



UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO

**DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES ECONÓMICO
ADMINISTRATIVAS**

**TRABAJO MONOGRÁFICO EN LA
MODALIDA DE EXPERIENCIA
PROFESIONAL**

**VINCULO APLICATIVO DE LA ECONOMÍA Y FINANZAS
EN ACCIONES PROGRAMADAS DENTRO DE LOS
PROGRAMAS QUE CONTEMPLAN LOS SERVICIOS DE
SALUD EN QUINTANA ROO**

**PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN ECONOMÍA Y FINANZAS**

PRESENTA

LUIS SANTIAGO TENORIO CARDONA

SUPERVISORES

DRA. RENÉ LOZANO CORTÉS

DR. FREDERICK HARRISS WALLACE

DR. LUIS FERNANDO CABRERA CASTELLANOS

CHETUMAL, QUINTANA ROO, DICIEMBRE 2010



UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES ECONÓMICO
ADMINISTRATIVAS

TRABAJO MONOGRÁFICO EN LA MODALIDAD DE EXPERIENCIA
PROFESIONAL ELABORADO BAJO LA SUPERVISIÓN DEL COMITÉ DE
ASESORIA Y APROBADO COMO REQUISITO PARCIAL, PARA OBTENER EL
GRADO DE:

LICENCIADO EN ECONOMÍA Y FINANZAS

COMITÉ

SUPERVISOR: _____

DRA. RENÉ LOZANO CORTES

SUPERVISOR: _____

DR. FREDERICK HARRISS WALLACE

SUPERVISOR: _____

DR. LUIS FERNANDO CABRERA CASTELLANOS

CHETUMAL, QUINTANA ROO, DICIEMBRE 2010

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	3
INTRODUCCIÓN.....	5
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS.....	7
JUSTIFICACIÓN.....	8
CAPITULO I. LA UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO.....	10
<i>1.1. Antecedentes históricos.....</i>	<i>10</i>
<i>1.2. Misión.....</i>	<i>11</i>
<i>1.3. Fines.....</i>	<i>11</i>
<i>1.4. Infraestructura y servicios.....</i>	<i>13</i>
<i>1.5. Capacidad académica y modelo educativo.....</i>	<i>16</i>
<i>1.6. Estructura, misión y objetivo de la División de Ciencias Sociales Económico Administrativas.....</i>	<i>17</i>
<i>1.7. La Carrera de Licenciatura en Economía y Finanzas.....</i>	<i>18</i>
<i>1.8. Importancia de la Universidad de Quintana Roo en el desarrollo económico del Estado.....</i>	<i>23</i>
CAPITULO II. LA SECRETARIA DE SALUD.....	26
<i>2.1. Antecedentes históricos.....</i>	<i>26</i>
<i>2.2. Misión.....</i>	<i>29</i>
<i>2.3. Visión.....</i>	<i>29</i>
<i>2.4. Objetivos estratégicos y objetivos específicos.....</i>	<i>30