imagen de productos o empresas; fortalezas y debilidades; eficacia de la comunicación; controlar resultados de acciones y otros. Este tipo de investigaciones pueden ser de varias clases: *cross-section*, *longitudinales*, *con muestras estáticas* y *de paneles*. Los *estudios cross-section* (*sección cruzada*) o estudios de momento dado del tiempo, se desarrollan con datos obtenidos en un único instante de tiempo, ejemplo: una encuesta⁷⁸ en un establecimiento para medir la calidad del servicio que se proporciona o un sondeo de opinión de unas elecciones. Los *estudios longitudinales* o estudios a lo largo del tiempo, se obtiene información a lo largo de varios momentos separados en el tiempo, es decir se repiten los estudios en determinado tiempo. Los *estudios de muestras estáticas* se realizan con una muestra que se selecciona exclusivamente para la investigación, es decir las preguntas se hacen siempre a las mismas personas, ejemplo: sondeo electoral antes de una elección. Los *estudios de panel* por otra parte utilizan una muestra que proporciona información con carácter periódico, estos se renuevan con personas distintas, cada cierto tiempo, pero manteniendo la representatividad del conjunto.
- Las *investigaciones causales* tratan de encontrar relaciones causa efecto entre las variables que las empresas controlan y pueden modificar, como los precios o los atributos de un producto, y unos resultados, ejemplo: rebajar el precio de un producto para impulsar las ventas, alteración de un envase, etc.

A tal efecto, Danhke citado por Hernández, Fernández y Baptista, (2003:117), señala que *los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un*

⁷⁸ La *encuesta* constituye un método muy habitual de obtener información en investigación social y de mercados, los datos se obtienen mediante comunicación, a través de entrevista personal empleando un cuestionario, se denomina también *investigación cuantitativa*, porque se utilizan técnicas estadísticas para analizar datos (Santesmases, 2009:78-79).

análisis. En definitiva permiten medir la información recolectada para luego describir, analizar e interpretar sistemáticamente las características del fenómeno estudiado con base en la realidad del escenario planteado.

De acuerdo con Beltrán (2005:1-5) la investigación es un proceso que mediante la aplicación de un método científico procura obtener información relevante y fidedigna, para entender, verificar, corregir o aplicar el conocimiento; por lo tanto la investigación es un proceso formal sistemático e intensivo en el cual se aplica el método científico de análisis. Básicamente existen dos métodos de investigación⁷⁹: La *investigación cualitativa* y la *investigación cuantitativa*.

4.3 Enfoques cuantitativo, cualitativo y mixto

Una vez que tenemos elaborado el problema de investigación, preguntas, objetivos e hipótesis, se elabora el diseño y se selecciona la muestra que se utilizará en el estudio de acuerdo con el *enfoque* elegido, la siguiente etapa consiste en recolectar datos pertinentes sobre las variables, sucesos, comunidades u objetos involucrados en la investigación (Gómez, 2006:121).

En ese contexto, Hernández, Fernández y Baptista (2010:4) en su obra Metodología de la Investigación, sostienen que todo trabajo de investigación se sustenta en dos enfoques principales: el *enfoque cuantitativo* y el *enfoque cualitativo*, los cuales de manera conjunta forman un tercer enfoque: *El enfoque mixto*.

El enfoque de la investigación es un proceso sistemático, disciplinado y controlado y esta directamente relacionada a los métodos de investigación que son dos: método inductivo generalmente asociado con la *investigación cualitativa* que consiste en ir de los casos particulares a la generalización; mientras que el método deductivo, es asociado habitualmente con la *investigación cuantitativa* cuya característica es ir de lo general a lo particular. El propósito del siguiente tema es el de explicar los diferentes enfoques que se utilizan en una investigación científica y que representan la clave y guía para determinar resultados congruentes, claros, objetivos y significativos.

4.3.1 Enfoque cuantitativo

Como se mencionó en páginas anteriores, uno de los pasos más importantes y decisivos de la investigación es la elección del método o camino que llevará a obtener de la investigación resultados válidos que respondan a los objetivos inicialmente planteados. De esta decisión dependerá la forma de trabajo, la adquisición de la información, los análisis que se practiquen y por consiguiente el tipo de resultados que se obtengan; la selección del proceso de investigación guía todo el proceso investigativo y con base en él se logra el objetivo de toda investigación.

Gómez (2006:121) señala que bajo la perspectiva *cuantitativa*, la recolección de datos es equivalente a *medir*.

De acuerdo con la definición clásica del término, *medir significa asignar números a objetos y eventos de acuerdo a ciertas reglas*. Muchas veces el concepto se hace observable a través de

⁷⁹ El método de investigación se puede entender como la forma de aproximarse al tema de investigación, además de que establece como se abordará el estudio del problema (Beltrán, 2005: 1-5).

referentes empíricos asociados a él. Por ejemplo si deseamos medir la violencia (concepto) en cierto grupo de individuos, deberíamos observar agresiones verbales y/o físicas, como gritos, insultos, empujones, golpes de puño, etc. (los referentes empíricos).

Los estudios de corte *cuantitativo* pretenden la explicación de una realidad social vista desde una perspectiva externa y objetiva.

Su intención es buscar la exactitud de mediciones o indicadores sociales con el fin de generalizar sus resultados a poblaciones o situaciones amplias. Trabajan fundamentalmente con el número, el dato cuantificable (Galeano, 2004:24).

Durante el proceso de *cuantificación numérica*, el instrumento de medición o de recolección de datos juega un papel central. Por lo que deben ser correctos, o que indiquen lo que interese medir con facilidad y eficiencia; al respecto Namakforoosh (2005:227), explica que un instrumento de medición considera tres características principales:

- Validez: se refiere al grado en que la prueba está midiendo lo que en realidad se desea medir.
- Confiabilidad: se refiere a la exactitud y a la precisión de los procedimientos de medición.
- Factibilidad: se refiere a los factores que determinan la posibilidad de realización, que son tales como: factores económicos, conveniencia y el grado en que los instrumentos de medición sean interpretables.

Por su parte Gómez (2006:122) define que un *instrumento de medición* adecuado:

Es aquel que registra datos observables que representan verdaderamente los conceptos o las variables que el investigador tiene en mente, en términos cuantitativos, se captura verdaderamente la realidad que se desea capturar, aunque no hay medición perfecta, el resultado se acerca todo lo posible a la representación del concepto que el investigador tiene en mente.

Todo instrumento de medición *cuantitativo* sugiere Gómez (2006:124-125) sigue el siguiente procedimiento:

- a) Listar las variables que se pretenden medir u observar.
- b) Revisar su definición conceptual y comprender su significado.
- c) Revisar las definiciones operacionales de las variables, es decir como se mide cada variable.
- d) Si se utiliza un instrumento de medición ya desarrollado, procurar que exista confiabilidad y validez ya probada, debe adaptarse el instrumento al contexto de investigación.
- e) Indicar el nivel de medición de cada referente y, por ende, el de las variables.
- f) Indicar como se habrán de codificar (asignar un símbolo numérico) los datos en cada ítem y variable.
- g) Aplicar una prueba piloto del instrumento de medición.
- h) Modificar, ajustar y mejorar el instrumento de medición después de la prueba piloto.

Dentro de cada instrumento concreto señala Sabino (1992:108-109), pueden distinguirse dos aspectos diferentes: *forma y contenido*:

La *forma* del instrumento se refiere al tipo de aproximación que establecemos con lo empírico, a las técnicas que utilizamos para esta tarea;

El *contenido* queda expresado en la especificación de los datos que necesitamos conseguir; se concreta, por lo tanto, en una serie de ítems que no son otra cosa que los mismos indicadores

que permiten medir las variables, pero que asumen ahora la forma de preguntas, puntos a observar, elementos a registrar, etc.

De este modo, el instrumento sintetiza en sí toda la labor previa de investigación: resume los aportes del marco teórico al seleccionar datos que corresponden a los indicadores y, por lo tanto, a las variables o conceptos utilizados; pero también expresa todo lo que tiene de específicamente empírico nuestro objeto de estudio pues sintetiza, a través de las técnicas de recolección que emplea, el diseño concreto escogido para el trabajo.

En cuanto a las características, proceso y bondades que identifican al enfoque cuantitativo Hernández, *et al* (2010:3) señalan las siguientes (Tabla 4.1):

Tabla 4.1 Características, proceso y bondades del enfoque cuantitativo

Características	Proceso	Bondades
Mide fenómenos	Secuencial	Generaliza resultados
Utiliza estadística	Deductivo	Control sobre fenómenos
Prueba hipótesis	Probatorio	Precisión
Hace análisis causa-efecto	Analiza la realidad objetiva	Réplica
		Predicción

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis a partir de Hernández Sampieri 2010:3

La Tabla anterior muestra las características, procesos y bondades del enfoque cuantitativo, puntualizan los autores que es secuencial y probatorio ya que cada etapa precede a la siguiente, por lo que no se pueden eludir pasos, su característica principal es que es riguroso aunque se puede redefinir alguna fase, al medir los fenómenos y probar hipótesis se precisan deducciones de causa-efecto, de tal forma que al analizar la realidad en caso de haber falta de congruencia se vuelven a analizar los resultados.

Thomas, Nelson y Silverman (2005:346), detallan algunas características contrastantes básicas entre la investigación cualitativa y la cuantitativa, las cuales se observan en la Tabla 4.2.

Tabla 4.2 Características contrastantes de la Investigación Cualitativa y Cuantitativa

Componente de Investigación	Cualitativa	Cuantitativa
Hipótesis	Inductiva	Deductiva
Muestra	Resolutiva, pequeña	Aleatoria, grande
Control	Natural, mundo real	Laboratorio
Reunión de datos	La investigación es instrumento primario	Instrumentación objetiva
Diseño	Flexible, puede cambiarse	Se determina anticipadamente

Fuente: Thomas, Nelson y Silverman (2005:346).

Realizar una investigación desde el enfoque cuantitativo juega un papel importante; ya que esta pretende acortar la información facilitando al investigador la recopilación de datos y con esto encontrar la resolución de su problema.

4.3.2 Enfoque cualitativo

Los autores Blasco y Pérez (2007:25), señalan que la *investigación cualitativa* estudia la realidad en su contexto natural y cómo sucede, sacando e interpretando fenómenos de acuerdo con las personas implicadas.

Utiliza variedad de instrumentos para recoger información como las entrevistas, imágenes, observaciones, historias de vida, en los que se describen las rutinas y las situaciones problemáticas, así como los significados en la vida de los participantes.

Por otra parte, Taylor y Bogdan (1987), citados por Blasco y Pérez (2007:25-27) al referirse a la *metodología cualitativa* como un modo de encarar el mundo empírico, señalan que en su más amplio sentido es la investigación que produce datos descriptivos: las palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable. Desde el punto de vista de estos autores, el modelo de investigación *cualitativa* se puede distinguir por las siguientes características:

- *La investigación cualitativa es inductiva.* Los investigadores desarrollan conceptos y comprensiones partiendo de pautas de los datos y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidos. Los investigadores siguen un diseño de investigación flexible, comenzando sus estudios con interrogantes vagamente formuladas.
- *En la metodología cualitativa el investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva holística;* las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo. Se estudia a las personas en el contexto de su pasado y las situaciones actuales en que se encuentran.
- *Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos han creado sobre las personas que son objeto de su estudio.* El investigador interactúa con los informantes de un modo natural y no intrusivo.
- *Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas.* Desde un punto de vista fenomenológico y para la investigación cualitativa es esencial experimentar la realidad tal como otros la perciben. Siendo de esta manera que el investigador cualitativo se identifica con las personas que estudia para poder comprender cómo ven las cosas.
- *El investigador cualitativo aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones.* El investigador ve las cosas como si ellas estuvieran ocurriendo por primera vez. Nada da por sobrentendido, todo es un tema de investigación.
- *Para el investigador cualitativo todas las perspectivas son valiosas.* No busca la verdad o la moralidad, sino una comprensión detallada de las perspectivas de otras personas. A todas las ve como a iguales.
- *Los métodos cualitativos son humanistas.* Al estudiar a las personas cualitativamente, llegamos a conocerlas en lo personal y a experimentar lo que ellas sienten en sus luchas cotidianas en la sociedad o en las organizaciones. Aprendemos sobre conceptos tales como belleza, dolor, fe, sufrimiento, frustración y amor, cuya esencia se pierde en otros enfoques investigativos.
- *El investigador cualitativo da énfasis a la validez en su investigación.* Los métodos cualitativos nos permiten permanecer próximos al mundo empírico. Están destinados a asegurar un estrecho margen entre los datos y lo que la gente realmente dice y hace. Observando a las personas en su vida cotidiana, escuchándolas hablar sobre lo que tienen en mente y viendo los documentos que producen, el investigador cualitativo obtiene un conocimiento directo de la vida social, no filtrado por conceptos, definiciones operacionales y escalas clasificatorias.
- *Para el investigador cualitativo, todos los escenarios y personas son dignos de estudio.* Ningún aspecto de la vida social es demasiado trivial como para no ser estudiado.

— *La investigación cualitativa es un arte.* Los investigadores cualitativos son flexibles en cuanto al método en que intentan conducir sus estudios, es un artífice. El científico social cualitativo es alentado a crear su propio método. Se siguen lineamientos orientadores, pero no reglas. Los métodos sirven al investigador; nunca es el investigador esclavo de un procedimiento o técnica.

En referencia a lo anterior Hernández *et al*, (2010:3) identifican el enfoque cualitativo en cuanto a las características, proceso y bondades (Tabla 4.3) de la siguiente manera:

Tabla 4.3 Características, proceso y bondades del enfoque cualitativo

Características	Proceso	Bondades
Explora los fenómenos en profundidad	Inductivo	Profundidad de significados
Se conduce básicamente en ambientes naturales	Recurrente	Amplitud
Los significados se extraen de los datos	Analiza múltiples realidades subjetivas	Riqueza interpretativa
No se fundamenta en la estadística	No tiene secuencia lineal	Contextualiza el fenómeno

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis a partir de Hernández *et al*, 2010:3

Thomas *et al*, (2005:346), hacen un análisis comparativo de concepciones y críticas a la metodología cualitativa encontrando una nueva versión de esta metodología, señalando lo siguiente:

1. Usa palabras más que números.
2. La preferencia por información que sucede de manera natural por observación y por entrevistas no estructuradas.
3. La preferencia por los símbolos, más que por los comportamientos o sea intentar, registrar el mundo desde el punto de vista de la gente que esta siendo estudiada.
4. El rechazo de las ciencias naturales como modelo, es relativo, porque hay diferentes clases de ciencias naturales, desde la botánica hasta la física teórica.
5. La preferencia por investigación inductiva generadora de hipótesis más que por aquella que se orienta a la prueba de hipótesis, y ese también es relativo reconociendo que deben de ser verificadas, si no se limitarían a meras especulaciones.

En un sentido más amplio, Creswell (1998:7-8), identifica cinco tradiciones metodológicas en la investigación cualitativa: *etnografía, biografía o historia de vida, teoría fundamentada, fenomenología y estudio de caso.*

- Las *biografías* o *historias de vida* son estudios intensivos de trayectorias vitales. Resaltar las experiencias vitales de los individuos en su acción dentro de una sociedad determinada muestra las relaciones entre esas vivencias personales y los marcos institucionales de una sociedad, así como la interacción que se produce entre individuos y colectividad (Ruiz C., 2006:36). El investigador indaga en la vida de un individuo, a menudo la recolección de datos sobre todo a través de entrevistas y documentos de diversos tipos (por ejemplo, diarios, historias familiares, artículos de prensa). El análisis toma la forma de historias, epifanías, y el contenido histórico para obtener una imagen vívida de la vida de la persona en cuestión (Creswell, 1998:49-51).
- Un *estudio fenomenológico* describe el significado de las experiencias vividas por una persona o grupo de personas acerca de un *concepto* o *fenómeno* (Creswell, 1998:51). La investigación fenomenológica enfatiza los aspectos individuales y subjetivos de la experiencia: La fenomenología

es el estudio sistemático de la subjetividad. (Tesch, 1990: 48). La tarea del fenomenólogo de acuerdo a Báez y Pérez de Tudela (2007:309-310) es descubrir y describir las esencias (lo subjetivo) y las relaciones esenciales que se dan en las realidades que se investiga, es la perfección en el mirar, es decir, abordar los fenómenos con una disposición desperjuiciada, lo que hará posible que capte las realidades lo que tienen de propias, sin añadidos personales.

- *Teoría Fundamentada* (en inglés grounded theory), es un estilo de investigación cualitativa que se refiere a la construcción de teoría basada en los datos empíricos que la sustentan, siguiendo un procedimiento de análisis inductivo (Kornblit, 2007: 47). Creswell (1998:34), menciona que los autores de este estilo deben mencionar desde un principio que su propósito es generar una teoría utilizando un enfoque orientado; el procedimiento a utilizar debe ser ampliamente discutido y sistematizado; al abordar un tema delicado el lenguaje y redacción del artículo debe ser científico y objetivo y al mismo tiempo presentar un modelo visual y codificado de la teoría.
- *Etnografía* en un sentido amplio, es aquella disciplina que abarca diferentes ciencias particulares, naturales y sociales, que tiene el ser humano como objeto de estudio. Por un lado, incluye la antropología física, la paleontología y la arqueología. Por otro, la antropología social y cultural, la etnología, la lingüística descriptiva y ciertos aspectos de la vida social (Pujadas, Comas y Roca (2010:17). En los estudios etnográficos opina Creswell (1998: 35), el autor utiliza la descripción y un alto nivel de detalle, cuenta esta historia de manera informal, como un narrador de historias, explora temas culturales de las funciones y el comportamiento de la comisión, describe la vida cotidiana de las personas, el formato general es el análisis descriptivo, y la interpretación., el artículo concluye con una pregunta.
- Los *estudios de caso* resultan particularmente útiles cuando se requiere comprender algún problema específico o situación en gran detalle y cuando se pueden identificar *casos* ricos en información; al elegir un determinado *caso* es porque se tiene la finalidad de evaluar diferencias individuales o variaciones únicas de un contexto de un programa a otro o de una experiencia de un programa a otro. Un *caso* puede ser una persona, un evento, un programa, un periodo de tiempo, un incidente crítico o una comunidad (López de la Llave y Pérez Llantada, 2005:113). De un estudio de caso se espera que abarque la complejidad de un caso particular (...) es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes (Stake, 1998: 102).

En la Tabla 4.4, Creswell detalla en síntesis la comparación de las cinco tradiciones explicadas con anterioridad y que refieren la dimensión, enfoque, origen, recopilación y análisis de datos y la forma de describir la información.

Como se puede observar, existe una amplia variedad de métodos y técnicas para realizar la investigación cualitativa, todas ellas tienen en común el investigar desde el punto de vista participativo, con las personas, y establecer nuevas perspectivas en torno a las relaciones entre el investigado y el investigador. La utilización de este enfoque nos provee de medios para explorar situaciones complejas y caóticas de la vida real, y nos aporta variadas opciones metodológicas sobre cómo acercarse a tal ámbito de acuerdo con el problema y los objetivos del estudio a largo o a corto plazo.

La tradición metodológica elegida para esta investigación será el *estudio de caso*, tema sobre el cual abundaremos más adelante.

Tabla 4.4 Dimensiones comparadas de las cinco tradiciones de investigación cualitativa

Dimensión	Enfoque	Origen de la disciplina	Recopilación de datos	Análisis de datos	Forma narrativa
Historia de vida	Analiza la vida de una persona	Antropología, literatura, historia, psicología, sociología	Principalmente entrevistas y documentos	Historias, celebraciones religiosas y culturales, contenido histórico.	Descripción detallada de la vida de una persona
Fenomenología	Comprensión de la esencia de las experiencias de un fenómeno	Filosofía, sociología, psicología	Entrevistas largas con hasta diez personas.	Afirmaciones, acepciones, temas de significado, descripción general de la experiencia	Descripción de la “esencia” de la experiencia
Teoría fundamentada	Desarrollo de una teoría fundamentada en datos de campo	Sociología	Entrevistas con 20 o 30 personas para “saturar” las categorías y exponer en detalle una teoría.	Codificación abierta, Codificación axial, Codificación selectiva, Matriz condicional.	Teoría y modelo Teórico.
Etnografía	Descripción e interpretación de un grupo cultural o social	Antropología cultural, Sociología	Principalmente observaciones y entrevistas, con artefactos adicionales durante un tiempo prolongado en el campo (por ejemplo entre seis meses y un año).	Descripción, Análisis, Interpretación	Descripción del comportamiento cultural de un grupo o persona.
Estudio de caso	Desarrollo de un análisis diseñado de un caso o de múltiples casos	Ciencias políticas, Sociología, evaluación, estudios urbanos, otras ciencias sociales	Múltiples fuentes, documentos, archivos, entrevistas, observaciones, artefactos físicos.	Descripción. Temas. Afirmaciones	Estudio detallado de un “caso” o “casos”.

Fuente: modificada a partir de Creswell (1998:65)

4.3.3 Enfoque mixto

De la combinación de ambos enfoques, surge la investigación mixta, misma que incluye las mismas características de cada uno de ellos. Grinnell (1997), citado por Hernández *et al* (2003:5) señala que los dos enfoques (*cuantitativo* y *cualitativo*) utilizan cinco fases similares y relacionadas entre sí:

- Llevar a cabo observación y evaluación de fenómenos.
- Establecen suposiciones o ideas como consecuencia de la observación y evaluación realizadas.
- Prueban y demuestran el grado en que las suposiciones ó ideas tienen fundamento.
- Revisan tales suposiciones ó ideas sobre la base de las pruebas o del análisis.
- Proponen nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar, cimentar y/o fundamentar las suposiciones ó ideas; o incluso para generar otras.

Tabla 4.5 Enfoques de la investigación científica

CUALITATIVA O INDUCTIVA	CUANTITATIVA O DEDUCTIVA	MIXTA O COMBINACION
Inmersión inicial en el campo	Encuestas	Incluye las características de los enfoques cualitativo y cuantitativo.
Interpretación contextual	Experimentación	
Flexibilidad	Patrones (relaciones entre variables)	
Preguntas	Preguntas e hipótesis	
Recolección de datos	Recolección de datos	

Fuente: a partir de Hernández, *et al*, (2006:3-24).

La Tabla 4.5 permite analizar las cualidades de ambos enfoques de investigación, cualidades que resultan valiosas y que han realizado aportaciones notables al avance de la ciencia, comparativamente hablando ninguno es mejor que el otro, la combinación de ambos nos permite obtener mejores resultados en la investigación, por una parte la investigación *cuantitativa* nos da la posibilidad de generalizar resultados y nos otorga control, réplica y comparación del fenómenos de estudio con otros estudios similares; la investigación *cualitativa* proporciona profundidad en la información, dispersión, riqueza interpretativa, contextualización, detalles, indagación fresca, natural, holística, flexible y experiencias únicas por su cercanía con el entorno.

El proceso deductivo no es suficiente por sí mismo para explicar el conocimiento. Es útil principalmente para la lógica y las matemáticas, donde los conocimientos de las ciencias pueden aceptarse como verdaderos por definición. Algo similar ocurre con la inducción, que solamente puede utilizarse cuando a partir de la validez del enunciado particular se puede demostrar el valor de verdad del enunciado general. La combinación de ambos métodos significa la aplicación de la deducción en la elaboración de hipótesis, y la aplicación de la inducción en los hallazgos. Inducción y deducción tienen mayor objetividad cuando son consideradas como probabilísticas.

Considerando las características de ambos enfoques, por una parte el *enfoque cuantitativo* al utilizar la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente y al confiar en la medición numérica, el conteo y la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población, y por otra parte, el *enfoque cualitativo*, al utilizarse primero en descubrir y refinar preguntas de investigación y al basarse en métodos de recolección de datos sin medición numérica, como las descripciones y las observaciones y por su flexibilidad se mueve entre los eventos y su interpretación, entre las respuestas y el desarrollo de la teoría.

Para desarrollar el presente trabajo se utilizó el enfoque mixto, en virtud de que ambos se entremezclan en la mayoría de sus etapas, por lo que es conveniente combinarlos para obtener información que permita triangularla. Esta triangulación aparece como alternativa en esta investigación a fin de tener la posibilidad de encontrar diferentes caminos para conducirlo a una comprensión e interpretación lo más amplia del fenómeno en estudio.

Concluyendo, el enfoque mixto es un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder a un planteamiento. En esta investigación el enfoque cuantitativo se aplica al determinar resultados numéricos utilizando la técnica de la encuesta y la tradición de estudio de caso al explicar, describir y explorar información de un programa específico de política pública, que es único y particular en su género y que resulta de vital importancia para la sociedad, como lo analizaremos a continuación.

4.3.4 Tradición de estudio de caso

Al elegir la tradición *estudio de caso* para esta investigación, en esta concepción, se intenta realizar inferencias válidas a partir del estudio detallado de acontecimientos que no se desarrollan en un laboratorio, sino en el contexto de la vida social e institucional. Este realismo supone la posibilidad de evaluar el conocimiento con medidas de fiabilidad y validez, algo que

no es tan evidente en el constructivismo y la teoría crítica, aún así, se espera que brinde un *conocimiento científico*.

El estudio de caso es un método de investigación cualitativa y empírica orientada a la comprensión en profundidad de un objeto, hecho, proceso o acontecimiento en su contexto natural. Se utiliza tanto en investigaciones propias del paradigma interpretativo como del sociocrítico (Rovira, Codina, Marcos, y Palma, 2004:11).

El objetivo primordial del estudio de caso es la *particularización* y no la generalización, se toma un caso particular y se llega a conocerlo bien, y no principalmente para ver en qué se diferencia de los otros, sino para ver que es, que hace.

Se destaca de la *unicidad*, y esto implica el conocimiento de los otros casos de los que el caso en cuestión se diferencia, pero la finalidad primera es la comprensión de éste último. (Stake, 2007:47).

Guzmayán (2004:140) cita la definición de estudio de caso que presenta Walker (1983:45): *es el examen de un ejemplo en acción*.

El estudio de unos incidentes y hechos específicos y la recolección selectiva de información de carácter biográfico, de personalidad, intenciones y valores, permite al que lo realiza captar y reflejar los elementos de una situación que le dan significado.

Por su parte Yin (2009:18) propone una definición de estudio de caso más técnica donde identifica algunos de los aspectos más problemáticos de esta metodología y las posibles soluciones. Por ejemplo, no todas las variables significativas tendrán una correspondencia con un conjunto de datos o que las fronteras entre el fenómeno investigado y su contexto no siempre son evidentes. En la definición, Yin elabora sus principales propuestas sobre como diseñar un estudio de caso: *utilizar múltiples fuente de los datos, aplicar la triangulación o utilizar proposiciones o hipótesis teóricas para guiar la recolección y el análisis de datos*.

De acuerdo a Yin (2009:21) se reconocen tres tipos de *estudios de caso* en función de su objetivo: explicativos, descriptivos y exploratorios.

- Los estudios *explicativos* tienen el objetivo de establecer relaciones de causa y efecto;
- Los estudios *descriptivos* están centrados en relatar las características definitorias del caso investigado;
- Los estudios *exploratorios* se producen en áreas del conocimiento con pocos conocimientos científicos, en las cuales no se dispone de una teoría consolidada donde apoyar el diseño de la investigación.

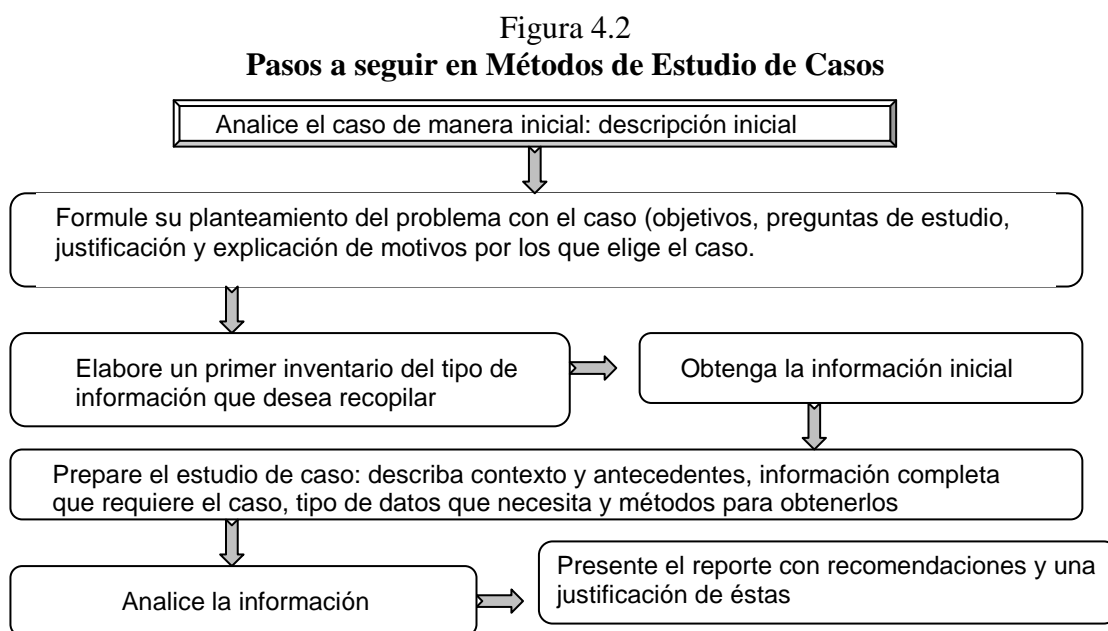
El objetivo principal de un estudio de caso según Merriam (1988:173) citado por Rovira, *et al* (2004:20) señala que:

Es el conocimiento en profundidad de un fenómeno concreto y no la obtención de resultados sobre el caso general que el fenómeno seleccionado pueda representar; reconoce Merriam que el estudio de caso es un método muy limitado y sugiere que una posible solución a este problema es utilizar procedimientos estándar de muestreo, tanto en el interior del caso como en la selección de varios casos para estudiar el mismo fenómeno. Los autores citan además a Stake (1978) cuando indica que *será la mejor metodología si la investigación va dirigida a la comprensión de fenómenos complejos para incrementar la convicción sobre los conocimientos del objeto o proceso investigado*.

Por otra parte Hernández *et al* (2003:330-333) señalan que el estudio de caso no es una elección de método, sino del objeto de la muestra que se va a estudiar, es la unidad básica de la investigación y puede tratarse de una persona, una pareja, una familia, un objeto, *un sistema*, una organización, una comunidad, un municipio, un departamento o estado, una nación, etcétera. Agregan los autores citando a Stake (2000) que se identifican tres diferentes tipos de estudio de caso: intrínsecos, instrumentales y colectivos:

- *Intrínsecos*. Su propósito no es construir una teoría, sino que el mismo caso resulte de interés.
- *Instrumentales*. Se examinan para proveer de insumos de conocimiento a algún tema o problema de investigación, refinar una teoría o aprender a trabajar con otros casos similares.
- *Colectivos*. Sirven para ir construyendo un cuerpo teórico (sumando hallazgos, encontrando elementos comunes y diferencias, y acumulando información).

Los principales pasos en este tipo de muestras se enuncian en la figura 4.2:



Fuente: Hernández, *et al* (2003:333).

Al respecto, Yin (2009:34) escribe que un estudio de caso cumple la misma función que un experimento en las ciencias físicas, o una encuesta en las ciencias sociales donde la generalización de los resultados es analítica y se contrastan los resultados empíricos obtenidos con las predicciones de la teoría que sirve de base al estudio. La selección del caso a estudiar deberá estar determinada por este objetivo.

Considera Yin que la *validez externa* de un estudio de caso tendrá que valorarse en función de la generalización analítica de los resultados obtenidos sobre la teoría que sirve de base al estudio, y no en relación a la generalización estadística sobre una población cuyos casos suponen en principio una muestra representativa y propone que las investigaciones de estudios de caso desarrollen la base teórica necesaria para explicar los fenómenos investigados y determinar las condiciones de generalización o transferibilidad de los resultados obtenidos, condiciones que se tienen que hacer explícitas en el informe final de la investigación.

Coincidiendo con Yin, Merrian (1988:58-59) citado por Gutiérrez (2006:21) afirma que el papel que juegue la teoría en un estudio de caso es el mismo que se produciría en un experimento de física para contrastar una teoría y sugiere algunas prácticas para aumentar la validez externa de los estudios de caso:

- Proporcionar una rica y detallada descripción del caso, de manera que facilite el juicio para evaluar si los resultados son transferibles a otras situaciones.
- Establecer hasta qué punto los casos estudiados son casos típicos de una categoría general de forma que facilite la comparación con otras situaciones similares.
- Realizando estudios de caso múltiples.

Otro factor importante para determinar la validez externa en los estudios de caso es el rol que juegue la teoría en este tipo de investigaciones, por lo que es importante un planteamiento teórico inicial, son necesarias las presuposiciones, hipótesis o proposiciones teóricas para iniciar la investigación (Rovira *et al*, 2004:23),

de allí que hay que tener muy claro el marco teórico, por muy precario o provisional que sea, puesto que el diseño de la investigación y la forma de interpretar los resultados dependen de esta base teórica inicial. El papel de la teoría en los estudios de caso, depende del nivel de desarrollo de los conocimientos del área del conocimiento o disciplina a investigar.

Complementando lo señalado en el párrafo anterior Merrian (1988:58) citado por Rovira *et al* (2004:23) atribuye al estudio de caso *la función de contrastar, clarificar, redefinir, ampliar o crear una teoría*, coincidiendo con Reigeluth y Frick (1999:) que aduce: el papel que juegue la teoría en estudios de caso es para mejorar una teoría existente o para desarrollar una nueva teoría.

De acuerdo con Stake (2006), Hammersley (2003) y Blatter (2008) citados por Hernández, *et al* (2010)⁸⁰ es complejo y problemático intentar asociar el estudio de caso con una forma específica de investigación, debido a que se ha utilizado tanto en el enfoque experimental como en otras aproximaciones cuantitativas y en la investigación cualitativa.

Para resolver el asunto, utilizan el criterio de que el *estudio de caso no está definido por un método específico, sino por su objeto de análisis*. Entre más concreto y único sea éste, y constituya un sistema propio, con mayor razón podemos denominarlo estudio de caso.

Yin, (2009:15) destaca la gran importancia del uso del estudio de caso como un método articulador del dato y la teoría, ya que a través de este se puede intentar crear una serie de hipótesis que en otros contextos concretos deben verificarse, lo cual permite establecer un planteamiento maduro teóricamente, al mismo tiempo que adecuado en cuanto a los datos empíricos correspondientes.

Yin (2009:9), señala que los elementos que debe contener un estudio de caso son:

- a) *Preguntas de estudio*. Las preguntas qué, quién, dónde, cómo y porqué, usadas apropiadamente facilitan el trabajo de investigación.
- b) *Proposiciones*. Orientan donde mirar y enfocar la atención para obtener una evidencia relevante.
- c) *Unidad de análisis*. Puede ser algún evento o entidad que se está investigando.

⁸⁰ Información obtenida de CD anexo al libro: Metodología de la Investigación de Hernández *et al*, 2010, Cap. 4 p.2.

- d) *Unión de datos a proposiciones.* Son los pasos necesarios para el análisis de datos.
- e) *Criterios para interpretar hallazgos.* Son las diferentes formas mediante las cuales se interpretan los datos encontrados en nuestra investigación.

Tabla 4.6 Pruebas usadas en el estudio de caso

Pruebas	Tácticas de caso de estudio	Fase de investigación al aplicar la táctica
Validez de la construcción de la evidencia	-Usos de las rutas múltiples	Colección de datos
Validez interna	-Establecer cadena de evidencia. -Tener fuentes de información clave del reporte de estudio de caso. -Hacer patrones de diseño. -Construir explicaciones. -Análisis de series de tiempo.	Colección de datos Colección de datos Análisis de datos Análisis de datos Análisis de datos
Validez externa	-Usar copias lógicas en estudios de casos múltiples	Diseño de investigación
Fiabilidad	-Usar protocolos de estudios de caso	Diseño de investigación

Fuente: Yin (2009:41)

En la Tabla 4.6 se puede observar de acuerdo a Yin, las cuatro pruebas usadas y las tácticas de estudio de caso recomendadas por este último autor, así como una referencia a la fase de investigación cuando la táctica es usada.

Pérez Serrano, (2000:224) citando a Martínez Sánchez y otros, (1995:18), nos muestra que las características del estudio de casos se pueden sintetizar en las siguientes:

- El caso supone un *ejemplo particular*, como unidad individual, ya sea como un individuo, una organización, un programa, un fenómeno o acontecimiento, etc., debe estar delimitado en un contexto temporal y geográfico, con integridad fenomenológica, donde se muestra la estabilidad interna y situado en un marco teórico determinado.
- Exige un *examen holístico intensivo y sistemático*, requiere de un exhaustivo estudio y análisis para llegar a una comprensión global y profunda.
- Necesita de la *obtención de información*, desde múltiples perspectivas, la comprensión del caso será más precisa en la medida que las perspectivas de análisis sean diversas.
- Implica la *consideración del contexto*, resulta imprescindible considerar las variables que definen la situación.
- Precisa de un *carácter activo*, donde la concepción dinámica desde el análisis de las interacciones que se producen en una situación determinada cobra especial relevancia.
- Se constituye en *estrategia* encaminada a la *toma de decisiones*, la potencialidad de esta metodología radica en su capacidad de generar descubrimientos para proponer iniciativas de acción.

Para el desarrollo de esta investigación se eligió el enfoque mixto con el diseño de estudio de caso, no como un *método específico*, sino por su *objeto de análisis*, pues se considera como el más apropiado para relacionar los datos con la teoría y porque ayudará a describir, analizar y explicar los resultados encontrados, contrastándolos con los aspectos teóricos establecidos; lleva la intención de abrir la posibilidad de confirmar, comparar, cambiar, modificar o ampliar el

conocimiento acerca de la gestión de un programa considerado política pública y denominado *Seguro Popular*, se investiga y evalúa la prestación de servicios médicos a la población, así como el tratamiento de los elementos respecto a la dimensión organizativa que le son propios.

El método de estudio de caso constituye una tradición cualitativa que enfatiza la particularidad de un problema específico, cuyos límites delinean también su propio universo; como en el caso de la presente investigación: *Políticas Públicas en Salud y su impacto en el Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa*.

Se identificaron instituciones públicas ligadas al sistema (IMSS, ISSSTE y Seguro Popular) con el fin de entrevistar a sus funcionarios y observar el papel que las políticas públicas en salud han reflejado en esa materia a ciudadanos y/o trabajadores; se efectuarán de acuerdo a los resultados, cuestionamientos a una cantidad muestra de usuarios con la finalidad de conocer su apreciación en los servicios recibidos, si los han aprovechado y si ha influido la prestación en reducir el gasto de bolsillo, etc.

Como consecuencia de lo anterior, los resultados de esta investigación tendrán un beneficio social, porque al proponer resultados evaluativos de políticas públicas que tiendan a mejorar las condiciones de vida de la población se estará dando un paso más para lograr la eficiencia en los servicios de salud y por consiguiente se obtendrán beneficios para la colectividad.

A partir de la elaboración del proyecto de investigación planteado en los cursos de Seminario de Tesis del Doctorado en Estudios Fiscales y de acuerdo a la problemática de estudio y con el apoyo del Director de Tesis y Co-tutores adscritos para la realización de este trabajo de investigación y tomando como guía a Grande y Abascal (2009:27), la realización de la presente investigación se desarrollará en seis etapas, cada una de ellas interrelacionadas entre sí de la siguiente manera (Tabla 4.7):

Primera Etapa:

Identificación del objeto de estudio partiendo del contexto del derecho a la salud en el segundo capítulo y del estudio y análisis de las políticas públicas en salud, un tercer capítulo, con el fin de estructurar un marco teórico que permitiera fundamentar la investigación planteada. Para ello, será necesario recurrir a fuentes bibliográficas, digitales, revistas, tesis doctorales, diccionarios, etc., para indagar, consultar, recopilar, agrupar y organizar adecuadamente la información que se utilizaría dentro de la misma. La investigación también se centrará en el análisis de diferentes políticas públicas en salud en México.

En esta fase también se considerarán algunas reflexiones, análisis y consideraciones obtenidas de la propia experiencia del investigador. Asimismo, se seleccionará una metodología de investigación que se considere válida para aplicarla a diferentes investigaciones que poseen características similares a las que se quiere investigar

Segunda Etapa:

La obtención de información es la etapa más importante del proceso de la investigación científica, ya que es el fundamento para la definición, es la etapa más importante del proceso de la investigación, ya que es el fundamento para la definición del problema, planteamiento y la comprobación de las hipótesis, elaboración del marco teórico y del informe de resultados.

Tercera Etapa:

Una vez obtenida, revisada, analizada e interpretada la información que se seleccionará para la investigación, se elaborará el posible instrumento para la recolección de la información a los afiliados y usuarios del seguro popular en Culiacán, Sinaloa, el cual se estructurará con los ítems necesarios para recabar los datos esenciales para constatar los objetivos planteados de la investigación. Para la elaboración de dicho instrumento se revisarán varias investigaciones relacionadas con la evaluación a los servicios de salud, las cuales conjuntamente con la operacionalización de las variables del estudio permitirá realizar un primer instrumento, el cual será sometido a un estudio por parte de expertos, para que se realicen las observaciones que ellos consideren pertinentes en pro de la investigación, para luego aplicar una prueba piloto, y esta a su vez permita llegar a una versión definitiva de la encuesta.

Tabla 4.7 Etapas de la presente investigación

Etapas	Descripción	Actividad	Actores
1. Delimitación del tema y problemática de estudio	Definir el objeto de estudio y escoger una metodología adecuada al mismo.	Revisión del estado del arte (Investigaciones anteriores).	Investigador y Director de tesis
2. Acopio de información	Ubicar el objeto de estudio en el marco del conocimiento desarrollado en el área.	Consulta de fuentes bibliográficas y digitales	Investigador
3. Elaboración de instrumento de medición	Establecer criterios organizados de los datos que se necesitan para la investigación.	Elaboración de encuesta, valoración y diseño final	Investigador
4. Aplicación del instrumento	Acercarse a la realidad a través de la recolección de datos.	Aplicar la encuesta	Investigador
5. Análisis de datos	Agrupar resultados de acuerdo con los resultados que permitan inferir la situación real de la cuestión.	Aplicación de paquete estadístico Dyane 4 a los datos obtenidos e inferir conclusiones	Investigador
6. Redacción de conclusiones y elaboración del informe	Extraer resultados de investigación y ordenarlos en un todo coherente y comprensible.	Elaboración y compaginación del informe final	Investigador

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis.

Cuarta Etapa:

Una vez obtenida el formato de la encuesta definitiva se procederá a la aplicación de la misma a los sujetos del estudio, lo cual deberá tener una máxima representatividad y una fiabilidad para los datos que se obtengan en la investigación. Después del levantamiento de la encuesta, se procederá a analizar e interpretar la información que se obtenga del resultado de la aplicación del instrumento por parte del investigador a toda la muestra seleccionada.

Quinta Etapa:

Se relacionará dicha información con los objetivos planteados en la investigación para obtener respuestas a las incógnitas realizadas al principio del estudio. En general, esta fase corresponde

al estudio de los resultados obtenidos por medio de la técnica de recolección de la información seleccionada por el investigador con relación al enfoque metodológico adoptado en la misma.

Sexta Etapa:

Redacción del informe final: siguiendo las indicaciones de Acosta L. E. (1995: 67-75), la redacción es la fase en la cual se sintetizan los resultados,

Es la otra parte importante del proceso, es necesario precisar los elementos que deben ser tomados en cuenta incluyendo aquellos que coadyuven al análisis e interpretación de los resultados, en este informe se pueden combinar diferentes elementos tales como:

- a) Descripción de los objetivos de la investigación;
- b) La metodología empleada;
- c) Selección de material bibliográfico de soporte;
- d) Los resultados importantes del trabajo, analizados y comentados;
- e) Tablas estadísticas, graficas, ilustraciones, fotografías que complementen y enriquezcan el informe.

Posteriormente, se procederá a la elaboración de conclusiones, las cuales pueden ser punto de partida para futuras investigaciones que guarden relación con el tema. En esta fase se han propuesto posibles líneas futuras de investigación para vincular a los estudiantes del Doctorado en Estudios Fiscales y otros posgrados con los diferentes temas de investigación.

El objetivo de la persona que investiga es llegar a tomar decisiones y ofrecer una teoría que le permita generalizar y resolver en la misma forma problemas semejantes en el futuro. Según su alcance temporal, el presente estudio sobre las Políticas Públicas en Salud en México, se presenta como una investigación *concluyente descriptiva*, tipo *cross-section (sección cruzada)* o estudio de momento dado del tiempo, en virtud de que se desarrolla con datos obtenidos en un único instante de tiempo, un momento dado ya que estudia un aspecto de desarrollo de los sujetos. Otra razón por la que este trabajo se encuentra igualmente enmarcado dentro de la investigación descriptiva, es porque busca presentar realidades acerca de los hechos que se están suscitando alrededor de la percepción de los usuarios de los servicios de salud y la propuesta de políticas públicas así como el análisis e interpretación de las políticas aplicadas actualmente.

4.3.5 Tratamiento y análisis de la información

Gómez (2006:121), destaca que una vez que elaboramos el problema de investigación, preguntas, hipótesis, diseño de investigación cuantitativo, cualitativo o mixto elegido la siguiente etapa es la recolección de los datos pertinentes sobre variables, sucesos, contextos, comunidades u objetos involucrados en la investigación. Recolectar los datos implica tres actividades estrechamente vinculadas entre si:

- a). Seleccionar o desarrollar un instrumento o método de recolección de datos, el cual debe ser válido y confiable para poder aceptar resultados.
- b). Aplicar ese instrumento o método para recolectar datos.
- c). Preparar los datos, observaciones, registros y mediciones realizadas para su análisis.

De acuerdo a Muñoz (1998:9) dependiendo del método de investigación que se aplica, las tesis de investigación se clasifican en tres tipos: tesis de *investigación documental* (teórica), *tesis de investigación de campo* (práctica) y *tesis combinadas de investigación documental y de campo*.

- Las *tesis de investigación documental* son aquellas en cuya recopilación de datos únicamente se utilizan documentos que aportan antecedentes sobre el tópico de estudio.

- Las *tesis de investigación de campo* (práctica) son aquellas en las que la recopilación se realiza enmarcada por el ambiente específico en el que se presenta el fenómeno de estudio; Se utiliza un método exclusivo y se diseñan herramientas para recabar información que sólo se aplican en el medio en el que actúa el fenómeno de estudio. Para la tabulación y análisis de la información obtenida, se utilizan métodos y técnicas estadísticos y matemáticos que ayudan a obtener conclusiones formales, científicamente comprobadas.
- Por otra parte las *tesis combinadas de investigación documental y de campo* son aquellas que se inician con el análisis teórico del tópico dado (recopilando información documental) y, una vez estudiado éste, se realiza la comprobación de su validez en el campo en que se presente el fenómeno, bajo el punto de vista pragmático (recopilando la información de campo), este tipo de tesis también puede efectuarse partiendo del análisis del fenómeno dentro de su medio, en la práctica, y una vez interpretado buscarse la validación y la complementación de sus resultados en la comparación que se realiza contra la investigación de carácter documental.

La presente tesis es una investigación combinada documental y de campo, toda vez que los primeros tres capítulos están orientados al trabajo documental o marco teórico del contexto de la investigación, un cuarto capítulo donde se detalla el diseño de la investigación y un último capítulo que se refiere a los resultados contrastados con la información documental y con el trabajo de campo utilizando métodos y técnicas estadísticas y matemáticas que ayudaron a obtener conclusiones formales, científicamente comprobadas. Nuestro resultado básico se fundamenta en la medición utilizando un procedimiento estandarizado y aceptado por la comunidad científica, el fenómeno estudiado se observa y refiere en el mundo real. Alternadamente con la medición los resultados fueron cotejados con las entrevistas a personas identificadas con el fenómeno de estudio al obtener de ellos sus puntos de vista como emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos subjetivos mediante preguntas abiertas.

Dentro de un proceso de investigación una de las acciones que se realizan es la recopilación de datos, la cual es el acopio de información, actividad que incluye desde elaborar fichas bibliográficas, selección de la población, objeto, muestra, hasta la aplicación de cuestionarios con el empleo de técnicas de muestreo.

En opinión de Rodríguez Peñuelas (2008:11), en el acopio de datos de información es necesario observar, registrar de forma dialogada y/o esquemática, entrevistar, acceder a distintas fuentes de información, reconstruir contenidos de las lecturas, *retratar* la realidad.

Define Sabino (1992:108) que el acopio de información es un instrumento de recolección de datos es, en principio, *cualquier recurso de que se vale el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información*.

Bajo esa perspectiva, el investigador debe acercarse con su trabajo a la realidad, con certeza y conciencia, descubriendo, analizando, valorando, ampliando y explicando una serie de hechos de manera ordenada y en forma sistemática los elementos que constituyen la investigación.

4.3.5.1 Fuentes de información

Las fuentes de información son todos los documentos que de una forma u otra difunden los conocimientos propios de un área, ya sea en administración, educación, salud, ciencias exactas,

etc. Al llevar a cabo la investigación, todo investigador debe manejar fuente de información que sirva de base para desarrollar tanto el marco teórico como el trabajo de campo.

La *fente de información*, es la persona, organización u objeto de los que se obtienen *datos* para ser analizados;

El *dato* es el valor de una variable o de una constante, proporciona información sobre una situación y sirve de base para el análisis estadístico; los *datos* pueden ser *primarios* o *secundarios* de acuerdo a la información de la que procedan (Santesmases, 2009:75).

Un *dato primario* señalan Grande y Abascal, (2009:60) es la que el investigador crea expresamente para un estudio concreto.

Esta información no existe en el momento en que se plantea la necesidad de utilizarla, por lo que se emplean diversas técnicas para obtenerla tales como: la *observación* o con *métodos experimentales* o bien mediante *encuestas*, que posteriormente serán tratadas con las herramientas estadísticas adecuadas.

Al respecto Santesmases (2009:75) expresa, que los datos primarios son los más idóneos para que se puedan adaptar a los propósitos de la investigación, sin embargo tienen un costo elevado, superior al de los secundarios.

Agrega además que la *encuesta* es la obtención de información por medio de la *comunicación* ya que se efectúan preguntas contenidas en un cuestionario sobre el objeto de la investigación a la población de interés o a una muestra de ella, a través de entrevista personal, por correo, teléfono, correo electrónico, página web, etc.

Los datos, según su procedencia, define Sabino (1992:109-110) pueden subdividirse en dos grandes grupos: *Datos primarios y datos secundarios*.

- Los *datos primarios* son aquellos que el investigador obtiene directamente de la realidad, recolectándolos con sus propios instrumentos. En otras palabras, son los que el investigador o sus auxiliares recogen por sí mismos, en contacto con los hechos que se investigan.
- Los *datos secundarios*, por otra parte, son registros escritos que proceden también de un contacto con la práctica, pero que ya han sido recogidos y muchas veces procesados por otros investigadores.

Los datos primarios y los secundarios no son dos clases esencialmente diferentes de información, sino partes de una misma secuencia: todo dato secundario ha sido primario en sus orígenes y todo dato primario, a partir del momento en que el investigador concluye su trabajo, se convierte en dato secundario para los demás.

Un *dato secundario* expresan Grande y Abascal (2009:60) se obtiene de una información que ya existe, puede haber sido creada en el pasado por los investigadores o puede haber sido generada por terceros ajenos a ellos.

En estos casos se habla, respectivamente de información secundaria *interna* o *externa*; esta información ahorra mucho tiempo y esfuerzos de todo tipo en la investigación y su costo de obtención es inferior al de la información primaria y muchas veces proporcionan al investigador la única información que puede emplear para alcanzar sus objetivos.

Para que el investigador esté en posibilidades de obtener los datos primarios y secundarios necesarios en el desarrollo de la investigación, utiliza las denominadas técnicas de investigación, entre las cuales se pueden contar: la observación, la entrevista y la encuesta entre otros, mismos que serán tratados en los siguientes párrafos.

Esta investigación, se basará en métodos de recolección de datos con medición numérica, utilizando las descripciones y observaciones, se recurrió a la historia para comprender y explicar los hechos y fenómenos del presente. Será guiada por áreas o temas significativos y se desarrollarán preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y análisis de la información, mismas que derivarán de las observaciones.

La indagación será dinámica, se analizarán los hechos que se observen y se interpretarán y viceversa. Para recolectar datos se utilizarán técnicas que no pretenden asociar las mediciones con números sino explicarla, tales como la observación, entrevistas abiertas, revisión de documentos, experiencias personales, etc.

La recolección de datos será influida por las experiencias y las prioridades de la investigación más que por un instrumento de medición, los significados se extrajeron de los datos y se compararán con los oficiales para poder expresar cifras numéricas que sirvan para efectos de análisis de la información obtenida.

4.3.5.2 *Técnicas e instrumentos de investigación*

Es de particular importancia otorgar y no olvidar el valor que tienen las técnicas y los instrumentos que se emplearán en una investigación. Muchas veces se inicia un trabajo sin identificar qué tipo de información se necesita o las fuentes en las cuales puede obtenerse; esto ocasiona pérdidas de tiempo, e incluso, a veces, el inicio de una nueva investigación. Por tal razón, se considera esencial definir las técnicas a emplearse en la recolección de la información, al igual que las fuentes en las que puede adquirir tal información.

Rojas Soriano, (1996-1997) señala al referirse a las técnicas e instrumentos para recopilar información como la de campo, lo siguiente:

Que el volumen y el tipo de información-cualitativa y cuantitativa- que se recaben en el trabajo de campo deben estar plenamente justificados por los objetivos e hipótesis de la investigación, o de lo contrario se corre el riesgo de recopilar datos de poca o ninguna utilidad para efectuar un análisis adecuado del problema.

En opinión de Rodríguez Peñuelas, (2008:10) *las técnicas, son los medios empleados para recolectar información, entre las que destacan la observación, cuestionario, entrevistas, encuestas.*

Efectuar una investigación requiere, como ya se ha mencionado, de una selección adecuada del tema objeto del estudio, de un buen planteamiento de la problemática a solucionar y de la definición del método científico que se utilizará para llevar a cabo dicha investigación. Aunado a esto se requiere de técnicas y herramientas que auxilien al investigador a la realización de su estudio. Las *técnicas* son de hecho, recursos o procedimientos de los que se vale el investigador para acercarse a los hechos y acceder a su conocimiento y se apoyan en *instrumentos* para guardar la información tales como: el cuaderno de notas para el registro de observación y hechos, el diario de campo, los mapas, la cámara fotográfica, la grabadora, la filmadora, el software de apoyo; elementos estrictamente indispensables para registrar lo observado durante el proceso de investigación.

La observación

La *observación* es la acción de observar, de mirar detenidamente, en el sentido del investigador es la experiencia, es el proceso de mirar detenidamente, o sea, en sentido amplio, el experimento, el proceso de someter conductas de algunas cosas o condiciones manipuladas de acuerdo a ciertos principios para llevar a cabo la observación.

Observación significa también el conjunto de cosas observadas, el conjunto de datos y conjunto de fenómenos. En este sentido, que pudiéramos llamar objetivo, observación equivale a dato, a fenómeno, a hechos (Pardinas, 2005:89).

En opinión de Sabino (1992:111-113), *la observación* es una técnica antiquísima, cuyos primeros aportes sería imposible rastrear. A través de sus sentidos, el hombre capta la realidad que lo rodea, que luego organiza intelectualmente y agrega: La observación puede definirse, como el uso sistemático de nuestros sentidos en la búsqueda de los datos que necesitamos para resolver un problema de investigación.

La observación es directa cuando el investigador forma parte activa del grupo observado y asume sus comportamientos; recibe el nombre de observación participante. Cuando el observador no pertenece al grupo y sólo se hace presente con el propósito de obtener la información (como en este caso), la observación, recibe el nombre de no participante o simple.

En la investigación social la *observación* de fenómenos sociales, señala Pardinas, (2005:90) son las conductas humanas, conducta quiere decir una serie de acciones o de actos que perceptiblemente son vistos u observados en una entidad o grupos de entidades determinados.

Esas acciones o actos ocurren siguiendo una secuela que aparece repetida con las mismas características en otras entidades de esa clase; la información y la comunicación ha elegido entre las conductas humanas aquellas que transmiten un mensaje de un individuo o grupo de individuos a otro individuo o grupo de individuos, en todos los casos, las observaciones, los datos, los fenómenos son las conductas que transmiten o reciben un mensaje.

En conclusión la observación permite conocer la realidad mediante la percepción directa de los objetos y fenómenos.

La entrevista

Las *entrevistas* y el *entrevistar* son elementos esenciales en la vida contemporánea, es comunicación primaria que contribuye a la construcción de la realidad, instrumento eficaz de de gran precisión en la medida que se fundamenta en la interrelación humana.

Proporciona un excelente instrumento heurístico para combinar los enfoques prácticos, analíticos e interpretativos implícitos en todo proceso de comunicar (Galindo, 1998:277).

Sabino, (1992:116) comenta que la entrevista, desde el punto de vista del método es una forma específica de interacción social que tiene por objeto recolectar datos para una investigación.

El investigador formula preguntas a las personas capaces de aportarle datos de interés, estableciendo un diálogo peculiar, asimétrico, donde una de las partes busca recoger informaciones y la otra es la fuente de esas informaciones. Por razones obvias sólo se emplea, salvo raras excepciones, en las ciencias humanas.

La ventaja esencial de la entrevista reside en que son los mismos actores sociales quienes proporcionan los datos relativos a sus conductas, opiniones, deseos, actitudes y expectativas, cosa que por su misma naturaleza es casi imposible de observar desde fuera. Nadie mejor que la

misma persona involucrada para hablarnos acerca de todo aquello que piensa y siente, de lo que ha experimentado o proyecta hacer.

Las preguntas del cuestionario pueden ser estructuradas o semi estructuradas, para ésta investigación se llevan a cabo éstas últimas para obtener información cualitativa. *Las entrevistas semi-estructuradas, se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre temas deseados* (Hernández et al, 2003:455).

Una entrevista semiestructurada (no estructurada o no formalizada) es aquélla en que existe un margen más o menos grande de libertad para formular las preguntas y las respuestas (Sabino 1992:18).

La técnica de la *entrevista* se utiliza en esta investigación aplicando el enfoque cualitativo a los resultados de la investigación.

La encuesta

La *encuesta* es un procedimiento que permite explorar cuestiones que hacen a la subjetividad y al mismo tiempo obtener esa información de un número considerable de personas, así por ejemplo:

Permite explorar la opinión publica y los valores vigentes de una sociedad, temas de significación científica y de importancia en las sociedades democráticas (Grasso, 2006:13)

Al respecto, Mayntz *et al.*, (1976:133) citados por Díaz de Rada (2001:13), describen a la *encuesta* como *la búsqueda sistemática de información en la que el investigador pregunta a los investigados sobre los datos que desea obtener, y posteriormente reúne estos datos individuales para obtener durante la evaluación datos agregados*.

Para ello, el cuestionario de la encuesta debe contener una serie de preguntas o ítems respecto a una o más variables a medir. Gómez, (2006:127-128) refiere que básicamente se consideran dos tipos de preguntas: cerradas y abiertas.

- Las preguntas cerradas contienen categorías fijas de respuesta que han sido delimitadas, las respuestas incluyen dos posibilidades (dicotómicas) o incluir varias alternativas. Este tipo de preguntas permite facilitar previamente la codificación (valores numéricos) de las respuestas de los sujetos.
- Las preguntas abiertas no delimitan de antemano las alternativas de respuesta, se utiliza cuando no se tiene información sobre las posibles respuestas. Estas preguntas no permiten precodificar las respuestas, la codificación se efectúa después que se tienen las respuestas.

Gómez, (2006:128-131) agrega que las preguntas del cuestionario de la encuesta deben contemplar ciertos requerimientos:

- tienen que ser claras y comprensibles para quien responde;
- debe iniciar con preguntas fáciles de contestar;
- no deben incomodar; deben referirse preferentemente a un solo aspecto;
- no deben inducir las respuestas; no hacer preguntas innecesarias;
- no pueden hacer referencia a instituciones o ideas respaldadas socialmente ni en evidencia comprobada;
- el lenguaje debe ser apropiado para las características de quien responde;
- de preferencia elaborar un cuestionario de instrucciones para el llenado;

— elaborar una carátula de presentación donde explique los propósitos del cuestionario; garantizar la confiabilidad y agradecer al que responde.

Gómez adicionalmente señala las distintas formas en que puede administrarse o aplicarse un cuestionario: autoadministrado o respondido por los entrevistados; por entrevista personal (el entrevistador anota las respuestas); por entrevista telefónica; por correo postal o electrónico.

La técnica de la *encuesta* se utiliza en este trabajo de investigación aplicando el enfoque cuantitativo a los resultados de la investigación, también es un cuestionario, pero la intención del resultado es diferente. Esta investigación pretende mediante la encuesta medir las *actitudes* de las personas entrevistadas; en este caso concreto: conocer la percepción respecto a la calidad de la atención médica de los usuarios de consulta externa del Seguro Popular así como el trato y servicio que se les ofrece durante su estancia.

Al respecto Krech, Fishbein y Ajzen, al ser citados por Sánchez Moreno, Ramos y Marset (1994:92) definen la *actitud* como un sistema más o menos duradero de valoraciones positivas o negativas, estados emotivos o tendencias a actuar en pro o en contra, con respecto a un objeto social o una predisposición aprendida a responder de una manera consistente favorable o desfavorable respecto a un objeto dado.

Los métodos más conocidos para medir por escalas las variables que constituyen *actitudes* son: el *diferencial semántico*, la *escala de Guttman* y el *método de escalamiento de Likert* (Gómez, 2006: 131).

Haciendo alusión a los métodos de escalas, Buela y Sierra (1997:475) escriben que el *diferencial semántico* es una técnica de evaluación elaborada por Osgood y sus colaboradores en un intento por evaluar cuantitativa y sistemáticamente la significación semántica que posee un determinado concepto para una persona o grupo de personas.

Namakforooch (2005:242) por su parte, al referirse a la *escala de Guttman* señala que fue concebida por Louis Guttman en 1940, para integrar la prueba empírica de unidimensionalidad como parte del proceso de elaboración de escalas.

Estas escalas también conocidas como método de escalograma o análisis de escalograma son unidimensionales (en una dimensión subyacente) y acumulativas, ésta última implica que los ítems se pueden ordenar por su grado de dificultad, y quien contestó afirmativamente a ítem (pregunta) difícil contestará siempre afirmativamente a un ítem menos difícil y viceversa, por lo que ninguna de las personas tiene una respuesta negativa (desacuerdo) antes de una respuesta positiva (acuerdo) o no tiene una actitud positiva después de una respuesta negativa, por tanto, la información de la posición de la última respuesta positiva de una persona, permitirá predecir todas sus respuestas a los ítems..

Por último y el más usado de los métodos, la *escala de Likert* es conceptuada por Santesmases (2009:514), como la medida de una variable que consiste en pedir al encuestado que exprese su agrado de acuerdo o desacuerdo con una serie de afirmaciones relativas a las actitudes que se evalúan.

Como un ejemplo, normalmente se utilizan cinco categorías para expresar el grado de acuerdo
1) Completamente en desacuerdo; 2) Moderadamente en desacuerdo; 3) Indiferente; 4) Moderadamente de acuerdo; 5) Completamente de acuerdo. Se puede obtener una medida global sumando las respuestas individuales.

Al respecto Gómez, (2006:132-133) opina que en la escala de Likert a cada respuesta se le asigna un valor numérico, así el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación o negación y al final su puntuación total, se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones o negaciones.

En éste trabajo, la encuesta se efectuó a la población objeto de estudio, personas que han utilizado alguno de los consultorios o centros de salud de todos o cada uno de los hospitales de atención del Seguro Popular en la Ciudad de Culiacán, en este caso la recolección de datos se realizó en los propios centros de las visitas al servicio.

El proceso de la investigación empírica se desarrolló posterior a la elaboración de los instrumentos de investigación (cuestionarios) estructurados y de conformidad con las preguntas, objetivos e hipótesis.

Para aportar evidencia empírica sobre los objetivos propuestos y contrastar las hipótesis expuestas en el Capítulo I de esta investigación, se aplicó un cuestionario estructurado sobre los servicios que ofrece el Seguro Popular para lo cual se seleccionó una muestra aleatoria mediante un procedimiento de muestreo estratificado; la selección de la muestra se realizó visitando los centros de atención o clínicas donde se ofrecen los servicios en el Municipio de Culiacán.

El material que se incluye en este trabajo es obtenido a través de diversas actividades como la observación, análisis documental, análisis fotográfico, así como las entrevistas grabadas y por escrito a directivos de las diferentes instituciones ligadas al tema de investigación y a los usuarios del seguro popular. Tales actividades se llevaron a cabo con la finalidad de observar el papel que ha desempeñado el seguro popular al proporcionar los servicios de salud en la Ciudad de Culiacán, Sinaloa

Como primer fase del proceso de aplicación del instrumento de medición se efectuó una prueba piloto, el cual fue modificado, ajustado y mejorado, para estar en condiciones de aplicarlo.

El cuestionario encuesta (Anexo 1) se diseñó para conocer la opinión de los usuarios del Seguro Popular en diferentes aspectos en forma directa y simple mediante un análisis de tipo cuantitativo para poder determinar las conclusiones que se correspondan con los datos recogidos. La encuesta se desarrolló por muestreo, donde se escogieron mediante procedimientos estadísticos una parte significativa de todo el universo, teniendo en cuenta el porcentaje de error calculado para el caso, de esta forma los hallazgos obtenidos a partir de la muestra pueden generalizarse a todo el universo con un margen de error conocido y limitado.

Al utilizar el instrumento de medición citado, se procuró vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos, mediante clasificación y/o cuantificación, para reunir los requisitos de confiabilidad y validez; la confiabilidad se refiere al grado en que la aplicación repetida de un instrumento de medición al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados; la validez refiere al grado en que un instrumento de medición mide realmente la(s) variable(s) que pretende medir.

Todo problema de investigación científica, aún el más abstracto, implica de algún modo una tarea de medición de los conceptos que intervienen en el mismo, para ello se seleccionó un

instrumento de medición válido y confiable de donde se obtuvieron las observaciones y mediciones de las variables que son de interés para nuestro estudio.

Para la elaboración de las preguntas se utilizó el método de Likert que consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. Es decir, se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que externé su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones.

En toda investigación se debe decidir en forma concreta, tanto el diseño a utilizar como la elección de la *muestra*, ambas acciones están íntimamente unidas puesto que dependiendo del diseño que utilice el investigador así será la elección de los sujetos de estudio. Los elementos, personas, fenómenos, constituyen la muestra de la investigación. Estos elementos forman parte de un grupo de conceptos básicos que conviene clarificar y que deben ser definidos en cada investigación.

El proceso de conocimiento puede concebirse como una relación, de singular complejidad, entre dos elementos, *sujeto y objeto*. Se entiende por sujeto a la persona (o equipo de personas) que adquiere o elabora el conocimiento. Por otra parte el conocimiento es siempre *conocimiento de algo*, en todos los casos, a aquello que es conocido se lo denomina objeto de conocimiento.

En el proceso de conocimiento es preciso que el sujeto se sitúe frente al objeto como algo externo a él, colocado fuera de sí, para que pueda examinarlo. Sujeto y objeto quedan así como dos términos que sucesivamente se oponen y se compenetran, se separan y se acercan, en un movimiento que se inicia por la voluntad del investigador que desea el conocimiento y que en realidad continúa repetidamente, porque el sujeto debe acercarse una y otra vez hacia lo que está estudiando si se propone adquirir un conocimiento cada vez más profundo y completo sobre ello (Sabino, 1992:153-154).

En opinión de Rojas, (2004:1) existen hoy por hoy distintas maneras de investigar la realidad social: La manera tradicional de investigar científicamente, es aquella en la cual una persona capacitada o grupo capacitado (sujeto de la investigación), aborda un aspecto de la realidad (objeto de la investigación), ya sea para comprobar experimentalmente una(s) hipótesis (investigación experimental), o para describirla (investigación descriptiva), o para explorarla (investigación exploratoria).

Generalmente, en este tipo de investigación, la comunidad en la que se hace la investigación, o para cual se hace, no tiene ingerencia en el proceso, ni en los resultados; ella, solo puede llegar a conocer las conclusiones, sin quitar los valores que tiene.

En esta investigación se trabajó intensamente para obtener la suficiente información documental e información primaria de una muestra de la población para elaborar el conocimiento acerca del objeto de este trabajo, es decir: analizar y describir las políticas públicas en salud implementadas en México, determinar su alcance y conocer las opiniones y actitudes de la población usuaria del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa.

Para ello, con esta investigación nuestra acción se orienta y busca generar un cambio social, examinar y abordar la realidad no solo para conocerla, sino para transformarla y actuar con mayor reflexión sobre el contexto.

La exploración no solo fue ejecutada por quien escribe, sino también por la participación de la comunidad involucrada en ella ya que la investigación y la ciencia deben estar al servicio de la colectividad, ayudarle a resolver sus problemas y necesidades y ayudar a planificar su vida; no se trata de ofrecer lo mismo de antes, con la participación de la comunidad, se investigará desde una nueva óptica y perspectiva en y con y para la comunidad. Todos seremos sujetos y objetos de esta investigación, lo cual implica que la verdad - ciencia - teoría se logrará en la acción participativa comunitaria. La presente investigación supone un proceso modesto y sencillo al alcance de todos, pero a la vez lleva a la participación procesal, a asumir crítica y estructuralmente la realidad, a la reflexión seria y profunda de sus causas y tendencias, a conclusiones científicas, a estrategias concretas y realizables, a una planeación, a una praxis en la que vaya interviniendo toda la comunidad, a una continua reflexión sobre la praxis para hacerla cada vez más liberadora y transformadora de la realidad.

El diccionario de la Real Academia Española (RAE)⁸¹ define la población, en su representación sociológica, como *conjunto de los individuos o cosas sometido a una evaluación estadística mediante muestreo*. En cualquier investigación, el primer problema que aparece, relacionado con este punto, es la frecuente imposibilidad de recoger datos de todos los sujetos o elementos que interesen a la misma.

Latorre, Rincón y Arnal, (2003:78) expresan: tradicionalmente la población es *el conjunto de todos los individuos (objetos, personas, eventos, etc.) en los que se desea estudiar el fenómeno. Éstos deben reunir las características de lo que es objeto de estudio*. El individuo, en esta acepción, hace referencia a cada uno de los elementos de los que se obtiene la información. Los individuos pueden ser personas, objetos o acontecimientos.

Por otra parte, es obvio que el investigador no trabaja con todos los elementos de la población que estudia sino sólo con una parte o fracción de ella; a veces, porque es muy grande y no es fácil abarcarla en su totalidad. Por ello, se elige una *muestra* representativa y los datos obtenidos en ella se utilizan para realizar pronósticos en poblaciones futuras de las mismas características. Para el análisis de datos de todo proyecto de investigación, deben sintetizarse en muchos casos, el conjunto de sujetos con características semejantes que están sometidos al estudio y que son agrupados con la denominación de la muestra.

En consecuencia la RAE,⁸² define la *muestra*, en su segunda acepción, como *parte o porción extraída de un conjunto por métodos que permiten considerarla como representativa de él*.

⁸¹ Real Academia Española, información obtenida el 30 de abril de 2010 en la Internet, pagina web: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=poblacion

⁸² Real Academia Española, información obtenida el 30 de abril de 2009 en la Internet, pagina web: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=muestra

En el terreno epistemológico, Jiménez (1983:237) destaca la condición de representatividad que ha de tener la *muestra*:

Es una parte o subconjunto de una población normalmente seleccionada de tal modo que ponga de manifiesto las propiedades de la población. Su característica más importante es la representatividad, es decir, que sea una parte típica de la población en la o las características que son relevantes para la investigación.

Sierra (1998:174), hace hincapié en la generalización de resultados: *...una parte representativa de un conjunto o población debidamente elegida, que se somete a observación científica en representación del conjunto, con el propósito de obtener resultados válidos, también para el universo total investigado.*

Por otra parte, Sabino (1992:90) señala que una *muestra* en el sentido más amplio no es más que eso:

... una parte del todo que llamamos universo y que sirve para representarlo, lo que se busca al emplear una muestra es que, observando una porción relativamente reducida de unidades se obtengan conclusiones semejantes a las que lograríamos si estudiásemos el universo total, si se cumple la condición de reflejar en sus unidades lo que ocurre con el universo a eso le llamamos muestra representativa, sin embargo para saber con absoluta certeza que una muestra es representativa sería necesario investigar todo el universo y luego comparar ambos resultados, por lo anterior se recurre a utilizar procedimientos matemáticos que son capaces de decirnos con que nivel de confianza trabajamos al escoger una muestra determinada.

Sabino (1992:91), explica que algunos autores especialistas en el tema dividen el *muestreo* en dos tipos:

Probabilístico y no probabilístico; los primeros tienen la característica fundamental de que todo elemento del universo tiene una determinada probabilidad de integrar la muestra y esa probabilidad puede ser calculada matemáticamente con precisión, con los segundos ocurre lo contrario ya que el investigador procede en cierta forma a ciegas, no tiene idea del error que puede estar introduciendo en sus apreciaciones.

El tipo de muestreo que se utilizó para la presente investigación fue el probabilístico, debido a que las entrevistas se efectuaron con personas conocedoras de la problemática sujeta a estudio, personas que se eligieron al azar. La población en esta investigación fue finita porque se enfocó específicamente a usuarios de los servicios de salud de una comunidad otorgados por el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).

Esta investigación fue realizada en el Municipio de Culiacán⁸³ el cual se localiza en el Estado de Sinaloa, México, fue fundado en 1536 por Don Nuño Beltrán de Guzmán, su extensión territorial se extiende a 4 mil 758.90 kilómetros cuadrados, 8.2% de la superficie total de la entidad, desplazándose del primero al tercer lugar como municipio más extenso.

El actual territorio de Culiacán colinda al norte con el municipio de Badiraguato; al sur con el Golfo de California; al este con el municipio de Cosalá y el estado de Durango; al oeste, con el

⁸³ Información sobre Culiacán obtenida en <http://www.culiacan.com.mx/publico/Culiacan/generalidades.aspx#t>, con fecha 22 de septiembre de 2010.

municipio de Navolato; al noroeste con el estado de Durango; al noroeste con los municipios de Navolato y Mocorito y al suroeste con el municipio de Navolato y el Golfo de California.

El municipio de Culiacán es atravesado por cuatro corrientes hidrológicas: los ríos Humaya, Tamazula, Culiacán y San Lorenzo; el Humaya tiene su origen en el Estado de Durango, entrando a Sinaloa por el municipio de Badiraguato; sus aguas son controladas por la presa Licenciado Adolfo López Mateos. El último censo nacional de población considera que Culiacán tiene 858,631 habitantes⁸⁴.

El río Tamazula nace en la Sierra Madre Occidental en las cercanías del valle de Topia; su corriente es controlada por la presa Sanalona; los ríos Humaya y Tamazula se unen frente a la ciudad de Culiacán para formar el río Culiacán, que finalmente desemboca en el Golfo de California; el río San Lorenzo nace en la Sierra Madre Occidental dentro del Estado de Durango, se interna a Sinaloa a través del municipio de Cosalá y desemboca en el Golfo de California. El clima es húmedo y caliente en verano, mientras que en invierno la temperatura es agradable, con escasas precipitaciones los vientos dominantes se desplazan en dirección noroeste, desarrollando una velocidad aproximada de dos metros por segundo.

Culiacán, es capital del estado de Sinaloa, es el municipio económicamente más competitivo del estado debido a su infraestructura productiva y oferta de servicios. A Culiacán corresponde 32.5% de la industria estatal total. Principalmente, se trata de la producción y transformación de alimentos, plantas de confección de ropa, compañías embotelladoras e ingenios. El municipio posee un rico valle de cultivo, por lo que la agricultura juega un papel primordial en su balance económico.

A partir de las grandes obras hidráulicas que implicaron la construcción de presas y canales de riego en la entidad, se estableció una agricultura predominantemente vinculada al mercado norteamericano a través de las exportaciones de tomate, calabaza, chile, pepino, papa, melón, sandía y mango y con el mercado nacional a través de la producción de caña de azúcar y comercialización de granos como frijol y maíz. Alberga las más importantes empresas exportadoras de hortalizas.

La pesca también ocupa un papel importante por el valor de las especies capturadas y su volumen, gracias a los 261 kilómetros de litorales marítimos y hectáreas de bahías, lagunas y esteros, así como las aguas continentales constituidas en criaderos naturales, aptas para la operación de granjas acuícolas. La ganadería también es relevante. En este municipio se generan excedentes en carne de cerdo y pollo, así como en la producción de huevo, que brinda autosuficiencia en el consumo. Culiacán es el polo comercial de productos diversos más importante también en el estado. Por su territorio transitan productos que van del norte al centro-sur del país y viceversa, y cuenta con un completo sistema de carreteras muy concurrido por ello en el paso natural al que obliga la sinuosidad de la Sierra Madre Occidental.

En este municipio convergen tres ríos que atraviesan la capital. Su riqueza hidrológica se almacena en la presa Adolfo López Mateos y Sanalona. Culiacán cada día se fortalece mas generando competitividad sobre una plataforma productiva, logística y de recursos humanos en

⁸⁴ INEGI, información Censo Nacional de Población 2010.

el ramo de alimentos, turismo, tecnologías de información y comunicaciones. Principalmente es capital productora de alimentos más importantes del País desde la investigación, desarrollo, producción, logística, empaque, hasta llegar a la comercialización.

Actualmente es una de las primeras ciudades en integrar una comunidad digital en Latinoamérica desarrollando las habilidades competitivas para el mundo laboral y mayor educación y acceso a la información. En base a una sólida infraestructura, capacitación y desarrollo de empresas Culiacán se posiciona en el mercado internacional de las tecnologías de información y comunicaciones para los desarrolladores de software y centros de contacto.

Su gran red hospitalaria ofrece medicina de excelencia a nivel nacional e internacional, acercando a Culiacán los avances tecnológicos de último momento y actualizando permanentemente a su cuerpo médico a través de la investigación. Culiacán ha sido identificado a nivel nacional por concentrar a los mejores especialistas de la zona, reconocidos doctores que operan o proceden de esta ciudad han sido solicitados a colaborar en distinguidos en hospitales internacionales.

Para determinar el tamaño de la muestra y procesar la información se utilizó el software Dyane 4.0 que significa: Diseño y análisis de encuestas en investigación social y de mercados. Es la combinación de un libro y un programa informático, realizado en entorno Windows, que tienen la finalidad común de que el lector o usuario de los mismos aprenda y pueda hacer investigación social y de mercados.

El programa está estructurado de forma modular, con menús que facilitan el acceso a las distintas funciones y técnicas que incluye. Con él se pueden diseñar cuestionarios, grabar datos y aplicar una gran variedad de técnicas estadísticas de análisis de datos. También se pueden realizar gráficos, con el fin de mejorar la presentación de los resultados. Tanto los datos como los resultados y gráficos de los análisis se pueden imprimir, exportar a otros programas o guardar en ficheros para ser tratados en procesadores de texto y hojas de cálculo. En definitiva, Dyane es una potente herramienta de análisis, interactiva, fácil de aprender y sencilla de utilizar, que hace ameno y gratificante el proceso de diseño de la investigación y el análisis estadístico de los datos y considerando que todos los sujetos de investigación poseen el atributo para ser entrevistados ya que son afiliados al Seguro Popular, se realizó un estudio observacional, transversal y analítico, por el método de encuesta realizado en los diferentes centros de salud, durante la primer quincena del mes de mayo de 2010. El universo en Culiacán, Sinaloa fueron 196,320 usuarios⁸⁵ del sistema. Las unidades de información se establecieron mediante la fórmula simple de población finita; posteriormente se procedió a determinar el tamaño de la muestra aleatoria la cual trajo como resultado a 151 usuarios para ser interrogados con un error de muestreo de 1.62%; el nivel de confianza utilizado fue de un 95.5% tal y como se observa en la Figura 4.3.

Las variables dependientes fueron diez; la opinión o actitud (*en la atención médica, por el tiempo de espera, atención del personal, surtimiento de las medicinas, infraestructura utilizada en la atención, reducción de gastos de bolsillo, información adicional, cobros del servicio, reconstratación y recomendación*).

⁸⁵ Información obtenida en http://www.ssa-sin.gob.mx/SEGUROPOPULAR/Per2010_III.htm con fecha 15/08/2010.

Las variables independientes fueron catorce: siete genéricas (*tiempo de afiliación, frecuencia de consulta, enfermedad atendida, tipo de unidad médica, servicio utilizado, negativa de atención y quejas*); tres para medir factores socioeconómicos (*edad, sexo, ocupación*); dos variables relacionadas con la demora de atención (*tiempo de espera y atraso en la consulta*) y dos con motivo del surtimiento de medicamentos (*medicamentos recetados y surtidos*),

Figura 4.3 **Tamaño de la muestra y error de muestreo**

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

La encuesta se desarrolló mediante *muestreo aleatorio simple*⁸⁶, se incluyó a usuarios que asistieron a consulta externa en las diferentes unidades durante el tiempo de recolección de la información, sin distinción de sexo, edad o nivel socioeconómico. Se excluyó únicamente de la encuesta a aquellos que se negaron a participar, por lo que los usuarios del sistema poseen los atributos para ser entrevistados. La aplicación de la encuesta fue inmediatamente después de que les surtieron los medicamentos en la farmacia. Si el usuario era menor de edad, el cuestionario fue respondido por uno de sus padres. Se pidió el consentimiento a los usuarios entrevistados para usar sus datos y siempre se cumplieron los requisitos de confidencialidad, autonomía, privacidad y fidelidad con respecto a lo expresado por ellos, se entrevistó de manera empática, abierta sin ser un intruso, actuando únicamente como observador externo sin alterar o imponer un punto de vista sino como lo percibe el entrevistado, en un ambiente natural donde los participantes se comporten como lo hacen en su vida cotidiana.

El instrumento de medición fue un cuestionario estructurado con veintitrés ítems y para asegurar la confiabilidad se realizó mediante juicio de expertos, una validación aparente y otra de contenido. El cuestionario de veintitrés ítems consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir, las *preguntas fueron cerradas* y contienen categorías o alternativas

⁸⁶ Muestreo aleatorio simple es que todos los elementos tienen la misma posibilidad de ser elegidos (Santesmases, 2009:526)

de respuestas que fueron delimitadas. Algunas fueron dicotómicas (dos alternativas de respuestas) y otras de varias alternativas de respuestas.

Después de efectuadas las encuestas se procedió a codificar la información, el objetivo de este procedimiento es agrupar numéricamente los datos que se expresen en forma verbal para poder luego operar con ellos como si se tratara, simplemente, de datos cuantitativos.

Los datos de los cuestionarios fueron capturados para determinar información tanto de *tabulación simple como tabulación cruzada para la contrastación de hipótesis*⁸⁷, se utilizó en este último caso la Hi cuadrada de Pearson para lo cual se consideró la significancia estadística si la *p* resultaba igual o menor que 0.05 y de 0.01. El análisis y el modelaje de las variables así como el proceso de determinación de muestra, -error de muestreo, captura y resultados se realizaron en el paquete referido Dyane versión 4.0.

A partir del análisis de las tablas de contingencias (tabulaciones simples de las variables intervállicas), se describe la situación general que guarda el Seguro Popular ante la opinión de los usuarios.

La Tabla 5.1 muestra las variables utilizadas para el desarrollo de la encuesta, los resultados fueron cuantificados el 07 de julio de 2010 y presentan un tamaño de 11,999 bytes.

Tabla 4.8 Variables intervállicas de la encuesta

INFORMACIÓN DEL FICHERO C:\Users\MANUEL\Desktop\manuel\Seguro_popular.DYT						
Tamaño (bytes): 11,999 - Fecha: 07/07/2010 - Hora: 06:53:34 p.m.						
N° de variables: 23 - N° de registros: 151 - Bytes por registro: 102						
N° de	NOMBRE		TIPO DE	N° DE	N° DE	
RESPUESTAS						
VARIABLE	CORTO	NOMBRE LARGO	VARIABLE	BYTES	CÓDIGOS	MÚLTIPLES
1	tiemp_af	Tiempo de estar afiliado al Seguro Popular	Mixta (escala)	3	6	No
2	fre_cons	Frecuencia de consulta	Mixta (escala)	3	7	No
3	Enfermed	¿Causa o enfermedad por la que acudió a consulta médica?	Mixta (escala)	3	8	No
4	tipo_uni	Tipo de unidad médica en que se atendió	Mixta (escala)	3	4	No
5	Servicio	Tipo de servicio a que acudió para recibir atención médica	Mixta (escala)	3	4	No
6	tiemp_es	Tiempo de espera de atención médica	Mixta (escala)	3	4	No
7	Atención	En términos generales, ¿Cómo fue la atención médica que recibió?	Mixta (escala)	3	5	No
8	medicame	¿El médico le recetó algún medicamento?	Mixta (escala)	3	2	No
9	surtio	¿Le surtieron los medicamentos que le recetó el médico?	Mixta (escala)	3	3	No
10	eval_ate	¿Como fue la atención que recibió de parte del personal de salud?	Mixta (escala)	3	5	No

⁸⁷ Utilización del procedimiento estadístico para decidir si una hipótesis se debe aceptar o rechazar (Santesmases, 2009:506-507).

11	Serv_pag	Durante la enfermedad, tuvo que pagar alguno de los siguientes servicios	Categórica	15	5	Sí
12	negado_a	¿Alguna vez le han negado la atención médica?	Mixta (escala)	3	2	No
13	queja	¿Alguna vez le ha presentado alguna queja contra el seguro popular?	Mixta (escala)	3	2	No
14	gasto_at	Desde que se afilió al seguro popular, ¿ha gastado menos dinero para su atención médica?	Mixta (escala)	3	5	No
15	eval_hos	¿Cuál es su opinión acerca de las instalaciones del hospital? (Higiene, limpieza, conservación, instalaciones)	Mixta (escala)	3	5	No
16	eval_hos	¿Como califica la información proporcionada por el hospital sobre otros servicios de salud además del motivo de consulta?	Mixta (escala)	3	5	No
17	cobro_ju	¿Lo que le cobrarón le pareció justo?	Mixta (escala)	3	5	No
18	recontra	¿Volvería usted a contratar el seguro popular?	Mixta (escala)	3	5	No
19	recomend	¿Usted recomendaría el seguro popular a un familiar o amigo?	Mixta (escala)	3	3	No
20	sexo	Sexo	Mixta (escala)	3	2	No
21	Edad	Edad (años)	Numérica	2		
22	profesio	Ocupación	Mixta (escala)	3	8	No
23	edad_cat	Edad (categórica)	Mixta (escala)	3	5	No

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa.

Después de efectuadas las encuestas se procedió a codificar la información, el objetivo de este procedimiento es agrupar numéricamente los datos que se expresen en forma verbal para poder luego operar con ellos como si se tratara, simplemente, de datos cuantitativos.

Al utilizar el instrumento de medición citado se procuró vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos, mediante clasificación y/o cuantificación, para reunir los requisitos de *confiabilidad* y *validez*; la confiabilidad se refiere al grado en que la aplicación repetida de un instrumento de medición al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados; la validez refiere al grado en que un instrumento de medición mide realmente la(s) variable(s) que pretende medir. Una vez concluidas las visitas para recopilar información y de acuerdo a las preguntas, objetivos e hipótesis general y específicas que orientaron este trabajo, se realizó una categorización de las preguntas aplicadas en el trabajo de campo y en las observaciones realizadas en los diferentes escenarios y actores del contexto de esta investigación, se clasificó el material que se consideró importante, finalizado el trabajo de recolección de información, proceso y análisis, los datos pasaron a darles soporte informático con la finalidad de darle tratamiento estadístico. Una vez tabulados, los datos se sometieron a diversas técnicas de análisis estadístico con el fin de extraer de ellos la máxima información posible.

Se ordenó y clasificó el acopio bibliográfico con la información relacionada con el análisis de entorno de las empresas investigadas, con el propósito de dar respuesta a las preguntas que guiaron este trabajo de investigación.

Posteriormente se elaboró una narración de todos los fenómenos observados en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las palabras de las personas, habladas o escritas y lo observado de acuerdo a las siguientes categorías:

- Antecedentes
- Datos generales
- Beneficios de las políticas públicas en salud que son aprovechados por los ciudadanos.
- Causas que impiden a los ciudadanos aprovechar los beneficios

Una vez que se narraron y describieron todos los contextos y los fenómenos observados durante la investigación las cuales se agruparon por categorías de acuerdo con cada una de las preguntas de investigación, se procedió a interpretar y analizar los resultados, mismos que fueron tratados de acuerdo a la propia experiencia y a la literatura utilizada en el marco teórico, para finalmente elaborar las conclusiones y recomendaciones producto de este trabajo de investigación.

Adicionalmente a las técnicas e instrumentos señalados anteriormente, Rojas Soriano (2006:107) enfatiza que para recabar la información existente sobre un tema, el investigador se auxilia de instrumentos como las *fichas de trabajo*, en las que concentra y resume la información contenida en las fuentes *documentales*, y de la que obtiene del trabajo preliminar de *campo* o de reconocimiento de la zona objeto de estudio, mediante la aplicación de guías de observación y de entrevistas de informantes clave, información que servirá de base para el planteamiento del problema y para construir el marco teórico y conceptual.

La técnica documental permite la recopilación de información para enunciar las teorías que sustentan el estudio de los fenómenos y procesos. Incluye el uso de instrumentos definidos según la fuente documental a que hacen referencia. La técnica de campo permite la observación en contacto directo con el objeto de estudio, y el acopio de testimonios que permitan confrontar la teoría con la práctica en la búsqueda de la verdad objetiva. El objetivo de la investigación documental es elaborar un marco teórico conceptual para formar un cuerpo de ideas sobre el objeto de estudio; los capítulos II y III de este trabajo de investigación se refieren de hecho a la recopilación de información documental que enuncian teorías de las políticas públicas que han servido de base en la formulación de políticas públicas en salud en México y en el mundo, que a su vez sustentan el marco teórico y conceptual de este trabajo de investigación.

4.3.5.3 Validación y confiabilidad de la investigación

Todo instrumento de recolección de datos debe resumir dos requisitos esenciales: *validez* y *confiabilidad*. Con la validez se determina la revisión de la presentación del contenido, el contraste de los indicadores con los ítems (preguntas) que miden las variables correspondientes. Se estima la validez como el hecho de que una prueba sea de tal manera concebida, elaborada y aplicada y que mida lo que se propone medir.

Algunos autores como Black y Champion (1976), Johnston y Pennypacker (1980:190-191), Kerlinger (1980:190-191), citados por Barba y Solís (1997:232-234), señalan que la *validez* es un sinónimo de *confiabilidad*. El primero, se refiere al significado de la medida como cierta y precisa. El segundo, se refiere al hecho de lo que se mide actualmente es lo que se quiere medir. Se estima la confiabilidad de un instrumento de medición cuando permite determinar que el mismo, mide lo que se quiere medir, y aplicado varias veces, indique el mismo resultado.

Hernández et al (2003:243), indican que *la confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados*.

Para Baechle y Earle (2007:277-278) la *validez* es el grado en que una prueba o ítem de la prueba mide lo que pretende medir; es la característica más importante de una prueba. Al referirse a la *validez relativa a un criterio* definen a éste como la medida en que los resultados de la prueba se asocian con alguna otra medida de la misma aptitud; Consideran los autores que en muchas ocasiones la validez relativa a un criterio se estima en forma estadística utilizando el coeficiente de correlación de Pearson (también denominado tabulación cruzada, a este tipo de validez se le denomina *validez concurrente*. Al definir el término *fiabilidad*, los autores argumentan que es la medida del grado de consistencia o repetibilidad de una prueba. Una prueba tiene que ser fiable para ser válida, porque los resultados muy variables tienen muy poco significado.

Seisdedos (2004:19) opina que el grado en que la prueba mide una variable o conjunto de conductas definidas por el investigador se le denomina *validez de constructo* y al grado de concomitancia (correlación) entre pruebas que apuntan a variables o constructos similares los denomina *validez concurrente o validez criterial*.

Para acercarnos a la validación de este trabajo adoptamos la tipología propuesta por Maxwell y Stake (2006:109), que plantea cinco tipos de validez que se pueden relacionar con algunas etapas de nuestra investigación:

1. Validez descriptiva. Se refiere a la que está relacionada con la etapa inicial de la investigación. Usualmente involucra la recopilación de datos. El resultado principal es la información que describe lo que fue observado y experimentado. Para ello es muy importante tanto la selección del lenguaje como de los datos relevantes.
2. Validez interpretativa. La certeza en la interpretación es válida si los actores pueden confirmar ó reconocer los descubrimientos de la investigación en particular.
3. Validez teórica. La validez teórica es un análisis más abstracto que la validez descriptiva e interpretativa, relacionada con la inmediatez física y mental del fenómeno estudiado. Las construcciones y marcos teóricos de los investigadores, sean teorías o metateorías conocidas, definen intrínsecamente la recopilación y la interpretación de los datos en la etapa inicial de la investigación.
4. Generalidad. Este tipo de validez se refiere al grado en que la explicación es aceptada para ser generalizable. Sin embargo es pertinente aclarar que para algunos investigadores cualitativos, el generalizar descubrimientos, es considerado de poca importancia.
5. Validez evaluativa. Se refiere a la aplicación de un marco evaluativo, que es similar en la investigación cualitativa y cuantitativa. Es pertinente aclarar que la evaluación no puede ser considerada como un comunicado conclusivo.

Llama la atención lo expresado por Smaling (s.f.:1), cuando relata que el carácter científico de una investigación incluida la cualitativa, lleva implícito la persuasión argumentativa. Después de todo, una investigación que reclama su cientificidad debe tener defensibilidad, para lo que se requiere calidad en la argumentación para el público lector.

Debe admitirse que los otros aspectos de la persuasión deben permanecer en un segundo plano, tales como: la persuasión del *ethos* (que se acentúa por la excelencia o autoridad del investigador), y la persuasión del *pathos* (que apela a los sentimientos estéticos). Actualmente, el carácter retórico de la ciencia ha sido ampliamente aclamado. Sin embargo, un texto que reclama su carácter científico, debe, finalmente, persuadir por el *logos* (por la razón o la argumentación). En la retórica de la ciencia, la persuasión por el *logos* puede no ser suficiente, pero siempre será necesaria. Como científico, el escritor de una investigación dice algo que supone está sustentado por argumentos tales como las observaciones, asunciones aceptables intersubjetivamente, interpretaciones, principios, reglas, regulaciones y teorías. En otras palabras, el reclamo del científico de basarse en una argumentación aceptable y plausible.

Yin (2009:40-45), asegura en relación a la validez, que *un diseño de investigación supone que representa un conjunto de estados lógicos donde se puede juzgar la calidad de un diseño dado, de acuerdo a ciertas pruebas lógicas.*

En la presente investigación se utiliza un texto científico con el fin de armar una estructura argumentativa de los textos en forma explícita y clara, adecuada y fructífera. Los textos incluyen, o al menos señalan una clara indicación de los puntos a tratar, por lo que se toma la responsabilidad de enunciar la sustentación argumentativa del punto que reclama. Además permite realizar una propuesta que se sustente en un plan de acción factible y orientada a resolver un problema.

En síntesis, la propuesta debe tener apoyo, bien sea en una investigación de campo, o en una investigación de tipo documental; y puede referirse a la formación de políticas, programas, tecnologías, métodos o procesos. En la elaboración del diseño de investigación, uno de los aspectos que debe cuidarse es el concerniente con la validez, buscando con ese precepto que el proyecto tenga la calidad ineludible. Sin embargo, el concepto de *validez* puede ser entendido de múltiples formas, por ello se presentaron algunas de las definiciones de diversos autores que nos dan una idea de lo amplio de este concepto.

Para tal efecto, en la ejecución del procedimiento metodológico cuantitativo se aplicó la prueba piloto *cuestionario de satisfacción del servicio* ya validada, a usuarios que no formaban parte de la muestra, pero que presentaban las mismas características de los sujetos de la muestra. Para hallar el coeficiente de confiabilidad se procedió de la siguiente manera:

- Aplicación de la prueba piloto a un grupo de 15 sujetos pertenecientes a la muestra de estudio, con características equivalentes a la misma.
- Codificación de las respuestas; transcripción de las respuestas en una matriz de tabulación de doble entrada con el apoyo del programa estadístico Dyane versión 4.
- Interpretación de los valores tomando en cuenta la escala de Likertt.
- Determinación de resultados con tabulación simple y de tabulación cruzada

El resultado de la presente investigación se encuentra plasmado en el Capítulo V, en el que se describen todos los procesos, análisis, incidencias y demás datos técnicos de la investigación así como los resultados del estudio.

**Cuando puedes medir aquello de lo que hablas,
y expresarlo con números, sabes algo acerca de ello;
pero cuando no lo puedes medir, cuando no lo puedes
expresar con números, tu conocimiento es pobre e
insatisfactorio: puede ser el principio del conocimiento,
pero apenas haz avanzado en tus pensamientos
a la etapa de ciencia.
William Thomson Kelvin**

Capítulo V. Resultados de la investigación y contrastación de hipótesis

Introducción

Hacia el 2002, el 57.8 por ciento del total de la población no estaba asegurada por alguna institución de seguridad social, por lo que en la mayoría de los casos las familias postergaban e incluso dejaban de atenderse por el alto costo que el tratamiento involucraba y el limitado patrimonio del que disponían. Este amplio sector de no asegurados se encontraba en mayor riesgo de empobrecimiento por gastos relacionados a la salud. El Gobierno de la República instrumentó el Seguro Popular de Salud para enfrentar el reto establecido en el Plan Nacional de Desarrollo del 2001-2006, que en conjunto con los Gobiernos Estatales forman parte integral de la nueva política social. Su financiamiento es fundamentalmente público, mediante subsidio y complementado con una contribución menor de los asegurados, así como por recursos fiscales federales asignados en el Presupuesto de Egresos de la Federación⁸⁸.

En el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se estableció la protección financiera como una de las líneas estratégicas de acción, con el objetivo de brindar a la población sin seguridad social un esquema de aseguramiento justo, para reducir el gasto de bolsillo y fomentar la atención oportuna en salud. Para lograrlo, se diseñó el Seguro Popular de Salud, como el instrumento para enfrentar el reto establecido en el mencionado programa, ofreciendo una opción de aseguramiento público en materia de salud a familias y ciudadanos que, por su condición laboral y socioeconómica no eran derechohabientes de las instituciones de seguridad social.

Sinaloa inició operaciones a partir del segundo trimestre de 2002, con una demanda creciente de afiliados en los cuales se incorporó a familias del programa Oportunidades, llegando a afiliarse en ese periodo a 55,486 familias en los dieciocho municipios del Estado; en el Municipio de Culiacán, se registraron 11,630 familias y 47,302 personas beneficiadas⁸⁹.

La intención primordial del presente trabajo de investigación es evaluar mediante el método científico a esta política pública para entender qué pasa como resultado de las actividades del programa. El objetivo de la evaluación es proporcionar información objetiva a los gestores de los programas y a los que toman las decisiones políticas sobre los costos y los efectos del programa a nivel nacional y/o local, así mismo tiene por objeto apreciar la eficacia de la política comparando sus resultados con los objetivos asignados y los medios puestos a disposición. El estudio ha recolectado datos de base necesarios, y se ha manejado con distancia e independencia, en relación con los directivos del programa.

Tomando como guía a Humet (2003:1-2), el presente trabajo de investigación se centra principalmente en la satisfacción como uno de los factores importantes a tener en cuenta, ya que está considerada en la actualidad como parte de los resultados de la asistencia en salud.

De acuerdo a la teoría de Avedis Donabedian (1966), la satisfacción expresada, se deriva de la percepción que tienen los usuarios sobre la calidad de los servicios de salud y varía en función de los factores que tienen su origen en los distintos elementos que intervienen en el proceso

⁸⁸ Información obtenida en <http://www.ssa-sin.gob.mx/SEGUROPOPULAR/antecedentes.htm> con fecha 15 de septiembre de 2010.

⁸⁹ Información obtenida en <http://www.ssa-sin.gob.mx/SEGUROPOPULAR/antecedentes.htm> con fecha 15 de septiembre de 2010.

asistencial y en sus resultados: la organización, la infraestructura, las características de las consultas, de los profesionales y de los propios usuarios, entre los principales factores (Gómez, González, Silva, Castilla, Rubiérrez, 2006:127).

Algunas características de los entrevistados parecen desempeñar un papel relevante en su percepción y en las expectativas sobre la calidad de la atención recibidas: la edad, la situación socioeconómica, la presencia de enfermedades crónicas, la mala situación de la salud y la utilización frecuente de los recursos de salud, son factores que han sido analizados de manera habitual en esta perspectiva. La satisfacción con la atención recibida, es un resultado de la interacción conjunta de los factores institucionales y de los propios usuarios, por ello es difícil analizar, bajo un esquema de causa/efecto, el papel de cada uno de ellos aisladamente.

5.1 Aspectos generales de la muestra de usuarios del Seguro Popular en Culiacán

A través de una tabulación simple⁹⁰ de las variables que conforman el estudio para describir la situación general que guarda el fenómeno, se determinó que de los 151 usuarios entrevistados en los diferentes centros de atención del Seguro Popular en Culiacán, 83% fueron mujeres (125) y el 17% hombres (26) según lo refleja la Tabla 5.1, todos ellos afiliados al sistema.

Tabla 5.1 Sexo del entrevistado en encuesta

Nº variable	Denominación	Nº de casos	Media aritmética	Desviación estándar	Máximo	Mínimo
20	Sexo	151	1.83	0.38	2.00	1.00
Código	Significado			Frecuencias		%
1	Hombre			26		17,22
2	Mujer			125		82,78
	Total frecuencias			151		100,00

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa.

La *edad del entrevistado* corresponde a la variable número veintiuno del cuestionario, es una variable categórica y se analiza en Tabla 5.2:

Tabla 5.2 Edad de los entrevistados

Nº variable	Denominación	Nº de casos	Media aritmética	Desviación estándar	Máximo	Mínimo
21	Edad(años)	151	35.18	19.05	97.00	1.00
Código	Significado			Frecuencias		%
1	Niños			12		7.95
2	Puber y Adolescentes			4		2.65
3	Adultos jóvenes			63		41.72
4	Adultos			35		23.18
5	Mayores de 45 años			37		24.50
	Total frecuencias			151		100.00

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

⁹⁰ Se denomina *tabulación simple*, cuando supone el conteo de una sola variable (Santesmases, 2009:227). Recuento total de las respuestas del conjunto de los individuos consultados (muestra) a todas y cada una de las preguntas del cuestionario (Belio y Sainz 2006:80).

En la tabla anterior, la muestra estudiada presenta una media aritmética⁹¹ de 35.18 años y una desviación estándar⁹² de 19.05 años, lo que significa que la edad promedio de los entrevistados es de 35 años aproximadamente y que la edad de 19 años es la medida con mayor grado de proximidad a la media.

Para conocer la *ocupación de entrevistado* se utilizó el ítem número veintidós del cuestionario, la variable es categórica y muestra resultados en la Tabla 5.3

Tabla 5.3 Ocupación del entrevistado

Nº variable	Denominación	Nº de casos	Media aritmética	Desviación estándar	Máximo	Mínimo
22	Ocupación	149	3.19	2.81	8.00	1.00
Código	Significado			Frecuencias		%
1	Ama de casa			88		59,06
2	Profesionista independiente			1		0,67
3	Técnico (mecánico, electricista, etc.)			3		2,01
4	Ejidatario			2		1,34
5	Agricultor			9		6,04
6	Estudiante			20		13,42
7	Jornalero			4		2,68

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa.

Uno de los requisitos para poder incorporarse al Seguro Popular es no ser derechohabiente de la seguridad social, a este círculo pertenecen los desempleados, los que trabajan por su cuenta, los ejidatarios y otros sectores económicamente débiles de la población.

Se considera importante para este estudio el *tiempo de estar afiliado al Seguro Popular*, la Tabla 5.4 muestra resultados, la pregunta en el cuestionario se efectuó con la finalidad de observar la manera en que el programa de afiliación lleva a cabo el beneficio de atención médica a la gente de escasos recursos que no cuenta con el servicio médico, es válido comentar la gran afluencia e interés de la gente por registrarse para obtener el beneficio.

La figura 5.1 presenta el histograma⁹³ que refiere la frecuencia de ocurrencias por variable, en ella se observa como resultado que la variable *tiempo de estar afiliado al seguro popular* posee una media de 4.86, que lo sitúa en la escala de 1 a 2 años de estar registrado, como se puede observar en el polígono de frecuencias y que la curva posee una curva de asimetría negativa⁹⁴ (el

⁹¹ La *media* aritmética es la medida más importante de la tendencia central de una distribución, se obtiene sumando los valores de la variable y dividiendo el resultado por el número de valores observados (Santesmases, 2009:211).

⁹² La desviación estándar es una medida del grado de proximidad de los datos en torno al valor de la media. Cuanto menor es la desviación estándar, más estrechamente se agrupan los datos alrededor de la media (Harris 2009:211).

⁹³ El histograma muestra la distribución de frecuencias de una variable, en el eje horizontal muestra los valores de la variable en cuestión y las alturas de las barras representan sus respectivas frecuencias de ocurrencia. Si se unen los puntos medios de las partes superiores de las barras, es decir las marcas de clase, se obtiene un *polígono de frecuencias* (Santesmases 2009:521)

⁹⁴ La *asimetría* es una estadística necesaria para conocer cuánto se parece nuestra distribución a una distribución teórica llamada curva normal, si es cero, la curva o distribución es simétrica. Cuando es negativa, significa que los valores tienden a agruparse hacia la derecha de la curva (Hernández, *et al* 2007:432).

64,2% se encuentran a la derecha de la media), la distribución de la curva es leptocúrtica⁹⁵, ya que refleja una gran concentración de valores, el histograma arroja que un 44.37% de los casos tiene más de dos años de estar afiliado al seguro popular. Lo anterior manifiesta el interés de la población no afiliada a la seguridad social a afiliarse al Seguro Popular según los resultados de la gráfica, ya que en los últimos cuatro años se afiliaron la gran mayoría de los usuarios.

Tabla 5.4 Tiempo de estar afiliado al Seguro Popular

Nº variable	Denominación	Nº de casos	Media aritmética	Desviación estándar	Máximo	Mínimo
1	Tiempo de estar afiliado al Seguro Popular	151	4.86	1.28	6.00	1.00

Código	Significado	Frecuencias	%
1	Un mes o menos	2	1.32
2	De 1 a 3 meses	7	4.64
3	De 3 a 6 meses	14	9.27
4	De 6 a 12 meses	31	20.53
5	De 1 a 2 años	30	19.87
6	Más de 2 años	67	44.37
	Total frecuencias	151	100.00

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa.

Figura 5.1 Histograma de tiempo de estar afiliado



Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

En el mismo tenor, la *frecuencia* en que los afiliados acuden *a consulta* a las instalaciones del Seguro Popular se planteó en el cuestionario un ítem, la intención de esta variable fue con la finalidad de monitorear de manera general la disposición de los usuarios a acudir a consulta para minimizar la aparición de incapacidades asociadas, así como sus efectos en la calidad de vida, datos que se presentan en la Tabla 5.5 y la Figura 5.2.

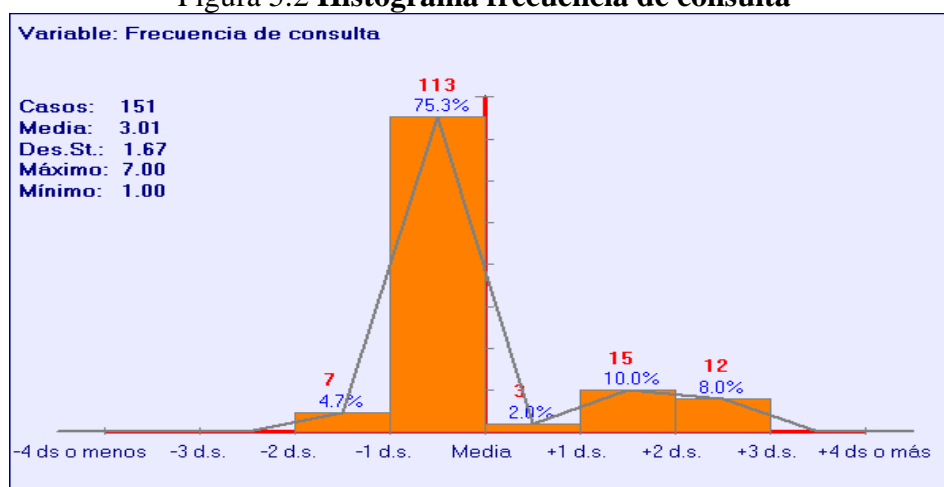
⁹⁵ El *Coefficiente de Curtosis* mide cuan 'puntiaguda' es una distribución respecto de un estándar. se toma como base a la distribución normal (*mesocúrtica*), tomando a ésta como referencia, una distribución puede ser más apuntada que la normal (*leptocúrtica*) o menos apuntada (*platicúrtica*); las medidas de curtosis más comunes son: el coeficiente de curtosis y el coeficiente de curtosis estandarizado (Llinás y Rojas, 2006:294-295).

Tabla 5.5 Frecuencia de consulta al Seguro Popular

Nº variable	Denominación	Nº de casos	Media aritmética	Desviación estándar	Máximo	Mínimo
2	Frecuencia de consulta	150	3.01	1.67	7.00	1.00
Código	Significado	Frecuencias		%		
1	Ninguna vez	7		4.67		
2	Una vez por mes	77		51.33		
3	Entre dos y tres veces por mes	36		24.00		
4	Entre tres y cinco veces por mes	3		2.00		
5	Más de 5 veces por mes	3		2.00		
6	Una vez al año	12		8.00		
7	Otra	12		8.00		
	Total frecuencias	150		100.00		

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

Figura 5.2 Histograma frecuencia de consulta



Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

En el total de frecuencias se obtuvieron 150 respuestas, únicamente uno de ellos no posee el atributo de la pregunta o no fue respondida.

La variable *frecuencia de consulta* posee una media de 3.01, que lo sitúa en una frecuencia promedio de entre dos y tres veces por mes, como se puede apreciar en el polígono de frecuencias, y posee una curtosis asimétrica positiva⁹⁶ (el 75.3% se encuentran a la izquierda de la media) la distribución de la curva es leptocúrtica, ya que refleja una gran concentración de valores en las frecuencias de consultas de una vez por mes (51.33%).

Se consideró importante conocer la *causa o enfermedades por las que los pacientes acuden a consulta al Seguro Popular* (Tabla 5.6 y Figura 5.3); el propósito de la cuestión estuvo

⁹⁶ La curva es asimétricamente positiva por lo que los valores se tienden a reunir más en la parte izquierda que en la derecha de la media ($g_1 > 0$) (Hernández, *et al* 2007:432).

encaminado a visualizar cuantitativamente uno de los objetivos del programa: *disminuir el gasto de bolsillo* por algún padecimiento, la gráfica que se presenta a continuación explica el resultado.

Tabla 5.6 Causa o enfermedad por la que acudió al Seguro Popular

Nº variable	Denominación	Nº de casos	Media aritmética	Desviación estándar	Máximo	Mínimo
3	¿Causa o enfermedad por la que acudió a consulta médica?	149	4.15	2.74	8.00	1.00
Código	Significado	Frecuencias		%		
1	Embarazo	38		25,50		
2	Respiratoria	25		16,78		
3	Gastrointestinal	13		8,72		
4	Renal	4		2,68		
5	Cardiológico	11		7,38		
6	Ginecológico	17		11,41		
7	Vacunación	10		6,71		
8	Otra	31		20,81		
Total frecuencias		149		100,00		

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

Figura 5.3 Histograma por causa o enfermedad por la que acudió al Seguro Popular



Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

En el total de frecuencias se obtuvieron 149 respuestas, únicamente dos de ellos no poseen el atributo de la pregunta o no fueron respondidas.

Los resultados de la Tabla anterior *causa o enfermedad por la que acudió a consulta médica* muestran una media de 4.15, y el polígono de frecuencias indica una curva de asimetría ligeramente positiva (53.7%), el se ubica a la izquierda de la media.

Por otro lado podemos observar en el histograma que las mayores causas o enfermedades por las que acudieron a consulta médica fueron por embarazo (25.5%), afecciones respiratorias (16.78%) y otras causas (20,81%).

Lo anterior explica la contribución del programa a proteger a familias ante gastos derivados de necesidades complejas, infecciones, detección temprana de enfermedades de alto riesgo, vacunación, etc., por lo que representa un gran avance en una de las metas estratégicas del Seguro Popular en cuanto a la prevención de las enfermedades.

En relación al párrafo anterior, el Dr. David Rubio Payán, Director del Hospital General de Culiacán, con fecha 16 de junio de 2010, respecto a las condiciones demográficas en Sinaloa opina lo siguiente:

Las enfermedades infecciosas y parasitarias continúan siendo las principales causas de morbilidad. Los esfuerzos persistentes en el programa de vacunación mantienen controlada las enfermedades prevenibles mediante esta estrategia nacional. La tuberculosis, el dengue, la mortalidad infantil y la materna muestran signos de inestabilidad epidemiológica. Las patologías crónicas degenerativas (principales causas de mortalidad) son las principales causas de demanda de atención: las enfermedades del corazón y la diabetes continúan su natural ascenso y como lo demuestran estudios recientes el 70% de los pacientes diabéticos o hipertensos están descontrolados a pesar de tener acceso a los servicios de salud.

El cáncer de pulmón, principal causa de muerte por tumores, se diagnostica en etapas próximas a la defunción teniendo una sobrevivencia de menos de 10 meses. Solo el 20% tiene un diagnóstico histopatológico y menos del 15% recibe un tratamiento integral. El cáncer de próstata, el segundo de la lista, está en la misma situación. El cáncer cérvico uterino está bajo control y tiende a disminuir, el cáncer de mama en intensa campaña de detección y tratamiento. Las lesiones reemergen después de un periodo de control en los años 90's, incrementado su tasa de mortalidad de 57 en el 2003 a 70 en el 2006. Lo anterior debido principalmente a los accidentes viales. El promedio de vida del sinaloense disminuyó 0.70 años entre el 2003 y el 2006.

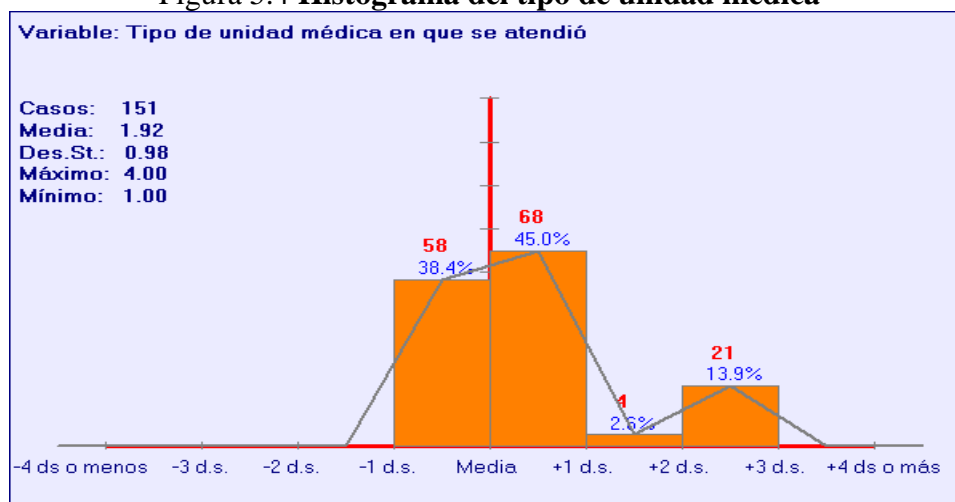
Con la finalidad de investigar el *tipo de unidad médica* en que los usuarios del sistema recibieron atención médica, y por la importancia de conocer la *infraestructura* con la que cuenta el programa y la promoción de la extensión de nuevas unidades en base a una buena relación médico-paciente en un primer nivel de atención, se determinaron los datos respectivos en la Tabla 5.7 y Figura 5.4, como sigue:

Tabla 5.7 Tipo de unidad en que se atendió

Nº variable	Denominación	Nº de casos	Media aritmética	Desviación estándar	Máximo	Mínimo
4	Tipo de unidad médica en que se atendió	151	1.92	0.98	4.00	1.00

Código	Significado	Frecuencias	%
1	Centro de salud	58	38,41
2	Hospital general	68	45,03
3	Hospital de especialidad	4	2,65
4	Otra	21	13,91
Total frecuencias		151	100,00

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

Figura 5.4 **Histograma del tipo de unidad médica**

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

El tipo de unidad médica donde se atendió a los pacientes predomina claramente el Hospital General de Culiacán (45.03%) seguido del Centro de Salud (38.41%), la media se ubica en el 1.92, poco menos del 50% de las cuatro opciones y que corresponde en la escala de medición en su mayor parte al hospital general.

El polígono de frecuencias también muestra una curva asimétrica positiva, donde la mayoría de los casos se ubican a la derecha de la media y que explican que la atención se centró en el Hospital General.

La Tabla 5.8 presenta el tipo de servicio médico que recibió el paciente, esto es: *atención primaria, consulta externa o servicios de hospitalización*, misma que tiene interrelación con las preguntas anteriores ya que en los resultados que se analizan a continuación se observa la contribución del sistema a evitar a las personas gastos en la atención de su salud.

Tabla 5.8 **Tipo de servicio al que acudió**

Nº variable	Denominación	Nº de casos	Media aritmética	Desviación estándar	Máximo	Mínimo
5	Tipo de servicio a que acudió para recibir atención médica	151	2.34	0.93	4.00	1.00

Código	Significado	Frecuencias	%
1	Urgencias	33	21,85
2	Hospitalización programada	49	32,45
3	Consulta externa	54	35,76
4	Prevención	15	9,93
Total frecuencias		151	100,00

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

El tipo de servicio a que acudió el paciente para recibir atención médica predomina la consulta externa (35.76%) y la hospitalización programada (32.45%), aunque el caso de urgencias sigue siendo significativo (21.85%).

Como se observa en los resultados estadísticos, el beneficio por la cobertura en salud ha aportado efectos satisfactorios tanto en la calidad de vida del paciente como en la disminución de gastos catastróficos en salud; si la atención de un servicio urgente representa un gasto enorme para el ciudadano, una intervención quirúrgica permea la economía de las familias, sin contar con los efectos secundarios que trae consigo la incapacidad para desempeñar la actividad respectiva.

Para mayor entendimiento y facilidad de la interpretación en el análisis de resultados, en la presente investigación se utilizan dos tipos de tabulaciones: la *tabulación simple* que consiste en el conteo de una variable y la *tabulación cruzada* la cuál radica en tabular dos variables simultáneamente, es útil para estudiar posibles relaciones entre las variables y determinar el impacto que cada una realiza sobre la otra, acompañadas de sus respectivas distribuciones de frecuencia, porcentajes y otras formas de presentación, según sea necesario.

5.2 Las Políticas públicas en salud y su cobertura universal en Culiacán

En este apartado se proporciona respuesta a la pregunta número uno de esta investigación: *¿Cuál es origen, características, conceptos, marco legal y los procesos para establecer las Políticas Públicas en materia de Salud en México, y qué avances en cobertura se han observado en su aplicación en Culiacán?*

Para ello, en el Capítulo III de esta investigación se analizaron las Políticas Públicas en Salud que se han implementado legalmente en México a partir de los hechos armados que cimbraron a nuestro país durante la Revolución de 1910, acontecimientos que fijaron las bases para sembrar en la Constitución los denominados derechos sociales y de allí cimentar el derecho del trabajo, de la seguridad social, educación, agrario y el de la *salud*.

Al estudiar el origen, características, marco legal y los procesos para establecer las *políticas públicas en salud*, así como la integración del sistema de salud en México y analizar de manera general la Ley del Seguro Social y la Ley del ISSSTE en el capítulo señalado se cumple con el objetivo número uno de este trabajo de investigación en lo que respecta a la parte teórica: *Enunciar y analizar las políticas públicas en salud implementadas en México que han permitido instrumentar la cobertura universal en salud y estimar los avances en cobertura en Culiacán, Sinaloa y México.*

En el 2009, el presidente Felipe Calderón con motivo del Tercer Informe de Gobierno que presentó ante el Congreso de la Unión, *ratificó su compromiso de que antes de terminar el sexenio, México alcanzará la cobertura universal de salud, es decir, que todos los ciudadanos tendrán acceso a médico, medicinas y tratamiento. La salud no puede ser privilegio para quienes pueden pagarla, sino que debe estar al alcance de todos los mexicanos por igual, por ello, del 2006 a la fecha se ha aumentado el presupuesto en ese rubro en un 50 por ciento y este año se ejercerán alrededor de 350 mil millones de pesos, subrayó.*

En efecto, uno de los principios del SPSS y la base que sustenta su creación es la *universalidad* de los servicios médicos a la población, para lo cual con fin de fortalecer la infraestructura médica de alta especialidad y su acceso o disponibilidad regional la Secretaría de Salud mediante estudios técnicos determinó hacer participar a aquellas unidades médicas públicas federales o locales que por sus características fortalecieran al sistema, para ello se destinaron vía presupuesto de egresos y producto de los impuestos de los contribuyentes grandes cantidades de recursos para hacer realidad los objetivos.

La Tabla 5.9, muestra resultados estadísticos que refieren que en México, se ha alcanzado hasta el 31 de agosto de 2010 una cobertura en salud equivalente a un 90.96 % de la población, toda vez que el número de afiliados en las diferentes instituciones de salud hasta esa fecha son un total de 101, 554.3 millones de habitantes afiliados.

**Tabla 5.9 Cobertura universal en salud en México
(en millones de habitantes) al 31 de agosto de 2010**

Referencia	Número	% afiliados
Derechohabientes IMSS	51, 258.6 ⁹⁷	50.4
Derechohabientes ISSSTE	9, 764.9 ⁹⁸	9.6
Afiliados al Seguro Popular	39, 050.7 ⁹⁹	38.4
Otras instituciones (Pemex, SDN, SM)	1, 452.1 ¹⁰⁰	1.4
Total afiliados	101, 554.3	100
Número de habitantes	112, 322.7 ¹⁰¹	
Habitantes sin cobertura	10,768.4	9.04
Cobertura universal en salud en México	90.96%	

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis a partir de información secundaria

La Tabla 5.10 a su vez, presenta los resultados en la cobertura del Estado de Sinaloa, en la Tabla se observa un total de 1, 924,416 afiliados a las diferentes instituciones de salud; al ser comparado con el número de habitantes se tiene una cobertura del 69.53%, quedando pendiente de afiliar al Seguro Popular poco más de un 30% de la población.

La siguiente Tabla (5.11), presenta los resultados de la cobertura de Culiacán, Sinaloa, se observa un total de 674,482 afiliados a las diferentes instituciones de salud; al ser comparado con el número de habitantes, 858,631 se tiene una cobertura del 75.8%, por lo que en el Municipio de Culiacán, queda mucho por hacer en materia de cobertura universal.

⁹⁷ Fuente: Instituto Federal de Acceso a la Información (IFAI).

⁹⁸ Fuente: IFAI

⁹⁹ Fuente: IFAI

¹⁰⁰ Fuente: IFAI

¹⁰¹ Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)

Tabla 5.10 Cobertura universal en salud en el Estado de Sinaloa al 31 de agosto de 2010

Referencia	Número	% del total de afiliados
Afiliados al IMSS	652, 023 ¹⁰²	55.2
Afiliados al ISSSTE	357, 988 ¹⁰³	13.3
Afiliados al Seguro Popular	894, 461 ¹⁰⁴	30.6
Otras instituciones (Pemex,SDN, SM)	19, 944 ¹⁰⁵	.7
Total afiliados	1, 924, 416	100.00
Número de habitantes	2, 767, 552¹⁰⁶	100.00
Habitantes sin cobertura	843,136	30.47
Cobertura universal en salud en Sinaloa	69.53%	

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis a partir de información secundaria

Tabla 5.11 Cobertura universal en salud en Culiacán, Sinaloa al 31 de agosto de 2010

Referencia	Número	% afiliados
Afiliados al IMSS	235, 935 ¹⁰⁷	57.01
Afiliados al ISSSTE	104, 942 ¹⁰⁸	16.12
Afiliados al Seguro Popular	196, 222 ¹⁰⁹	26.51
Otras instituciones (Pemex,SDN, SM)	2, 242 ¹¹⁰	.003
Total afiliados	674, 482	100.00
Número de habitantes	858, 631 ¹¹¹	100.00
Habitantes sin cobertura	184, 149	24.2
Cobertura universal en salud en Culiacán, Sinaloa.	75.8%	

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis a partir de información secundaria

Al respecto el Lic. Enrique Mendivil Pérez, Director del Seguro Popular en Sinaloa en entrevista concedida comenta lo siguiente:

En el municipio de Culiacán se observa un avance de un 98% en cobertura en salud, se espera que para el próximo año ya podemos tener el 100% de cobertura que es uno de los objetivos del sistema. Al cierre del cuarto trimestre de 2010 (septiembre), el Seguro Popular ha beneficiado a 337,132 familias y a 992,372 personas en 3599 localidades del Estado de Sinaloa; este dato incluye a 93,449 familias que también están incorporadas al Programa Oportunidades (P.O.) En lo que respecta al Municipio de Culiacán, la presencia del Seguro Popular está en 542 localidades y ha beneficiado a 71,001 familias y a 215,865 personas; dentro de esos beneficiarios 14,606 familias también están incorporadas al Programa Oportunidades (Tabla 5.12).

¹⁰² Información proporcionada por el Subdelegado en Culiacán del Instituto Mexicano del Seguro Social, Lic. Ricardo Mendoza Romo con fecha 27 de octubre de 2010.

¹⁰³ Fuente: IFAI

¹⁰⁴ Fuente: IFAI

¹⁰⁵ Fuente: IFAI

¹⁰⁶ Fuente: INEGI

¹⁰⁷ Información proporcionada por el Subdelegado en Culiacán del Instituto Mexicano del Seguro Social, Lic. Ricardo Mendoza Romo con fecha 27 de octubre de 2010.

¹⁰⁸ Fuente: IFAI

¹⁰⁹ Fuente: IFAI

¹¹⁰ Fuente: IFAI

¹¹¹ Fuente: INEGI

Tabla No. 5.12 **Familias y Personas beneficiados por el Seguro Popular en Sinaloa a septiembre de 2010**

Entidad/Municipio	Familias	Personas	Localidades	Familias en el P. O.
Sinaloa	337,132	992,372	3,599	93,449
Culiacán	71,001	215,865	542	14,606

Fuente: a partir de información proporcionada por el Lic. Enrique Mendivil Pérez

Ante todo esto y a manera de aclaración, los porcentajes de avance en materia de cobertura universal en salud que manejan las instituciones tanto a nivel federal, estatal y local no concuerdan con los resultados determinados en esta investigación; por una parte, los datos del número de derechohabientes del IMSS en Sinaloa y Culiacán, fue proporcionada por el Subdelegado en Culiacán, al efectuar una comparación con la información proporcionada por IFAI concretamente en el caso del Estado de Sinaloa, se observó una gran diferencia en el número de derechohabientes de esa institución; por otra parte el porcentaje de avance en cobertura universal en Culiacán del 95% expresado por el Director del Seguro Popular en Sinaloa y que no explica la forma de determinar ese resultado, tampoco concuerda con los resultados de esta investigación (75.8%).

En el Capítulo III de esta tesis en el apartado 3.9.1 denominado Principios y objetivos del SPSS, se razona el quinto objetivo, el cual busca dar cumplimiento efectivo al derecho a la protección de la salud para todo mexicano establecido en el artículo 4°. Constitucional al extender la protección social en salud para todos los mexicanos a través de la constitución de un nuevo sistema integrado por el IMSS, el ISSSTE y el SPSS, que incorporado a la información detallada en párrafos anteriores, se da respuesta a la pregunta número uno de este trabajo de investigación, planteada en el apartado 1.4 del Capítulo I denominado: ¿Cuál es origen, características, conceptos, marco legal, los procesos para establecer las Políticas Públicas en materia de Salud en México y qué avances en cobertura se han observado en su aplicación en México, Culiacán y Sinaloa?, asimismo se alcanza el objetivo número 1: *Enunciar y analizar las políticas públicas en salud implementadas en México que han permitido avanzar en la cobertura universal en salud*, contemplado en el apartado 1.6 del mismo capítulo. El objetivo se alcanzó con los resultados enmarcados en las Tablas 5.9, 5.10 y 5.11, en ellos se observa que en México, Sinaloa y Culiacán se ha avanzado en la cobertura universal en salud a través de las diferentes instituciones de salud pública establecidas en México.

La información anterior, permitió verificar completamente la hipótesis H1: *Las políticas públicas en salud implementadas en México y en Culiacán, Sinaloa han permitido avanzar en los últimos siete años en la cobertura universal en servicios de salud*. Sin embargo, mientras no se garantice la calidad y calidez de la atención médica, con servicios del más alto nivel como un derecho, la cobertura universal en salud no es suficiente.

5.3 Propósitos del seguro Popular y percepción de los usuarios en Culiacán

En este apartado se pretende dar respuesta a la pregunta número dos de este trabajo de investigación: ¿Cuál es el origen y propósitos del Seguro Popular en México y cuál es la opinión de los usuarios del sistema respecto a los servicios médicos y del personal y qué beneficio socioeconómico han obtenido con su afiliación?

En el Capítulo III de este trabajo de investigación, se detallan y describen las causas que originaron la creación del SPSS así como los objetivos, propósitos, planes, costos y otros conceptos para llevar a cabo la protección en salud a las mayorías de la población; al cubrir la información referida en el mencionado capítulo se cumple con el *objetivo número dos* en lo que se refiere a la parte teórica: *Analizar y explicar los principios y objetivos del SPSS en México y evaluar y estimar la opinión de los usuarios respecto al servicio recibido de parte del médico y del personal así como los efectos de su inversión en referencia al gasto de bolsillo en atención médica y medicamentos a partir de su afiliación.*

Para complementar el objetivo señalado en el párrafo anterior, se buscó captar la opinión de los usuarios encuestados, para ello el cuestionario contiene preguntas para los dos tipos de variables: se utilizaron como Variables Dependientes: 1) *atención médica*, 2) *de personal* y 3) *reducción del gasto de bolsillo* y como Variables Explicativas: frecuencia de consulta, tiempo de espera, negativa en atención, tiempo de estar afiliado, unidad médica en que recibió el servicio, el surtido de medicamentos y quejas; los Tablas y figuras siguientes concentran los resultados de los análisis de *tabulación simple* y *tabulación cruzada* con las variables explicativas correspondientes..

1) *Calidad en el servicio de atención médica*

La *calidad de la atención médica que recibió el paciente* se muestra en la Tabla 5.13 y en la Figura 5.5, una de las variables formuladas en la encuesta con opciones de respuesta formuladas de manera sencilla se efectuó con el fin de interpretar más claramente la percepción del paciente entrevistado; la Tabla 5.13 exhibe las deducciones.

Tabla 5.13 ¿Cómo fue la atención médica recibida?

Nº variable	Denominación	Nº de casos	Media aritmética	Desviación estándar	Máximo	Mínimo
7	En términos generales, ¿Cómo fue la atención médica que recibió?	151	3.87	0.76	5.00	1.00

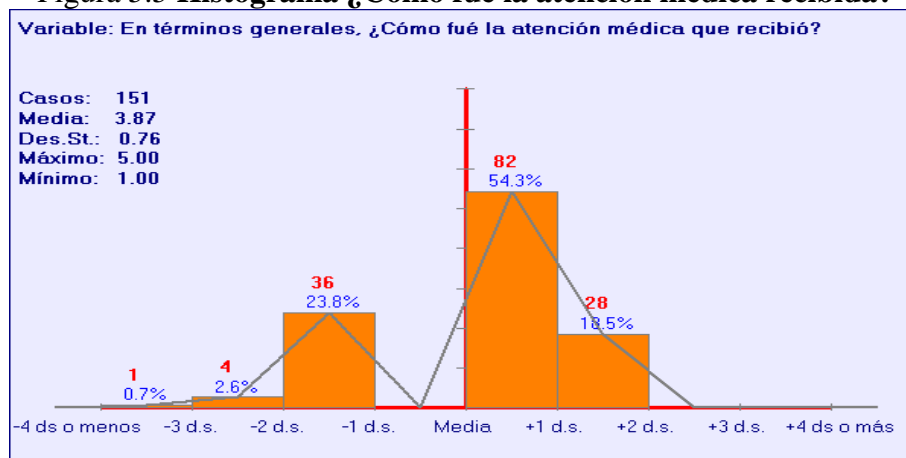
Código	Significado	Frecuencias	%
1	Muy mala	1	0,66
2	Mala	4	2,65
3	Regular	36	23,84
4	Buena	82	54,30
5	Muy buena	28	18,54
	Total frecuencias	151	100,00

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

a) *Tabulación simple*

Al efectuar un recuento total de las respuestas del conjunto de los individuos consultados (muestra) a todas y cada una de las preguntas del cuestionario relacionadas con la apreciación de la atención médica recibida por los pacientes del seguro popular, se observa que en su mayoría (54.30%) afirma que en términos generales la atención fue buena, el 18.54% menciona que fue muy buena y el 23.84 dice que fue regular. Cabe destacar que un mínimo porcentaje (0,7%) afirma que fue muy mala y el 2,65% afirma que fue mala.

Figura 5.5 Histograma ¿Cómo fue la atención médica recibida?



Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

La distribución de la curva es asimétrica negativa, ya que el 72.8% de los casos se ubica a la derecha de la media.

Resulta sorprendente observar los resultados anteriores tomando en consideración comentarios de la gente y de los medios de comunicación; ya que se muestra el cumplimiento de uno de los objetivos del sistema: servicios médicos de calidad; mismo que se ve reflejado en las respuestas de los entrevistados, el bajo porcentaje de mala atención a muy mala, es mínimo en relación a la muy buena, buena o regular.

— Tiempo de espera

Por otra parte el *tiempo de espera* invertido de parte del paciente forma parte de la calidad de la atención, los resultados del *tiempo de espera en la atención médica* se muestran en la Tabla 5.14 y en la Figura 5.6, es un cuestionamiento que refleja en principio la calidad de los servicios en una institución de salud; el acceso y el tiempo de espera de los pacientes con un médico o clínica particular resultaría intolerable, en un servicio como el que presta el Seguro Popular al que acuden una mayor cantidad de pacientes, resultaría obvio observar una tardanza en el servicio, a continuación se presentan los resultados.

En los resultados de *tiempo de espera* de atención médica, la apreciación es muy uniforme, ya que las frecuencias son muy similares, pero se coincide que en su mayoría (26,49%) es de más de una hora y el 25.83% de una hora, aunque otro segmento del otro extremo (24,5%) manifiesta que es de 15 minutos.

La característica de la curva formada en el polígono de frecuencias es ligeramente asimétrica negativa, ya que el 52.3% se ubica a la derecha de la media. Los objetivos fijados por el programa del Seguro Popular son la identificación de los niveles de satisfacción respecto a los servicios recibidos, nivel de conocimiento de los beneficios del sistema y atributos de los servicios recibidos, se presume de acuerdo a estos resultados una tardanza seria en la atención del paciente tomando en consideración la alta inversión de recursos asignada al sistema, pero podría explicarse debido al número de personas afiliadas, por la saturación de los nosocomios o por fallas en la canalización de los pacientes.

Tabla 5.14 **Tiempo de espera de atención médica**

Nº variable	Denominación	Nº de casos	Media aritmética	Desviación estándar	Máximo	Mínimo
6	Tiempo de espera de atención médica	151	2.54	1.13	4.00	1.00

Código	Significado	Frecuencias	%
1	Menos de 15 minutos	37	24,50
2	Hasta 30 minutos	35	23,18
3	1 hora	39	25,83
4	Más de 1 hora	40	26,49
	Total frecuencias	151	100,00

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa.

Figura 5. 6 **Histograma del tiempo de espera de atención médica**

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa.

En referencia a lo anterior el Lic. Enrique Mendivil Pérez, Director del Seguro Popular en Sinaloa, comenta:

Mediante una regionalización hecha por la Dirección General de Planeación y Desarrollo se determina la distancia que hay entre cada usuario y cada centro de salud y se le asigna el centro de salud más cercano y ahí tiene que ir al centro de atención de primer nivel.

Para ello existe una coordinación entre los mismos hospitales denominada redes de servicios (las redes de servicios ya fueron comentadas en el capítulo III de este trabajo de investigación en el subtema: 3.5.3. Implementación de Políticas Públicas, al analizar el tema: policy network <redes de política pública>; es un trabajo interno de los hospitales que funciona mediante el cual canalizan a un paciente de un hospital o centro de salud a otro, el abastecimiento de medicamentos y diferentes necesidades pero es un sistema interno. Esta dirección de redes era anteriormente la Dirección de Atención Médica pero se modificó por la operación de la misma, es la que opera todos los servicios de salud de Sinaloa y que está adscrita al Gobierno del estado de Sinaloa independientemente del IMSS y otras instituciones. De la misma forma, a estas instituciones les corresponde la capacitación del personal dentro del sistema de redes.

Al respecto, el Dr. David Rubio Payán, Director del Hospital General de Culiacán Señala que los sistemas de redes se aplican para integrar y favorecer el sistema de salud en Sinaloa y se guía por las siguientes estrategias:

El Sistema de Redes está fundamentado en tres pilares:

1. Oportunidad de atención del Primer nivel: *Mejorando la oportunidad de atención y la capacidad de respuesta de los centros de salud en coordinación con los hospitales integrales, brindándoles más capacidad de decisión en base a datos y estableciendo un vínculo claro con las unidades administrativas hospitalarias y centrales.*
2. Normalización de procedimientos técnico médicos: *Si bien existen las normas oficiales mexicanas, necesitamos implantar la observancia, medición y estandarización de mejores prácticas con el uso de guías clínicas de fácil interpretación y acceso, que atraviesen toda la estructura de prestación de servicios (en redes), de acuerdo a la competencia técnica de cada nivel de atención*
3. Fortalecimiento del control gerencial: *en donde el personal directivo de oficinas centrales les permita tomar decisiones oportunas en base a evidencias, al recabar información, analizar los datos y acudir al lugar de los hechos en donde se prestan directamente los servicios.*

El objetivo del sistema de redes es implantar un modelo de prestación de servicios de salud con enfoque de Sistema de Redes, que garantice la oportunidad, la suficiencia y la normalización, en todo el ciclo de atención a la salud, tanto de las personas como de la comunidad, en el Estado de Sinaloa.

— Medicamentos recetados

De la misma manera, el cuestionario observa resultados en la pregunta *¿el médico le recetó algún medicamento?*, tiene que ver con la calidad del servicio; se correlaciona con otra pregunta del cuestionario: si hubo medicamento y *¿te lo surtieron?*, las respuestas se encuentran en la Tabla 5.15 y Figura 5.7:

Tabla 5.15 ¿El médico le recetó un medicamento?

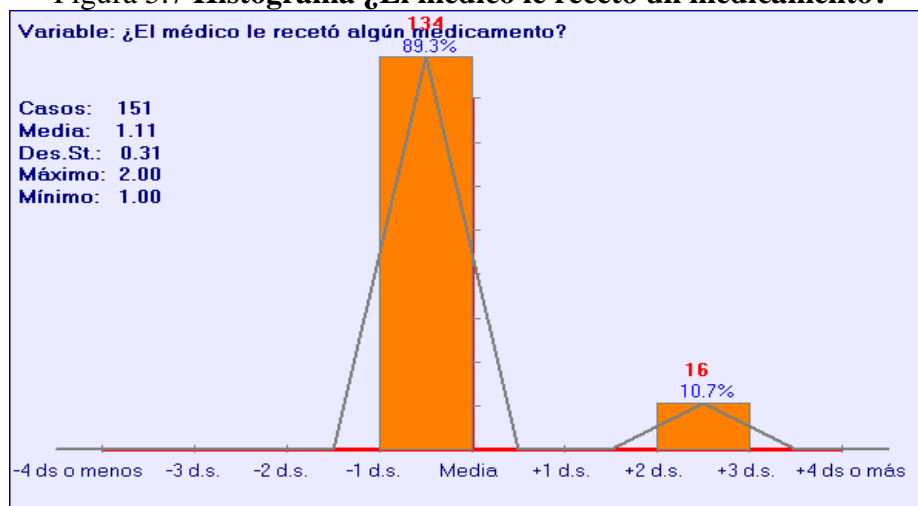
Nº variable	Denominación	Nº de casos	Media aritmética	Desviación estándar	Máximo	Mínimo
8	¿El médico le recetó algún medicamento?	150	1.11	0.31	2.00	1.00
Código	Significado		Frecuencias		%	
1	Si		134		89,33	
2	No		16		10,67	
	Total frecuencias		150		100,00	

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa.

En el total de frecuencias se obtuvieron 150 respuestas, únicamente uno de ellos no posee el atributo de la pregunta o no respondió.

En lo referente a si el médico recetó algún medicamento, el 89.33% coincide en que sí y el 10.67% dijo que no se le había recetado medicamento, lo cual muestra una distribución de la curva asimétrica positiva, de forma leptocúrtica (altamente concentrada), que indica que la mayoría respondió que *sí* se le había recetado algún medicamento.

Figura 5.7 Histograma ¿El médico le recetó un medicamento?



Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

Una de las cargas financieras mas significativas para las personas afectadas en salud es el gasto en medicamentos, sobre todo en la población no asegurada, los datos que muestra la Encuesta Nacional de Salud de 1994 misma que reportó que del total de las personas que requirieron de los servicios de la Secretaria de Salud, 53.4% y un 8.5% de los usuarios de los servicios de seguridad social adquirieron sus medicamentos en farmacias privadas lo que observa una falta de acceso a los medicamentos por parte de los usuarios de los servicios de salud y representa como consecuencia un gasto de bolsillo.

— Surtido de medicamentos

En los resultados que se analizaron anteriormente, la mayoría de los pacientes afirma que sí les recetaron algún medicamento, habría que correlacionar este resultado con la pregunta siguiente: *¿le surtieron los medicamentos?* (Tabla 5.16, Figura 5.8), uno de los motivos de insatisfacción de los usuarios hacia los servicios de salud es la falta de abasto de medicamentos de la institución, ya que representa como se señaló anteriormente *gasto de bolsillo* trayendo como consecuencia pagar una proporción mayor de sus ingresos; es de notar en la práctica la demanda creciente de medicamentos por parte de los usuarios de los servicios de salud que ha traído consigo un efecto en su manejo y distribución, generando un desabasto en las unidades de atención y por consecuencia afecta seriamente las condiciones de salud o el bolsillo del afectado. Los resultados se plasman en la Tabla siguiente:

En el total de frecuencias se obtuvieron 139 respuestas, ya que doce de ellos no poseen el atributo de la pregunta o no respondieron. Las frecuencias de las afirmaciones son muy similares, el 41.01% afirma que sí le surtieron los medicamentos y el 39.57% afirma que no se los surtieron. El 19.42 afirma que surtieron el medicamento por fuera.

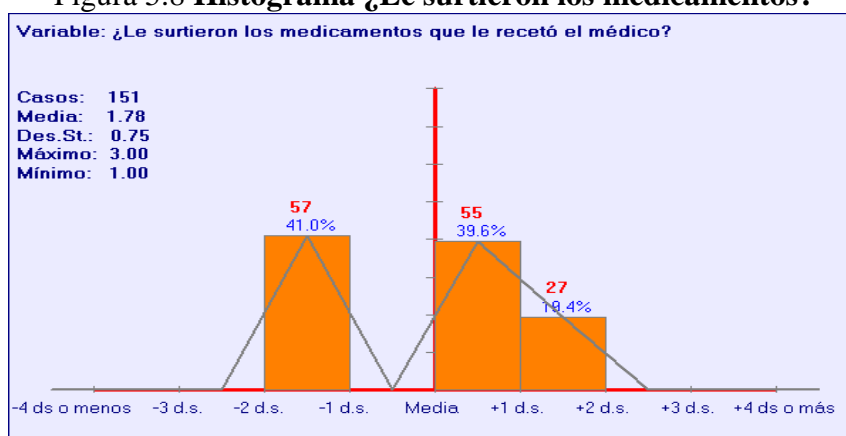
La distribución de la curva es asimétrica positiva, ya que el 59% se encuentra a la derecha de la media, situación que permite distinguir una ineficiencia en el servicio de surtido de medicamentos.

Tabla 5.16 ¿Le surtieron los medicamentos?

Nº variable	Denominación	Nº de casos	Media aritmética	Desviación estándar	Máximo	Mínimo
9	¿Le surtieron los medicamentos que le recetó el médico?	139	1.78	0.75	3.00	1.00
Código	Significado	Frecuencias		%		
1	Si	57		41,01		
2	No	55		39,57		
3	Se surtió medicamento por fuera	27		19,42		
Total frecuencias		139		100,00		

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

Figura 5.8 Histograma ¿Le surtieron los medicamentos?



Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

Con la finalidad de dar respuesta a la falta de acceso a los medicamentos por parte de la población más vulnerable económicamente, entre otras razones, se creó el Seguro Popular, que tiene en una de sus metas garantizar el abasto oportuno de medicamentos que conforman el cuadro básico ya que es uno de los rubros del gasto en salud más significativos, sin embargo las respuestas de los entrevistados es más que elocuente, casi el 40 % manifestaron que no se les surtió el medicamento lo que representa una seria debilidad en los servicios que presta el Seguro Popular.

Al respecto el Lic. Enrique Mendivil Pérez, Director del Seguro Popular en Sinaloa en entrevista comenta lo siguiente:

En el abasto de medicamento se generó un gran problema que se solucionó mediante el proyecto de farmacias subrogadas, es decir se le paga a una empresa para que le entregue el medicamento a los pacientes, eso nos vino a eliminar caducidades, a dejar de pagar personal para la distribución, dejar de pagar viáticos, gasolina, depreciación de automóviles, compra de automóviles, mantenimiento de automóviles, tener un almacén con personal.

Son medicamentos de patente o medicamentos genéricos, no manejamos medicamentos de baja calidad, por norma no los manejamos. El medicamento se empezó a entregar de manera oportuna al echar a andar este plan, por lo que actualmente tenemos un porcentaje de abasto en un 97 %. Esta anomalía en el abasto de medicamentos ha ido mejorando desde un 81, 82

hasta llegar a un porcentaje anterior. A través de este servicio somos 8 o 9 estados que lo proporcionamos y que han mejorado nuestros servicios de abasto, abaratando los costos.

Es de notar en los resultados la crisis que presenta el desabasto de medicamentos en los usuarios del Seguro Popular; de acuerdo al Director del Seguro Popular, ya está corregido el problema, sin embargo, los derechohabientes entrevistados comentaron:

Vemos disimulo y burla del gobierno, porque a través de este programa de atención médica que según ellos es popular nos vemos obligados a comprar medicamentos. Los pacientes y familiares afirman que en muchas de las ocasiones la medicina que sí abarca el Seguro Popular no está en existencia por lo que se ven obligados a buscarlas y comprarlas por otro lado. El hospital se niega a cubrir el dinero que gastaron en ese medicamento que necesariamente tuvieron que comprar.

— *Negativa en la atención*

Una de las causas de suspensión de los servicios del Seguro Popular es cuando no se cubre la cuota familiar en la forma y fecha establecida o cuando se incorpore el jefe de familia a una institución de seguridad social, haga mal uso de la credencial o realice acciones en perjuicio de los propósitos que persiguen el sistema o afecte los servicios de terceros; la variable número doce del cuestionario tiene que ver con lo siguiente *¿alguna vez le han negado atención médica?*, la Tabla 5.17 y Figura 5.9 nos define la opinión de los usuarios al respecto.

Tabla 5.17 ¿Alguna vez le han negado atención médica?

Nº variab le	Denominación	Nº de casos	Media aritmética	Desviación estándar	Máximo	Mínimo
12	¿Alguna vez le han negado la atención médica?	151	1.95	0.21	2.00	1.00
Código	Significado			Frecuencias		%
1	Si			7		4,64
2	No			144		95,36
	Total frecuencias			151		100,00

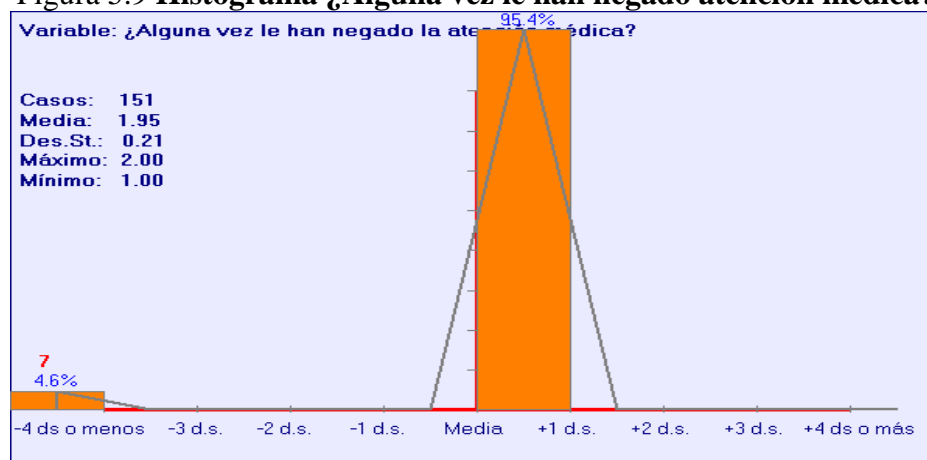
Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

En el cuestionamiento anterior se observa que en su mayoría (95.36%) manifestó que no le han negado atención y tan solo el 4,64% (7 casos) manifestaron que sí se les ha negado la atención médica, los resultados hacen suponer que al no negar el servicio a los pacientes se brinda una buena atención.

La característica de la curva del polígono de frecuencias es leptocúrtica, altamente concentrada en el *no* a la negativa de atención médica.

Se desconocen las causas de la negativa a la atención médica en el Seguro Popular, ya que no forma parte de los propósitos de esta investigación; sin embargo, el contacto con los usuarios permite determinar resultados en esta materia ya que más del 95% de los entrevistados no han tenido problemas respecto a la atención.

Figura 5.9 Histograma ¿Alguna vez le han negado atención médica?



Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

— Quejas del servicio

En cualquier tipo de servicio que las personas reciben, siempre existirá una queja, la siguiente variable (Tabla 5.18 y Figura 5.10) tiene que ver precisamente con ello *¿alguna vez ha presentado alguna queja por los servicios que ofrece el Seguro Popular?*

Tabla 5.18 ¿Alguna vez ha presentado queja?

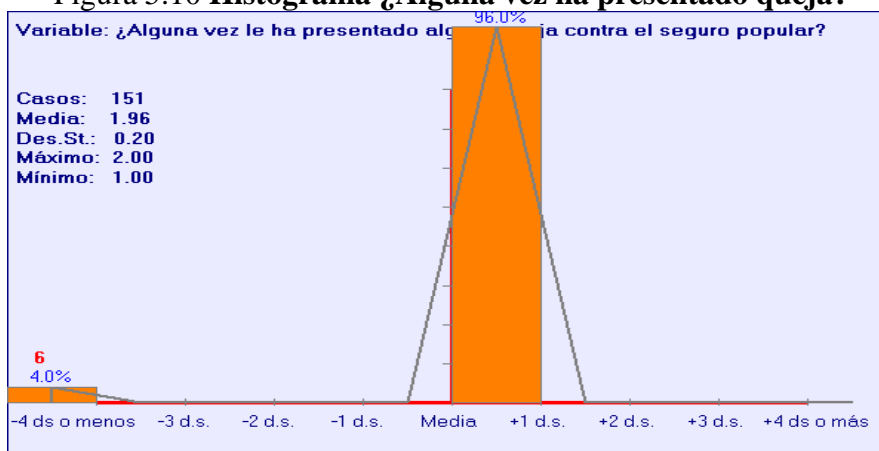
Nº variable	Denominación	Nº de casos	Media aritmética	Desviación estándar	Máximo	Mínimo
13	¿Alguna vez le ha presentado alguna queja contra el seguro popular?	151	1.96	0.20	2.00	1.00
Código	Significado	Frecuencias		%		
1	Si	6		3,97		
2	No	145		96,03		
Total frecuencias		151		100,00		

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

La variable relativa a si alguna vez ha presentado alguna queja contra el seguro popular se observa que en su gran mayoría (96.03%) no lo ha hecho y tan solo un 3.97% si lo hizo. Los resultados gráficos de las respuestas obtenidas en este trabajo de investigación son objetivos ya que la mayoría de los entrevistados no presentaron quejas sobre el servicio.

La característica de la curva del polígono de frecuencias es leptocúrtica con asimetría negativa, altamente concentrada en el *no* como respuesta a la presentación de alguna queja en contra del seguro popular.

Figura 5.10 Histograma ¿Alguna vez ha presentado queja?



Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

El Lic. Enrique Mendivil al comentar en su entrevista sobre las quejas o negativa en la atención comenta:

Las queja que más se presenta es cuando algún tipo de enfermedad no la cubre el Seguro popular, es una queja que desgraciadamente no podemos atender, ya que existen enfermedades que tienen demanda pero que no se incorporan al catálogo de enfermedades del sistema, tales como enfermedades cardiacas (infartos), las crónico degenerativas, cuidados intensivos, diálisis, hemodiálisis, (los que se atendían con esos padecimientos hasta 2006 siguen siendo atendidos, pero a partir de 2007 ya no se atiende a ninguna persona con este tipo de problemas). Otra queja es que no puede llegar un paciente a exigir un servicio si no reúne previamente los requisitos. Para que se le atienda es necesario traer la orden de un médico del seguro popular, igual en el caso del surtido de medicamentos tiene que traer una receta para poderlo surtir. Esa es la causa de las negativas, no se puede ofrecer un servicio si no hay previamente la firma de un convenio. Cuando un paciente desea contratar los servicios del seguro popular se le realiza un estudio socioeconómico para determinar el decil y la cuota que cubrirá por los servicios médicos, si el estudios socioeconómico dice que no va a pagar nada, es gratuito, si no cubre los requisitos no hay manera de afiliarlo, además el servicio es voluntario, no se obliga a nadie a contratarlo.

En anteriores renglones se observó que una de las debilidades más notorias del Seguro Popular es el desabasto de medicamentos, otra falla objetiva es el deterioro de los hospitales y clínicas, el personal insuficiente y en algunas ocasiones la falta de insumos para operar, sin embargo las quejas son mínimas; existen encuestas practicadas por la misma institución ubican al programa como uno de los más reconocidos entre la ciudadanía en cuanto a los beneficios que representa ya que muestran altos índices de satisfacción.

b) Tabulación cruzada

Para complementar los resultados de la Tablas y Figuras anteriores al captar la opinión de los usuarios encuestados en relación a la calidad de la *atención médica* y a la *satisfacción de los usuarios en la atención*, se procedió a obtener resultados provenientes de tabulaciones cruzadas¹¹² para determinar las relaciones de dependencias (causa-efecto) entre variables

¹¹² *Tabulación cruzada* es un procedimiento estadístico que describe dos o más variables simultáneamente; el investigador formularía preguntas que relacionan las primeras variables con otras más, las respuestas se obtienen

dependientes e independientes, por lo cual fueron contrastadas utilizando el Test de Ji (Chi ó Hi) Cuadrada de Pearson¹¹³, que permite medir el grado de asociación o dependencia entre dichas variables y probar *hipótesis* y como podrá constatarse en el análisis de los Tablas, el Test de la Ji cuadrada de Pearson arroja valores de $p=$, niveles de significación menor igual a .05 y .01, en la cual se muestran altos niveles de significación, asociación o dependencia lo cual corresponde al complemento porcentual de la confianza, al indicarnos que existe correlación entre las variables dependientes y explicativas significativas.

La Tabla 5.19 concentra los resultados de la variable dependiente *atención médica* y muestra resultados cuantitativos en tabulación cruzada con algunas variables explicativas de la siguiente manera.

Tabla 5.19 Concentración de variables dependientes y explicativas H2 (atención médica)

Variable dependiente (A explicar)		Variable Explicativa (Explicativa)	Test de la Ji cuadrada de Pearson
Nombre la variable	Num. Variable	Nombre la variable	Nivel de significación
¿Cómo fue la atención médica que recibió?	2	Frecuencia de consulta	(p = 0,0359)
	6	Tiempo de espera de atención médica	(p = 0,0379)
	9	¿Le surtieron los medicamentos que le recetó el médico?	(p = 0,0115)
	12	¿Alguna vez le han negado la atención médica?	(p = 0,0503)
	13	¿Alguna vez le ha presentado alguna queja contra el seguro popular?	(p = 0,0000)

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa.

Tabla 5.20 Explicación de los niveles de significación de atención médica

Variable dependiente	Variable explicativa	Ji cuadrada con grados de libertad	Test de Ji cuadrada de Pearson	Confianza del usuario % (1-p)
Atención médica	1. Frecuencia	24	p=0.0359	96.41
	2. Tiempo de espera	12	p=0.0379	96.21
	3. Surtido medicamentos	8	P=0.0115	98.85
	4. Negativa atención	4	p=0.0503	94.97
	5. Quejas	4	p=0.0000	100.00

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis a partir de resultados de la investigación.

utilizando tabulaciones cruzadas; la tabulación cruzada es el vaciado en la misma tabla de la distribución de frecuencias de dos o más variables. Sirve para entender la relación de una variable, como la lealtad a una marca con otra, como el sexo (Malhotra, 2004: 438)

¹¹³ Kart Pearson (1857-1936), inventó en 1900 el método Ji cuadrada, procedimiento de inferencia estadístico de contraste que indica una suma de términos, una por cada celda de la tabla, la prueba compara los recuentos observados y los recuentos esperados en una tabla de contingencia y observa si las diferencias entre variables son estadísticamente significativas (Moore, 2000:613-621). De acuerdo a Santesmases (2007:236) el valor que se obtiene con este test se compara con el de la función de distribución estadística de la Ji cuadrada, para los mismos grados de libertad y un nivel de confianza dado; si el valor obtenido por el test es superior, se rechaza la hipótesis de independencia de las variables. Para que los resultados obtenidos mediante la aplicación de la prueba Ji cuadrada puedan ser aceptados, los niveles de significación normalmente empleados como referencia son el .05 y el .01.

La Tabla 5.20 refiere la interpretación de la tabulación cruzada señalada en la Tabla 5.19 partiendo de la variable dependiente *atención médica* y sus *variables explicativas*, detallando el porcentaje de confianza del usuario con respecto a los servicios.

Para ofrecer una más clara ilustración, las Tablas 5.20.1 al 5.20.5 refieren un análisis de cada uno de los niveles de significación en Hi Cuadrada de Pearson de la variable *atención médica* y sus variables explicativas (*frecuencia*, *tiempo de espera*, *surtido de medicamentos*, *negativa de atención* y *quejas*) mismos que encuentran concentrados en las Tabla 5.18 y 5.19, a continuación se ofrece una explicación de los resultados de cada una de las variables.

Aplicando la técnica explicada en los párrafos que anteceden, se observa la existencia de una relación de asociación entre las diferentes variables, en este caso variable *atención medica* y cada uno de los factores de clasificación ya que el valor de Hi (Ji) es superior al nivel de significación¹¹⁴ de $p=0.01$ (99% de confianza) y de un $p=0.05$ (95% de confianza), por el tipo de investigación se utilizarán estos niveles.

En el primer caso, la variable dependiente *atención médica* se contrastó con la variable explicativa *frecuencia de consulta* (Tabla 5.20.1) reflejando una $p=0.0359$, Ji cuadrada con 24 grados de libertad¹¹⁵, que refleja un nivel de significación aceptable del usuario de acuerdo a las distintas ocasiones que han visitado los nosocomios en un 96.41%.

Tabla 5.20.1 Nivel de significación de atención médica-frecuencia de consulta

En términos generales, ¿Cómo fue la atención médica que recibió?		Total muestra		Frecuencia de consulta													
				Ninguna vez		Una vez por mes		Entre dos y tres veces por mes		Entre tres y cinco veces por mes		Más de 5 veces por mes		Una vez al año		Otra	
Códi go	Categorías	Frecu encia s	% s/ muestr a	Frecu encia s	% s/ muestr a	Frecu encias	% s/ muestr a	Frecu encias	% s/ muestr a	Frecu encias	% s/ muestr a	Frecu encias	% s/ muestr a	Frecu encias	% s/ muestr a	Frecu encias	% s/ muestr a
1	Muy mala	1	0,67	0	0,00	0	0,00	1	2,78	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
2	Mala	4	2,67	0	0,00	3	3,90	0	0,00	0	0,00	1	33,33	0	0,00	0	0,00
3	Regular	36	24,00	2	28,57	11	14,29	11	30,56	2	66,67	1	33,33	4	33,33	5	41,67
4	Buena	82	54,67	4	57,14	53	68,83	15	41,67	1	33,33	1	33,33	3	25,00	5	41,67
5	Muy buena	27	18,00	1	14,29	10	12,99	9	25,00	0	0,00	0	0,00	5	41,67	2	16,67
	TOTAL	150	100,00	7	100,00	77	100,00	36	100,00	3	100,00	3	100,00	12	100,00	12	100,00
Ji cuadrada con 24 grados de libertad = 37,8473 (p = 0,0359)																	

Ji cuadrada con 24 grados de libertad = 37,8473 (p = 0,0359)

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa.

La variable dependiente *atención médica* se contrastó con explicativa *tiempo de espera* (Tabla 5.20.2) con la reflejando una $p=0.0379$, Ji cuadrada con 12 grados de libertad, que refleja un nivel de significación aceptable del usuario de acuerdo al tiempo en que los usuarios han sido

¹¹⁴ Se entiende por nivel de significación a la probabilidad de cometer un error del tipo I, es decir, rechazar la hipótesis cuando debería ser aceptada al ser verdadera. El nivel de confianza se obtiene por diferencia entre la unidad y éste, esto es (1- nivel de significación) que resulta ser $1-0.05=95\%$ o del $1-.01=99\%$ (Santesmases 2009: 527).

¹¹⁵ Grados de libertad, es el número de observaciones en el conjunto de datos de una muestra, que pueden variar libremente, una vez calculados los correspondientes estadísticos (Santesmases, 2009:520)

atendidos por el médico en las distintas ocasiones que han visitado los nosocomios reflejando una confianza en un 96.21%.

Tabla 5.20.2 Nivel de significación de atención médica-tiempo de espera

En términos generales, ¿Cómo fue la atención médica que recibió?		Total muestra		Tiempo de espera de atención médica							
				Menos de 15 minutos		Hasta 30 minutos		1 hora		Más de 1 hora	
Código	Categorías	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra
1	Muy mala	1	0,66	0	0,00	1	2,86	0	0,00	0	0,00
2	Mala	4	2,65	1	2,70	0	0,00	0	0,00	3	7,50
3	Regular	36	23,84	3	8,11	7	20,00	12	30,77	14	35,00
4	Buena	82	54,30	22	59,46	23	65,71	19	48,72	18	45,00
5	Muy buena	28	18,54	11	29,73	4	11,43	8	20,51	5	12,50
	TOTAL	151	100,00	37	100,00	35	100,00	39	100,00	40	100,00

Ji cuadrada con 12 grados de libertad = 21,9644 (p = 0,0379)

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

Igualmente, la variable *dependiente atención médica* se contrastó con la variable explicativa *surtido de medicamentos* (Tabla 5.20.3) reflejando una $p=0.0115$, Ji cuadrada con 8 grados de libertad, que refleja un nivel de significación aceptable del usuario al entregarles medicamentos en las distintas ocasiones que han visitado los nosocomios con una confianza de un 98.85%.

Tabla 5.20.3 Nivel de significación de atención médica-surtido de medicamentos

En términos generales, ¿Cómo fue la atención médica que recibió?		Total muestra		¿Le surtieron los medicamentos que le recetó el médico?					
				Si		No		Se surtió medicamento por fuera	
Código	Categorías	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra
1	Muy mala	1	0,72	0	0,00	1	1,82	0	0,00
2	Mala	4	2,88	2	3,51	2	3,64	0	0,00
3	Regular	33	23,74	6	10,53	17	30,91	10	37,04
4	Buena	73	52,52	35	61,40	30	54,55	8	29,63
5	Muy buena	28	20,14	14	24,56	5	9,09	9	33,33
	TOTAL	139	100,00	57	100,00	55	100,00	27	100,00

Ji cuadrada con 8 grados de libertad = 19,6994 (p = 0,0115)

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

En la variable explicativa *negativa de atención* (Tabla 5.20.4) se observa un Ji cuadrada con 4 cuatro grados de libertad, refleja una $p= 0.0503$, nivel de significación aceptable del usuario al no haberles ha negado la *atención médica* en las distintas ocasiones que han visitado los nosocomios reflejando una confianza de un 94.97% ligeramente abajo del 95% de confianza.

Tabla 5.20.4 Nivel de significación de atención médica-negativa de atención

En términos generales, ¿Cómo fue la atención médica que recibió?		Total muestra		¿Alguna vez le han negado la atención médica?			
				Si		No	
Código	Categorías	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra
1	Muy mala	1	0,66	0	0,00	1	0,69
2	Mala	4	2,65	0	0,00	4	2,78
3	Regular	36	23,84	5	71,43	31	21,53
4	Buena	82	54,30	2	28,57	80	55,56
5	Muy buena	28	18,54	0	0,00	28	19,44
	TOTAL	151	100,00	7	100,00	144	100,00

Ji cuadrada con 4 grados de libertad = 9,4715 (p = 0,0503)

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

Por último, la variable explicativa *quejas* (Tabla 5.20.5) se analiza un Ji cuadrada con 4 cuatro grados de libertad, que refleja una $p = 0.0000$, nivel de significación aceptable ya que los usuarios no han presentado *quejas* por el servicio recibido en las distintas ocasiones que han visitado los nosocomios resultando la confianza en un 100%.

Tabla 5.20.5 Nivel de significación atención médica-quejas de los usuarios

En términos generales, ¿Cómo fue la atención médica que recibió?		Total muestra		¿Alguna vez le ha presentado alguna queja contra el seguro popular?			
				Si		No	
Código	Categorías	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra
1	Muy mala	1	0,66	1	16,67	0	0,00
2	Mala	4	2,65	0	0,00	4	2,76
3	Regular	36	23,84	3	50,00	33	22,76
4	Buena	82	54,30	1	16,67	81	55,86
5	Muy buena	28	18,54	1	16,67	27	18,62
	TOTAL	151	100,00	6	100,00	145	100,00

Ji cuadrada con 4 grados de libertad = 27,7674 (p = 0,0000)

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa.

2) Calidad del servicio en atención del personal

De la misma forma, el *servicio de parte del personal* es otra variable que se hace patente en la Tabla 5.21 y la Figura 5.11 donde se presentan los resultados de la encuesta sobre la atención que ofrece el personal en una institución de salud: *¿Cómo fue la atención recibida de parte del personal de salud?*, naturalmente que el personal administrativo, enfermeras o asistentes forman parte del servicio por lo que la atención que éstos brindan es de gran importancia, la Tabla siguiente refleja los resultados a esta pregunta.

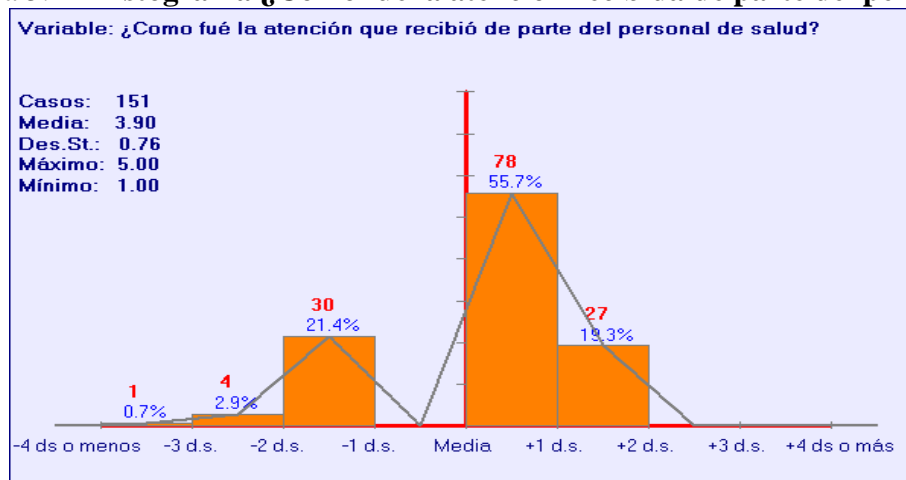
a) *Tabulación simple*

Tabla 5.21 ¿Cómo fue la atención recibida de parte del personal?

Nº variable	Denominación	Nº de casos	Media aritmética	Desviación estándar	Máximo	Mínimo
10	¿Cómo fue la atención que recibió de parte del personal de salud?	140	3.90	0.76	5.00	1.00
Código	Significado	Frecuencias		%		
1	Muy mala	1		0,71		
2	Mala	4		2,86		
3	Regular	30		21,43		
4	Buena	78		55,71		
5	Muy buena	27		19,29		
Total frecuencias		140		100,00		

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

Figura 5.11 Histograma ¿Cómo fue la atención recibida de parte del personal?



Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

En el total de frecuencias se obtuvieron 140 respuestas, diez de ellos no contestaron la pregunta. En lo que respecta a ¿cómo fue la atención que recibió de parte del personal de salud? la Tabla en mención observa que en su gran mayoría (55.71%) afirma que la atención fue buena, un 19.29% señala que fue muy buena y un 21.43% que fue regular y solo un bajo porcentaje (1 caso) afirma que fue muy mala y 4 casos afirman que fue mala.

Por otra parte, tenemos que la curva formada en el polígono de frecuencias es leptocúrtica y muestra características de asimetría negativa, donde la mayoría de los casos (75%) se ubica a la derecha de la media. Lo anterior refleja que en general los servicios que presta el personal de salud son de muy buena a regular; la OMS define el concepto *calidad* como el logro de un *alto nivel de excelencia* profesional y de satisfacción del paciente, la existencia de mínimos riesgos y el uso eficiente de los recursos.

El interés en la calidad de la atención médica en México tiene su origen en el malestar que expresan los usuarios del servicio en las diferentes instituciones públicas de salud, pero también en el deseo de disminuir las desigualdades más graves que se observan en el sistema de salud como lo es la cobertura y la calidad de los servicios; la satisfacción del paciente es al mismo tiempo objetivo y resultado de la atención.

b) Tabulación cruzada

La Tabla 5.22 concentra los resultados de las variables dependientes *atención del personal* y muestra resultados cuantitativos en tabulación cruzada con algunas variables explicativas de la siguiente manera.

**Tabla 5.22 Concentración de variables dependientes y explicativas H2
(atención del personal)**

Variable dependiente (A explicar)		Variable Explicativa (Explicativa)	Test de la Ji cuadrada de Pearson
Nombre la variable	Num.. Variable	Nombre la variable	Nivel de significación
¿Cómo fue la atención que recibió de parte del personal de salud ?	1	Tiempo de estar afiliado al Seguro Popular	(p = 0,0002)
	4	Tipo de unidad médica en que se atendió	(p = 0,0229)
	6	Tiempo de espera de atención médica	(p = 0,0066)
	9	¿Le surtieron los medicamentos que le recetó el médico?	(p = 0,0414)

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa.

Para complementar la información referente a la atención que brinda el personal, la Tabla 5.23 también explica por separado la variable dependiente *atención del personal* con sus variables explicativas (*afiliación, unidad médica, tiempo de espera y surtido de medicamentos*), así como el porcentaje de confianza del usuario determinado al restarle a la unidad (1-p) el nivel de significación de cada una de las variables; las Tablas 5.23.1 al 5.23.4 ofrecen una explicación de cada uno de los resultados de la tabulación.

Tabla 5.23 Explicación de los niveles de significación de atención del personal

Variable dependiente	Variable explicativa	Ji cuadrada con grados de libertad	Test de Ji cuadrada de Pearson	Confianza del usuario % (1-p)
Atención del personal	1. Afiliación	20	p=0.0002	99.98
	2. Unidad médica	12	p=0.0229	97.71
	3. Tiempo de espera	12	P=0.0066	99.34
	4. Surtido medicamentos	8	P=0.0414	95.86

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis a partir de resultados de la investigación

La Tabla 5.23.1 muestra la variable dependiente *atención del personal* contrastada con la variable explicativa *tiempo de estar afiliado*; en su contenido se observa a Ji cuadrada con 20 grados de libertad y una p=0.0002 de nivel de significación aceptable ya que los usuarios al afiliarse al sistema pueden opinar acerca de los servicios que ofrecen los nosocomios resultando una confianza en el servicio de un 99.98 %.

Tabla 5.23.1 Nivel de significación atención del personal-afiliación

¿Como fue la atención que recibió de parte del personal de salud?		Tiempo de estar afiliado al Seguro Popular													
		Total muestra		Un mes o menos		De 1 a 3 meses		De 3 a 6 meses		De 6 a 12 meses		De 1 a 2 años		Más de 2 años	
Código	Categorías	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra
1	Muy mala	1	0,71	0	0,00	1	14,29	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
2	Mala	4	2,86	0	0,00	0	0,00	1	8,33	0	0,00	0	0,00	3	4,55
3	Regular	30	21,43	1	50,00	0	0,00	7	58,33	10	38,46	3	11,11	9	13,64
4	Buena	78	55,71	1	50,00	5	71,43	3	25,00	16	61,54	17	62,96	36	54,55
5	Muy buena	27	19,29	0	0,00	1	14,29	1	8,33	0	0,00	7	25,93	18	27,27
	TOTAL	140	100,00	2	100,00	7	100,00	12	100,00	26	100,00	27	100,00	66	100,00

Ji cuadrada con 20 grados de libertad = 51,1303 (p = 0,0002)

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa.

La variable dependiente *atención del personal* se muestra en la Tabla 5.23.2, se contrastó con la variable explicativa *unidad médica*; se observa a Ji cuadrada con 12 grados de libertad y una $p=0.0229$ de nivel de significación aceptable ya que los usuarios al acudir a las distintas clínicas pueden opinar acerca de los servicios que ofrece el sistema, resultando una confianza en el servicio de un 97.71 %.

Tabla 5.23.2 Nivel de significación atención del personal-unidad médica

¿Como fue la atención que recibió de parte del personal de salud?		Tipo de unidad médica en que se atendió									
		Total muestra		Centro de salud		Hospital general		Hospital de especialidad		Otra	
Código	Categorías	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra
1	Muy mala	1	0,71	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	5,56
2	Mala	4	2,86	4	7,27	0	0,00	0	0,00	0	0,00
3	Regular	30	21,43	9	16,36	15	23,81	1	25,00	5	27,78
4	Buena	78	55,71	31	56,36	38	60,32	0	0,00	9	50,00
5	Muy buena	27	19,29	11	20,00	10	15,87	3	75,00	3	16,67
	TOTAL	140	100,00	55	100,00	63	100,00	4	100,00	18	100,00

Ji cuadrada con 12 grados de libertad = 23,6221 (p = 0,0229)

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa.

De la misma forma la Tabla 5.23.3 muestra la variable dependiente *atención del personal* con la variable explicativa *tiempo de espera*, observa a Ji cuadrada con 12 grados de libertad y una $p=0.0066$ de nivel de significación aceptable ya que los usuarios al acudir a las distintas clínicas opinan acerca del tiempo en que fueron atendidos, resultando una confianza en el servicio de un 99.34%.

La Tabla 5.23.4 muestra la variable dependiente *atención del personal* con la variable explicativa *surtido de medicamentos*, observa a Ji cuadrada con 8 grados de libertad y una $p=0.0414$, nivel de significación aceptable ya que los usuarios al acudir a las distintas clínicas opinan acerca de la eficiencia en que se surtieron los medicamentos, resultando una confianza en el servicio de un 95.86 %.

Tabla 5.23.3 Nivel de significación atención del personal-tiempo de espera

¿Como fue la atención que recibió de parte del personal de salud?		Tiempo de espera de atención médica									
		Total muestra		Menos de 15 minutos		Hasta 30 minutos		1 hora		Más de 1 hora	
Código	Categorías	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra
1	Muy mala	1	0,71	0	0,00	1	3,23	0	0,00	0	0,00
2	Mala	4	2,86	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	10,26
3	Regular	30	21,43	6	16,67	3	9,68	9	26,47	12	30,77
4	Buena	78	55,71	18	50,00	23	74,19	21	61,76	16	41,03
5	Muy buena	27	19,29	12	33,33	4	12,90	4	11,76	7	17,95
	TOTAL	140	100,00	36	100,00	31	100,00	34	100,00	39	100,00
Ji cuadrada con 12 grados de libertad = 27,4615 (p = 0,0066)											

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa.

Tabla 5.23.4 Nivel de significación atención del personal-surtido de medicamentos

¿Como fue la atención que recibió de parte del personal de salud?		Total muestra		¿Le surtieron los medicamentos que le recetó el médico?					
				Si		No		Se surtió medicamento por fuera	
Código	Categorías	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra
1	Muy mala	1	0,72	0	0,00	1	1,82	0	0,00
2	Mala	4	2,90	1	1,79	1	1,82	2	7,41
3	Regular	30	21,74	7	12,50	16	29,09	7	25,93
4	Buena	76	55,07	32	57,14	33	60,00	11	40,74
5	Muy buena	27	19,57	16	28,57	4	7,27	7	25,93
	TOTAL	138	100,00	56	100,00	55	100,00	27	100,00
Ji cuadrada con 8 grados de libertad = 16,0683 (p = 0,0414)									

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa.

De acuerdo a la información reflejada en cada una de las Tablas, las variables dependientes *atención médica* y *atención del personal* al ser contrastadas con las diferentes variables (*frecuencia*, *tiempo de espera*, *afiliación*, *surtido de medicamentos*, *negativa de atención*, *quejas*, *afiliación*, *unidad médica* y *tiempo de espera*) inciden de manera altamente significativa, de acuerdo al test de la Ji Cuadrada de Pearson superando el porcentaje de confianza de un 95% en cada una de las apreciaciones, situación que presume que *los usuarios tienen la percepción de estar satisfechos con los servicios médicos y del personal*.

3) Reducción del gasto de bolsillo

Para reforzar todo lo comentado y finalizando con los diferentes variables que forman parte de la *atención médica* en esta investigación, se procedió a demandar a los usuarios la siguiente pregunta: *¿ha gastado menos dinero en atención médica?*, interrogatorio obligado para alcanzar los objetivos de la presente investigación; arroja resultados que explican la pregunta anterior, su análisis se presenta en la Tabla 5.24 y en la Figura 5.12.

a) *Tabulación simple*

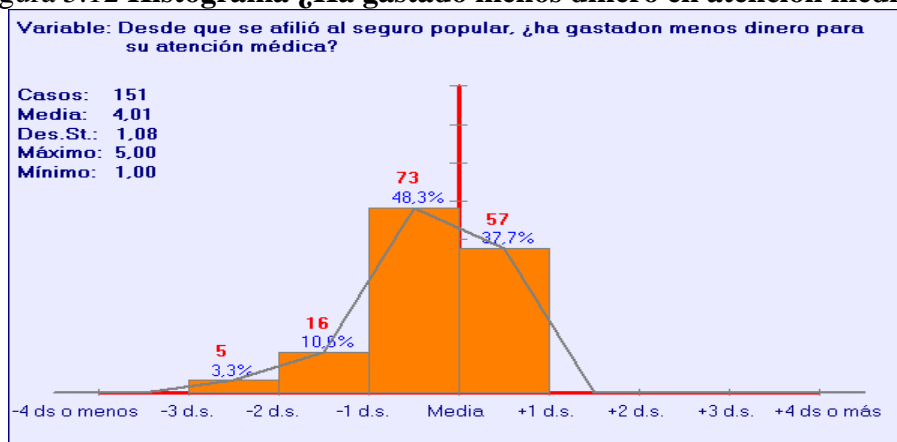
Tabla 5.24 ¿Ha gastado menos dinero en atención médica?

Nº variable	Denominación	Nº de casos	Media aritmética	Desviación estándar	Máximo	Mínimo
14	Desde que se afilió al seguro popular, ¿ha gastado menos dinero para su atención médica?	151	4.01	1.08	5.00	1.00

Código	Significado	Frecuencias	%
1	Completo desacuerdo	5	3,31
2	Mediano desacuerdo	16	10,60
3	Indiferente	9	5,96
4	Moderado acuerdo	64	42,38
5	Completo acuerdo	57	37,75
Total frecuencias		151	100,00

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

Figura 5.12 Histograma ¿Ha gastado menos dinero en atención médica?



Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

El anterior cuestionamiento, tiene como resultado que la mayoría, el 42.38% y 37.75% han manifestado un moderado y completo acuerdo respectivamente con esta afirmación.

La curva que muestra el polígono de frecuencias muestra una asimetría negativa con valores que se encuentran ubicados a la izquierda de la media.

b) *Tabulación cruzada*

Por otra parte, para complementar la información acerca del efecto socioeconómico (*reducción del gasto de bolsillo*) al recibir los servicios del Seguro Popular, arroja resultados en test de Ji cuadrada de Pearson (Tabla 5.25) concentrando las variables dependientes y significativas de la siguiente manera:

**Tabla 5.25 Concentración de variables dependientes y explicativa H2
(reducción del gasto en atención médica)**

Variable dependiente (A explicar)		Variable Explicativa (Explicativa)	Test de la Ji cuadrada de Pearson
Nombre la variable	Num.. Variable	Nombre la variable	Nivel de significación
¿Ha gastado menos dinero para su atención médica?	1	Tiempo de estar afiliado al Seguro Popular	(p = 0,0288)
	2	Frecuencia de consulta	(p = 0,0199)
	4	Tipo de unidad médica en que se atendió	(p = 0,0021)
	5	Tipo de servicio a que acudió para recibir atención médica	(p = 0,0159)
	9	¿Le surtieron los medicamentos que le recetó el médico?	(p = 0,0207)
	13	¿Alguna vez le ha presentado alguna queja contra el seguro popular?	(p = 0,0106)

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

Para ofrecer más objetividad a los resultados a esta concentración de datos, se procedió a analizar cada una de las variables dependientes y explicativas de este planteamiento con la explicación de las siguientes Tablas:

La Tabla 5.26 describe la interpretación de la tabulación cruzada partiendo de la variable dependiente y de sus correspondientes variables explicativas, detallando el porcentaje de confianza del usuario, determinado al restarle a la unidad (1-p) el nivel de significación de cada una de las variables.

Tabla 5.26 Explicación de los niveles de significación de reducción del gasto

Variable dependiente	Variable explicativa	Ji cuadrada con grados de libertad	Test de Ji cuadrada de Pearson	Confianza del usuario % (1-p)
¿Ha gastado menos dinero en su atención médica?	1. Afiliación	20	p=0.0288	97.12
	2. Frecuencia	24	p=0.0199	98.10
	3. Unidad médica	12	P=0.0021	99.79
	4. Tipo de servicio	12	p=0.0159	98.41
	5. Surtido de medicinas	8	p=0.0207	97.93
	6. Quejas	4	p=0.0106	98.94

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis a partir de resultados de la investigación

Las Tablas 5.26.1 al 5.26.6 refieren un análisis de cada uno de los niveles de significación en Ji Cuadrada de Pearson de la variable *reducción del gasto* y sus variables explicativas (*afiliación, frecuencia, tiempo de espera, unidad médica, tipo de servicio, surtido de medicamentos y quejas*) mismos que encuentran concentrados en las Tablas 5.25 y 5.26, a continuación se ofrece una explicación de los resultados de cada una de las variables.

La Tabla 5.26.1 muestra la variable dependiente *reducción del gasto* se contrastó con la variable explicativa *tiempo de estar afiliado*, en su contenido se observa a Ji cuadrada con 20 grados de libertad y una p=0.0288 nivel de significación aceptable ya que los usuarios al afiliarse al sistema pueden reducir el gasto de bolsillo al concurrir a consultas a los diferentes nosocomios del sistema, resultando una confianza en el servicio de un 97.12 %.

Tabla 5.26.1 Nivel de significación reducción del gasto-afiliación

Desde que se afilió al seguro popular, ¿ha gastado menos dinero para su atención médica?		Tiempo de estar afiliado al Seguro Popular													
		Total muestra		Un mes o menos		De 1 a 3 meses		De 3 a 6 meses		De 6 a 12 meses		De 1 a 2 años		Más de 2 años	
Código	Categorías	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra
1	Completo desacuerdo	5	3,31	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	6,45	1	3,33	2	2,99
2	Mediano desacuerdo	16	10,60	1	50,00	2	28,57	5	35,71	5	16,13	1	3,33	2	2,99
3	Indiferente	9	5,96	0	0,00	1	14,29	1	7,14	3	9,68	1	3,33	3	4,48
4	Moderado acuerdo	64	42,38	1	50,00	1	14,29	6	42,86	14	45,16	16	53,33	26	38,81
5	Completo acuerdo	57	37,75	0	0,00	3	42,86	2	14,29	7	22,58	11	36,67	34	50,75
	TOTAL	151	100,00	2	100,00	7	100,00	14	100,00	31	100,00	30	100,00	67	100,00
Ji cuadrada con 20 grados de libertad = 33,6205 (p = 0,0288)															

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

La variable dependiente *reducción del gasto* (Tabla 5.26.2) se contrastó con la variable explicativa *frecuencia de consulta* reflejando una $p=0.0199$, Ji cuadrada con 24 grados de libertad, que refleja un nivel de significación aceptable del usuario de acuerdo a las diferentes ocasiones que ha visitado acudido a recibir atención médica y medicinas reduciendo así el gasto de bolsillo, reflejando por consecuencia un grado de confianza de un 98.01%.

La Tabla 5.26.3 muestra la variable dependiente *reducción del gasto* contrastó con la variable explicativa *unidad médica*, se observa a Ji cuadrada con 12 grados de libertad y una $p=0.0021$ de nivel de significación aceptable ya que los usuarios al acudir a las distintas clínicas pueden disminuir el gasto de bolsillo con los servicios que ofrece el sistema, resultando una confianza en el servicio de un 99.79 %.

Tabla 5.26.2 Nivel de significación reducción del gasto-frecuencia

Desde que se afilió al seguro popular, ¿ha gastado menos dinero para su atención médica?				Frecuencia de consulta													
				Total muestra		Ninguna vez		Una vez por mes		Entre dos y tres veces por mes		Entre tres y cinco veces por mes		Más de 5 veces por mes		Una vez al año	
Códi go	Categorías	Frecu encias	% s/ muestr a	Frecu encias	% s/ muestr a	Frecu encias	% s/ muestr a	Frecu encias	% s/ muestr a	Frecu encias	% s/ muestr a	Frecu encias	% s/ muestr a	Frecu encias	% s/ muestr a	Frecu encias	% s/ muestr a
1	Completo desacuerdo	5	3,33	1	14,29	1	1,30	0	0,00	0	0,00	1	33,33	2	16,67	0	0,00
2	Mediano desacuerdo	16	10,67	1	14,29	9	11,69	2	5,56	1	33,33	0	0,00	0	0,00	3	25,00
3	Indiferente	9	6,00	0	0,00	3	3,90	3	8,33	0	0,00	0	0,00	2	16,67	1	8,33
4	Moderado acuerdo	64	42,67	2	28,57	37	48,05	20	55,56	0	0,00	0	0,00	3	25,00	2	16,67
5	Completo acuerdo	56	37,33	3	42,86	27	35,06	11	30,56	2	66,67	2	66,67	5	41,67	6	50,00
	TOTAL	150	100,00	7	100,00	77	100,00	36	100,00	3	100,00	3	100,00	12	100,00	12	100,00
Ji cuadrada con 24 grados de libertad = 40,2890 (p = 0,0199)																	

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

Tabla 5.26.3 Nivel de significación reducción del gasto-unidad médica

Desde que se afilió al seguro popular, ¿ha gastado menos dinero para su atención médica?		Total muestra		Tipo de unidad médica en que se atendió							
				Centro de salud		Hospital general		Hospital de especialidad		Otra	
Código	Categorías	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra
1	Completo desacuerdo	5	3,31	0	0,00	5	7,35	0	0,00	0	0,00
2	Mediano desacuerdo	16	10,60	4	6,90	4	5,88	1	25,00	7	33,33
3	Indiferente	9	5,96	3	5,17	5	7,35	0	0,00	1	4,76
4	Moderado acuerdo	64	42,38	22	37,93	36	52,94	0	0,00	6	28,57
5	Completo acuerdo	57	37,75	29	50,00	18	26,47	3	75,00	7	33,33
	TOTAL	151	100,00	58	100,00	68	100,00	4	100,00	21	100,00
Ji cuadrada con 12 grados de libertad = 30,7544 (p = 0,0021)											

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

Tabla 5.26.4 Nivel de significación reducción del gasto-tipo de servicio

Desde que se afilió al seguro popular, ¿ha gastado menos dinero para su atención médica?		Total muestra		Tipo de servicio a que acudió para recibir atención médica							
				Urgencias		Hospitalización programada		Consulta externa		Prevención	
Código	Categorías	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra
1	Completo desacuerdo	5	3,31	3	9,09	1	2,04	0	0,00	1	6,67
2	Mediano desacuerdo	16	10,60	2	6,06	10	20,41	4	7,41	0	0,00
3	Indiferente	9	5,96	3	9,09	3	6,12	3	5,56	0	0,00
4	Moderado acuerdo	64	42,38	16	48,48	23	46,94	17	31,48	8	53,33
5	Completo acuerdo	57	37,75	9	27,27	12	24,49	30	55,56	6	40,00
	TOTAL	151	100,00	33	100,00	49	100,00	54	100,00	15	100,00
Ji cuadrada con 12 grados de libertad = 24,7860 (p = 0,0159)											

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

De la misma forma la Tabla 5.26.4 muestra que la variable dependiente *reducción del gasto* se contrastó con la variable explicativa *tipo de servicio*, observa a Ji cuadrada $p=0.159$ con 12 grados de libertad, nivel de significación aceptable ya que los usuarios al acudir a las distintas clínicas pueden utilizar diferentes servicios del sistema y ver disminuir el gasto de bolsillo, por lo que resulta una confianza en el servicio de un 98.41 %.

La Tabla 5.26.5 muestra la variable dependiente *reducción del gasto* contrastada con la variable explicativa *surtido de medicamentos*, observa a Ji cuadrada con 8 grados de libertad y una $p=0.207$ nivel de significación aceptable ya que los usuarios al acudir a las distintas clínicas a consulta y surtirles el medicamento también ven disminuido el gasto que erogaban, resultando una confianza en el servicio de un 97.93 %.

Tabla 5.26.5 Nivel de significación reducción del gasto-medicamento surtido

Desde que se afilió al seguro popular, ¿ha gastado menos dinero para su atención médica?		Total muestra		¿Le surtieron los medicamentos que le recetó el médico?					
				Si		No		Se surtió medicamento por fuera	
Código	Categorías	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra
1	Completo desacuerdo	4	2,88	1	1,75	2	3,64	1	3,70
2	Mediano desacuerdo	16	11,51	2	3,51	11	20,00	3	11,11
3	Indiferente	8	5,76	5	8,77	3	5,45	0	0,00
4	Moderado acuerdo	57	41,01	18	31,58	25	45,45	14	51,85
5	Completo acuerdo	54	38,85	31	54,39	14	25,45	9	33,33
TOTAL		139	100,00	57	100,00	55	100,00	27	100,00
Ji cuadrada con 8 grados de libertad = 18,0742 (p = 0,0207)									

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

Tabla 5.26.6 Nivel de significación reducción del gasto-quejas

Desde que se afilió al seguro popular, ¿ha gastado menos dinero para su atención médica?		Total muestra		¿Alguna vez le ha presentado alguna queja contra el seguro popular?			
				Si		No	
Código	Categorías	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra
1	Completo desacuerdo	5	3,31	1	16,67	4	2,76
2	Mediano desacuerdo	16	10,60	1	16,67	15	10,34
3	Indiferente	9	5,96	2	33,33	7	4,83
4	Moderado acuerdo	64	42,38	1	16,67	63	43,45
5	Completo acuerdo	57	37,75	1	16,67	56	38,62
TOTAL		151	100,00	6	100,00	145	100,00
Ji cuadrada con 4 grados de libertad = 13,1486 (p = 0,0106)							

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

Por último, la variable dependiente *reducción del gasto* (Tabla 5.26.6) se contrastó con la variable explicativa *quejas*, se analiza un Ji cuadrada con 4 cuatro grados de libertad, que refleja una $p= 0.0106$, nivel de significación aceptable ya que los usuarios al no presentar *quejas* por el servicio recibido en las distintas ocasiones que han visitado los nosocomios gastan menos dinero, reflejando una confianza en el sistema de un 98.94 %.

En entrevista de fecha 23 de junio de 2010, el Dr. Héctor Ponce Ramos, Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Sinaloa al referirse a la estrategia de trabajo de la Secretaría de Salud en Sinaloa para hacer frente a los problemas de salud de la población manifestó:

La Secretaría de Salud del estado de Sinaloa, con el apoyo decidido del Gobierno del Estado, han trabajado de manera sostenida por mejorar la capacidad instalada y ofertar cada vez mejores servicios y accesibles a la población usuaria. Con un equipo de trabajo comprometido y calificado hemos sido innovadores con la implantación del primer expediente electrónico en todo el país, y hemos ofertado apoyo a otras instituciones del sector para que utilicen las bondades de dicho instrumento de control. La construcción de nuevos establecimientos más modernos de segundo y tercer nivel, la homogenización de insumos en hospitales integrales; la monitorización de indicadores de calidad; los proyectos de mejora continua entre los que destacan la urgencia calificada; acreditación y certificación de establecimientos, capacitación continua de los recursos humanos, entre otros, han estado presentes en nuestra Secretaría.

La estrategia tiene como propósito implantar un modelo de prestación de servicios con enfoque de un Sistema de Redes que mejore la oportunidad de la atención de la población usuaria, requiriendo poca inversión para hacer más eficiente su capacidad instalada. Al empoderar al primer nivel y hospitales integrales con el uso de información a nivel local para la toma de decisiones y mejorando su capacidad resolutoria y de coordinación en aspectos técnico médicos y técnico administrativos, creemos que puede ser un buen camino.

4) Calidad en el servicio del Seguro Popular y la percepción de los usuarios

El haber efectuado un análisis de tabulación simple y tabulación cruzada permite comprobar en el primero de los casos, que en las variables explicativas *tiempo de espera* y *surtido de medicamentos* los usuarios tienen una percepción no aceptable, mientras que en las otras variables explicativas mostraban una percepción aceptable; por otra parte, de acuerdo a la información reflejada en la concentración de resultados de tabulación cruzada (Tabla 5.27), las variables dependientes *atención médica*, *atención del personal* y *reducción del gasto en la atención* al ser contrastadas con las diferentes variables (*afiliación, frecuencia, tiempo de espera, unidad médica, tipo de servicio, surtido de medicamentos y quejas*) inciden de manera altamente significativa, de acuerdo al test de la Ji Cuadrada de Pearson superior a un 95%, resultados que reflejan que los usuarios tienen la percepción de estar satisfechos en la atención médica y del personal y en que se vio reducido el gasto de bolsillo en atención medica y medicamentos.

Tabla 5.27 Concentración de tabulación cruzada de la percepción de los usuarios en atención médica, del personal y reducción de gasto de bolsillo

Variable dependiente	Variable explicativa	Confianza del usuario % (1-p)
Atención médica	1. Frecuencia	96.41
	2. Tiempo de espera	96.21
	3. Surtido medicamentos	98.85
	4. Negativa atención	94.97
	5. Quejas	100.00
Atención del personal	1. Afiliación	99.98
	2. Unidad médica	97.71
	3. Tiempo de espera	99.34
	4. Surtido medicamentos	95.86
Reducción del gasto	1. Afiliación	97.12
	2. Frecuencia	98.10
	3. Unidad médica	99.79
	4. Tipo de servicio	98.41
	5. Surtido de medicamentos	97.93
	6. Quejas	98.94

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

En el Capítulo III de Políticas Públicas, concretamente en el apartado 3.91 de Principios y Objetivos del SPSS, el *segundo objetivo* busca eliminar los desequilibrios financieros e incrementar el nivel de la inversión en salud y reducir riesgo de empobrecimiento a familias vulnerables; el *tercer objetivo*, pretende extender la protección financiera a través del aseguramiento público en salud mediante una reducción del gasto de bolsillo al momento de requerir atención médica; estos objetivos al ser contrastados con la información anterior permitió dar respuesta a la *pregunta número dos* de este trabajo de investigación planteada en el apartado 1.4 del Capítulo I denominada: *¿Cuál es el origen y propósitos del Seguro Popular en México y cuál es la opinión de los usuarios del sistema respecto a los servicios médicos y del personal y que beneficio socioeconómico han obtenido con su afiliación?*, así como alcanzar el objetivo número dos: *Analizar y explicar los principios y objetivos del SPSS en México y evaluar y estimar la opinión de los usuarios respecto al servicio recibido de parte del médico y del personal así como los efectos de su inversión en referencia al gasto de bolsillo en atención médica y medicamentos a partir de su afiliación.*

Por todo lo anteriormente expuesto, el objetivo número dos de este trabajo de investigación se alcanzó de acuerdo con las respuestas reflejadas en las tablas de referencia en virtud que los usuarios manifiestan *satisfacción por el servicio recibido y reducción del gasto de bolsillo en la atención médica* y permitió verificar completamente la *hipótesis H2* de este trabajo de investigación: *La política pública denominada Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa, ofrece satisfacción a los usuarios en atención médica y del personal de salud y ha permitido a la población afiliada reducir el gasto de bolsillo en atención médica y en medicinas en comparación con lo que antes de su implementación erogaban.*

La prestación en servicios de salud que otorga el Seguro Popular ha sido aprovechada en gran medida por los usuarios ya que la mayoría de los entrevistados así lo manifestó durante la entrevista, los beneficios socioeconómicos son principalmente haber dejado de efectuar erogaciones en servicios médicos y en medicamentos.

5.4 La infraestructura e información adicional y la percepción de los usuarios del Seguro Popular en Culiacán

En este apartado se pretende dar respuesta a la pregunta número tres de este trabajo de investigación: *¿Por qué son importantes la infraestructura y la información adicional que deben recibir los pacientes y qué actitud y percepción muestran los usuarios con respecto a la instalación empleada en la atención médica y en la información sobre otros servicios de salud?*

En los Capítulos II y III de esta tesis, se presenta una descripción de los orígenes de la asistencia médica, los diferentes formas de ofrecer servicios de salud a la población, los principios básicos que dieron origen a las políticas públicas en salud y los organismos que intervienen para llevar a cabo la protección en salud a las mayorías de la población; se describe también la importancia que revisten las instalaciones en la proporción de los servicios así como la información que reciben los usuarios adicionalmente a los servicios; al cubrir la información referida en los referidos capítulos se cumple con el *objetivo número tres* en lo que se refiere a la parte teórica: *Especificar y describir la importancia de la infraestructura empleada y de la información sobre otros servicios de salud y estimar y evaluar la percepción y opinión de los afiliados del SPSS respecto al aspecto de las*

instalaciones así como de la información que recibe el usuario adicionalmente al servicio que recibe y si ha habido satisfacción en la proporción de esos beneficios.

Para complementar el objetivo señalado en el párrafo anterior, se buscó captar la opinión de los usuarios encuestados, para ello el cuestionario contiene preguntas para los dos tipos de variables: se utilizan como Variables dependientes: 1) *instalaciones*, 2) *información* y como Variables Explicativas: afiliación, frecuencia de consulta, tipo de unidad, negativa en atención y edad. Los Tablas y figuras siguientes concentran los resultados de los análisis de *tabulación simple* y *tabulación cruzada* con las variables explicativas correspondientes.

1) Calidad en la higiene y conservación de las instalaciones

La *higiene y conservación de las instalaciones* observados por el paciente se muestra en la Tabla 5.28 y en la Figura 5.13; las variables formuladas en la encuesta con opciones de respuesta fueron formuladas de manera sencilla y se efectuó con el fin de interpretar más claramente la impresión del paciente entrevistado acerca de las instalaciones que utiliza el Seguro Popular al ofrecer los servicios de salud, los Tablas siguientes exhiben las deducciones.

a) Tabulación simple

Al efectuar un recuento total de las respuestas del conjunto de los individuos consultados (muestra) a todas y cada una de las preguntas del cuestionario, se observa lo siguiente:

Tabla 5.28 ¿Cuál es su opinión acerca de las instalaciones?

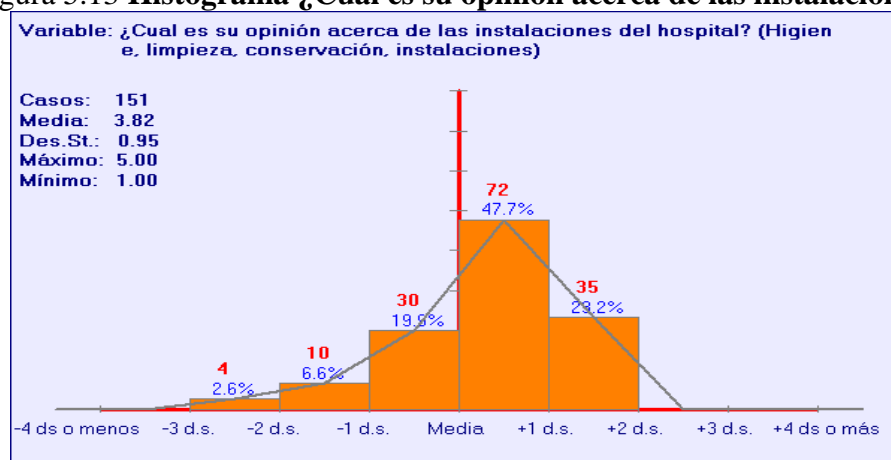
Nº variable	Denominación	Nº de casos	Media aritmética	Desviación estándar	Máximo	Mínimo																																																	
15	¿Cuál es su opinión acerca de las instalaciones del hospital? (Higiene, limpieza, conservación, instalaciones)	151	3.98	1.03	5.00	1.00																																																	
<table> <tr> <th>Código</th><th>Significado</th><th colspan="2">Frecuencias</th><th colspan="3">%</th></tr> <tr> <td>1</td><td>Muy mala</td><td colspan="2">7</td><td colspan="3">4,64</td></tr> <tr> <td>2</td><td>Mala</td><td colspan="2">8</td><td colspan="3">5,30</td></tr> <tr> <td>3</td><td>Regular</td><td colspan="2">16</td><td colspan="3">10,60</td></tr> <tr> <td>4</td><td>Buena</td><td colspan="2">70</td><td colspan="3">46,36</td></tr> <tr> <td>5</td><td>Muy buena</td><td colspan="2">50</td><td colspan="3">33,11</td></tr> <tr> <td colspan="2">Total frecuencias</td><td colspan="2">151</td><td colspan="3">100,00</td></tr> </table>							Código	Significado	Frecuencias		%			1	Muy mala	7		4,64			2	Mala	8		5,30			3	Regular	16		10,60			4	Buena	70		46,36			5	Muy buena	50		33,11			Total frecuencias		151		100,00		
Código	Significado	Frecuencias		%																																																			
1	Muy mala	7		4,64																																																			
2	Mala	8		5,30																																																			
3	Regular	16		10,60																																																			
4	Buena	70		46,36																																																			
5	Muy buena	50		33,11																																																			
Total frecuencias		151		100,00																																																			

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

De acuerdo a la información de la Tabla y figura señaladas, la opinión acerca de las instalaciones del hospital, (higiene, limpieza, conservación de las instalaciones) observa que la mayoría de los entrevistados manifestó que ha sido buena (46.33%) y muy buena (33.11%), con lo que en términos generales se tiene una buena evaluación de las instalaciones del hospital.

El polígono de frecuencias muestra una curva de características leptocúrticas y asimetría negativa, con valores concentrados a la derecha de la media (79.5%). Sin embargo no deja de ser importante considerar que casi el 10% de los entrevistados manifieste una mala impresión acerca de las instalaciones.

Figura 5.13 **Histograma ¿Cuál es su opinión acerca de las instalaciones?**



Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

Por su parte el Director del Seguro Popular Lic. Enrique Mendivil Pérez en relación a la infraestructura del sistema comenta:

Considero que ya estamos al tope de la infraestructura en lo que se refiere a servicios de seguro popular, es por eso que andamos buscando alternativas, hay varios hospitales que están pendientes de terminar de construir como la clínica de Eldorado, de Mazatlán, el de Escuinapa y Mochis, mientras tanto, ya se siente saturado el servicio.

El Dr. David Rubio Payán, Director del Hospital General de Culiacán, en relación a la capacidad instalada del Sistema de Servicios Estatales de Salud considera:

En el Estado el sistema administrativo es centralizado y funciona en base a las gestiones de urgencia, individualizada, con 209 centros de salud, 17 hospitales, 11 centros especializados, 6 jurisdicciones sanitarias y 18 unidades directivas centrales. Tiene una cobertura de servicios esenciales de salud del 97% y de servicios hospitalarios de 90%.

El sistema (Figura 5.14) llegó a su máxima eficiencia a finales de los 90's y actualmente la demanda de los hospitales de las principales ciudades se encuentran rebasados, ya que ni los aumentos en los recursos humanos (de 4600 a 6800 entre el 2001 y el 2006), financieros (de 1000 a 1500 millones de pesos entre el 2002 y el 2006) en infraestructura física (de 175 a 209 unidades de primer nivel y de 500 a 587 camas censables entre el año 2001 y 2006) han logrado hacer más eficiente la prestación de servicios. Al contrario, los pasivos aumentan en detrimento de los programas sustantivos (de 20 a 100 millones de pesos entre el 2003 y el 2006) y esto lo demuestran los resultados de la evaluación del desempeño de estos programas: ocupando a nivel nacional los primeros lugares en el 2001-2002 para descender al lugar 22 en el 2006 y después tocar fondo en el 2004 (lugar 29).

Los hospitales de las grandes ciudades del estado muestran una saturación (110%), mientras que los integrales están subocupados (37%). El abasto de medicamentos bajó del 95% en el 2003 al 67% en el 2006. Los hospitales y las jurisdicciones no tienen la capacidad de atender las necesidades esenciales de funcionamiento de una unidad básica de salud. El 20% de estas están sin enfermeras y el 40% sin promotores de salud a pesar de existir la adscripción. Estos realizan otras actividades en las unidades concentradas o urbanas. Los recursos humanos totales crecieron un 48% entre el 2001 y el 2006, mientras los médicos lo hicieron en un 67%, los administrativos en un 41% y las enfermeras en un 34%. El número de médicos por 1000 habitantes es de 2.08 y el de enfermeras de 2.56 este ultimo muy por abajo en relación al

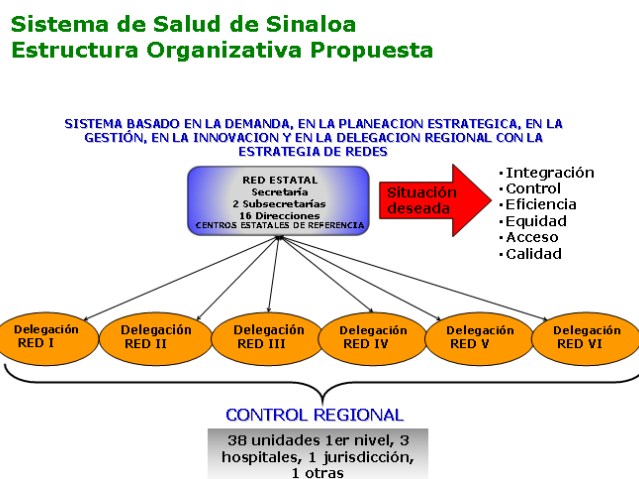
primero. Aplicando el sistema de redes a la estructura del sistema, el modelo de salud se presentaría de acuerdo a la Figura 5.15.

Fig. 5.14 Modelo de salud del Sistema de Salud en Sinaloa



Fuente: Secretaria de Salud de Sinaloa

Fig. 5.15 Modelo de salud estrategia de redes



Fuente: Secretaria de Salud de Sinaloa

Respecto a la higiene en los diferentes nosocomios que atienden a pacientes adscritos al Seguro Popular, el Lic. Enrique Mendivil Pérez, Director del Sistema en Sinaloa explica:

Creo que la limpieza en las instalaciones, principalmente en baños, incrementa el nivel de satisfacción en los usuarios, a todos nos gusta un lugar más limpio, más higiénico y nos gusta asistir a un hospital con instalaciones más adecuadas. El asunto de la influenza vino a pegarnos en la cara de tal forma que tuvimos que cambiar de hábitos. Por lo que es una satisfacción de los usuarios y un cambio de cultura en los mismos.

b) *Tabulación cruzada*

Para ofrecer una objetiva explicación de la información anterior, se procedió a efectuar un análisis de cada uno de los niveles de significación en Hi Cuadrada de Pearson de la variable *instalaciones* y sus variables explicativas (afiliación, frecuencia, unidad médica, negativa de atención y edad) mismos que encuentran concentrados en las Tablas 5.29 y 5.30, a continuación se ofrece una explicación de los resultados de cada una de las variables.

Tabla 5.29 Concentración de variables dependientes y explicativas de instalaciones

Variable dependiente (A explicar)		Variable Explicativa (Explicativa)		Test de la Ji cuadrada de Pearson
Num.. Variable	Nombre la variable	Num.. Variable	Nombre la variable	Nivel de significación
15	¿Cual es su opinión acerca de las instalaciones del hospital? (Higiene, limpieza, conservación, instalaciones)	1	Tiempo de estar afiliado al Seguro Popular	(p = 0,0062)
		2	Frecuencia de consulta	(p = 0,0006)
		4	Tipo de unidad médica en que se atendió	(p = 0,0087)
		12	¿Alguna vez le han negado la atención médica?	(p = 0,0068)
		23	Edad (categórica)	(p = 0,0032)

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

Las Tablas 5.29 y 5.30 detallan la interpretación de la tabulación cruzada partiendo de la variable dependiente y de sus correspondientes variables explicativas, detallando el nivel de significación en test de Hi cuadrada de Pearson así como el porcentaje de confianza del usuario determinado al restarle a la unidad (1-p) el nivel de significación de cada una de las variables.

Tabla 5.30 Explicación de los niveles de significación de instalaciones

Variable dependiente	Variable explicativa	Ji cuadrada con grados de libertad	Test de Ji cuadrada de Pearson	Confianza del usuario % (1-p)
Instalaciones del hospital	1. Afiliación	20	(p = 0,0062)	99.38
	2. Frecuencia	24	(p = 0,0006)	99.94
	3. Unidad médica	12	(p = 0,0087)	99.13
	4. Negativa de atención	4	(p = 0,0068)	99.32
	5. Edad	16	(p = 0,0032)	99.68

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis a partir de resultados de la investigación

Las Tablas 5.30.1 al 5.30.5 describen un análisis de cada uno de los niveles de significación en Hi Cuadrada de Pearson de la variable *instalaciones del hospital* y sus variables explicativas (*afiliación, frecuencia, unidad médica, negativa de atención y edad*), a continuación se ofrece una explicación de los resultados de cada una de las variables.

Aplicando esta técnica al estudio se observa la existencia de una relación de asociación entre las diferentes variables, en este caso variable *instalaciones del hospital* y cada uno de los factores de clasificación ya que el valor de Hi es superior al nivel de significación de $p=0.01$ (99% de confianza) y de un $p=0.05$ (95% de confianza), por el tipo de investigación.

La variable dependiente *instalaciones* (Tabla 5.30.1) se contrastó con la variable explicativa *afiliación* reflejando una $p=0.0062$, Ji cuadrada con 20 grados de libertad, que refleja un nivel de significación aceptable de los afiliados de las instalaciones, reflejando un grado de confianza de un 99.38%.

Tabla 5.30.1 Nivel de significación instalaciones-tiempo de afiliación

¿Cual es su opinión acerca de las instalaciones del hospital? (Higiene, limpieza, conservación, instalaciones)		Tiempo de estar afiliado al Seguro Popular													
		Total muestra		Un mes o menos		De 1 a 3 meses		De 3 a 6 meses		De 6 a 12 meses		De 1 a 2 años		Más de 2 años	
Código	Categorías	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra
1	Muy mala	7	4,64	0	0,00	0	0,00	4	28,57	1	3,23	1	3,33	1	1,49
2	Mala	8	5,30	0	0,00	0	0,00	2	14,29	1	3,23	3	10,00	2	2,99
3	Regular	16	10,60	0	0,00	1	14,29	0	0,00	7	22,58	2	6,67	6	8,96
4	Buena	70	46,36	2	100,00	2	28,57	6	42,86	16	51,61	12	40,00	32	47,76
5	Muy buena	50	33,11	0	0,00	4	57,14	2	14,29	6	19,35	12	40,00	26	38,81
	TOTAL	151	100,00	2	100,00	7	100,00	14	100,00	31	100,00	30	100,00	67	100,00
Ji cuadrada con 20 grados de libertad = 39,2459 (p = 0,0062)															

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

De igual forma, la variable dependiente *instalaciones* (Tabla 5.30.2) se contrastó con la variable explicativa *frecuencia* reflejando una $p=0.0006$, Ji cuadrada con 24 grados de libertad, que refleja un nivel de significación aceptable del usuario de las instalaciones en las diferentes ocasiones que ha visitado acudido a recibir atención médica reflejando un grado de confianza de un 99.94%.

Tabla 5.30.2 Nivel de significación instalaciones-frecuencia de consulta

¿Cual es su opinión acerca de las instalaciones del hospital? (Higiene, limpieza, conservación, instalaciones)		Total muestra		Frecuencia de consulta													
				Ninguna vez		Una vez por mes		Entre dos y tres veces por mes		Entre tres y cinco veces por mes		Más de 5 veces por mes		Una vez al año		Otra	
Códi go	Categorías	Frecu encias	% s/ muestr a	Frecu encias	% s/ muestr a	Frecu encias	% s/ muestr a	Frecu encias	% s/ muestr a	Frecu encias	% s/ muestr a	Frecu encias	% s/ muestr a	Frecu encias	% s/ muestr a	Frecu encias	% s/ muestr a
1	Muy mala	7	4,67	0	0,00	1	1,30	3	8,33	0	0,00	2	66,67	1	8,33	0	0,00
2	Mala	8	5,33	0	0,00	1	1,30	3	8,33	0	0,00	0	0,00	1	8,33	3	25,00
3	Regular	16	10,67	1	14,29	6	7,79	5	13,89	0	0,00	1	33,33	2	16,67	1	8,33
4	Buena	70	46,67	4	57,14	44	57,14	12	33,33	2	66,67	0	0,00	5	41,67	3	25,00
5	Muy buena	49	32,67	2	28,57	25	32,47	13	36,11	1	33,33	0	0,00	3	25,00	5	41,67
	TOTAL	150	100,00	7	100,00	77	100,00	36	100,00	3	100,00	3	100,00	12	100,00	12	100,00
Ji cuadrada con 24 grados de libertad = 52,7497 (p = 0,0006)																	

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

La variable dependiente *instalaciones* también se contrastó con la variable explicativa *unidad médica* (Tabla 5.30.3) reflejando una $p=0.0087$, Ji cuadrada con 12 grados de libertad, que refleja un nivel de significación aceptable del usuario de los diferentes centros de atención en los que ha recibido atención medica, reflejando un grado de confianza de un 99.13%.

Tabla 5.30.3 Nivel de significación instalaciones-unidad médica

¿Cual es su opinión acerca de las instalaciones del hospital? (Higiene, limpieza, conservación, instalaciones)		Total muestra		Tipo de unidad médica en que se atendió							
				Centro de salud		Hospital general		Hospital de especialidad		Otra	
Código	Categorías	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra
1	Muy mala	7	4,64	4	6,90	1	1,47	0	0,00	2	9,52
2	Mala	8	5,30	1	1,72	6	8,82	1	25,00	0	0,00
3	Regular	16	10,60	6	10,34	10	14,71	0	0,00	0	0,00
4	Buena	70	46,36	23	39,66	38	55,88	0	0,00	9	42,86
5	Muy buena	50	33,11	24	41,38	13	19,12	3	75,00	10	47,62
	TOTAL	151	100,00	58	100,00	68	100,00	4	100,00	21	100,00

Ji cuadrada con 12 grados de libertad = 26,6259 (p = 0,0087)

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

La variable dependiente *instalaciones* (Tabla 5.30.4) se contrastó con la variable explicativa *negativa en atención* reflejando una $p=0.0068$, Ji cuadrada con 4 grados de libertad, que refleja un nivel de significación aceptable del usuario ya que ha utilizado las instalaciones y tienen una buena opinión al respecto, reflejando un grado de confianza de un 99.32%.

Tabla 5.30.4 Nivel de significación instalaciones-atención médica

¿Cual es su opinión acerca de las instalaciones del hospital? (Higiene, limpieza, conservación, instalaciones)		Total muestra		¿Alguna vez le han negado la atención médica?			
				Si		No	
Código	Categorías	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra
1	Muy mala	7	4,64	2	28,57	5	3,47
2	Mala	8	5,30	0	0,00	8	5,56
3	Regular	16	10,60	2	28,57	14	9,72
4	Buena	70	46,36	3	42,86	67	46,53
5	Muy buena	50	33,11	0	0,00	50	34,72
	TOTAL	151	100,00	7	100,00	144	100,00

Ji cuadrada con 4 grados de libertad = 14,1488 (p = 0,0068)

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

La variable dependiente *instalaciones* (Tabla 5.30.5) se contrastó con la variable explicativa *edad* reflejando una $p=0.0032$, Ji cuadrada con 16 grados de libertad, que refleja un nivel de significación aceptable del usuario de acuerdo al punto de vista de los usuarios de diferentes edades, mostrando por consecuencia un grado de confianza de un 99.68%.

Tabla 5.30.5 Nivel de significación instalaciones-edad

¿Cual es su opinión acerca de las instalaciones del hospital? (Higiene, limpieza, conservación, instalaciones)		Edad (categórica)											
		Total muestra		Niños		Puer y Adolescentes		Adultos jóvenes		Adultos		Mayores de 45 años	
Código	Categorías	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra
1	Muy mala	7	4,64	2	16,67	2	50,00	0	0,00	2	5,71	1	2,70
2	Mala	8	5,30	0	0,00	0	0,00	3	4,76	2	5,71	3	8,11
3	Regular	16	10,60	0	0,00	1	25,00	5	7,94	7	20,00	3	8,11
4	Buena	70	46,36	6	50,00	1	25,00	31	49,21	16	45,71	16	43,24
5	Muy buena	50	33,11	4	33,33	0	0,00	24	38,10	8	22,86	14	37,84
	TOTAL	151	100,00	12	100,00	4	100,00	63	100,00	35	100,00	37	100,00

Ji cuadrada con 16 grados de libertad = 35,6445 (p = 0,0032)

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

2) Calidad de la información y otros servicios

En referencia a la variable dependiente *información*, en la Tabla 5.31 y Fig. 5.14 se observan gráficamente los resultados del ítem dieciséis: *¿Cómo califica la información del Seguro Popular sobre otros servicios del sistema?*

a) Tabulación simple

Tabla 5.31 ¿Cómo califica la información sobre otros servicios?

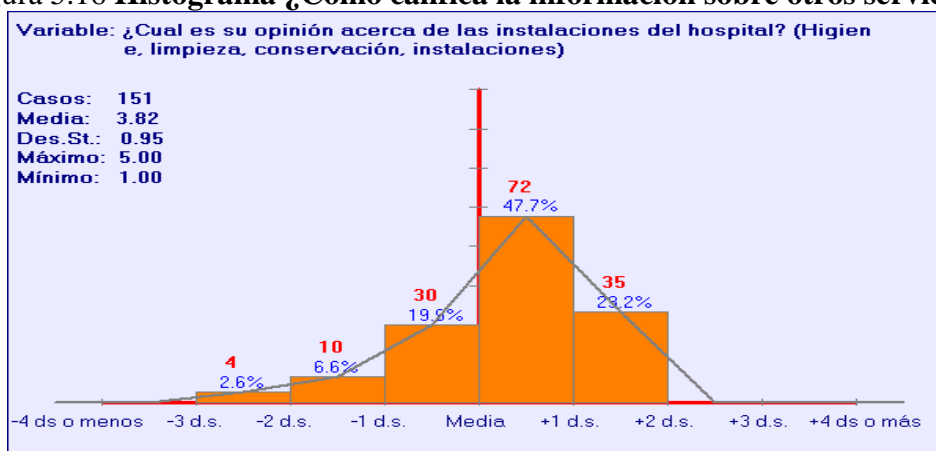
Nº variable	Denominación	Nº de casos	Media aritmética	Desviación estándar	Máximo	Mínimo
16	¿Cómo califica la información proporcionada por el hospital sobre otros servicios de salud?	151	3.82	0.95	5.00	1.00

Código	Significado	Frecuencias	%
1	Muy mala	4	2,65
2	Mala	10	6,62
3	Regular	30	19,87
4	Buena	72	47,68
5	Muy buena	35	23,18
	Total frecuencias	151	100,00

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

La variable que mide la opinión acerca de la *calidad de la información* que proporciona el hospital sobre otros servicios se tiene que la mayoría 47.68% es buena y un 23.18% manifestó que es muy buena.

La curva del polígono de frecuencias muestra una asimetría negativa, con valores (76.9%) concentrados a la derecha de la media. Aunque prácticamente un 77% de los entrevistados declaran una buena y muy buena información no deja de llamar la atención el 23% de opinión regular, mala y muy mala, por lo que presuntamente se tiene que trabajar en ese aspecto.

Figura 5.16 **Histograma ¿Cómo califica la información sobre otros servicios?**

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

b) Tabulación cruzada

Deseando ofrecer una más clara explicación de la información anterior, se procedió a efectuar un análisis de tabulación cruzada de cada uno de los niveles de significación en Hi cuadrada de Pearson de la variable *instalaciones* y sus variables explicativas (*frecuencia*, *unidad médica*, *surtido de medicamentos* y *edad*) mismos que encuentran concentrados en las Tablas 5.32 y 5.33, a continuación se ofrece una explicación de los resultados de cada una de las variables.

Tabla 5.32 **Concentración de variables dependientes y explicativas de la variable información**

Variable dependiente (A explicar)		Variable Explicativa (Explicativa)		Test de la Ji cuadrada de Pearson
Num.. Variable	Nombre la variable	Num.. Variable	Nombre la variable	Nivel de significación
16	¿Como califica la información proporcionada por el hospital sobre otros servicios de salud además del motivo de consulta?	2	Frecuencia de consulta	(p = 0,0065)
		4	Tipo de unidad médica en que se atendió	(p = 0,0258)
		9	¿Le surtieron los medicamentos que le recetó el médico?	(p = 0,0045)
		23	Edad (categórica)	(p = 0,0190)

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

Tabla 5.33 **Explicación de los niveles de significación de la variable información**

Variable dependiente	Variable explicativa	Ji cuadrada con grados de libertad	Test de Ji cuadrada de Pearson	Confianza del usuario % (1-p)
Información adicional	1. Frecuencia	24	(p = 0,0065)	99.35
	2. Unidad médica	12	(p = 0,0258)	97.42
	3. Surtido de medicamentos	8	(p = 0,0045)	99.55
	4. Edad	16	(p = 0,0190)	98.10

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis a partir de resultados de la investigación

Las Tablas 5.33.1 al 5.33.4 reseñan un análisis de cada uno de los niveles de significación en Hi Cuadrada de Pearson de la variable *información adicional* y sus variables explicativas (*frecuencia, unidad médica, surtido de medicamentos y edad*), a continuación se ofrece una explicación de los resultados de cada una de las variables.

Aplicando esta técnica al estudio se observa la existencia de una relación de asociación entre las diferentes variables, en este caso variable *información adicional* y cada uno de los factores de clasificación ya que el valor de Hi (Ji) es superior al nivel de significación de $p=0.01$ (99% de confianza) y de un $p=0.05$ (95% de confianza), por el tipo de investigación.

Respecto a la información de otros servicios, el Lic. Enrique Mendívil Pérez, Director del Seguro Popular en Sinaloa comenta:

Los servicios de salud en Sinaloa tiene mayor infraestructura que las mismas instituciones de Seguridad Social, por eso no ha sido necesario utilizar otras instituciones. Estamos pensando ahora descargar la carga de trabajo, pero con servicios no con paquetes, es decir subrogando servicios de laboratorio con el sector privado, un especialista privado, gabinetes de rayos X por fuera y contratar con laboratorios independientes como Mi Salud y otros.

Actualmente no tenemos convenio pero estamos gestionando para hacerlo. Estamos elaborando unos análisis de costos y dependiendo de los recursos probablemente se lleve a cabo el plan, creemos que esa acción resolvería muchos problemas.

Al respecto, el Dr. David Rubio Payán, Director del Hospital General de Culiacán, detalla lo siguiente:

Aún cuando existen los recursos necesarios (laboratorio, RX, ultrasonido) la oferta de servicios en los hospitales integrales, no es suficiente, y por otro lado el paciente esta acostumbrado a buscar la atención especializada en los grandes hospitales. Es común que en los servicios de urgencias se atiendan urgencias no calificadas, afectando la oportunidad de los problemas de salud complicados y afecta a los pacientes con citas programadas que son enviados por los otros niveles.

Para un diagnostico clínico inicial, con estudios paraclínicos, tanto en el primer nivel como en el segundo de atención se necesitan hasta cinco visitas a la unidad de salud, mientras que en el los centros de salud especializados se requieren hasta tres visitas

En resumen, un paciente contacta 5 veces mínimo el sistema para un diagnóstico y un tratamiento definitivo de un padecimiento de mediana complejidad en el primer nivel de atención. Un paciente que necesita de un especialista general tendrá que contactar el sistema 10 veces mínimo antes de obtener un diagnóstico y un tratamiento definitivo. Si requiere de un especialista específico contratará el sistema otras 3 veces.

La variable dependiente *información* se contrastó con la variable explicativa *frecuencia* (Tabla 5.33.1) reflejando una $p=0.0065$, Ji cuadrada con 24 grados de libertad, que refleja un nivel de significación aceptable del usuario con respecto a la información adicional que recibe en las diferentes unidades medicas, reflejando un grado de confianza de un 99.35%.

Tabla 5.33.1 Nivel de significación información-frecuencia

¿Como califica la información proporcionada por el hospital sobre otros servicios de salud además del motivo de consulta?		Frecuencia de consulta															
		Total muestra		Ninguna vez		Una vez por mes		Entre dos y tres veces por mes		Entre tres y cinco veces por mes		Más de 5 veces por mes		Una vez al año		Otra	
Código	Categorías	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra
1	Muy mala	4	2,67	0	0,00	1	1,30	2	5,56	0	0,00	1	33,33	0	0,00	0	0,00
2	Mala	10	6,67	0	0,00	5	6,49	1	2,78	0	0,00	1	33,33	0	0,00	3	25,00
3	Regular	30	20,00	3	42,86	19	24,68	2	5,56	2	66,67	0	0,00	3	25,00	1	8,33
4	Buena	72	48,00	4	57,14	33	42,86	24	66,67	0	0,00	1	33,33	6	50,00	4	33,33
5	Muy buena	34	22,67	0	0,00	19	24,68	7	19,44	1	33,33	0	0,00	3	25,00	4	33,33
	TOTAL	150	100,00	7	100,00	77	100,00	36	100,00	3	100,00	3	100,00	12	100,00	12	100,00
Ji cuadrada con 24 grados de libertad = 44,5816 (p = 0,0065)																	

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

La variable dependiente *información* se contrastó también con la variable explicativa *tipo de unidad* (Tabla 5.33.2) reflejando una $p=0.0258$, Ji cuadrada con 24 grados de libertad, que refleja un nivel de significación aceptable del usuario con respecto a la información adicional que recibe en las diferentes unidades medicas, reflejando un grado de confianza de un 97.42%.

Tabla 5.33.2 Nivel de significación información-tipo de unidad médica

¿Como califica la información proporcionada por el hospital sobre otros servicios de salud además del motivo de consulta?)		Tipo de unidad médica en que se atendió									
		Total muestra		Centro de salud		Hospital general		Hospital de especialidad		Otra	
Código	Categorías	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra
1	Muy mala	4	2,65	3	5,17	1	1,47	0	0,00	0	0,00
2	Mala	10	6,62	3	5,17	7	10,29	0	0,00	0	0,00
3	Regular	30	19,87	9	15,52	12	17,65	0	0,00	9	42,86
4	Buena	72	47,68	25	43,10	38	55,88	1	25,00	8	38,10
5	Muy buena	35	23,18	18	31,03	10	14,71	3	75,00	4	19,05
	TOTAL	151	100,00	58	100,00	68	100,00	4	100,00	21	100,00
Ji cuadrada con 12 grados de libertad = 23,2289 (p = 0,0258)											

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

La variable dependiente *información* se contrastó con la variable explicativa *surtido de medicamentos* (Tabla 5.33.3) reflejando una $p=0.0045$, Ji cuadrada con 8 grados de libertad, reflejando un nivel de significación aceptable del usuario con respecto a la *información adicional* que recibe al recibir medicamentos, reflejando un grado de confianza de un 99.55%.

Tabla 5.33.3 Nivel de significación información-surtido de medicamentos

¿Como califica la información proporcionada por el hospital sobre otros servicios de salud además del motivo de consulta?		Total muestra		¿Le surtieron los medicamentos que le recetó el médico?					
				Si		No		Se surtió medicamento por fuera	
Código	Categorías	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra
1	Muy mala	4	2,88	1	1,75	3	5,45	0	0,00
2	Mala	9	6,47	1	1,75	6	10,91	2	7,41
3	Regular	26	18,71	10	17,54	16	29,09	0	0,00
4	Buena	68	48,92	30	52,63	24	43,64	14	51,85
5	Muy buena	32	23,02	15	26,32	6	10,91	11	40,74
	TOTAL	139	100,00	57	100,00	55	100,00	27	100,00

Ji cuadrada con 8 grados de libertad = 22,2051 (p = 0,0045)

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

La variable dependiente *información* se contrastó con la variable explicativa *edad* (Tabla 5.33.4) reflejando una $p=0.0190$ Ji cuadrada con 16 grados de libertad, que refleja un nivel de significación aceptable del usuario de las diferentes edades con respecto a la *información adicional* que recibe, reflejando un grado de confianza de un 98.10%.

Tabla 5.33.4 Nivel de significación información contra edad

¿Como califica la información proporcionada por el hospital sobre otros servicios de salud además del motivo de consulta?		Total muestra		Edad (categórica)									
				Niños		Puber y Adolescentes		Adultos jóvenes		Adultos		Mayores de 45 años	
Código	Categorías	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra
1	Muy mala	4	2,65	1	8,33	1	25,00	0	0,00	2	5,71	0	0,00
2	Mala	10	6,62	0	0,00	0	0,00	3	4,76	3	8,57	4	10,81
3	Regular	30	19,87	0	0,00	1	25,00	17	26,98	7	20,00	5	13,51
4	Buena	72	47,68	5	41,67	1	25,00	35	55,56	13	37,14	18	48,65
5	Muy buena	35	23,18	6	50,00	1	25,00	8	12,70	10	28,57	10	27,03
	TOTAL	151	100,00	12	100,00	4	100,00	63	100,00	35	100,00	37	100,00

Ji cuadrada con 16 grados de libertad = 29,8179 (p = 0,0190)

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

3) Percepción de los usuarios acerca de las instalaciones y de la información adicional a los servicios que proporciona el Seguro Popular

El haber efectuado un análisis de tabulación simple y tabulación cruzada permite comprobar que el 80% los usuarios tienen una buena impresión sobre la higiene, limpieza y conservación de las instalaciones y un 77% de los entrevistados tiene una buena y muy buena opinión respecto a la información adicional sobre otros servicios que ofrece del Seguro Popular; por otra parte, de acuerdo a la información concentrada de tabulación cruzada y reflejada en la Tabla 5.34, las variables dependientes *instalaciones e información* al ser contrastadas con las diferentes

variables explicativas: afiliación, frecuencia, unidad médica, negativa de atención, edad y surtido de medicamentos, inciden de manera altamente significativa, de acuerdo al test de la Ji Cuadrada de Pearson superior a un 95%, resultados que reflejan que los usuarios tienen la percepción de estar satisfechos con el estado que guardan las instalaciones donde reciben los servicios, de la misma manera los niveles de confianza del usuario en lo que se refiere a la información que reciben acerca de otros servicios son en la misma proporción; por lo que en esos dos aspectos existe aceptación de parte de usuario.

Tabla 5.34 Concentración de tabulación cruzada de la percepción de los usuarios en las instalaciones de los hospitales y de la información adicional

Variable dependiente	Variable explicativa	Ji cuadrada con grados de libertad	Confianza del usuario % (1-p)
Instalaciones del hospital	1. Afiliación	20	99.38
	2. Frecuencia	24	99.94
	3. Unidad médica	12	99.13
	4. Negativa de atención	4	99.32
	5. Edad	16	99.68
Información adicional	1. Frecuencia	24	99.35
	2. Unidad médica	12	97.42
	3. Surtido de medicamentos	8	99.55
	4. Edad	16	98.10

Fuente: encuesta

aplicada en los

servicios de atención del Seguro Popular en
Culiacán, Sinaloa

En el Capítulo II relativo al contexto del derecho a la salud, se menciona que ésta descansa prácticamente en la esfera de todas las interacciones sociales y culturales, constituyéndose en un verdadero componente de bienestar social; de tal manera, el derecho a la salud es una prerrogativa inherente al ser humano que requiere de la voluntad colectiva y de un esfuerzo permanente para garantizarla por lo que la calidad de la asistencia sanitaria es un valor muy apreciado por los pacientes y los profesionales de la salud. Los pacientes esperan de los profesionales de la salud la curación de sus enfermedades, o al menos la paliación de los síntomas de los mismos, pero una mala calidad higiénica en el ambiente hospitalario podría llegar a causarles daño, y en algunos casos extremos, provocarles la muerte, en ambos supuestos, por la vía del contagio de una infección del hospital, por otra parte, la LGS al enmarcar los derechos de los usuarios al SPSS, en el Artículo 77 bis Fracción V, señala que los beneficiarios del SPSS tendrán además de otros derechos el de recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen; por todo esto y por los resultados vertidos en la información anterior permitió dar respuesta a la pregunta de investigación número tres de este trabajo de investigación: ¿Por qué son importantes la limpieza de la infraestructura y la información adicional que deben recibir los pacientes y que percepción muestran los usuarios con respecto a la infraestructura empleada en la atención médica y en la información sobre otros servicios de salud?, así como alcanzar el objetivo número tres: *Especificar y describir la importancia de la infraestructura empleada y de la información sobre otros servicios de salud y estimar y evaluar la actitud y opinión de los afiliados del SPSS respecto al nivel de calidad de la limpieza de las*

instalaciones y de la información adicional al servicio que recibe el usuario y si ha habido satisfacción.

El objetivo se alcanzó al observar las respuestas y las evaluaciones de las respuestas reflejadas en las tablas de referencia ya que los usuarios manifiestan *satisfacción por la condición en que se encuentran las instalaciones y por la información recibida en la atención médica* lo cual permitió rechazar la hipótesis *H3* de este trabajo de investigación: *Los afiliados al SPSS en Culiacán, consideran que reciben información incompleta del hospital sobre otros servicios de salud además del motivo de consulta y que la infraestructura del sistema está en malas condiciones por lo que ofrece un pésimo servicio.*

5.5 Cuotas familiares del SPSS, factibilidad de recontractación y/o recomendación a terceras personas.

En este apartado se procura dar respuesta a la pregunta número cuatro de este trabajo de investigación: *¿En qué forma se financian las Políticas Públicas en salud y cuál es la percepción de los usuarios del Seguro Popular respecto a las cuotas familiares cubiertas al sistema, si volvería a contratar nuevamente el servicio y lo recomendaría a terceras personas?*

Para ello los capítulos II y III presentan un análisis de los beneficios que ofrecen los sistemas de seguridad social en México, así como la forma de que se financian para llevar los beneficios a la población, de la misma manera se analiza información que conlleva a observar los beneficios que ofrece el Seguro Popular iniciando con la pretensión de alcanzar la cobertura universal en salud a partir de la obligación Constitucional del Estado de otorgar servicios de salud a todos los mexicanos; para ello en el año 2004 inician los servicios del SPSS y el Congreso de la Unión autoriza jugosas partidas presupuestales en salud, en la que participan la Federación, los Estados y las familias que se afilien al sistema; la primer condicionante a ello es que la afiliación al Seguro Popular es voluntaria y la segunda que el servicio no es gratuito, representa un costo para las familias, y ese costo en la mayoría de los mexicanos resulta gravoso por las condiciones económicas en que se encuentra inmersa la población.

Otro de los aspectos que tratan los capítulos de referencia es que el servicio contratado es por un año, lo que representa volver a contratar el servicio, por lo que depende de la calidad de servicios que el usuario haya recibido de parte del sistema, la infraestructura utilizada y la información requerida en su atención, si la población decide continuar con los servicios o dejarlo de contratar porque no se cumplió de parte del sistema con lo prometido en la atención, situación que el usuario tomaría en cuenta también para recomendar a terceras personas el Seguro Popular.

Al cubrir los capítulos señalados se cumple con el objetivo número cuatro en lo que se refiere a la parte teórica: *Detallar y describir las formas de financiamiento federales, estatal y usuario de las Políticas Públicas en Salud y evaluar la calificación de los usuarios del Seguro Popular respecto a las cuotas familiares cubiertas al sistema, así como su recontractación y recomendación a terceras personas.*

Para complementar el objetivo señalado en el párrafo anterior, se buscó captar la opinión de los usuarios encuestados en relación a las cuotas familiares que el Seguro Popular tiene asignadas al

contratar los servicios que oscilan desde un servicio gratuito cuando la situación socioeconómica de la familia se encuentra en los dos primeros deciles y en los deciles del III al X (ya tratada en el Capítulo tres de este trabajo de investigación) en cantidades que varían, ya que dependen del estudio socioeconómico a que es sometida la familia para determinar la cantidad a cubrir al sistema.

La pretensión de este objetivo es determinar el juicio de los usuarios respecto al costo de los servicios contratados, así como la opinión respecto a la recontractación del servicio y la posibilidad de recomendarlo a terceras personas; para ello se utilizaron como variables dependientes: 1) *justicia en el cobro*; 2) *recontractación* y 3) *recomendación* y como variables explicativas: afiliación, frecuencia de consulta, quejas, tiempo de espera, tipo de unidad y surtido de medicamentos, los Tablas y figuras siguientes concentran los resultados de los análisis de *tabulación simple* y *tabulación cruzada* con las variables explicativas correspondientes.

1) *Justicia en el cobro de cuotas familiares*

a) *Tabulación simple*

En la Tabla 5.35 y Figura 5.17 se analizan los resultados cuando se interroga a los usuarios respecto a lo justo del cobro de los servicios del Seguro Popular.

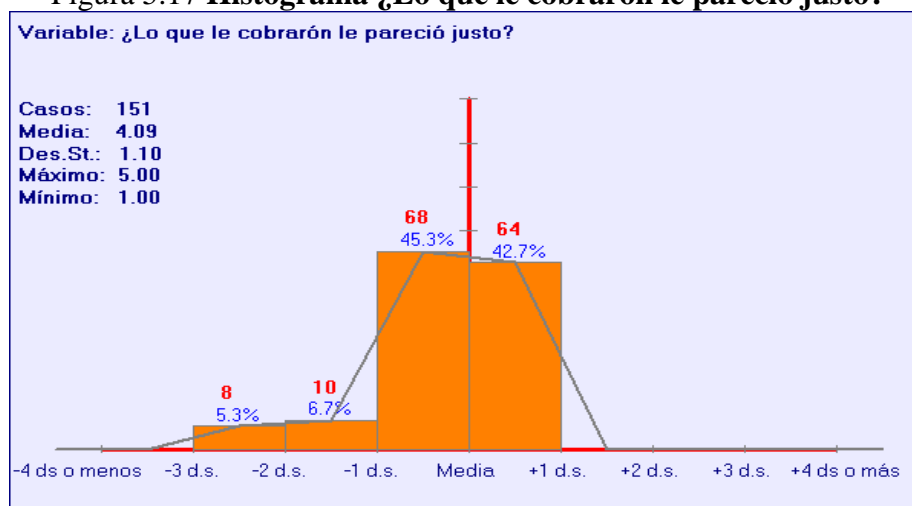
Tabla 5.35 ¿Lo que le cobraron le pareció justo?

Nº variable	Denominación	Nº de casos	Media aritmética	Desviación estándar	Máximo	Mínimo
17	¿Lo que le cobraron le pareció justo?	150	4.09	1.10	5.00	1.00
Código	Significado	Frecuencias		%		
1	Completo desacuerdo	8		5,33		
2	Mediano desacuerdo	10		6,67		
3	Indiferente	6		4,00		
4	Moderado acuerdo	62		41,33		
5	Completo acuerdo	64		42,67		
Total frecuencias		150		100,00		

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

La variable que mide *¿lo que le cobraron le pareció justo?* presenta una opinión muy favorable, el 41.33% y 42.67% manifestaron que un moderado y completo acuerdo respectivamente, lo cual significa una evaluación razonable de esta variable.

La curva presenta una asimetría negativa con valores concentrados a la izquierda de la media (57.3%), que permite efectuar una reflexión sobre lo ya comentado en los resultados de los Tablas anteriores en el que un 78% de los usuarios opinó sobre la disminución de gasto de bolsillo, la opinión favorable del presente cuestionamiento, un 84%, permite considerar que la opinión en este sentido es favorable al Seguro Popular.

Figura 5.17 **Histograma ¿Lo que le cobraron le pareció justo?**

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

b) Tabulación cruzada

Para ofrecer una más convincente explicación de la información anterior, se procedió a efectuar un análisis de cada uno de los niveles de significación en Hi Cuadrada de Pearson de la variable *justicia en el cobro* y sus variables explicativas: frecuencia y quejas; mismos que encuentran concentradas en las Tablas 5.36 y 5.37, a continuación se ofrece una explicación de los niveles de significación y de los porcentajes de confianza del usuario determinado al restar a la unidad (1-p) el nivel de significación de cada una de las variables.

Tabla 5.36 **Concentración de variables dependientes y explicativas (cobro justo)**

Variable dependiente (A explicar)		Variable Explicativa (Explicativa)		Test de la Ji cuadrada de Pearson
Num. Variable	Nombre la variable	Num. Variable	Nombre la variable	Nivel de significación
17	¿Lo que le cobraron le pareció justo?	2	Frecuencia de consulta	(p = 0,0077)
		13	¿Alguna vez le ha presentado alguna queja contra el seguro popular?	(p = 0,0000)

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

Tabla 5.37 **Explicación de los niveles de significación de justicia en el cobro**

Variable dependiente	Variable explicativa	Ji cuadrada con grados de libertad	Test de Ji cuadrada de Pearson	Confianza del usuario % (1-p)
¿Lo que le cobraron le pareció justo?	1. Frecuencia	24	(p = 0,0077)	99.23
	2. Quejas	12	(p = 0,0000)	100.00

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis a partir de resultados de la investigación

Las Tablas 5.37.1 al 5.37.2 refieren un análisis de cada uno de los niveles de significación en Hi Cuadrada de Pearson de la variable *justicia en cobranza* y sus variables explicativas: frecuencia y quejas; a continuación se ofrece una explicación de los resultados de cada una de las variables.

Aplicando esta técnica al estudio se observa la existencia de una relación de asociación entre las diferentes variables, en este caso variable *instalaciones del hospital* y cada uno de los factores de clasificación ya que el valor de H_i es superior al nivel de significación de $p=0.01$ (99% de confianza) y de un $p=0.05$ (95% de confianza), por el tipo de investigación.

La variable dependiente *justicia en el cobro* se contrastó con la variable *frecuencia* (Tabla 5.37.1) reflejando una $p=0.0077$, Ji cuadrada con 24 grados de libertad, que refleja un nivel de significación aceptable del usuario con respecto a la información adicional que recibe en las diferentes unidades médicas, reflejando un grado de confianza de un 99.23%.

Tabla 5.37.1 Nivel de significación justicia en el cobro-frecuencia

¿Lo que le cobraron le pareció justo?		Frecuencia de consulta															
		Total muestra		Ninguna vez		Una vez por mes		Entre dos y tres veces por mes		Entre tres y cinco veces por mes		Más de 5 veces por mes		Una vez al año		Otra	
Código	Categorías	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra
1	Completo desacuerdo	8	5,37	0	0,00	5	6,49	0	0,00	0	0,00	2	66,67	1	8,33	0	0,00
2	Mediano desacuerdo	10	6,71	2	28,57	2	2,60	3	8,57	1	33,33	0	0,00	1	8,33	1	8,33
3	Indiferente	6	4,03	1	14,29	4	5,19	1	2,86	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
4	Moderado acuerdo	61	40,94	2	28,57	34	44,16	15	42,86	0	0,00	1	33,33	3	25,00	6	50,00
5	Completo acuerdo	64	42,95	2	28,57	32	41,56	16	45,71	2	66,67	0	0,00	7	58,33	5	41,67
	TOTAL	149	100,00	7	100,00	77	100,00	35	100,00	3	100,00	3	100,00	12	100,00	12	100,00

Ji cuadrada con 24 grados de libertad = 43,9439 (p = 0,0077)

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis a partir de resultados de la investigación

La variable dependiente *justicia en el cobro* se contrastó con la variable explicativa *quejas* (Tabla 5.37.2) reflejando una $p=0.0000$, Ji cuadrada con 4 grados de libertad, que refleja un nivel de significación aceptable del usuario con respecto a la información adicional que recibe en las diferentes unidades médicas, reflejando un grado de confianza de un 100%.

Tabla 5.37.2 Nivel de significación justicia en el cobro-quejas

¿Lo que le cobraron le pareció justo?		Total muestra		¿Alguna vez le ha presentado alguna queja contra el seguro popular?			
				Sí		No	
Código	Categorías	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra
1	Completo desacuerdo	8	5,33	3	50,00	5	3,47
2	Mediano desacuerdo	10	6,67	1	16,67	9	6,25
3	Indiferente	6	4,00	0	0,00	6	4,17
4	Moderado acuerdo	62	41,33	2	33,33	60	41,67
5	Completo acuerdo	64	42,67	0	0,00	64	44,44
	TOTAL	150	100,00	6	100,00	144	100,00

Ji cuadrada con 4 grados de libertad = 27,3311 (p = 0,0000)

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis a partir de resultados de la investigación

De acuerdo a la información reflejada en cada uno de las tablas, las variable dependiente *justicia en el cobro* al ser contrastadas con las diferentes variables explicativas: frecuencia y quejas, inciden de manera altamente significativa, de acuerdo al test de la Ji Cuadrada de Pearson superior a un 95%, resultados que reflejan que los usuarios tienen la percepción de estar satisfechos con el pago que realizan para recibir los servicios.

2) *Recontratación del servicio*

De la misma manera, las siguientes Tablas nos permite conocer la opinión de los usuarios en referencia a la *recontratación de los servicios* (Tabla 5.38 y Figura 5.18); en el capítulo tres de este trabajo de investigación se comentó de la necesidad de cubrir la cuota para continuar gozando de los servicios cuando este llega al término del convenio (un año), lo que implica renovar el contrato del servicio, las respuestas se observan gráficamente en las siguientes láminas:

a) *Tabulación simple*

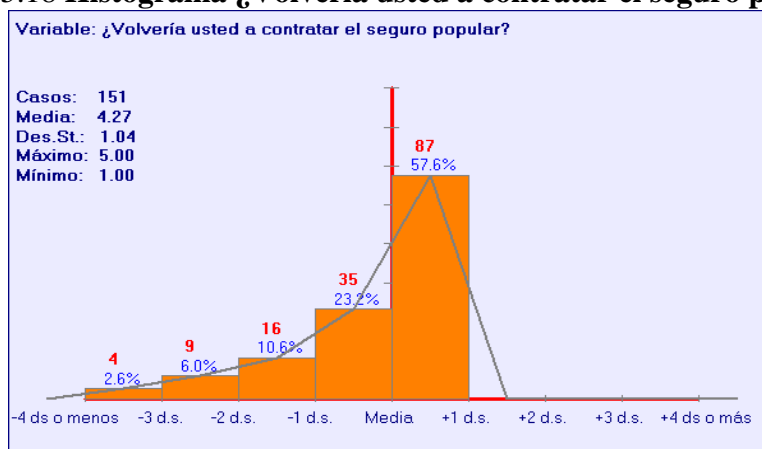
En la variable se observa que en su gran mayoría existe un completo acuerdo (57.62%) respecto a esta opinión, y tan solo un pequeño porcentaje (2.65%) está en completo desacuerdo respecto a esta opinión.

Tabla 5.38 ¿Volvería usted a contratar el seguro popular?

Nº variable	Denominación	Nº de casos	Media aritmética	Desviación estándar	Máximo	Mínimo
18	¿Volvería usted a contratar el seguro popular?	151	4.27	1.04	5.00	1.00
Código	Significado	Frecuencias		%		
1	Completo desacuerdo	4		2,65		
2	Mediano desacuerdo	9		5,96		
3	Indiferente	16		10,60		
4	Moderado acuerdo	35		23,18		
5	Completo acuerdo	87		57,62		
	Total frecuencias	151		100,00		

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

Figura 5.18 Histograma ¿Volvería usted a contratar el seguro popular?



Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

La curva del polígono de frecuencias muestra un eje de simetría negativa, mostrando una dispersión de opiniones a la izquierda de la media aparentemente revelando inseguridad en los usuarios.

b) Tabulación cruzada

Para explicar la información anterior, se procedió a efectuar un análisis de cada uno de los niveles de significación en Ji Cuadrada de Pearson de la variable dependiente *recontratación del servicio* y sus variables explicativas: tiempo de afiliación, unidad médica, surtido de medicamentos y quejas, mismos que encuentran concentrados en las Tablas 5.39 y 5.40, a continuación se ofrece una explicación de los resultados de cada una de las variables.

Tabla 5.39 Concentración de variables dependientes y explicativas (recontratación)

Variable dependiente (A explicar)		Variable Explicativa (Explicativa)		Test de la Ji cuadrada de Pearson
Num. Variable	Nombre la variable	Num. Variable	Nombre la variable	Nivel de significación
18	¿Volvería usted a contratar el seguro popular?	1	Tiempo de estar afiliado al Seguro Popular	(p = 0,0334)
		4	Tipo de unidad médica en que se atendió	(p = 0,0177)
		9	¿Le surtieron los medicamentos que le recetó el médico?	(p = 0,0080)
		13	¿Alguna vez le ha presentado alguna queja contra el seguro popular?	(p = 0,0011)

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

Tabla 5.40 Explicación de los niveles de significación de recontratación

Variable dependiente	Variable explicativa	Ji cuadrada con grados de libertad	Test de Ji cuadrada de Pearson	Confianza del usuario % (1-p)
¿Volvería usted a contratar el seguro popular?	1. Afiliación	20	(p = 0,0334)	96.66
	2. Unidad médica	12	(p = 0,0177)	98.23
	3. Surtido medicamentos	8	(p = 0,0080)	99.20
	4. Quejas	4	(p = 0,0011)	99.89

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis a partir de resultados de la investigación

Las Tablas 5.40.1 al 5.40.4 reseñan un análisis de cada uno de los niveles de significación en Ji Cuadrada de Pearson de la variable dependiente *recontratación* y sus variables explicativas: afiliación, unidad médica, surtido de medicamentos y quejas, aplicando esta técnica al estudio se observa la existencia de una relación de asociación entre las diferentes variables, en este caso la variable *recontratación* y cada uno de los factores de clasificación ya que el valor de Ji (J_i) es superior al nivel de significación de $p=0.01$ (99% de confianza) y de un $p=0.05$ (95% de confianza), por el tipo de investigación. A continuación se ofrece una explicación de los resultados de cada una de las variables.

La variable dependiente *recontratación* se contrastó con la variable explicativa *afiliación* (Tabla 5.40.1) reflejando una $p=0.0077$, Ji cuadrada con 20 grados de libertad, que refleja un nivel de significación aceptable del usuario por lo que volvería a contratar el servicio toda vez que ha

recurrido en varias ocasiones al servicio y ha recibido buen trato, todo ello basado en los resultados de la Tabla siguiente que refleja un grado de confianza de un 96.66%.

Tabla 5.40.1 Nivel de significación recontractación-afiliación

¿Volvería usted a contratar el seguro popular?		Tiempo de estar afiliado al Seguro Popular													
		Total muestra		Un mes o menos		De 1 a 3 meses		De 3 a 6 meses		De 6 a 12 meses		De 1 a 2 años		Más de 2 años	
Código	Categorías	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra
1	Completo desacuerdo	4	2,65	0	0,00	0	0,00	1	7,14	1	3,23	1	3,33	1	1,49
2	Mediano desacuerdo	9	5,96	1	50,00	0	0,00	2	14,29	3	9,68	1	3,33	2	2,99
3	Indiferente	16	10,60	0	0,00	2	28,57	1	7,14	7	22,58	1	3,33	5	7,46
4	Moderado acuerdo	35	23,18	0	0,00	1	14,29	2	14,29	9	29,03	12	40,00	11	16,42
5	Completo acuerdo	87	57,62	1	50,00	4	57,14	8	57,14	11	35,48	15	50,00	48	71,64
	TOTAL	151	100,00	2	100,00	7	100,00	14	100,00	31	100,00	30	100,00	67	100,00
Ji cuadrada con 20 grados de libertad = 33,0387 (p = 0,0334)															

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis a partir de resultados de la investigación

La variable dependiente *recontractación* se contrastó con la variable explicativa *unidad médica* se (Tabla 5.40.2) reflejando una $p=0.0177$, Ji cuadrada con 12 grados de libertad, que refleja un nivel de significación aceptable del usuario con respecto al servicio proporcionado en las clínicas donde han recibido atención, reflejando un grado de confianza de un 98.23% por lo que es factible volver a contratar el servicio.

La variable dependiente *recontractación* se contrastó con la variable explicativa *surtido de medicamentos* (Tabla 5.40.3) reflejando una $p=0.0080$, Ji cuadrada con 8 grados de libertad, que refleja un nivel de significación aceptable del usuario con respecto al surtido de medicamentos que reciben en las diferentes unidades medicas, reflejando un grado de confianza de un 99.20% por lo que en esta caso volverían a contratar el servicio.

Tabla 5.40.2 Nivel de significación recontractación-unidad médica

¿Volvería usted a contratar el seguro popular?		Total muestra		Tipo de unidad médica en que se atendió							
				Centro de salud		Hospital general		Hospital de especialidad		Otra	
Código	Categorías	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra
1	Completo desacuerdo	4	2,65	0	0,00	4	5,88	0	0,00	0	0,00
2	Mediano desacuerdo	9	5,96	4	6,90	5	7,35	0	0,00	0	0,00
3	Indiferente	16	10,60	2	3,45	8	11,76	0	0,00	6	28,57
4	Moderado acuerdo	35	23,18	9	15,52	18	26,47	1	25,00	7	33,33
5	Completo acuerdo	87	57,62	43	74,14	33	48,53	3	75,00	8	38,10
TOTAL		151	100,00	58	100,00	68	100,00	4	100,00	21	100,00
Ji cuadrada con 12 grados de libertad = 24,4386 (p = 0,0177)											

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis a partir de resultados de la investigación

Tabla 5.40.3 Nivel de significación recontractación-surtido de medicamentos

¿Volvería usted a contratar el seguro popular?		Total muestra		¿Le surtieron los medicamentos que le recetó el médico?					
				Si		No		Se surtió medicamento por fuera	
Código	Categorías	Frecuencia s	% s/ muestra	Frecuencia s	% s/ muestra	Frecuencia s	% s/ muestra	Frecuencia s	% s/ muestra
1	Completo desacuerdo	4	2,88	1	1,75	3	5,45	0	0,00
2	Mediano desacuerdo	9	6,47	1	1,75	6	10,91	2	7,41
3	Indiferente	14	10,07	5	8,77	7	12,73	2	7,41
4	Moderado acuerdo	32	23,02	6	10,53	18	32,73	8	29,63
5	Completo acuerdo	80	57,55	44	77,19	21	38,18	15	55,56
	TOTAL	139	100,00	57	100,00	55	100,00	27	100,00
Ji cuadrada con 8 grados de libertad = 20,6883 (p = 0,0080)									

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis a partir de resultados de la investigación

La variable dependiente *recontractación* se contrastó con la variable explicativa *quejas* (Tabla 5.40.4) reflejando una $p=0.0011$, Ji cuadrada con 4 grados de libertad, que refleja un nivel de significación aceptable del usuario con respecto a que no existen quejas con respecto al surtido de medicamentos que recibe en las diferentes unidades medicas, reflejando un grado de confianza de un 99.89%, por lo que consideran recontractarlo.

De acuerdo a la información reflejada en cada una de los Tablas, las variable dependiente *recontractación del servicio* al ser contrastada con las diferentes variables: afiliación, unidad médica, surtido de medicamentos y quejas, inciden de manera altamente significativa, de acuerdo al test de la Ji Cuadrada de Pearson superior a un 95%, resultados que reflejan que los usuarios están satisfechos con el servicio recibido y volverían a contratar nuevamente el servicio.

Tabla 5.40.4 Nivel de significación recontractación-quejas

¿Volvería usted a contratar el seguro popular?		Total muestra		¿Alguna vez le ha presentado alguna queja contra el seguro popular?			
				Si		No	
Código	Categorías	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra
1	Completo desacuerdo	4	2,65	1	16,67	3	2,07
2	Mediano desacuerdo	9	5,96	1	16,67	8	5,52
3	Indiferente	16	10,60	3	50,00	13	8,97
4	Moderado acuerdo	35	23,18	0	0,00	35	24,14
5	Completo acuerdo	87	57,62	1	16,67	86	59,31
	TOTAL	151	100,00	6	100,00	145	100,00
Ji cuadrada con 4 grados de libertad = 18,2590 (p = 0,0011)							

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis a partir de resultados de la investigación

3) Recomendación del servicio

Por último, la siguiente variable tiene que ver con la *recomendación* que los pacientes hacen a otras personas respecto a los servicios que recibieron del sistema (Tabla 5.41 y Figura 5.17), parece interesante analizar el cuestionamiento número diecinueve en la siguiente gráfica:

a) Tabulación simple

Tocante a la opinión de *¿Usted recomendaría el seguro popular a un familiar o amigo?*, se refleja que una gran mayoría (81.51%) si lo haría y tan solo un 6.16% no lo haría, mientras que otro segmento (12.33%) se encuentra indeciso respecto a esta opinión.

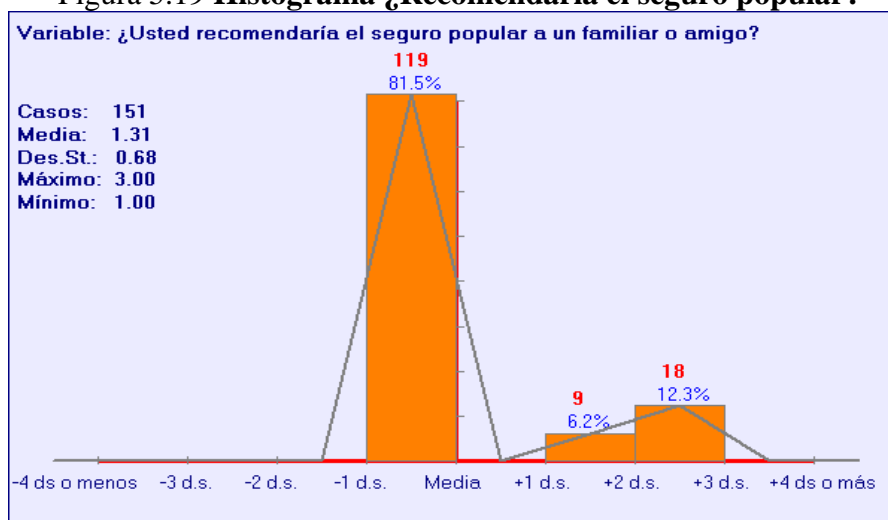
Tabla 5.41 **¿Recomendaría el seguro popular?**

Nº variable	Denominación	Nº de casos	Media aritmética	Desviación estándar	Máximo	Mínimo
19	¿Usted recomendaría el seguro popular a un familiar o amigo?	146	1.31	0.68	3.00	1.00

Código	Significado	Frecuencias	%
1	Si	119	81,51
2	No	9	6,16
3	No se	18	12,33
	Total frecuencias	146	100,00

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

Figura 5.19 **Histograma ¿Recomendaría el seguro popular?**



Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

La curva formada en polígono de frecuencias muestra un eje de asimetría positivo, con una dispersión hacia la derecha del eje, con características leptocúrticas (altamente concentradas en la respuesta *sí*).

Por otra parte, se realizaron tabulaciones cruzadas para determinar las relaciones de dependencias (causa-efecto) y comparación entre variables dependientes e independientes, utilizando además el Test de Ji Cuadrada de Pearson, que permite medir las *hipótesis* y valorar si

las variables (objeto del estudio) son independientes o por el contrario se relacionan entre si, encontrando las relaciones significativas como se verán a continuación.

b) Tabulación cruzada

Para explicar la información anterior, se procedió a efectuar un análisis de cada uno de los niveles de significación en Ji Cuadrada de Pearson de la variable dependiente *recomendación del servicio* y sus variables explicativas (*frecuencia, tiempo de espera y quejas*) mismos que encuentran concentrados en las Tablas 5.42 y 5.43, a continuación se ofrece una explicación de los resultados de cada una de las variables.

Tabla 5.42 Concentración de variables dependientes y explicativas (recomendación)

Variable dependiente (A explicar)		Variable Explicativa (Explicativa)		Test de la Ji cuadrada de Pearson
Num. Variable	Nombre la variable	Num. Variable	Nombre la variable	Nivel de significación
19	¿Usted recomendaría el seguro popular a un familiar o amigo?	2	Frecuencia de consulta	(p = 0,0001)
		6	Tiempo de espera de atención médica	(p = 0,0426)
		13	¿Alguna vez le ha presentado alguna queja contra el seguro popular?	(p = 0,0032)

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

Tabla 5.43 Tabla explicativa de los niveles de significación de recomendación

Variable dependiente	Variable explicativa	Ji cuadrada con grados de libertad	Test de Ji cuadrada de Pearson	Confianza del usuario % (1-p)
Recomendación	1. Frecuencia	12	(p = 0,0001)	99.99
	2. Tiempo de espera	6	(p = 0,0426)	95.74
	3. Quejas	2	(p = 0,0032)	99.68

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis a partir de resultados de la investigación

Aplicando esta técnica al estudio se observa la existencia de una relación de asociación entre las diferentes variables, en este caso variable *recomendación* y cada uno de los factores de clasificación ya que el valor de Ji (J_i) es superior al nivel de significación de $p=0.01$ (99% de confianza) y de un $p=0.05$ (95% de confianza), por el tipo de investigación.

Las Tablas 5.43.1 al 5.43.4 refieren un análisis de cada uno de los niveles de significación en Ji Cuadrada de Pearson de la variable dependiente *recomendación* y sus variables explicativas: frecuencia, tiempo de espera y quejas; a continuación se ofrece una explicación de los resultados de cada una de las variables.

La variable dependiente *recomendación* se contrastó con la variable explicativa *frecuencia* (Tabla 5.43.1) reflejando una $p=0.0001$, Ji cuadrada con 12 grados de libertad, que refleja un nivel de significación aceptable del usuario en las diferentes ocasiones que han visitado las clínicas y que refleja un grado de confianza de un 99.99%, considerando en este caso la recomendación del sistema a otras personas.

Tabla 5.43.1 Nivel de significación recomendación-frecuencia

¿Usted recomendaría el seguro popular a un familiar o amigo?		Frecuencia de consulta															
		Total muestra		Ninunga vez		Una vez por mes		Entre dos y tres veces por mes		Entre tres y cinco veces por mes		Más de 5 veces por mes		Una vez al año		Otra	
Código	Categorías	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra
1	Si	118	81,38	6	85,71	70	93,33	27	77,14	2	66,67	1	50,00	6	50,00	6	54,55
2	No	9	6,21	1	14,29	2	2,67	2	5,71	1	33,33	1	50,00	2	16,67	0	0,00
3	No se	18	12,41	0	0,00	3	4,00	6	17,14	0	0,00	0	0,00	4	33,33	5	45,45
	TOTAL	145	100,00	7	100,00	75	100,00	35	100,00	3	100,00	2	100,00	12	100,00	11	100,00

Ji cuadrada con 12 grados de libertad = 39,2570 (p = 0,0001)

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis a partir de resultados de la investigación

La variable dependiente *recomendación* se contrastó con la variable explicativa *tiempo de espera* (Tabla 5.43.2) reflejando una $p=0.0426$, Ji cuadrada con 6 grados de libertad, que refleja un nivel de significación aceptable del usuario con respecto al tiempo de espera, por lo que se considera que es factible recomendarlo a terceros ya que refleja un grado de confianza de un 95.74%.

Tabla 5.43.2 Nivel de significación recomendación-tiempo de espera

¿Usted recomendaría el seguro popular a un familiar o amigo?		Total muestra		Tiempo de espera de atención médica							
				Menos de 15 minutos		Hasta 30 minutos		1 hora		Más de 1 hora	
Código	Categorías	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra
1	Si	119	81,51	36	97,30	27	81,82	26	70,27	30	76,92
2	No	9	6,16	0	0,00	3	9,09	2	5,41	4	10,26
3	No se	18	12,33	1	2,70	3	9,09	9	24,32	5	12,82
	TOTAL	146	100,00	37	100,00	33	100,00	37	100,00	39	100,00

Ji cuadrada con 6 grados de libertad = 13,0268 (p = 0,0426)

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis a partir de resultados de la investigación

La variable dependiente *recomendación* se contrastó con la variable explicativa *quejas* (Tabla 5.43.3) reflejando una $p=0.0032$, Ji cuadrada con 2 grados de libertad, que refleja un nivel de significación aceptable del usuario con respecto a la ausencia de quejas, reflejando un grado de confianza de un 99.68% por lo que considerarían recomendarlo a terceras personas.

De acuerdo a la información reflejada en cada una de las Tablas, las variables dependientes *justicia en el cobro*, *recontratación* y *recomendación del servicio* al ser contrastadas con las diferentes variables inciden de manera altamente significativa, de acuerdo a los test de la Ji Cuadrada de Pearson superior a un 95%, resultados que reflejan que los usuarios tienen la percepción de que los pagos que realizan al Seguro Popular son justos, por lo que volverían a contratar el servicio y lo recomendarían a familiares y amigos.

Tabla 5.43.3 Nivel de significación recomendación-quejas

¿Usted recomendaría el seguro popular a un familiar o amigo?		Total muestra		¿Alguna vez le ha presentado alguna queja contra el seguro popular?			
				Si		No	
Código	Categorías	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra	Frecuencias	% s/ muestra
1	Si	119	81,51	2	33,33	117	83,57
2	No	9	6,16	2	33,33	7	5,00
3	No se	18	12,33	2	33,33	16	11,43
	TOTAL	146	100,00	6	100,00	140	100,00
Ji cuadrada con 2 grados de libertad = 11,5133 (p = 0,0032)							

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis a partir de resultados de la investigación

El Director del Seguro Popular en Sinaloa, Lic. Enrique Mendívil Pérez, en referencia a las cuotas del sistema comenta lo siguiente:

El mayor número de familias que tienen SP son incluidas en los dos primeros deciles, en estos casos el SP es gratuito, sin embargo hay una resistencia de parte de los usuarios cuando ya les corresponde del tercer decil en adelante, ya que es necesario pagar para recibir el servicio, el SP no es gratis, casi lo es, únicamente el 2% de los usuarios cubre las cuotas, los demás no pagan. Ese es el sentido humanista del sistema, pero más que eso es paternalista, todo se quiere gratis, si la gente tuviera la cultura de aportar, se tendría más equipamiento, más medicamento, el equipo se hace obsoleto muy rápidamente. Una vez afiliados tanto los que pagaron como los que no pagaron reciben la misma atención.

Cuando las personas llegan se van a afiliar y después de los resultados de sus estudios socioeconómicos, le decimos “te va a tocar pagar tal cantidad”, es muy común como siempre que me digan ¡ahh no, entonces no lo quiero!, yo lo quiero pero si es gratis y nos deja el trámite empezado nada más, existe esa mala leyenda de que el seguro popular es gratis y no lo es, casi lo es por los resultados, desgraciadamente durante época de elecciones utilizan la gratuidad del sistema como publicidad partidista en las campañas, a pesar de que la Ley electoral lo prohíbe.

Como una muestra a los comentarios, en el Estado de Sinaloa al cuarto trimestre de 2010 (septiembre) el número de familias afiliadas y beneficiadas que no cubrieron la cuota familiar por estar ubicados en el decil 1 fueron 193,153; las que se situaron en el decil No. 2 y que tampoco cubrieron la cuota familiar fueron 94,228 familia; todo ello de un total de 337,172 familias afiliadas, la diferencia significa un 14.77% de familias que no cubrieron la cuota (Tabla 5.44). En el Municipio de Culiacán el número de familias incorporadas al Seguro Popular fueron un total de 71,001; de los cuales no realizaron aportación económica 69,826; la diferencia 1176 familias si aportaron cuota familiar, lo que representa un 1.65% del total.

El importe de las cuotas familiares se pueden observar en la Tabla 3.7 del Capítulo III de este trabajo de investigación.

En el análisis de las cuotas familiares contempladas en el capítulo III de este trabajo de investigación se comentó que las familias ubicadas en los dos primeros deciles de ingresos no cubren las cuotas del seguro popular, del segundo decil de ingresos en adelante las cuotas se van incrementando progresivamente; el esfuerzo de extender la cobertura en salud para la población requiere de un financiamiento fuerte de parte de la Federación como de los Estados quienes

tendrán que efectuar los ajustes para invertir más presupuesto en áreas como combate a la pobreza y en salud para la población.

Tabla 5.44 Familias beneficiadas al Seguro Popular en Sinaloa
(al cuarto trimestre de 2010)

Decil	Familias
01	193,153
02	94,228
03	26,235
04	15,415
05	6,288
06	1,450
07	324
08	47
09	24
10	8
Total	337,172

Fuente: elaborado por el autor a partir de información del Seguro Popular

Sin embargo, de acuerdo a información del Informe de Resultados 2010 del Sistema de Protección Social en Salud para el año 2009 el presupuesto ejercido en salud la inversión fue de 43,509.3 mil millones de pesos; de la misma manera para el año 2010 se disponen de 51,194.3 mil millones de pesos en el presupuesto de egresos, el 12.6 % de incremento en relación con el año 2009 y un 780.1 % de crecimiento acumulado a siete años de iniciada la operación del sistema en el 2004 (4,434 millones de pesos), lamentablemente esta inversión no ha sido suficiente, lo que obliga a los mexicanos de bajos recursos a desembolsar dinero cuando menos en cuotas del Seguro Popular, por lo que presuntamente hay afiliados en el sistema que resultan afectados o incómodos de cubrir cuotas.

De la misma forma, el Lic. Mendivil Pérez al comentar el tema de la recontractación y recomendación de los servicios del Seguro Popular afirma lo siguiente:

El seguro popular es el programa social de mayor aceptación en el país, tiene un programa de reafiliación de un 98 %. Los usuarios son la principal publicidad que tenemos del seguro popular, los mismos usuarios nos recomiendan, ya que al entrevistar al posible nuevo usuario de cómo se enteró del seguro popular nos dicen que fue por los mismos usuarios, por un familiar o por un amigo. Este resultado lo observamos en un estudio que realizamos el año pasado y lo que es televisión, radio y prensa es poco lo que impacta en la población, la mejor información es la que dan los usuarios.

De acuerdo a la información reflejada en cada una de las Tablas, las variables dependientes *cobros justos, reafiliación y recomendación* al ser contrastadas con las diferentes variables: *tiempo de afiliación, frecuencia, tiempo de espera, unidad médica, surtido de medicamentos y quejas*, inciden de manera altamente significativa, de acuerdo al test de la Ji Cuadrada de Pearson superior a un 95%, resultados que reflejan que los usuarios tienen la percepción de estar satisfechos con las cuotas cubiertas al sistema, por lo que volverían a recontractar el servicio y lo recomendarían a terceras personas.

4) ***Cuotas familiares, recontractación y recomendación del Seguro Popular y la percepción de los usuarios en Culiacán***

El haber efectuado un análisis de tabulación simple y tabulación cruzada permite comprobar en que los usuarios tienen una percepción aceptable en cuanto a las cuotas familiares, la recontractación y recomendación del Seguro Popular; por otra parte, de acuerdo a la información reflejada en la concentración de resultados de tabulación cruzada (Tabla 5.45), las variables dependientes *justicia en el cobro, recontractación y recomendación* al ser contrastadas con las diferentes variables explicativas: *afiliación, frecuencia, tiempo de espera, unidad médica, surtido de medicamentos y quejas* inciden de manera altamente significativa, de acuerdo al test de la Ji Cuadrada de Pearson superior a un 95%, resultados que reflejan que los usuarios tienen la percepción de estar satisfechos en con las cuotas familiares, en recontractar el servicio y en recomendarlo.

Entre los objetivos del SPSS, analizados en el Capítulo III, el *primer objetivo* se trata de utilizar reglas claras de financiamiento para ofrecer servicios de salud que deben ser provistos a la población en general, independientemente de su condición de aseguramiento; el *cuarto objetivo* busca promover la participación de los gobiernos federales y estatales en el financiamiento a la salud; estos objetivos contrastados con la información comentada con anterioridad permitió dar respuesta a la *pregunta número cuatro* de este trabajo de investigación planteada en el apartado 1.4 del Capítulo I denominada: *¿En que forma se financian las Políticas Públicas en Salud y cuál es la percepción de los usuarios del Seguro Popular respecto a las cuotas familiares cubiertas al sistema, si volverían a contratar o no el servicio y lo recomendarían a terceras personas?*, así como alcanzar el *objetivo número cuatro: Analizar y describir las formas de financiamiento federal, estatal y usuario de las Políticas Públicas en salud y evaluar la percepción de los usuarios del Seguro Popular respecto a las cuotas familiares cubiertas al sistema, así como su recontractación y recomendación a terceras personas.*

Tabla 5.45 Concentración de tabulación cruzada de la percepción de los usuarios en las cuotas familiares, recontractación y recomendación

Variable dependiente	Variable explicativa	Ji cuadrada con grados de libertad	Confianza del usuario % (1-p)
¿Lo que le cobraron le pareció justo?	1. Frecuencia	24	99.23
	2. Quejas	12	100.00
¿Volvería usted a contratar el seguro popular?	1. Afiliación	20	96.66
	2. Unidad médica	12	98.23
	3. Surtido de medicamentos	8	99.20
	4. Quejas	4	99.89
¿Recomendaría el Seguro Popular	1. Frecuencia	12	99.99
	2. Tiempo de espera	6	95.74
	3. Quejas	2	99.68

Fuente: encuesta aplicada en los servicios de atención del Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa

Por todo lo anteriormente expuesto, el objetivo número cuatro de este trabajo de investigación se alcanzó de acuerdo con las respuestas reflejadas en las Tablas de referencia ya que los usuarios manifiestan *satisfacción por las cuotas cubiertas al sistema y están dispuestos a volver a contratar el servicio, además cabe la posibilidad de recomendar la atención médica que ofrece el sistema* y permitió verificar completamente la *hipótesis H4* de este trabajo de investigación:

Los usuarios del SPSS califican de justas las cuotas pagadas por el servicio, por lo que volverían a contratarlo y lo consideran digno de ser recomendado a terceras personas.

Conclusiones y Consideraciones finales

Este apartado sintetiza las conclusiones más relevantes que se han ido desgranando a lo largo de toda la tesis; de la misma manera se presenta un extracto de sugerencias, apreciaciones o consideraciones emanadas de la investigación que podrían servir para un manejo adecuado de esa política pública denominada *Seguro Popular*. Las conclusiones se han recogido en apartados, organizados según los distintos elementos que conforman el modelo utilizado en el estudio.

Introducción

El derecho social nace como producto de la evolución histórica de los derechos humanos, especialmente después de la Primera Guerra Mundial. En México, estos derechos se expresan en la doctrina del constitucionalismo social del periodo de entre-guerras, como es el caso de la Constitución de Querétaro (5 de febrero de 1917). En el plano internacional, al menos, existen tres instrumentos internacionales que refuerzan la idea de los derechos sociales: la Liga de las Naciones, el Tratado de Versalles y la Oficina Internacional del Trabajo (1919).

Por ese hecho, el derecho del trabajo forma parte de la clasificación de los derechos sociales, aun cuando proviene del derecho civil por tratarse de relaciones entre particulares. Esas relaciones se sustentan estableciendo normas jurídicas independientes del marco constitucional establecido, con la finalidad de ofrecer garantías a los trabajadores de acuerdo a los principios fundamentales del derecho del trabajo, en donde los trabajadores aportan sus contribuciones físicas e intelectuales a la empresa a cambio de una compensación que motivan al personal y establecen un vínculo entre los costos laborales y la productividad.

Las empresas contemporáneas incluyen una gama de prestaciones al trabajador. La seguridad física y financiera a la que cada integrante de la organización tiene derecho, deriva también de la existencia de leyes y disposiciones legales que señalan con claridad cuáles son las obligaciones de las empresas respecto al personal que emplean. Entre esas obligaciones se consideran: El derecho de los trabajadores a disfrutar de cuidados médicos, incluso la hospitalización y los tratamientos adecuados; El derecho del trabajador a recibir una pensión; El derecho a recibir del Estado una compensación adecuada para el cónyuge y los hijos menores de edad en caso de muerte; El derecho a recibir compensación cuando se sufre una circunstancia que incapacita de manera permanente al trabajador; El derecho a percibir determinados ingresos cuando involuntariamente o sin culpa se pierde el empleo; El derecho a recibir protección especial cuando la labor lleva al trabajador a enfrentarse a condiciones riesgosas para la salud y el bienestar; En general, el derecho a disfrutar de una vida digna, en la que sean accesibles para el trabajador las comodidades razonables, así como el mundo de la cultura y el sano esparcimiento.

A principios del siglo XX el Estado mexicano empezó a participar en ciertas actividades de salud pública. En 1922 se crea la Escuela de Salubridad, la primera de América Latina, formadora de profesionales de la medicina, hoy denominada Escuela de Salud Pública de México, en 1943 Nace la Secretaría de Salubridad y Asistencia fusionando el Departamento de Salubridad Pública en la Secretaría de Asistencia así como la primera generación de reformas del sistema de salud, la Ley del Seguro Social y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En 1960 Con las reformas al artículo 123 Constitucional que otorgó derechos sociales a los trabajadores del Estado, nace el ISSSTE.

Para enfrentar todas estas funciones y proteger de manera adecuada al personal, en casi todos los países se ha creado organismos que prestan toda una gama de servicios al asalariado y que en la mayoría de los casos recibe el nombre de seguro social. En México el Derecho de la Seguridad Social está íntimamente ligado con el Derecho del Trabajo, y para cumplir con las obligaciones como empleadores, se establecieron la Ley del Seguro Social y la Ley del ISSSTE, cuya finalidad contemplan en sus respectivas leyes el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y el otorgamiento de una pensión salvo ciertos requisitos.

El derecho de la seguridad social se funda en el trabajo, por lo que la aplicación de los seguros sociales en materia de atención en salud es limitada, de acuerdo a las leyes respectivas, solo comprende a los trabajadores; tratándose de otros trabajadores sin relación laboral tropiezan con dificultades cuando se trata de la atención en salud, esta incide en el patrimonio de las familias al erogar grandes cantidades en consultas medicas y medicinas, ocasionando perjuicios económicos al no existir políticas públicas en beneficio de los sectores marginados de la población; en ese contexto, algunos países han iniciado o reelaborado su seguridad social sobre la base de lo que se llama *asistencia o protección social*, se recurre a impuestos locales o nacionales para financiar los diversos programas de los que se derivan las prestaciones pagadas como un derecho legítimo, cuando se cumplen las condiciones de necesidad prescritas.

Para llevar a cabo ese objetivo el Estado ha destinado grandes cantidades de recursos provenientes de los impuestos vía presupuesto de egresos, con la intención de orientar el gasto desde una visión propulsora de la equidad y multiplicadora de impactos asertivos en el bienestar social de la población que carece de servicios de salud.

Cobertura universal en servicios de salud

El mundo contemporáneo se encuentra envuelto en una globalización desgobernada, concentrando el capital, restringiendo cada vez más el trabajo al ámbito local para impedir movimientos migratorios y generando cada vez mayor pobreza, exclusión social y efectos discriminatorios hacia grupos marginados, creando una polarización entre quienes reclaman democracia, trabajo y salud y quienes la restringen a los ciudadanos y a las naciones. De manera interna en los países se enfrentan los grupos de poder, como consecuencia de la pérdida de la función económica y social del Estado; ese desorden social genera una crisis de gobernabilidad, desorganización y descomposición social, pérdida de la cohesión y protección, la *sociedad* se ha protegido contra la hegemonía del mercado y busca resguardarse de las políticas sociales, el derecho al trabajo y la protección social haciendo mas precaria las relaciones laborales y la mercantilización del trabajo, en deterioro de la política social y las conquistas sociales son vistas como obstáculos para el libre desarrollo del mercado.

En materia de salud el Estado mexicano ha cumplido parcialmente con sus obligaciones de proteger, garantizar y promover esa facultad por el bajo porcentaje de inversión pública en ese rubro que impide mejorar el acceso a servicios, insuficiencia en el abasto de medicamentos, lentitud en el crecimiento de la infraestructura, falta de impulso a la investigación y a la promoción de una cultura de prevención; persiste la desigualdad y diferencias en los sectores de la población que ante la necesidad de atención médica al padecer una enfermedad crónico-

degenerativa no encuentra acceso a los servicios provocando desequilibrios económicos a la familia.

Dentro de las políticas sociales mas requeridas en este mundo globalizado, la protección en salud es fundamental tanto para el bienestar humano como para el desarrollo económico y social sostenible de un país. Los Estados Miembros de la OMS se han fijado el objetivo de desarrollar sus sistemas de financiación sanitaria para garantizar que todas las personas puedan utilizar los servicios sanitarios mientras están protegidas contra las dificultades económicas asociadas al pago de los mismos.

La exclusión en salud, definida como la falta de acceso de individuos y grupos de la sociedad a las oportunidades, bienes y servicios de salud que otros miembros de la sociedad disfrutaban, es un problema que, en sus diferentes manifestaciones, afecta a un elevado porcentaje de habitantes del mundo, esta exclusión tiene consecuencias sobre la duración y calidad de vida de las personas, sus familias y sus comunidades, pero además, afecta de manera crucial la capacidad de los países para generar riqueza y mejorar las condiciones de vida para todos sus habitantes. Hasta 2003 la mitad de la población en México por motivo de su estatus laboral, disfrutaba de seguridad social y, por lo tanto, de derechos en salud legislados. La otra mitad había quedado marginada de todo tipo de protección social en materia de salud y recibía servicios bajo un esquema estrictamente asistencial.

Las reformas a la LGS formuladas e implementadas en el año 2004 referentes a los servicios de salud dirigidos a la población más marginada de México, bajo la estrategia de la descentralización en salud, han diseñado emprender cambios para llegar a una mayor equidad, mayor acceso, mayor cobertura y mayor protección financiera, para que los usuarios no incurran en gastos catastróficos al presentar daños a su salud; estrategias que forman parte del Plan Nacional de Desarrollo (PND) y del Programa Nacional de Salud (PNS), con un eje conductor en materia de justicia social para contribuir desde el sector salud, a la reducción de la pobreza y la desigualdad a través de una mayor protección social en salud.

A simple vista, se observan avances en la cobertura universal en salud en México, la importancia de ello influyó para plantear la pregunta secundaria ¿Cuál es origen, características, conceptos, marco legal, y los procesos para establecer las Políticas Públicas en materia de Salud en México y qué avances en cobertura se han observado en su aplicación en México, Culiacán, y Sinaloa?, misma que con los resultados encontrados y presentados, se logró dar respuesta satisfactoria.

Partiendo de allí, el origen del derecho a la salud en su forma genérica, proviene del derecho social mismo que se define como el conjunto de normas, principios, derechos, instituciones con la finalidad de obtener bienestar social de la población económicamente débil, en ese sentido el hombre puede demandar del estado o de la sociedad como vínculo organizado en razón de estar agregado a ellos y como un medio para un mejor desarrollo propio y de la comunidad de la que forma parte. Casi todas las constituciones políticas del mundo tratan los derechos humanos ya sea de forma individual o colectiva, se refieren al ser humano como tal, al ser humano en su vida de relación con otros derechos humanos.

En México la historia de los derechos sociales está ligada a la desigualdad. Si bien en la Constitución de 1917 se lograron conjugar las garantías individuales y los derechos sociales, el modelo corporativo de distribución emanado de la Revolución necesariamente conllevó a un ejercicio diferenciado de derechos y, por lo tanto de la ciudadanía desde su definición más amplia transformándose con el tiempo en políticas.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece con énfasis la importancia en el desarrollo de la vida de las personas y comunidades, la salud adquiere rango de relevancia pública con supremacía dentro del marco de *políticas públicas* y sobre toda acción que pueda contribuir a generar capacidades, medios y condiciones para garantizarla. En este sentido, la salud revela las oportunidades equitativas que tienen las personas y colectivos a la satisfacción plena de necesidades de calidad de vida entre la que destacan alimentación, trabajo, saneamiento, educación, renta, vivienda, ambiente, transporte, entre otros.

La palabra política se refiere a aquello que afecta a todos, lo que es público (*polis*). La expresión política en salud, se refiere a aquel ámbito de la sanidad que nos afecta a todos, en el que asumen un papel protagonista los políticos en su papel de representantes de los ciudadanos. Las políticas en salud protegen la salud pública; es decir, tienen como objetivo asegurar la integridad física y psíquica del individuo, y se concretan en una serie de servicios de atención primaria, hospitalaria y de prestaciones de tipo farmacéutico.

El *párrafo doce*, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) de la Asamblea General de Naciones Unidas reconoce el derecho de toda persona al *disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Salud se entiende no sólo como un derecho a estar sano, sino como un derecho a controlar los propia salud y el cuerpo. En México, como reconocimiento a uno de los derechos fundamentales contenidos en la declaración universal de los derechos humanos de la ONU, el derecho a la protección de la salud, como derecho autónomo, fue elevado a rango constitucional mediante reforma al artículo 4º de la Constitución Federal, señalando que: *“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.*

La falta de capacidad para atender las necesidades de salud en el sector público ha generado que la demanda se traslade hacia el sector privado donde existe poca cobertura de aseguramiento. Las restricciones presupuestarias han limitado la cantidad y la calidad de la atención para la población pobre, lo cual ha generado un racionamiento implícito en todo el sistema. La salud constituye una necesidad humana básica, ésta es un objetivo universal, los sentimientos subjetivos no constituyen una determinación fidedigna de la necesidad humana.

El diseño del sistema de salud en México ignoró el criterio de repartición universal de satisfactores, fundamento de los derechos humanos, ya que fue concebido de tal forma que la población organizada y asalariada fue la receptora de los beneficios de la seguridad social, entre los cuales se encuentra el acceso a los servicios sanitarios. Así nacieron las instituciones de seguridad social como el IMSS y el ISSSTE, que atendían a la población inserta en el sector formal de la economía. La prestación de servicios en salud ha sufrido un sustantivo proceso de

transformación en los últimos años, buscando la *cobertura universal del aseguramiento en salud*, desde la creación de los seguros sociales en los años cuarenta y sesenta, así como en 2003 con la implementación del Sistema de Protección Social en Salud. La seguridad social nace el 1 de enero de 1943 con la fundación del IMSS, meses mas tarde, el 15 de octubre del mismo año se formalizan los servicios públicos de la SSA, cuyo nombre tenia implícita una concepción asistencial, para atender principalmente a los mexicanos de escasos recursos.

El sistema de salud en México está conformado por dos sectores, el público y el privado. El sector público incluye a las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y las instituciones de seguridad social para los trabajadores de los gobiernos estatales, así como a las instituciones y programas que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social (SS, Servicios de Salud (SESA), IMSS-OPORTUNIDADES y SPSS). El sector privado incluye a las compañías aseguradoras privadas y a los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, en general bajo un sistema lucrativo.

Tomando en consideración el aporte que las diferentes instituciones que conforman el sistema de salud en México: La Hipótesis (H1) se verifica completamente ya que *las políticas públicas en salud implementadas en Culiacán, Sinaloa y México han permitido avanzar en los últimos siete años en la cobertura universal en servicios de salud.*

La meta de lograr la cobertura universal en los próximos años repercutirá en el desempeño del sistema de salud mexicano en lo que se refiere a justicia financiera reflejándose una reducción en número de hogares en gastos catastróficos. De la misma manera, la reducción en el gasto del bolsillo acompañará al nuevo modelo de financiamiento y de prestación de servicios de salud del SPS, se detecta una mejoría en el índice de justicia en la contribución al financiamiento del sistema de salud y en el porcentaje de hogares con gastos catastróficos, aun sin alcanzar la afiliación universal.

Bajo este contexto, se puede observar la importancia del estudio de las políticas públicas en salud o de las políticas públicas en general, pues permite conocer como son, y la problemática que tienen los organismos instituidos para alcanzar los objetivos en el entorno en el cual se desarrollan y promueven servicios eficientes en beneficio de la comunidad en general.

Servicios médicos de calidad y reducción del gasto de bolsillo

La OMS define la calidad como el logro de un alto nivel de excelencia profesional y de satisfacción del paciente, la existencia de mínimos riesgos y el uso eficiente de los recursos; otras definiciones la consideran como una característica del servicio y de productos de consumo que satisfacen las necesidades del consumidor y lo hacen sentirse orgulloso de poseer un producto o de recibir un servicio al más bajo costo posible. La calidad de la atención médica en México se fundamenta tanto en el malestar pronunciado por usuarios de los servicios de instituciones públicas particularmente, y en el deseo de disminuir las desigualdades más graves del sistema de salud, que se manifiestan en la cobertura y en la misma calidad de los servicios. La calidad es definida principalmente por los pacientes a partir de sus valores y expectativas, de forma que la satisfacción del paciente es al mismo tiempo objetivo y resultado de la atención.

Después del análisis y explicación de los principios y objetivos de la institución estudiada, se realizó una encuesta con rigor metodológico con la finalidad de alcanzar el objetivo planteado, por lo que la Hipótesis (H2) se verificó completamente ya que la política pública denominada Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa, ofrece satisfacción a los usuarios en atención médica y del personal de salud y ha permitido a la población afiliada reducir el gasto de bolsillo en atención médica y en medicinas en comparación con lo que antes de su implementación erogaban.

La estrategia de evaluación de este trabajo de investigación, permitió identificar las características sociodemográficas de la población objetivo del Seguro Popular, el gasto en salud, la posibilidad de presentar gasto catastrófico y la disposición a pagar la prima del Seguro Popular. Adicionalmente, la evaluación de gestión sirvió para determinar las características de la operación de los servicios, así como el nivel de eficiencia global del programa, desde la administración de los recursos hasta los procesos de funcionamiento y otorgamiento de los servicios. Al plantear la investigación con enfoques cuantitativo y cualitativo, la primera dificultad fue la obtención de los datos correspondientes a las variables de este trabajo de investigación; sin embargo una vez que se contó con los datos, las conclusiones extraídas son con un margen de error estadístico confiable, que permitió aceptar o rechazar la hipótesis previa sobre el comportamiento de las variables de esta política pública que se evaluó, sus impactos y su proceso de funcionamiento.

Al evaluar cuantitativamente a los encuestados se observó que la población más joven, los más pobres y los hogares donde la mujer es el jefe de familia, tienen mayor probabilidad de ser segmento de la población en el que es más necesario el Seguro Popular, debido a que se encuentra en mayor riesgo de enfermedades que conllevan gastos catastróficos en salud, provocando que la familia se vea obligada erogar gastos de bolsillo y en la mayoría de los casos se observan severas limitaciones económicas que lo impiden.

La prestación en servicios de salud que otorga el Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa, México ha sido aprovechada en gran medida por los usuarios ya que la mayoría de los entrevistados así lo manifestó durante la entrevista, los beneficios socioeconómicos son principalmente haber dejado de efectuar erogaciones principalmente en costos de servicios médicos como en medicamentos. El nivel de aceptación del Seguro Popular es elevado, este servicio está diseñado para la población no derechohabiente, con esta consideración cerca de la mitad de la población queda fuera del área de competencia del Programa. La población no asegurada representa entonces el 47.44 % de la población objetivo, de éstos hasta el mes de agosto de 2010 ha aceptado pagar por ser inscritos en el Seguro Popular, lo cual representa el 38.4% del total de la población nacional. A nivel local (Culiacán, Sinaloa) el 50.71% de la población no cuenta con seguridad social, por lo que la población objetivo del seguro popular ha alcanzado afiliación en un 26.51%, quedando pendiente el 24.2% de la población sin afiliarse a un sistema de salud.

Aunque los pacientes entrevistados parecen estar en su mayoría satisfechos con la atención que reciben, se detectó preocupación con respecto al gasto total en salud en torno a la calidad de la atención, la eficiencia y la capacidad de respuesta del sistema. Al tratar con estos retos, los diseñadores de las *políticas públicas* se confrontan con una serie de restricciones. México está experimentando una transición demográfica y epidemiológica que impone mayores presiones sobre el sistema de salud. Nuestro país gasta menos en servicios de salud que otros países

latinoamericanos con niveles de desarrollo económico similares, la ausencia de una reforma fiscal limita, de manera seria el alcance para incrementar el financiamiento gubernamental del sistema de salud. Más aun el sector de la seguridad social enfrenta presiones presupuestarias derivadas del incremento en las pensiones para sus trabajadores. Por último la fragmentación de los arreglos institucionales con la descentralización de los prestadores de servicios hace más difícil la construcción de una estrategia coherente y la generación de un consenso para el cambio.

México ha avanzado de manera considerable en el camino hacia un sistema de salud, aunque se han logrado progresos en muchos aspectos desde el inicio de la presente década, el mejor éxito de todos ha sido la introducción del SPSS y el SP. Al cumplir este programa con los objetivos de afiliación, se resolverá en gran medida el problema de la cobertura insuficiente de aseguramiento para una gran parte de la población, que es en la actualidad la debilidad más evidente del sistema. Además, se habrá logrado una redistribución de los recursos públicos dedicados a los servicios de salud entre instituciones y Estados. Sin embargo, la introducción de la reforma enfrenta una serie de retos en relación con la transición. En especial, se deberá obtener financiamiento adicional y mejorar con rapidez la eficiencia de la oferta en los servicios públicos de salud.

El Seguro Popular como política pública fue establecido tomando como base el modelo que ha dominado el campo de las políticas públicas en México desde la época de los sesentas a la fecha los cuales provienen de las teorías de Lasswell, Lindblom, Simon e Easton, una fusión del enfoque por *etapas*, *toma de decisiones* y *sistema político* respectivamente propuestos por los modelos aportados por los autores en mención, sin embargo el sistema político existente en nuestro país permite establecer la presunción de que la mayoría de las políticas públicas han nacido y han sido implementadas más que con ánimos de beneficio social con miras a provocar simpatías para permanecer en el poder. Desde el punto de vista de quien escribe, esta política pública parte del enfoque *arriba abajo* (*top down*), misma que postula que cada política pública es una hipótesis con condiciones iniciales y consecuencias predichas, la *implementación* requiere de un sistema de *arriba hacia abajo* de control y comunicaciones, así como de recursos para hacer el trabajo, los tomadores de decisiones no deben prometer aquello que no pueden cumplir ya que pueden causar desilusión o frustración; al concentrarnos en la *implementación* de programas tanto como en su iniciación, debemos ser capaces de aumentar las probabilidades de que las promesas de las políticas se cumplan, probablemente haya obstáculos para su cumplimiento pero sería mas honroso reconocerlo durante el proceso.

El potencial del Seguro Popular es considerable en México, al generalizar el programa en el país, es factible que se constituya como el segundo asegurador a nivel nacional. Este nivel de aceptación y la cobertura inicial lograda no son de extrañar si se considera el alto riesgo de padecer gastos semi y catastróficos, por parte de la población. Es necesario tener presente, sin embargo, que estos niveles de aceptación pueden verse afectados si no se satisfacen las expectativas de los afiliados, empezando desde las condiciones de los establecimientos de salud hasta la calidad y trato en el servicio.

Los objetivos que la Secretaría de Salud ha incluido como parte del Seguro Popular fueron evaluados en el interés de la población. Los resultados muestran que, en términos generales, la

expectativa de buen trato, mejor acceso, tiempo de atención y la dotación de medicamentos fueron considerados como muy importantes por la población.

Información completa en otros servicios de salud e instalaciones higiénicas

La LGS al enmarcar los derechos de los usuarios al SPSS, en el Artículo 77 bis Fracción V, señala que los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán además de otros derechos el de recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.

Por otra parte, la calidad de la asistencia sanitaria es un valor muy apreciado por los pacientes y los profesionales de la salud. Los pacientes esperan de los profesionales de la salud la curación de sus enfermedades, o al menos la paliación de los síntomas de los mismos, pero una mala calidad higiénica en el ambiente hospitalario podría llegar a causarles daño, y en algunos casos extremos, provocarles la muerte, en ambos supuestos, por la vía del contagio de una infección contraída por las condiciones antihigiénicas del hospital.

El objetivo específico número tres de esta investigación es: Especificar y describir la importancia de la higiene en la infraestructura empleada y de la información sobre otros servicios de salud y estimar y evaluar la percepción y opinión de los afiliados del SPSS respecto al nivel de calidad de la higiene en la infraestructura y de la información que recibe el usuario adicional al servicio que recibe y si ha habido satisfacción en la proporción de esos beneficios.

El objetivo se alcanzó al observar las respuestas y las evaluaciones obtenidas en la encuesta en virtud que los usuarios manifiestan *satisfacción por la condición en que se encuentran las instalaciones y por la información recibida en la atención médica* lo cual permitió rechazar la hipótesis H3 de este trabajo de investigación: *Los afiliados al SPSS en Culiacán, consideran que reciben información incompleta del hospital sobre otros servicios de salud además del motivo de consulta y que la infraestructura del sistema está en malas condiciones por lo que ofrece un pésimo servicio.*

La obvia escasez de recursos de las instituciones que integran el sistema de salud incide en ineficiencias administrativas y de planeación al operar dentro de diseños de coordinación limitados, los cuales están orientados básicamente a establecer acciones conjuntas en materia de prevención. Entre las principales consecuencias de la articulación que prevalecen en el sector se encuentra el incremento de los costos burocráticos por el incremento de las unidades administrativas, la asignación no óptima de los recursos y los altos niveles de desatención entre los derechohabientes; sobre esta base, la descentralización de los servicios asistenciales tiende a incrementar la dispersión de los esfuerzos públicos y, previsiblemente, generará una mayor desigualdad en el acceso a la salud.

En la apreciación del Seguro Popular de Salud de este trabajo de investigación se identifican factores que pueden actuar como indicadores del desempeño de metas específicas, entre los indicadores disponibles se encuentran:

- a. Accesibilidad – servicios brindados en tiempo y forma

- b. Pertinencia – de acuerdo a necesidades y estándares
- c. Continuidad – Coordinación, manejo, integración y dispositivos de referencia y contrarreferencia en los servicios.
- d. Eficiencia técnica
- e. Resultados en salud
- f. Calidad y eficiencia en la atención
- g. Información adicional a los servicios e instalaciones adecuadas

Cuotas familiares justas y factibilidad de recontractación y recomendación

En el esquema propuesto por el Seguro Popular, la población realiza aportaciones solidarias y la Federación transfiere la mayor parte de los recursos necesarios, con lo que, se busca reducir la probabilidad de que la atención de problemas de salud, cuya carga financiera recae frecuentemente en las familias, lleguen a afectar el nivel de vida o pongan en riesgo la satisfacción de otras necesidades básicas. La protección financiera que promueve el Seguro Popular de Salud empodera a la población para demandar la más alta calidad en relación al tipo de los servicios que reciben.

El planteamiento anterior condujo al objetivo número cuatro de este trabajo de investigación: Analizar y describir las formas de financiamiento federal, estatal y usuario de las Políticas Públicas en salud y evaluar la percepción de los usuarios del Seguro Popular respecto a las cuotas familiares cubiertas al sistema, así como su recontractación y recomendación a terceras personas.

Partiendo del objetivo anterior, la Hipótesis (H4) se verifica completamente ya que *los usuarios del SPSS califican de justas las cuotas pagadas por el servicio, por lo que volverían a contratar el Seguro Popular y lo consideran digno de ser recomendado a terceras personas.*

Los promotores de afiliación al programa, así como los módulos de aseguramiento en las unidades de segundo nivel y en las oficinas centrales están bien equipados, cuentan con computadoras, copiadoras, impresoras y cámaras fotográficas, equipo que en su conjunto se utiliza para la realización de los estudios socioeconómicos de los usuarios. En el caso de los promotores tienen que regresar a los días siguientes a la población, ya que los estudios socioeconómicos son elaborados en la oficina central.

La mayoría de las familias adscritas al Seguro Popular ha sido beneficiada en los dos primeros deciles, lo que refleja justicia en su aplicación, los beneficios socioeconómicos a favor de los usuarios son significativos y están dispuestos a recontractar y a recomendar, aun cuando saben que la única prestación que reciben es en especie (servicios médicos y medicamentos).

El Seguro Popular no es Seguridad Social, es un sistema de protección en salud (asistencia en salud) que se limita a prestar servicios de salud a la población en forma restringida, es decir, no incluye la totalidad de las enfermedades ni los medicamentos que la población requiere; no incluye prestaciones como otorga la seguridad social, tales como subsidios, ayudas, y sistema de pensiones. La afiliación al seguros sociales se presenta por dos circunstancias: de manera *obligatoria y o voluntaria*, mientras que la afiliación al Seguro Popular es *voluntaria*.

El Seguro Popular de Salud representa el programa que da forma a la estrategia de Protección Financiera de la Secretaría de Salud, la cual deriva de la evidencia disponible que señala la existencia de una notable inequidad en la distribución de recursos para la salud, en particular entre aquellas poblaciones que tienen derecho a los servicios de la Seguridad Social (derechohabiente) y aquellos que no cuentan con este recurso (no derechohabiente).

El análisis de la asociación entre el nivel económico de la población no derechohabientes de la seguridad social y la disposición a aportar la cuota familiar de aseguramiento muestra resultados de interés; en particular que las familias en los niveles más altos de ingreso están poco interesados en el Seguro Popular, concentrándose el potencial e interés de afiliación en la población de menores ingresos.

Las autoridades de salud han realizado un gran esfuerzo para hacer llegar el programa a las zonas más apartadas del Municipio de Culiacán y de Sinaloa, este esfuerzo debe ser valorado y considerarlo como una de las fortalezas del programa. Otro aspecto relevante relacionado con la promoción fue la información sobre el tema de la gratuidad, tema que puede ser entendido a partir de la aportación realizada por los gobiernos para financiar el acceso a los sectores ubicados en el tabulador en los dos deciles más bajos. Este quizá sea uno de los temas más sensibles de la promoción, puesto que las Reglas de Operación no establecen gratuidad en ninguno de los casos, salvo en el que los derechohabientes pertenecen al Programa Oportunidades, sin embargo los promotores al observar las condiciones de pobreza en que se encuentra la población, sobre todo la rural, estratégicamente promueven la gratuidad del programa fortaleciendo así la afiliación; los promotores han sido un elemento clave del programa para hacerlo llegar a las zonas más apartadas.

Consideraciones finales

Una vez analizada brevemente la situación que guarda el Seguro Popular y haber planteado las conclusiones finales, a continuación se presentan ciertas sugerencias, consideraciones y apreciaciones que podrían servir para un manejo adecuado de esa política pública. Estas son las siguientes:

- Conformar un sistema único de salud que elimine los compartimientos determinados por la capacidad contributiva de los individuos y actúe en función de las necesidades sociales generales; la construcción de sistema de salud único debe plantearse en el marco de un gran acuerdo nacional y de un programa de reformas de largo plazo que considere una creciente socialización de la atención para la salud con prestación de servicios integrales, promover la coordinación interinstitucional para evitar duplicación de esfuerzos, instalaciones y gastos; unificar las instituciones de salud, eliminar barreras de acceso a los servicios, impulsar una reforma fiscal que garantice mayores fondos a estos renglones para alcanzar la satisfacción a las necesidades de la población.
- Poner en marcha reformas al sistema de pensiones del sector público para garantizar que las instituciones de seguridad social cuenten con recursos adecuados para financiar los servicios de salud y puedan participar a resolver problemas a la sociedad desprotegida.

- Fomentar la afiliación del SP y resolver las barreras restantes al acceso a los servicios para las personas que no están cubiertas por la seguridad social mediante lo siguiente:
 1. Mejorar la disponibilidad y calidad de los servicios en las instalaciones estatales de servicios de salud, incluida la disponibilidad de fármacos.
 2. Ampliar de manera progresiva el paquete de servicios de salud que contempla el SP para garantizar una cobertura adecuada de enfermedades catastróficas.
 3. Mejorar la disponibilidad de servicios en las zonas rurales, por ejemplo, al fomentar que los médicos y el personal de enfermería ejerzan la profesión en zonas remotas.
 4. Garantizar el financiamiento adecuado de bienes costo-efectivos relacionados con la *salud pública* como la prevención o la vigilancia epidemiológica.
- Impulsar una mayor eficiencia en los hospitales y de otros prestadores institucionales de servicios mediante y de otros prestadores institucionales mediante:
 - a. Recanalización de los costos administrativos innecesarios hacia una mayor oferta de servicios de salud.
 - b. Introducir una división más clara entre compradores y prestadores de servicios, de contratos con proveedores y mecanismos de pago basados en el producto.
 - c. Combinar una mayor libertad de gestión en el nivel del prestador de servicios con un seguimiento y supervisión adecuados.
 - d. Organizar la compra de todos los servicios de salud sobre la base de zonas de captación que contemplen más de un Estado.
- La aceptación del Seguro Popular de acuerdo a los resultados de esta investigación es notoria, en particular debido a la inclusión de los medicamentos, la reducción en los tiempos de espera y mejoría en la calidad de la atención. Estos tres elementos son claramente el eje en el que el Seguro Popular se desarrolla y la notable aceptación que tiene en la población, puede experimentar cambios drásticos si fallara la provisión de estos elementos. Se recomienda poner énfasis en estos puntos.
- Se sugiere un análisis más riguroso de la capacidad potencial de producción de los servicios de los centros de salud de la Secretaría de Salud, con el fin de asegurar el acceso y atención oportuna de la población a los servicios de atención médica especializada cuando ésta sea necesaria.
- El Seguro Popular de Salud debe continuar desarrollando procedimientos para identificar a la población objetivo. Las conclusiones de la evaluación muestran que es la población del menor nivel de ingreso los que pueden ser mayormente beneficiados por el Seguro Popular, en particular mediante el fomento de la afiliación de familias en las que la mujer es la jefa de familia. Estos grupos coinciden con aquellos que tienen el mayor riesgo de tener gastos catastróficos.
- Se requiere incrementar las áreas de captación de la población para el Seguro Popular y fomentar los programas preventivos entre los derechohabientes sanos.
- Se sugiere incrementar más tipos de enfermedades en el catálogo con la finalidad que la población tenga menos probabilidad de enfrentar los gastos que ocasionan algunos

padecimientos como la atención dental, la prevención de enfermedades (vacunación) y la detección oportuna de padecimientos crónicos.

- La afiliación del Seguro Popular de Salud es voluntaria; sin embargo, esto no lo limita a buscar afiliaciones de grupos u organizaciones sociales que faciliten la inscripción y la recolección de cuotas. Se recomienda la promoción de afiliación o estos grupos u organizaciones sea cualquiera la filiación partidista, religión o secta.
- Es necesario garantizar que se considere este pago solidario como un componente esencial del Seguro Popular, por lo que se considera importante que ninguna familia con suficientes recursos deje de aportar la parte de la prima que le corresponde. En este mismo sentido es importante garantizar que el instrumento para la identificación de la condición socio-económica de la población sea aplicado de manera correcta y que las apreciaciones personales no influyan en la ubicación de la familia en la categoría que le corresponda.
- Se recomienda que la promoción del seguro popular se efectúe por distintos conductos y que los mensajes se adecuen a las características socio-culturales de las poblaciones a afiliar en cada entidad. Se sugiere el desarrollo e implementación de un sistema único de inscripción al seguro popular, el cual pueda ser utilizado a nivel central, estatal, jurisdiccional y por unidad médica.
- La fortaleza financiera del Seguro Personal de Salud está referida a los recursos que ingresen vía población o recursos gubernamentales. Al tener la población un acceso más fácil a los servicios, pudiera favorecer a la sobre-utilización de los mismos, ese sobre-uso arrojaría riesgos económicos para el sistema, por lo que se recomienda implementar una política de pagos alternos. Una opción sería implementar el pago en los medicamentos (individuales o por receta surtida), una segunda alternativa se refiere a los casos de gastos extraordinarios, como ejemplo la consulta directa con médicos especialistas.
- Los fondos para apoyar las operaciones del seguro popular en los estados deben ser transferidos oportunamente en los tiempos definidos para garantizar la continuidad del programa.
- Es importante reforzar la capacitación del personal médico ambulatorio en cuanto a su relación interpersonal con el paciente sobre todo en lo relativo a la explicación de la enfermedad y de su tratamiento al paciente (información adicional), ya que éstos son dos aspectos altamente valorados por los usuarios del Seguro Popular.
- Es recomendable que el SPSS continúe efectuando evaluaciones semestrales e imparciales sobre el desempeño médico, del personal, abasto de medicamentos y otros factores con el fin de obtener la percepción de los usuarios y demostrar a la opinión pública que los recursos se están aplicando con transparencia y con resultados en beneficio de la sociedad.
- Se requiere determinar con precisión la relación entre ingreso y gasto del Seguro Popular, principalmente es necesario contar con información sobre el manejo de medicamentos y su participación en el costo del Seguro, para esto se recomienda integrar información sobre:

- 1.Las cuotas que paga el asegurado
- 2.Número de consulta y tipo
- 3.Medicamentos en uso del cuadro básico
- 4.Medicamentos utilizados que quedan fuera del cuadro básico y que son recetados a los asegurados

Esto permitirá considerar la cobertura del paquete de servicios, actualizar los costos e identificar nuevos riesgos a la salud que pueden incluirse en el paquete de servicios básicos del Seguro Popular.

- Este trabajo me proporciona una gran satisfacción personal, un sentimiento de haber cumplido con responsabilidad, lo cual me compromete a continuar con investigaciones sobre todo de estudios fiscales, propuestas de reforma fiscal o de carácter hacendario y políticas públicas, todo aquello tenga que ver con la percepción y aplicación de los recursos como responsabilidad del Estado en aras de que sean aplicados con transparencia y en beneficio de la comunidad.

Aporte a la ciencia

El aporte investigativo, metodológico, y en relación con los estudios fiscales de esta tesis es el siguiente:

- *Investigativo* porque se recaudó información empírica acerca de la percepción de los usuarios del Seguro Popular; partiendo del análisis de las aportaciones teóricas (teorías, leyes, principios y conceptos) de los derechos sociales y políticas públicas en salud.
- *Metodológico* porque se siguieron procedimientos organizados que permitieron determinar resultados científicos a través de un enfoque mixto, es decir utilizando tanto el enfoque cuantitativo como cualitativo. Es un resultado científico medible que aporta información a partir de los recursos materiales y humanos disponibles y del empleo de métodos, técnicas y procedimientos científicos, con vistas a alcanzar sus objetivos específicos y contribuir en consecuencia a solucionar un problema.
- *Estudio fiscal* porque los cuantiosos recursos procedentes de contribuciones son invertidos y asignados en políticas públicas para satisfacer las necesidades de la población, se requiere de instancias de decisión responsable y transparente que hagan énfasis en los resultados de la gestión en términos de rendimiento e impacto social (equidad, beneficio socioeconómico, justicia e impacto ambiental), dentro de un contexto de Estado de Derecho. Estudiar, analizar, evaluar y criticar la gestión de órganos o autoridades que invierten, administran y deciden sobre los recursos que aportan los contribuyentes es un deber social que se debe reflejar en un estudio fiscal, la manifestación analítica, descriptiva y concluyente sobre la conformidad o inconformidad de los usuarios de una política pública exige calificar la legalidad y corrección de los encargados de efectuar la aplicación de los recursos con eficiencia y eficacia y pronunciar fallos sobre ella como una obligación ciudadana. Es necesario incursionar en el estudio de otras políticas públicas establecidas en nuestro país, su trascendencia es tal que requiere la atención de más investigación, no podemos permanecer pasivos a los problemas de la sociedad, un gobierno con políticas públicas significa la incorporación de la opinión, la participación, la corresponsabilidad, recursos públicos, significa también calidad en los servicios que un Estado proporciona. Estudios de esta naturaleza sirven de apoyo para cerrarle el paso a la corrupción, pues en la medida en que

exista indicadores con rigor científico, tendremos una enorme capacidad preventiva y mejores resultados. Debemos tener presente que todo esfuerzo por mejorar la gestión del Estado representa tener un mejor país.

- Es *guía porque* aporta ideas de nuevas líneas de estudio, aplicación de un método de investigación científica, estructura y resultados para conducir la elaboración de futuros trabajos de investigación; su diseño, y forma de presentación permitirá a los tesistas avanzar y lograr culminar su trabajo en un tiempo discreto y formal.

ANEXOS

ANEXO 1

Cuestionario de encuesta

Pregunta 1. Tiempo de estar afiliado al Seguro Popular

- ☐ 1. Un mes o menos
- ☐ 2. De 1 a 3 meses
- ☐ 3. De 3 a 6 meses
- ☐ 4. De 6 a 12 meses
- ☐ 5. De 1 a 2 años
- ☐ 6. Más de 2 años

Pregunta 2. Frecuencia de consulta

- ☐ 1. Ninguna vez
- ☐ 2. Una vez por mes
- ☐ 3. Entre dos y tres veces por mes
- ☐ 4. Entre tres y cinco veces por mes
- ☐ 5. Más de 5 veces por mes
- ☐ 6. Una vez al año
- ☐ 7. Otra

Pregunta 3. ¿Causa o enfermedad por la que acudió a consulta médica?

- ☐ 1. Embarazo
- ☐ 2. Respiratoria
- ☐ 3. Gastrointestinal
- ☐ 4. Renal
- ☐ 5. Cardiológica
- ☐ 6. Ginecológico
- ☐ 7. Vacunación
- ☐ 8. Otra

Pregunta 4. Tipo de unidad médica en que se atendió

- ☐ 1. Centro de salud
- ☐ 2. Hospital general
- ☐ 3. Hospital de especialidad
- ☐ 4. Otra

Pregunta 5. Tipo de servicio a que acudió para recibir atención médica

- ☐ 1. Urgencias
- ☐ 2. Hospitalización programada
- ☐ 3. Consulta externa
- ☐ 4. Prevención

Pregunta 6. Tiempo de espera de atención médica

- ☐ 1. Menos de 15 minutos

- ☐ 2. Hasta 30 minutos
- ☐ 3. 1 hora
- ☐ 4. Más de 1 hora

Pregunta 7. En términos generales, ¿Cómo fue la atención médica que recibió?

- ☐ 1. Muy mala
- ☐ 2. Mala
- ☐ 3. Regular
- ☐ 4. Buena
- ☐ 5. Muy buena

Pregunta 8. ¿El médico le recetó algún medicamento?

- ☐ 1. Si
- ☐ 2. No

Pregunta 9. ¿Le surtieron los medicamentos que le recetó el médico?

- ☐ 1. Si
- ☐ 2. No
- ☐ 3. Se surtió medicamento por fuera

Pregunta 10. ¿Como fue la atención que recibió de parte del personal de salud?

- ☐ 1. Muy mala
- ☐ 2. Mala
- ☐ 3. Regular
- ☐ 4. Buena
- ☐ 5. Muy buena

Pregunta 11. Durante la enfermedad, tuvo que pagar alguno de los siguientes servicios

- ☐ 1. Consulta
- ☐ 2. Rayos X
- ☐ 3. Hospitalización
- ☐ 4. Medicamentos
- ☐ 5. Laboratorio

Pregunta 12. ¿Alguna vez le han negado la atención médica?

- ☐ 1. Si
- ☐ 2. No

Pregunta 13. ¿Alguna vez le ha presentado alguna queja contra el seguro popular?

- ☐ 1. Si
- ☐ 2. No

Pregunta 14. Desde que se afilió al seguro popular, ¿ha gastado menos dinero para su atención médica?

- ☐ 1. Completo desacuerdo
- ☐ 2. Mediano desacuerdo
- ☐ 3. Indiferente
- ☐ 4. Moderado acuerdo
- ☐ 5. Completo acuerdo

Pregunta 15. ¿Cual es su opinión acerca de las instalaciones del hospital? (Higiene, limpieza, conservación, instalaciones)

- ☐ 1. Muy mala
- ☐ 2. Mala
- ☐ 3. Regular
- ☐ 4. Buena
- ☐ 5. Muy buena

Pregunta 16. ¿Cómo califica la información proporcionada por el hospital sobre otros servicios de salud además del motivo de consulta?

- ☐ 1. Muy mala
- ☐ 2. Mala
- ☐ 3. Regular
- ☐ 4. Buena
- ☐ 5. Muy buena

Pregunta 17. ¿Lo que le cobraron le pareció justo?

- ☐ 1. Completo desacuerdo
- ☐ 2. Mediano desacuerdo
- ☐ 3. Indiferente
- ☐ 4. Moderado acuerdo
- ☐ 5. Completo acuerdo

Pregunta 18. ¿Volvería usted a contratar el seguro popular?

- ☐ 1. Completo desacuerdo
- ☐ 2. Mediano desacuerdo
- ☐ 3. Indiferente
- ☐ 4. Moderado acuerdo
- ☐ 5. Completo acuerdo

Pregunta 19. ¿Usted recomendaría el seguro popular a un familiar o amigo?

- ☐ 1. Si
- ☐ 2. No
- ☐ 3. No se

Pregunta 20. Sexo

- ☐ 1. Hombre
- ☐ 2. Mujer

Pregunta 21. Edad (años)

[]

Pregunta 22. Ocupación

- ☐ 1. Ama de casa
- ☐ 2. Profesionista independiente
- ☐ 3. Técnico (mecánico, electricista, etc.)
- ☐ 4. Ejidatario
- ☐ 5. Agricultor
- ☐ 6. Estudiante
- ☐ 7. Jornalero
- ☐ 8. Otros

Pregunta 23. Edad (categórica)

- ☐ 1. Niños
- ☐ 2. Puber y Adolescentes
- ☐ 3. Adultos jóvenes
- ☐ 4. Adultos
- ☐ 5. Mayores de 45 años

ÍNDICE DE ABREVIATURAS, SÍGLAS Y ACRÓNIMOS

AFORES	Administradoras de Fondos de Retiro
AISS	Asociación Internacional de la Seguridad Social
APS	Atención Primaria en Salud
ASE	Aportación Solidaria Estatal
BOTTOM UP	Abajo-arriba
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CDESC	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
CIESS	Conferencia Internacional de Estudios de la Seguridad Social
CIMAS	Conferencia Internacional de la Mutualidad y de los Seguros Sociales
CISS	Conferencia Interamericana de Seguridad Social
CNPS	Comisión Nacional de Protección en Salud
CNS	Consejo Nacional de Salud
COP	Cuotas Obrero Patronales
CSG	Consejo de Salubridad General
CTF	Comité Técnico del Fideicomiso
DECIL	Nivel, rango
DIF	Fondo para la para Asistencia Social
DOF	Diario Oficial de la Federación
ECOSOC	Consejo Económico y Social
EE UU	Estados Unidos de América
FAEB	Fondo de Aportaciones para la Educación Básica y Normal
FAETA	Fondo de Aportaciones para la Educación Tecnológica y de Adultos
FAIS	Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social
FAM	Fondo de Aportaciones Múltiples
FASP	Fondo de Aportaciones para la Seguridad Pública y del Distrito Federal
FASSA	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
FISE	Fondo para la Infraestructura Social Estatal
FISM	Fondo para la Infraestructura Social Municipal
FORTAMUNDF	Fondo de Aportaciones para el Fortalecimiento de los Municipios y de las Demarcaciones Territoriales del Distrito Federal
FOVISSSTE	Fondo de Vivienda
FPGC	Fondo de Protección de Gastos Catastróficos
FPP	Fondo de Previsión Presupuestal
FSPSS	Fideicomiso para el Sistema de Protección Social en Salud
IJJ	Instituto de Investigaciones Jurídicas
INPUTS	Entradas
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IMSS-O	IMSS-Oportunidades
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía

INFONAVIT	Instituto Nacional del Fondo para la Vivienda de los Trabajadores
INPC	Índice Nacional de Precios al Consumidor
ISSFA	Instituto de Seguridad al Servicio de las Fuerzas Armadas
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
IV	Invalidez y Vida
LCF	Ley de Coordinación Fiscal
LGS	Ley General de Salud
LISSSTE	Ley del ISSSTE
LSS	Ley del Seguro Social
NETWORK	Redes
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
OG	Observación general
OISS	Organización Iberoamericana de Seguridad Social
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPEP	Organización de Países Exportadores de Petróleo
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OUTCOMES	Impactos
OUTPUTS	Resultados o productos
PENSIONISSSTE	Fondo Nacional de Pensiones de los Trabajadores al Servicio del Estado
PER CAPITA	Por cabeza
PIB	Producto Interno Bruto
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PNCEAM	Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica
POLICY	Políticas públicas
POLICY NETWORK	Redes de política pública
POLITICS	Políticas
PSO	Partido Social Demócrata Obrero
RCV	Retiro, Cesantía y Vejez
REPSS	Regímenes Estatales de Protección Social en Salud
S/EXC3VSMDF	Sobre excedente, tres veces el salario mínimo del Distrito federal
SAR	Sistema de Ahorro para el Retiro
SBC	Salario Base de Cotización (IMSS)
SBC	Sueldo Base de Cotización (ISSSTE)
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de Marina

SESA	Servicios de Salud
SMDF	Salario Mínimo del Distrito Federal
SMNG	Seguro Médico para una Nueva Generación
SNS	Sistema Nacional de Salud
SP	Seguro Popular
SPS	Seguro Popular de Salud
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SS	Secretaría de Salud
SSA	Secretaría de Salubridad y Asistencia
TOP-DOWN	Arriba-abajo
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
VIH	Virus de inmuno deficiencia adquirida (sida)
Σ	Sumatoria

**Empieza por hacer lo esencial, luego por hacer lo posible;
y pronto, muy pronto... te encontrarás haciendo lo imposible.
Madre Teresa de Calcuta**

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Capítulo II	
Tabla 2.1	Definiciones de Derecho Social 29
Tabla 2.2	Grupos en situación de vulnerabilidad 30
Tabla 2.3	Diferencias entre seguridad social y asistencia social 67
Tabla 2.4	Principios y Valores básicos de la APS 71
Capítulo III	
Tabla 3.1	Estructura del ciclo de política pública. Respuestas que deben dirigirse 96
Tabla 3.2	Clasificación de las políticas públicas 105
Tabla 3.3	Historia Contemporánea del Sistema de Salud mexicano 107
Tabla 3.4	Disposiciones complementarias a la reforma a la LGS 115
Tabla 3.5	Normas, reglamentos, programas y leyes vinculados a la LGS 115
Tabla 3.6	Aportaciones federales para financiamiento del SP 122
Tabla 3.7	Cuota familiar según decil de ingreso 122
Tabla 3.8	Presupuesto ejercido del SPSS, 2004-2010 (millones de pesos) 128
Tabla 3.9	Porcentajes a cubrir por los patrones por concepto de riesgos de trabajo al iniciar o cambiar de actividad 134
Tabla 3.10	Porcentaje de cuota de prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad 135
Tabla 3.11	Cuotas a cubrir por patrones y trabajadores sobre el excedente de tres veces el salario mínimo vigente en el Distrito Federal 136
Tabla 3.12	Porcentajes de cuotas de seguro social vigentes en el año 2010 137
Tabla 3.13	Edades para pensión por jubilación 141
Tabla 3.14	Pensión por edad y tiempo de servicios 142
Tabla 3.15	Pensión por cesantía en edad avanzada 142
Tabla 3.16	Cuotas para trabajadores del régimen solidario ISSSTE 143
Tabla 3.17	Aportaciones Nueva Ley del ISSSTE 144
Capítulo IV	
Tabla 4.1	Características, proceso y bondades del enfoque cuantitativo 154
Tabla 4.2	Características contrastantes de la Investigación Cualitativa y Cualitativa 154
Tabla 4.3	Características, proceso y bondades del enfoque cualitativo 156
Tabla 4.4	Dimensiones comparadas de las cinco tradiciones de investigación cualitativa 158
Tabla 4.5	Enfoques de la investigación científica 158
Tabla 4.6	Pruebas usadas en el estudio de caso 163
Tabla 4.7	Etapas de la presente investigación 165
Tabla 4.8	Variables interválicas de la encuesta 180
Capítulo V	
Tabla 5.1	Sexo del entrevistado en encuesta 187
Tabla 5.2	Edad de los entrevistados 187
Tabla 5.3	Ocupación del entrevistado 188
Tabla 5.4	Tiempo de estar afiliado al Seguro Popular 189
Tabla 5.5	Frecuencia de consulta al Seguro Popular 190

Tabla 5.6	Causa o enfermedad por la que acudió al Seguro Popular	191
Tabla 5.7	Tipo de unidad en que se atendió	192
Tabla 5.8	Tipo de servicio al que acudió	193
Tabla 5.9	Cobertura universal en salud en México H1	195
Tabla 5.10	Cobertura universal en salud en Sinaloa H1	196
Tabla 5.11	Cobertura universal en salud en Culiacán, Sinaloa H1	196
Tabla 5.12	Familias y personas beneficiadas por el Seguro Popular a septiembre de 2010	197
Tabla 5.13	¿Cómo fue la atención médica recibida?	198
Tabla 5.14	Tiempo de espera de atención médica	200
Tabla 5.15	¿El médico le recetó un medicamento?	201
Tabla 5.16	¿Le surtieron los medicamentos?	203
Tabla 5.17	¿Alguna vez le han negado atención médica?	204
Tabla 5.18	¿Alguna vez ha presentado queja?	205
Tabla 5.19	Concentración de variables dependientes y explicativas (atención médica) H2	207
Tabla 5.20	Explicación de los niveles de significación de atención médica	207
Tabla 5.20.1	Nivel de significación de atención médica-frecuencia de consulta	208
Tabla 5.20.2	Nivel de significación de atención médica-tiempo de espera	209
Tabla 5.20.3	Nivel de significación de atención médica-surtido de medicamentos	209
Tabla 5.20.4	Nivel de significación de atención médica-negativa de atención	210
Tabla 5.20.5	Nivel de significación atención médica-quejas de los usuarios	210
Tabla 5.21	¿Cómo fue la atención recibida de parte del personal?	211
Tabla 5.22	Concentración de variables dependientes y explicativas (atención del personal) H2	212
Tabla 5.23	Tabla explicativa de los niveles de significación de atención del personal	212
Tabla 5.23.1	Nivel de significación atención del personal-afiliación	213
Tabla 5.23.2	Nivel de significación atención del personal-unidad médica	213
Tabla 5.23.3	Nivel de significación atención del personal-tiempo de espera	214
Tabla 5.23.4	Nivel de significación atención del personal-surtido de medicamentos	214
Tabla 5.24	¿Ha gastado menos dinero en atención médica?	215
Tabla 5.25	Concentración de variables dependientes y explicativa (reducción del gasto en atención médica) H2	216
Tabla 5.26	Tabla explicativo de los niveles de significación de reducción del gasto	216
Tabla 5.26.1	Nivel de significación reducción del gasto-afiliación	217
Tabla 5.26.2	Nivel de significación reducción del gasto-frecuencia	217
Tabla 5.26.3	Nivel de significación reducción del gasto-unidad médica	218
Tabla 5.26.4	Nivel de significación reducción del gasto-tipo de servicio	218
Tabla 5.26.5	Nivel de significación reducción del gasto-medicamento surtido	219
Tabla 5.26.6	Nivel de significación reducción del gasto-quejas	219
Tabla 5.27	Concentración de tabulación cruzada de la percepción de los usuarios en atención médica, del personal y reducción de gasto de	220

	bolsillo H2	
Tabla 5.28	¿Cuál es su opinión acerca de las instalaciones?	222
Tabla 5.29	Concentración de variables dependientes y explicativas de instalaciones H3	225
Tabla 5.30	Explicación de los niveles de significación de instalaciones	225
Tabla 5.30.1	Nivel de significación instalaciones-tiempo de afiliación	226
Tabla 5.30.2	Nivel de significación instalaciones-frecuencia de consulta	226
Tabla 5.30.3	Nivel de significación instalaciones-unidad médica	227
Tabla 5.30.4	Nivel de significación instalaciones-atención médica	227
Tabla 5.30.5	Nivel de significación instalaciones-edad	228
Tabla 5.31	¿Cómo califica la información sobre otros servicios?	228
Tabla 5.32	Concentración de variables dependientes y explicativas de la variable información H3	229
Tabla 5.33	Explicación de los niveles de significación de la variable información	229
Tabla 5.33.1	Nivel de significación información-frecuencia	231
Tabla 5.33.2	Nivel de significación información-unidad médica	231
Tabla 5.33.3	Nivel de significación información-surtido de medicamentos	232
Tabla 5.33.4	Nivel de significación información-edad	232
Tabla 5.34	Concentración de tabulación cruzada de la percepción de los usuarios en las instalaciones de los hospitales y de la información adicional H3	233
Tabla 5.35	¿Lo que le cobraron le pareció justo?	235
Tabla 5.36	Concentración de variables dependientes y explicativas (cobro justo) H4	236
Tabla 5.37	Explicación de los niveles de significación de justicia en el cobro	236
Tabla 5.37.1	Nivel de significación justicia en el cobro-frecuencia	237
Tabla 5.37.2	Nivel de significación justicia en el cobro-quejas	237
Tabla 5.38	¿Volvería usted a contratar el seguro popular?	238
Tabla 5.39	Concentración de variables dependientes y explicativas (recontratación) H4	239
Tabla 5.40	Explicación de los niveles de significación de recontractación	239
Tabla 5.40.1	Nivel de significación recontractación-afiliación	240
Tabla 5.40.2	Nivel de significación recontractación-unidad médica	240
Tabla 5.40.3	Nivel de significación recontractación-quejas	241
Tabla 5.40.4	Nivel de significación recontractación-quejas	241
Tabla 5.41	¿Recomendaría el seguro popular?	242
Tabla 5.42	Concentración de variables dependientes y explicativas (recomendación) H4	243
Tabla 5.43	Tabla explicativa de los niveles de significación de recomendación	243
Tabla 5.43.1	Nivel de significación recomendación-frecuencia	244
Tabla 5.43.2	Nivel de significación recomendación-tiempo de espera	244
Tabla 5.43.3	Nivel de significación recomendación-quejas	245
Tabla 5.44	Familias beneficiadas al Seguro Popular en Sinaloa	246
Tabla 5.45	Concentración de tabulación cruzada de la percepción de los usuarios en cuotas familiares, recontractación y recomendación H4	247

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Capítulo II	
Figura 2.1 Pirámide de jerarquía de las necesidades de Maslow	46
Figura 2.2 Los tres pilares de la APS: participación comunitaria, intersectorialidad y equidad	70
Capítulo III	
Figura 3.1 Representación gráfica de la teoría sistémica según Easton	93
Figura 3.2 Esquema de funcionamiento del sistema político de Easton	94
Figura 3.3 Ciclo de la política pública	95
Figura 3.4 Modelo Top down	98
Figura 3.5 Modelo Bottom up	99
Figura 3.6 Hacia un sistema universal en salud	108
Figura 3.7 Estructura del sistema mexicano de salud	109
Figura 3.8 Curvas de eficiencia de los sistemas de salud	112
Figura 3.9 Aportación anual por persona para el ejercicio 2010	123
Figura 3.10 Origen y aplicación de recursos del seguro popular	126
Figura 3.11 Presupuesto ejercido SPSS 2004-2010 (millones de pesos)	127
Capítulo IV	
Figura 4.1 Tipos de diseños de investigación	151
Figura 4.2 Pasos a seguir en Método de Estudio de Caso	161
Figura 4.3 Tamaño de la muestra y error de muestreo	179
Capítulo V	
Figura 5.1 Histograma tiempo de estar afiliado al Seguro Popular	189
Figura 5.2 Histograma frecuencia de consulta	190
Figura 5.3 Histograma causa o enfermedad por la que acudió al Seguro Popular	191
Figura 5.4 Histograma tipo de unidad médica	193
Figura 5.5 Histograma ¿Cómo fue la atención médica recibida?	199
Figura 5.6 Histograma del tiempo de espera de atención médica	200
Figura 5.7 Histograma ¿El médico le recetó un medicamento?	202
Figura 5.8 Histograma ¿Le surtieron los medicamentos?	203
Figura 5.9 Histograma ¿Alguna vez le han negado atención médica?	205
Figura 5.10 Histograma ¿Alguna vez ha presentado queja?	206
Figura 5.11 Histograma ¿Cómo fue la atención recibida de parte del personal?	211
Figura 5.12 Histograma ¿Ha gastado menos dinero en atención médica?	215
Figura 5.13 Histograma ¿Cuál es su opinión acerca de las instalaciones?	223
Figura 5.14 Modelo de salud del Sistema de Salud en Sinaloa	224
Figura 5.15 Modelo de salud estrategia de redes	224
Figura 5.16 Histograma ¿Cómo califica la información sobre otros servicios?	229
Figura 5.17 Histograma ¿Lo que le cobraron le pareció justo?	236
Figura 5.18 Histograma ¿Volvería usted a contratar el seguro popular?	238
Figura 5.19 Histograma ¿Recomendaría el seguro popular?	242

Bibliografía

- Abromovich, V. Añon, M.J., Courtis, Ch (2003). *Apuntes sobre la exigibilidad judicial de los derechos humanos en: Derechos Internacionales*, instrucciones de uso. Citado en la obra de ellos mismos: Los derechos sociales como derechos exigibles. Doctrina Jurídica Universitaria. México.
- Acosta, L.E. (1995). *Guía practica para la investigación y redacción de informes*. México. Paidós Educador.
- Acosta, Valverde Miguel, Parra, Corrales Luz Paula (1995:73). *Los procesos electorales en los medios de comunicación: guía para el análisis de contenido electoral en México*. Academia Mexicana de Derechos Humanos. Universidad Panamericana. México.
- Acuña, Cecilia. Brito, Pedro. Curcio, Pascualina. Feo, Oscar. Levcovitz, Eduardo. Rosenberg, Hernán. Urrutia Soledad y Vivas, Gabriel (2003). *Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, USA. Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI).
- Aguayo, Quezada Sergio (2008). *México, todo en cifras (El almanaque Mexicano)*. México. Santillana Ediciones Generales.
- Aguirre C.A. (1999). *Por una critica del concepto "Globalización"*. Entrevista de Immanuel Wallersatain con el tema "Arruinado Capitalismo". Diario Folha, Sao Paolo, Brasil.
- Ahumada, Pacheco Hermes (1972). *Manual de Seguridad Social*. Santiago de Chile. Editorial Andrés Bello.
- Alva, Matteucci Mario (2001). *El principio de la predictibilidad y el derecho tributario*. Artículo publicado en la revista peruana "Análisis Tributario". Vol. XIV N° 165. Páginas 20-23. Lima, Perú.
- Álvarez del Castillo, Enrique. *El Derecho Social y los Derechos Sociales Mexicanos* (1982). Miguel Ángel Porrúa, Librero Editor. México.
- Álvarez, Uria y Varela, J. (2004). *Sociología, Capitalismo y Democracia*. Madrid, España. Ediciones Morata.
- Andersson, Bernt. Acuña, Cecilia y Rosenberg Hernán (2006). *Guía Metodológica para la caracterización de la exclusión social en salud*. Unidad de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud. OPS/OMS, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI).
- Aranda, Regules José Manuel. Editor (1994). *Atención Primaria en Salud, una revisión de la aplicación de los principios Alma-Ata*. Madrid, España. Ediciones Díaz de Santos.

- Arce, Cano Gustavo (1972). *De los seguros sociales a la seguridad social*. Universidad de Texas, USA. Ed. Porrúa.
- Argáiz, A. Meza, P. Jiménez A. Quitl, B.A. (2002), *Marginación Económica, Política y Social en México*, Revista TCU Aaleader, México.
- Arias, Galicia Fernando, Víctor Heredia Espinoza (2004.) *Administración de Recursos Humanos para el alto desempeño*. México D. F. Ed. Trillas.
- Arias Fidias, (1999), *El Proyecto de Investigación*, 3ra. Edición. Caracas, Venezuela. Editorial Exísteme.
- Arnau, Jaume (1995). *Diseños longitudinales aplicados a las ciencias sociales y al comportamiento*. México D.F. Editorial Limusa.
- Ávila-Burgos, Leticia Cahuana-Hurtado, Lucero Pérez-Núñez, Ricardo Aracena-Genao, Belkis Hernández-Peña Patricia (s/f). El Sistema de Cuentas en Salud: desarrollo, avances y retos El caso mexicano. Investigadores del Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos México. Información obtenida en visita a la Internet con fecha 12 de junio de 2010 pagina web: http://www.who.int/healthmetrics/library/countries/Health%20Accounts_Mexico_SP.pdf
- Banco Interamericano de Desarrollo BID (2006). *La política de las políticas públicas: progreso económico y social en América Latina, informe 2006*. Washington D.C. Editorial Planeta.
- Baechle, Thomas R., Earle, Roger W. (2007). *Principios del entrenamiento de la fuerza y el acondicionamiento físico*. 2ª, edición. Madrid, España. Editorial Médica Panamericana.
- Báez, Juan y Pérez de Tudela (2007). *Investigación Cualitativa*. Madrid, España. Esic Editorial.
- Báez Martínez, Roberto (1994) **Lecciones de Seguridad Social**. México, D.F. Editorial Pac.
- Ballart, Xavier (2003). *Mission d'évaluation et de contrôle*. Asamblea Nacional, Francia.
- Bañón, I. Martínez Rafael (2003). *La evaluación de la acción y de las políticas públicas*. Madrid, España. Ediciones Díaz de Santos.
- Barba, A. Antonio y Pedro C. Solís Pérez (1997), *Cultura en las Organizaciones: Enfoques y Metáforas en los Estudios Organizacionales*. Estado de México. Vertiente Editorial.
- Bardach, Eugene (2007). *Los ocho pasos para el análisis de las políticas públicas*, CIDE, México. Revista Republica, Vol.1, No. 2 septiembre de 2007.
- Beldares, Sánchez Javier (2005). *Bitácora Laboral y de Seguridad Social*, 2005. México, D.F. Editorial Gasca.

- Belio, José Luís y Sainz, Ana (2007). *Conozca el nuevo marketing: el valor de la información*. Madrid, España. Especial Directivos.
- Beltrán, Gaos Mónica (2007). *Salud y Derechos Humanos: Binomio*. Problemas Actuales del Derecho Social Mexicano Vol. II. Coords. Rabasa Gamboa Emilio y Juan Ramírez Marín. México. Editorial Porrúa.
- Beltrán, Neira Roberto (2005). *Metodología de la Investigación*, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Edición de circulación restringida, Facultad de Estomatología, Perú.
- Berraondo, López Mikel (2004). *Los derechos humanos en la globalización: mecanismos de garantía y protección*. España. Editorial Itxaropena S.A.
- Bilbery, Roberto (2008). *Filosofía Política*. Barcelona, España. Editorial VOC.
- Birkland, Thomas A. (2005), *An introduction to the policy process: theories, Concepts, and Models of Public Policy Making*. USA. Edit. M.E. Sharpe.
- Blasco, J. E., Pérez, J. A. (2007). *Metodologías de investigación en las ciencias de la actividad física y el deporte: ampliando horizontes*. España. Editorial Club Universitario.
- Bourdieu, Pierre y Wacquant Loic (1995). *Respuestas por una antropología reflexiva*. Buenos Aires, Argentina. Siglo XXI Edit.
- Bowen, Herrera Alfredo (1992). *Introducción a la Seguridad Social*. 3ª. Santiago de Chile. Edición. Editorial Jurídica de Chile.
- Bravo Valdés, Beatriz y Bravo González, Agustín. (1988). *Primer curso de Derecho Romano*. 13ª. Edición. México, D.F. Editorial Pax.
- Briceño, Ruiz Alberto (1987). *Derecho Mexicano de los Seguros Sociales*. Harla. México. Textos Jurídicos Universitarios.
- Buela-Casal, J. Gualberto y Sierra, Carlos (1997). *Manual de evaluación psicológica: fundamentos, técnicas y aplicaciones*. España. Siglo XXI de España editores.
- Buen de, Lozano Néstor (1997). *El Trabajo antes de la Revolución Industrial*. Instituciones de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Coords. Néstor de Buen Lozano y Emilio Morgado Valenzuela. México. IIJ UNAM.
- Buen de, Lozano Néstor (1997). *Nacimiento del Derecho del Trabajo*. Instituciones de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Coords. Néstor de Buen Lozano y Emilio Morgado Valenzuela. México. IIJ UNAM.
- Bufill, Carlos Marti (1951). *Tratado comparado de Seguridad Social*. Ministerio del Trabajo, Instituto Nacional de Prevision. Madrid, España

- Bunge, Mario. (1982). *Ciencia y desarrollo*. España. Siglo veinte.
- Caballero, F. Monroig, V. A. (2004). *Información y Conocimiento en la era de Internet*. Publicado por Universidad de Valencia. Valencia, España.
- Caballero, José Francisco (2006). *La teoría de la Justicia de John Rawls*. Voces y contextos, Otoño, núm. año I. Universidad de Chapingo, México. CIDE.
- Cabanellas, Guillermo (1968); *Compendio de Derecho Laboral*, Tomo II. Buenos Aires. Bibliográfica Omeba Editores.
- Calzá, Teruggi Pía Ada María (2000). *¿Quién nos gobierna?: el grupo político en el poder en México y su proyecto de nación*. Universidad Iberoamericana. México.
- Camacho, Castro Carmen (2010). *Reforma de la Ley del ISSSTE: copia de un modelo fracasado*. Universidad Autónoma de Sinaloa, Culiacán, Sinaloa, México. Editorial UAS.
- Carrillo, Prieto Ignacio (1991). *Derecho de la Seguridad Social*. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas. México.
- Casal, H. Jesús Maria. Arizmendi, Alfredo. Carrillo, Carlos Luís. Cords. (2007). *Tendencias actuales del Derecho Constitucional: Homenaje a Jesús Maria Casal Montbron*. Universidad Católica Andrés Bello. Caracas, Venezuela. Editorial Texto C.A.
- Castillo, Esparcia Antonio (2009). *Relaciones Públicas, teoría e historia*. Barcelona, España. Editorial UOC.
- Centro de Estudios de Finanzas Públicas CEFP (2006). *Ramo 33, Aportaciones Federales para entidades federativas y municipios*. Cámara de Diputados, Congreso de la Unión LX Legislatura. Serie de Cuadernos de Finanzas Públicas 2006 No. 9. México.
- CIESS, Centro Interamericano de Estudios de la Seguridad Social (1984). Historia de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social 1942-1994. CISS.1994; CIESS Magazine No. 9 (junio de 2005); as well as CIESS memories.
- Chiavenato, I. (2001). *Administración Proceso Administrativo*. Mc Graw Hill. 3ª. Colombia. Edit. Mc Graw Hill.
- Cortés, Díaz José Maria (2007). *Técnicas de prevención de riesgos laborales: seguridad e higiene en el trabajo*. Madrid, España. 9ª. Edición. Editorial Tébar.
- Cortés, Fernando (2000). *La distribución del ingreso en México en épocas de estabilización y reforma económica*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social. México.

- Creswell, J. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing Among Five Traditions*. London, New Delhi. Thousand Oaks. Sage Publications.
- Cruz, Angélica y Sanromán, Roberto (2006). *Fundamentos de Derecho Positivo Mexicano*. México D.F. Thompson Editores.
- Cuenca, Sala Emily. Baca, García Pilar (2005). *Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Barcelona, España. 3ª. Ed. Masson S.A.
- Currea De, Lugo Sergio (2003). Tesis Doctoral: *El Derecho a la salud en Colombia: diez años de frustraciones*. Bogotá, Colombia. ILSA
- Chapoy, D.B. (2009). *Finanzas Nacionales y Finanzas Estatales, Mecanismos de Conciliación*. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM. México.
- Chávez, C. Teodosio, Chavez, S. Israel, Chávez, S. Nadia (2007). *Tradición andina de oro*. Segunda edición. Lima. Perú. Nadia editorial.
- Dávalos, José (2001). *Derechos de los menores trabajadores*. Cámara de Diputados LVIII Legislatura, segunda edición. IJ UNAM. México.
- Delgado, Moya Rubén (1977). *El Derecho Social del presente*. México, D. F. Editorial Porrúa.
- Delgadillo, L. H. (1998). *Principios de Derecho Tributario*. México D. F. Editorial Limusa.
- Díaz, de Rada Vidal (2001). *Diseño y elaboración de cuestionarios para la investigación comercial*. Pozuelo de Alarcón, España. Esic editorial.
- Díaz Muller, Luís (2009). *Derechos económicos, sociales y culturales: aportación de México*. Instituto de investigaciones jurídicas de la UNAM, México, D.F.
- Droz, J. (1973). Histoire de l'Allemagne. *La formation de l'unité allemande 1789-1871*. Edit. Hatier. París, 1970 (traducción al castellano de Miguel Llop Remdios. Historia de Alemania. *La formación de la unidad alemana 1789-1871*. Vives. Barcelona, Edit. Vicens.
- Drummond, Michael (1989). *Output measurement for resource-allocation decision in health care. Providing health care. The economics of alternative systems of finance and delivery*. In: Oxford: Oxford University Press, USA. McGuire A, Fenn P, Mayhew K, editores.
- Elola, Somoza Javier (2001). *Política Sanitaria Española*. Ed. Díaz de Santos. Madrid, España.
- Enmerich, Gustavo Ernesto y Alarcón Olguín Víctor Coords. (2007). *Tratado de Ciencia Política*. Anthropos Iztapalapa, México. Editorial. UAM.

- Espot, Rosa Maria (2006). *La autoridad del profesor. Que es la autoridad y como se adquiere*. Wolters Kluwer España. Madrid, España.
- Estefanía, Joaquin (2009). *Hacia un New Deal global*. El País, Opinión, España. 05 de junio de 2009.
- Etala, Carlos Alberto (2002). *Derecho de la seguridad social*. Argentina. Editorial Astrea.
- Farr, James. John S. Dryzek, John S. Leonard Stephen T. (1999). *La ciencia política en la historia*. Madrid, España. Ediciones Istmo.
- Fazio, Mariano (2007). *Historia de las ideas contemporáneas. Una lectura del proceso de la secularización*. Madrid, España. Editorial Rialp.
- Félix, Sánchez Osvaldo (2007). *Hostales y hospitales*. Revista médica. Rosario 73: 48 – 50. Rosario, Argentina.
- Ferraro, Cibeli Agustín (2009). *Reinventando el Estado. Por una administración pública democrática y profesional en Iberoamérica*. Gobierno de España, Instituto de Administraciones Públicas. Madrid, España.
- Fix-Zamudio, Hector y Hector Fix-Fierro (1996). El Consejo de la Judicatura, [en línea], México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 05/09/2001, [citado 19-09-2004], Cuadernos para la Reforma de la Justicia (Núm. 3), Formato html, Disponible en Internet: <http://www.bibliojuridica.org/libros/libro.htm?l=86>, ISBN 968-36-5137-2.
- Frenk, Julio y Gómez, Dantés Octavio (2001). *La democratización de la salud. Una visión para el futuro del sistema de salud en México*. Gaceta medica de México, Volumen 137, Numero 3, Junio 2001. Academia Nacional de Medicina de México. México D.F.
- Frenk, Julio y Gómez, Dantés Octavio (2008). *Para entender el sistema de salud en México*. México. Nostra ediciones.
- Galeano, M. Maria Eumelia (2004). *Diseño de Proyectos en la investigación cualitativa*. Fondo Medellín, Colombia. Editorial Universidad EAFIT.
- Galin, Pedro (1991). *Empleo precario en América Latina; en La Flexibilización Laboral en Venezuela: ¿Nuevo nombre o nueva realidad?* (AA.VV.); ILDIS /, Caracas. Editorial Nueva Sociedad
- Galindo, Cáceres Luís Jesús (1998). *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*. México. Pearson Educación.
- García Bazán, F. (2000). *Aspectos inusuales de lo sagrado*. Valladolid, España. Trotta.

García, Martín-Caro Catalina y Martínez, Martín Maria Luisa (2007). Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado del enfermo. Madrid, España. MMI Elsevier.

García, Trinidad (1976). *Apuntes de Introducción al estudio del Derecho*. 24ª. Edición. México, D.F. Editorial Porrúa.

Garza, Mercado Ario (2007). *Manual de técnicas de investigación para estudiantes de ciencias sociales y humanidades*. 7ª. Edición. México D.F. El Colegio de México A.C.

Gómez Castellanos y Martín, Rodolfo (2006). *Mercadotecnia política: uso y abuso en los procesos electorales*. Universidad Autónoma de Baja California. Mexicali, México.

Gómez, Domingo. González, José Manuel. Silva, Luís. Castilla, Maria del Carmen. Rubiérrez, Antonio y otros (2006). *Fisioterapeutas: servicio de salud de Castilla y León*. Castilla, España. Editorial Mad.

Gómez, Marcelo M. (2006). *Introducción a la Metodología de la Investigación Científica*. Córdoba, Argentina. Edit. Brujas.

González, Díaz Lombardo (1978). *El Derecho Social y la Seguridad Social Integral*. México, D.F. UNAM.

González, Madrid Miguel (2007) *Análisis de las Políticas Públicas*. Emmerich, Gustavo Ernesto y Alarcón, Víctor, coords. *Tratado de Ciencia Política*. UAM-Iztapalapa. México. Anthropos Editorial.

González Pierre, Eduardo. Barraza, Mariana. Gutiérrez, Cristina. Vargas, Armando (2006). *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos/ Secretaria de Salud*, 2ª. ed. México. Fundación Mexicana para la Salud.

González, Pierre Eduardo (2007). *Perspectivas sobre el futuro de la protección social en salud en México*. Secretaría de Salud Panel Salud y protección social. Foro Internacional sobre Políticas Públicas para el Desarrollo de México. BID, CEPAL, CIDE, OCDE, PNUD 7 de febrero de 2007. Ciudad de México.

González Pier, Eduardo. Barraza, Mariana. Gutiérrez, Cristina. Vargas, Armando (2006). *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos/ Secretaria de Salud*, 2ª. Ed. México. Fundación Mexicana para la Salud.

Goodin, Robert y Klingeman, Hans-Dieter (2001). *Nuevo Manual de Ciencia Política*. Madrid, España. Ediciones Istmo.

Grande, Ildefonso, Abascal, Elena (2009). *Fundamentos y Técnicas de Investigación Comercial*. Esic Editorial 10ª. España. Edición Madrid.

- Granja, Pérez Hugo (2003). *La protección jurídica de personas con capacidades diferentes en México*. México. Universidad Autónoma de San Luís Potosí, Facultad de Derecho
- Grasso, Livio (2006). *Encuestas: elementos para su diseño y análisis*. Córdoba, Argentina. Encuentro Grupo Editor.
- Gutiérrez, López José (2006). *Estudio socio-cartográfico del alumnado de los dos primeros cursos de la ESO en un instituto de enseñanza secundaria*. Madrid España. Edita Secretaria General Técnica del CIDE.
- Guzmayàn, Ruiz Carlos (2004). *Internet y la investigación científica, el uso de los medios y las nuevas tecnologías en la educación*. Bogotá, Colombia. Colección Alma Mater, Cooperativa Editorial Magisterio.
- Halperin, Jean (1960). *Los seguros en el régimen capitalista*. Madrid, España. Editorial: Edit. Revista de Derecho Privado.
- Hayman, John (1969), *Investigación y Educación*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós.
- Hernández, Sampieri Roberto, Fernández C. Baptista L. P. (2003). *Metodología de la Investigación*. Chile. Ed. Mc Graw Hill
- Hernández, Sampieri Roberto, Fernández C. Baptista L. P. (2007). *Metodología de la Investigación*. Chile. Ed. Mc Graw Hill
- Hernández, Sampieri Roberto, Fernández C. Baptista L. P. (2010). *Metodología de la Investigación*. Ed. Mc Graw Hill, Chile.
- Honderich, Ted (2001). *Enciclopedia Oxford de Filosofía*. Madrid, España. Ed. Tecnos.
- Ibáñez, Jesús (1985) *El análisis sociológico de textos o discursos, Revista Internacional de Sociología*, número 43, Madrid, España.
- IMCP. Instituto Mexicano de Contadores Públicos A.C. (2005). *Manual de Seguridad Social*, México D. F. IMCP.
- IMSS. Instituto Mexicano del Seguro Social (1983). *40 años de historia 1943-1983*. México, D. F. Consejo Editorial IMSS.
- IMSS. Instituto Mexicano del Seguro Social (1998). *Nueva Ley del Seguro Social Comentada, Tomo I*. México. Consejo Editorial IMSS.
- Jaramillo, Antillón Juan (2005). *Historia y Filosofía de la medicina*. Costa Rica. Ed. Universidad de Costa Rica.

- Jaspers, Kart (1997). *Libertad y reunificación: tareas de la política alemana*. Salamanca, España. Ediciones Universidad de Salamanca.
- Jiménez, C. (1983), *Población y muestra. El muestreo. Pedagogía Experimental II. Tomo I*. Madrid, España.
- Jones, Charles (1984). *An introduction to the study of public policy*. Third edition. Monterey, California, USA. CA Brooks/Cole Publishing Company.
- Kelsen, Hans (1982). *Teoría Pura del Derecho*. (R. J. Vernengo, Trad.). 2ª. Reimpresión México D. F. UNAM.
- Kornblit, Ana Lía (2007). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Modelos y procedimientos de análisis*. Segunda edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial Biblos.
- Ladrón de Guevara, Laureano (1997). *Metodología de la Investigación Científica*. Bogotá, Colombia. Editorial Usta.
- Lastra, Lastra José Manuel (s/f). Las corporaciones empresariales e industriales ¿retorna la obligatoriedad de afiliación? <http://www.letrasjuridicas.com/Volumenes/17/lastra17.pdf>
- Lasswell, Harold. (2007). *La concepción emergente de las ciencias de política*. En: Luís Fernando Aguilar Villanueva. *El estudio de las políticas pública*. 2ª. Reimpresión. México D.F. Miguel Ángel Porrúa.
- Latorre A., Rincón D. y Arnal, J. (2003): *Bases Metodológicas de la Investigación Educativa*. Barcelona. Experiencia S.L.
- León de, Peter (1997). *Una revisión del proceso de las políticas: De Lawsell a Sabatier, Gestión y Política Pública*. México, CIDE.
- León y Ramírez, Juan Carlos y Mora, Velásquez Salvador (2006). *Ciudadanía, Democracia y Políticas Públicas*. México. Facultad de Ciencias Políticas UNAM.
- Lindblom, Charles Edgard (1991). *El proceso para elaboración de las Políticas Públicas*. Ministerio para las Administraciones Publicas. España. Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa.
- López de la Llave, Andrés y Pérez Llantada, Maria del Carmen (2005). *Evaluación de programas en Psicología Aplicada*. Segunda edición. Madrid, España. Dikinson Psicología.
- López, Jaime Nicolás (1989). *Bases de Política Fiscal y Derecho*. Publicado por Universidad Autónoma de San Luís Potosí.

- Malhotra, Narres K. (2004). *Investigación de mercados*. Cuarta edición, México. Pearson Educación.
- Mammarella, Giuseppe (2008). *Historia de Europa Contemporánea desde 1945 hasta hoy*. Trad. Bignozzi Juana y Ramos Francisco. 3ª. Impresión. Barcelona, España. Editorial Ariel.
- Manrique, Irma (2005). *Política Fiscal y Financiera en el contexto de la reforma del estado y de la desregulación económica en América Latina*. México. Editorial Porrúa.
- Marimón, Santiago (1999). *La sanidad en la sociedad de la información: sistemas y tecnologías para la gestión y la reforma de los servicios de salud*. Madrid, España. Ediciones Díaz de Santos.
- Margáin, Manautou Emilio (1995). *Nociones de Política Fiscal*. México. Editorial Porrúa.
- Martinelli, José Maria, (2002). *Políticas Públicas en el nuevo sexenio*. México. Plaza y Valdez editores.
- Maxwell, D.L., Stake E. (2006). *Research and Statistical Methods in Communication Sciences and Disorders*. Universidad de Michigan, EE. UU. Thomson/Delmar learninf.
- Méndez, A. Carlos E. (1999). *Metodología: Guía para elaborar diseños de investigación en ciencias económicas, contables y administrativas*. Santa Fe de Bogotá, Colombia. Mc Graw Hill.
- Mendieta y Núñez, Lucio (1980). *Derecho Social*. México D.F. Editorial Porrúa.
- Mendizábal, Bermúdez Gabriela (2007). *La Seguridad Social en México*. México. Editorial Porrúa.
- Mendizábal, Bermúdez Gabriela (2009). *La protección social de los trabajadores migrantes mexicanos*. Conferencia dictada en el Centro Interamericano de la Seguridad Social (CIESS), durante la celebración del curso: La seguridad social en la globalización con fecha 16 de junio de 2009 en la Ciudad de México.
- Meny, Ives y Thoenig, Jean Claude (1992). *Las Políticas Públicas*. Barcelona, España. Editorial Ariel S.A.
- Molina, Molina Maria Lorena (1992). *Los problemas de la infancia en Costa Rica y los servicios sociales infantiles*. San José de Costa Rica. Editorial Euned.
- Moreno Villa, Mariano (2003). *Filosofía Vol. III: Ética, política e historia de la Filosofía*. España. Ed. MAS S.L. E
- Muñoz, Razo Carlos (1998). *Como elaborar y asesorar una investigación de tesis*. México. Prentice Hall Hispanoamericana.

- Murillo, Ferrol Francisco, Beltrán, Villalba Miguel, Castillo, Castillo José, Pérez, Peñasco Alfonso (1983). *Informe Sociológico sobre el cambio social en España, 1975-1983*. Madrid, España. Editorial Euramérica.
- Namakforoosh, Mohammad Naghi (2005). *Metodología de la Investigación*. 2ª. Edición. México. Limusa.
- Nelson, Bárbara. (2001). *Políticas públicas y administración: una visión general*. En: Robert Goodin y Hans Dieter Klingemann. *Nuevo Manual de Ciencia Política* (pp. 795-860). Madrid. Istmo.
- Netter F. (1960). *La Seguridad Social y sus principios*. Instituto Mexicano del Seguro Social México D. F.
- Noriega Cantú, Alfonso (1988). *Los Derechos Sociales, creación de la revolución de 1910 y de la Constitución de 1917*. México, D.F. UNAM.
- Notimex (2009). *Calderón ratifica cobertura universal en salud*. El Universal, portada. Agosto 27 de 2009. México.
- Novoa (1979). *Derecho a la vida privada y libertad de información: un conflicto de derechos*. Buenos Aires Argentina. Siglo XXI editores S.A. de C. V.
- Nugent, Ricardo (1997:607) *La seguridad social: su historia y sus fuentes*. Libro: Instituciones del derecho del trabajo y de la seguridad social. Coords. Néstor de Buen Lozano y Emilio Morgado Valenzuela. México. IIJ UNAM.
- OCDE (2005). *Estudios de la OCDE sobre sistemas de salud en México*. OECD Reviews of Health Care Systems: Mexico. Examens de l'OCDE des systèmes de santé : le Mexique. Secretaría de Salud de México. México.
- Organización Internacional del Trabajo. OIT (1984). *Introducción a la seguridad social*. 3ª. Edición. Ginebra. Ed. OIT.
- OIT (1992). *Introducción a la seguridad social*. México. Ediciones Alfaomega.
- OIT (1995). *Seguridad Social, guía de educación obrera*. Ginebra, Suiza. Organización Internacional del Trabajo.
- OIT (2007). *Resoluciones de la Conferencia Internacional del Trabajo: consideraciones adicionales*. GB.298/LILS/1, 298.a reunión, Consejo de Administración Ginebra, marzo de 2007.
- Ordóñez, Jorge (2006). *El derecho a la salud en la jurisprudencia de la Corte Constitucional de Colombia*. Apuntes para la definición de un contenido esencial de ese derecho en la

- jurisprudencia mexicana. Informe de investigación en situ realizada en la Corte Constitucional Colombiana.
<http://www.scjn.gob.mx/SiteCollectionDocuments/PortalSCJN/RecJur/Becarios/pdf/INFORME%20JORGE.pdf>
- Organización Mundial de la Salud OMS (2003). Informe sobre la salud en el mundo. Sistemas de salud: principios para una atención integrada. Cap. 7 pp.117-146. en: <http://www.who.int/whr/2003/en/Chapter7-es.pdf>
- Organización para la Cooperación del Desarrollo Económico OCDE (2005). *Estudios de la OCDE sobre sistemas de salud: México*. México. Secretaria de Salud.
- Ortega, Fong Nuria Merce (2008). El impacto de las think tank mexicanas en la evaluación y construcción de la gobernanza en México. Información obtenida en visita al Internet el 26 de abril de 2010, pagina web: <http://flag.institut-gouvernance.org/es/analyse/fiche-analyse-388.html>
- Ortiz, Frida (2005). García Maria del Pilar, *Metodología de la Investigación, El proceso y sus técnicas*. México D. F. Limusa Editores.
- Osorio, Ramírez Arturo (2007), *Reforma fiscal en el México: una descripción analítica*. Pesquisas México y América Latina, No. 348, septiembre-octubre 2007, México.
- Otero, Gestal J.J., López, Rois F., Viñas, J.L., Cueto, Espinas A., Salleras, Sanmarti L. (2002). *Medicina preventiva y salud publica. Nuevas formas de gestión sanitaria*, Capitulo 99, Coordinado por Piedra, Gil Gonzalo. 10ª. Barcelona, España. Edición. MASSON.
- Pallares Francesco (1988). *Las políticas públicas: el sistema político en acción*. Revista de Estudios Políticos (Nueva Época) No. 62, octubre-diciembre. Madrid, España.
- Palmer, Stephen and Torgerson D.J (1999). Definitions of efficiency. En BMJ. <http://www.bmj.com/cgi/content/extract/318/7191/1136>
- Pardinas, Felipe (2005). *Metodología y técnicas de investigación en ciencias sociales*. Trigésimoctava edición. México. Siglo XXI editores.
- Parsons, Wayne (2007). Políticas Públicas. Una introducción a la teoría y la práctica de las políticas públicas. Traducción de Atenea Acevedo. FLACSO México. Buenos Aires, Argentina. Miño y Dávila editores.
- Pasco, Cosmópolis Mario (1998). *¿Son los sistemas privados de pensiones formas de seguridad social? Las Reformas de Seguridad Social en Iberoamérica*. Organización Iberoamericana de la Seguridad Social, Academia Ibero americana del Derecho del Trabajo y la Seguridad Social. Lima, Perú.
- Pastorino, Fernando (1989). *Seguridad Social*. Editorial Universidad. Buenos Aires, Argentina.

- Payne, Michael, Frith Simon, Gates Henry Louis, Rasmussen Davis, Todd Janet, Widdowson Peter (2002). *Diccionario de teoría crítica y estudios culturales*. Buenos Aires, Argentina. Ed. Paidós.
- Pedroza, de la Llave Susana Thalía (2010). *Diccionario Jurídico de Seguridad Social*. México. IIJ UNAM.
- Peña, Méndez Julieta (2004). Ponencia: *Trascendencia de la enseñanza del derecho romano en la conformación del jurista en la época actual*. XIV congreso latinoamericano de derecho romano. Buenos Aires, Argentina.
- Peñate, Rivero Orlando (2008). *Orden económico y seguridad social*. México. Centro Interamericano de Estudios de la seguridad Social CIESS.
- Pérez Argüelles, Mariana (2010). *Cinco miradas sobre el derecho a la salud. Estudios de caso en México, El Salvador y Nicaragua*. Centro de Análisis e Investigación A.C. México.
- Pérez Chávez, José (2005). *Previsión Social. Guía Práctica Fiscal Laboral y de Seguridad Social*. México. Editorial Tax.
- Pérez Torres, Cesar (2010). *Manual del Participante: Curso Aportaciones Federales su Normatividad Aplicable*. OFSBC, México.
- Pérez Serrano , Gloria (2000). *Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural: Aplicaciones prácticas*. Madrid. Nancea Sociocultural.
- Pérez Serrano, Gloria (2004). *Modelos de Investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural, aplicaciones prácticas*. Madrid, España. Nancea Ediciones.
- Peris, Vicente (2009). *Plan Beveridge*. Traducido por el (CIESS) México D.F. Centro Interamericano de Estudios de la Seguridad Social.
- Petit, Eugene (1961). *Tratado Elemental del Derecho Romano*. México, D. F. Editora Nacional, S. de R. L.
- Pineda, Pablos Nicolás (2007). *El concepto de política pública: alcances y limitaciones*. Seminario de Políticas Públicas del Instituto Autónomo de México (ITAM)-Unidad Xochimilco, la Facultad Latino Americana de Ciencias Sociales (FLACSO) y el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE).
- Pisarelo, Ricardo (2003). *El estudio social como Estado constitucional: mejores garantías, más democracia*, en: Abromovich, V. Añon, M.J., Courtis, Ch. (compiladores). *Derechos Sociales, instrucciones de uso*. México. Doctrina Jurídica Universitaria.

- Podestá, Jaime (1999). Políticas públicas y regiones: Un análisis crítico. Ponencia Congreso Internacional sobre políticas sociales y desarrollo regional, Perú: Ediciones APPAC, tomado el 22/04/2010 de <http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p18.2.htm>
- Podetti, Humberto A. (1997). *Los Principios del Derecho del Trabajo*. Instituciones de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Coords. Néstor de Buen Lozano y Emilio Morgado Valenzuela. México. IIJ UNAM.
- Preciado, Hernández Rafael (2008). *Lecciones de Filosofía del Derecho*. México D.F. Editorial Porrúa.
- Picó, Joseph (2000). *Teoría sobre estado de bienestar*. Tercera edición. España. España editores Editorial siglo veintiuno.
- Pujadas, Comas y Roca (2010). *Etnografía*. Barcelona, España. Editorial UOC.
- Quintanar, Olguín Fernando (2000). *Atención a los ancianos en asilos y casa de hogar de la Ciudad de México ante el escenario de la tercera ola*. México. Plaza y Valdez, S.A. de C.V.
- Radburn, Gustav (1998). *Introducción a la Filosofía del Derecho*. 6ª. Edición. México. Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Ramales, M. y Díaz, M. (2005). La economía informal en México, Insuficiencias del modelo de desarrollo y exceso de trámites. Observatorio de la Economía Latinoamericana, en <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/index.htm>
- Ramírez, López Berenice P. (2004). *Alcances y dilemas del actual sistema de pensiones del IMSS*. Información obtenida del foro Sistema de Pensiones en México, presente y futuro, libro presentado por el Grupo Parlamentario del PRD, LIX legislatura, p: 15-16.
- Ramírez, López Berenice P. (2007). *Una visión crítica de la Seguridad Social en México: En dónde estamos y hacia dónde vamos*. México. Instituto de Investigaciones Económicas, UNAM.
- Ramírez, Sánchez Jacobo (1967). *Introducción al Estudio del Derecho y Nociones de Derecho Civil*. 2ª. Edición. México D.F. UNAM.
- Ravier Adrián (2006). James Buchanan, una perspectiva económica de la política. Materiabiz 1996-2006, información obtenida en visita al Internet el 22 de abril de 2010, pagina web: http://www.materiabiz.com/mbz_imprimir.vsp?nid=41320
- Rivera, Beiras I. (2005). *Política Criminal y Sistema Penal*. Barcelona, España. Ed. Anthropos.
- Rodríguez, Lobato Raúl (1992). *Derecho Fiscal*. México, D. F. Editorial Harla.

- Rodríguez Peñuelas (2008) *Material de Seminario de Tesis. (Guía Para Diseñar Proyectos de Investigación de Tesis)* del Doctorado en Estudios Fiscales de la FCA de la UAS.
- Roja, Arreola Gonzalo, Ulloa, Padilla Odilia, (s.f.), *Seguridad Social en México: presente y futuro*. México D.F. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM.
- Rojas, J.R. (2004). *Investigación Acción Participación*. Diplomado Investigación Acción, CISS, Promoción Salud, México.
- Rojas, Soriano Raúl (1996). *Guía para realizar investigaciones sociales*, Edición 18. España. Plaza y Valdés Editores.
- Rojina, Villegas Rafael (1985). *Derecho Civil Mexicano.*, sexta edición. México, D.F. Editorial Porrúa.
- Rovira, Cristofol. Codina, Lluís. Marcos, Mari Carmen. Palma, Maria del Valle (2004) *Información y documentación digital 2004*. Barcelona España. Ediciones Peticó.
- Ruezga, Barba Antonio. (2005). *Desafíos de la reforma del seguro social en México*. México. CIESS Centro Interamericano de Estudios de la Seguridad Social.
- Ruiz C. (2006). *Crecer con el siglo: historia de vida de Rómulo Ruiz Faria*. La Paz, Bolivia. Plural Editores.
- Ruiz, Medina M. I. (2007). *Prestaciones de la Ley del IMSS, medios de subsistencia para el recurso humano*, tesis inédita de la Maestría en Administración de Recursos Humanos, Universidad Autónoma de Sinaloa, Culiacán, Sinaloa, México.
- Ruiz Moreno, Ángel Guillermo (2004). *Nuevo derecho de la Seguridad Social*. México. Editorial Porrúa.
- Ruiz Moreno, Ángel Guillermo (2008). *La deslaborización del derecho de la Seguridad Social y su autonomía con respecto al Derecho Laboral*. Revista Latinoamericana de la Seguridad Social No. 7, de jul. a dic-2008. México. IIJ UNAM.
- Ruiz Moreno, Maria del Rosario (2007). *El seguro popular: un penoso engaño social para los pobres*. El derecho social en México a inicios del siglo XXI. Coord. Ángel Guillermo Ruiz Moreno. México. Ed. Porrúa.
- Ruiz, Sánchez Carlos (2002). *Manual para la elaboración de políticas públicas*. México. Plaza y Valdés editores.
- Ruiz Viñals, Carmen Coord. (2004). *Políticas sociolaborales. Un enfoque pluridisciplinar*. Chacartegui, Javega Consuelo, Ramos, Martín Francisco, Valle, Muñoz Francisco Andrés. Barcelona, España. Editorial UOC.

- Sabino, Carlos (1978). *El proceso de la investigación*. Caracas, Venezuela. Editorial Panapo.
- Sabino, Carlos (1992). *El proceso de la investigación*. Caracas, Venezuela. Editorial Panapo.
- Salas, Abarca Patricia y Chamizo, Garcia Horacio A. (2002). *Responsabilidades del profesional en microbiología: compromisos y desafíos ante los cambios del sistema de atención*. *Rev. cienc. adm. financ. segur. soc*, 2002, vol.10, no.1, p.55-63.
- Salineros, Vidal Carlos. (1969). *Acción Internacional en el campo de la Seguridad Social*. Santiago de Chile. Editorial Jurídica de Chile.
- Sánchez, de Dios Manuel (2008). *La cohesión de Alemania, Suecia y Reino Unido con los gobiernos social-demócratas*. *Revista Ciencia Política*. Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales, octubre de 2008 Año 1 No. 3. Universidad El Salvador.
- Sánchez, González Miguel Ángel (2002). *Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico*. Barcelona, España. Masson Ed.
- Sánchez, Gutiérrez Arturo (1993). *El Proceso de diagnóstico en la elaboración de políticas públicas*. México. Perfiles Latinoamericanos.
- Sánchez, León Gregorio (1987). *Derecho Mexicano de la Seguridad Social*. México. Editoriales Cárdenas.
- Sánchez, Moreno Arturo, Ramos, García Elvira, Marset, Campos Pedro (1994). *Actitud participativa en salud, entre la teoría y la práctica*. Murcia, España. Universidad de Murcia. Secretariado de Publicaciones, ed. IV.
- Santesmases, Mestre Miguel (2009). *Diseño y análisis de encuestas en investigación social y de mercados, Dyane versión 4*. Madrid España. Editorial Pirámide.
- Saravia, Gallardo Marcelo Andrés (2006). *Metodología de la Investigación Científica. Orientación metodológica para la elaboración de proyectos e informes de investigación*. Convocatoria publicaciones de metodología del Gobierno de Bolivia, sitio web: www.conacyt.gov.bo Universidad de Barcelona, España.
- Schmelkes, Corina (1998). *Manual para la presentación de anteproyectos e informes de investigación*. México D. F. Ed. Oxford.
- Seisdedos, Cuberos Nicolás (2004). *Cambios. Test de flexibilidad cognitiva*. Madrid, España. TEA ediciones.
- Sierra, R. (1988): *Técnicas de investigación Social. Teoría y Ejercicios*. Madrid. España. Paraninfo.

- Smaling, Adri (s.f.). *La calidad argumentativa de las investigaciones cualitativas*. Utrecht, Holanda. Universidad de Humanidades.
- Sojo Garza-Aldape Eduardo (2006). *Políticas Públicas en Democracia*. México. Fondo de Cultura Económica,
- Solorio, Carmen (2001). *Principios de la seguridad social*. Ginebra, Suiza. Oficina Internacional del Trabajo.
- Soto, Álvarez Clemente (1982). *Prontuario de Introducción al Estudio y Nociones del Derecho Civil*. Tercera edición. México D.F. Noriega Editores.
- Stake, R.E. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Cuarta edición. Madrid España. Antología Básica de Metodología de la Investigación en Ciencias Sociales, recopilada por Leticia del C. Romero Rodríguez. Dirección Académica de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Ediciones Morata.
- Stake, R.E. (2007). *Investigación con estudio de casos*. Cuarta edición. Madrid España. Ediciones Morata.
- Subirats, Joan y Gomá Ricard (2002). *Evaluación de políticas públicas. Planificación y evaluación de políticas de información*. Fundació per a la Universitat Oberta de Catalunya. Barcelona, España.
- Tamayo y Tamayo, Mario (1997). *El Proceso de la Investigación Científica*. Tercera Edición. México. Editorial Limusa.
- Tamayo y Tamayo, Mario (2004). *El Proceso de la Investigación Científica*. Cuarta Edición. México. Editorial Limusa.
- Tanzi, Vito, Zee, Howell (2001). *Tax Policy for Developing Countries*, International Monetary Fund.
- Tapia-Cruz José Antonio (2006). *Objetivos del sistema de salud en México: importancia para la población y sus determinantes*. Revista Salud Pública, Vol. 48 No. 2, marzo-abril 2006. México.
- Tesch, Renata (1990). *Qualitative Research: Análisis Types and Software Tools*. Great Britain. British Library Cataloguing.
- Thomas, J. R., Nelson, J. K., Silverman, S. J. (2005). *Research Methods in Physical Activity*. Fifth edition. USA. Human Kinetics.
- Torres, Díaz Julio (1996). *Administración de Prestaciones, su otorgamiento y aplicación*. Cuarta edición, México. Editorial ECASA.

- Torres, Díaz Julio (2004). *Administración de las Prestaciones*. México, D. F. Editores Mexicanos Unidos.
- Trueba, Urbina Alberto (1979). *Nuevo Derecho Social Mexicano*. Méx., D.F. Editorial Porrúa.
- Turabián, José Luís (1995). *Cuadernos de medicina de familia y comunitaria: Una introducción a los principios de medicina de familia*. Madrid. España. Ediciones Díaz de Santos.
- Ugalde, Luís (2006). *Cristianismo y Sociedad. Colecciones Fundamentales de Teología*. Universidad Católica de San Andrés. Caracas, Venezuela. Impresos Miniprés C.A.
- Universidad Nacional Autónoma de México UNAM (1999). *Diccionario Jurídico Mexicano*. Décima tercera edición. México. IJ UNAM.
- Uribe, Iniesta Rodolfo (2006). *Dimensiones para la democracia: espacios y criterios*. Centro Regional de la Investigación Multidisciplinaria. Cuernavaca, Morelos. UNAM.
- Uzcástegui, Rafael (1990). *Seguridad Social*. Edit. Academia Nacional de Ciencias, Caracas Venezuela.
- Valdéz, Olmedo Cuahtémoc (2006). *La salud en México: 2006/2012*. Visión de Funsalud. México. Grafía Editores.
- Valencia, Germán y Álvarez, Yohan. (2008, julio-diciembre). *La ciencia política y las políticas públicas: notas para una reconstrucción histórica de su relación*. Estudios Políticos, 33, Instituto de Estudios Políticos. Universidad de Antioquia, 93-121.
- Vázquez M.L. Siqueira E. Kruzeb, I. Da Silva y Leiteb I.C (2000). *Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina*. Barcelona, España. Vol. 16, numero 01. Gaceta Sanitaria.
- Vázquez, Vialard Antonio (1996). *Derecho del Trabajo y de la seguridad social, Tomo 2, 7ª*. Buenos Aires, Argentina. Ed. Astrea.
- Velásquez G.J. 1996. *Los Servicios de Medicina del Trabajo en México y su Reglamentación; Salud en el Trabajo*, Vol. I, Núm. 3, México.
- Vidal, Fernández Fernando (2005). *Pan y rosas. Fundamentos de exclusión social y empoderamiento*. Madrid, España. Caritas Española Editores.
- Villanueva, Aguilar Luis F. (2007). *El Estudio de las Políticas Públicas*. México D.F. Miguel Angel Porrúa Eds.
- Vinuesa, Muñoz Ángel (2004). *Indicadores de calidad en limpieza e higiene hospitalaria*. VI Jornadas nacionales sobre avances en medicina preventiva. Madrid, España. Vileda Ibérica División Profesional.

- Werther, William B., Davis, Keith (2005). *Administración de Personal y Recursos Humanos*, quinta edición, México D. F. Editorial Mc. Graw Hill.
- Wholey, J. y Ballart, Xavier (2003). *Mission d'évaluation et de contrôle Asamblea Nacional*, Francia.
- Witker, Jorge (1999). *Introducción al derecho económico*. Cuarta edición. Mc. Graw Hill, México. UNAM.
- Yin, Robert K. (2009). *Case Study Research, design and methods*. Fourth edition, California, U.S.A.. SAGE Inc.
- Zimmerman, Héctor (2003). *Reforma Política: origen y actualidad de las políticas públicas*. Buenos Aires Argentina. Visita a la Internet el 22 de abril de 2010. Página web:<http://www.ciudadpolitica.com/modules/news/article.php?storyid=225>
- Zipper, Ricardo Israel, Morales, Maria Eugenia (1999). *Ciencia Política*. Santiago de Chile. Editorial Universitaria.
- Zorgbibe, Ch. (1997). *Histoire des relations internationales*. Hachette Livre. París, 1994; 2 vols. (traducción al castellano de Miguel Angel Vecino Quintana. Historia de las relaciones internacionales De la Europa de Bismarck hasta el final de la Segunda Guerra Mundial. Madrid. Edit. Alianza.

MESOGRAFÍA

LEGISLACION

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
 Ley Federal del Trabajo
 Ley General de Salud
 Ley del Seguro Social 1973
 Ley del Seguro Social 1997
 Ley del ISSSTE

DICCIONARIOS

García Pelayo y Gross. *Pequeño Larousse Ilustrado*, 9ª. Edición, México, 1985
 Diccionario Jurídico de la Seguridad Social (1994) Serie E: Varios No. 62, Primera Ed. Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM. México.
 Diccionario Jurídico Mexicano, Universidad Nacional Autónoma de México (1995). Editorial Porrúa, S.A., Tomo P-Z, México 1999.
 Diccionario de la Real Academia Española

SITIOS DE INTERNET

http://es.wikipedia.org/wiki/Organizaci%C3%B3n_Mundial_de_la_Salud
<http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>

<http://www.lexjuridica.com/diccionario.php>
<http://www.elpais.com/diccionarios/castellano/maquiavelismo>
<http://www.ilo.org/public/english/standards/relm/country.htm>
<http://www.issa.int/esl/A-proposito-de-la-AISS/Miembros-de-la-AISS>
http://www.ciss.org.mx/index_es.php?mod=sede
http://www.oiss.org/article.php?id_article=776
<http://www.un.org/es/ecosoc/about/>
http://es.wikipedia.org/wiki/Organizaci%C3%B3n_Mundial_de_la_Salud
<http://www.cetim.ch/es/documents/codesc-2000-4-esp.pdf>
http://www.escri-net.org/resources/resources_show.htm?attribLang_id=13441&doc_id=427013
<http://www.hchr.org.co/documentoseinformes/documentos/relatoresespeciales/2007/relatorsalud.pdf>
http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=muestra
http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=muestra
<http://www.bibliojuridica.org/libros/libro.htm?l=736> - 18k

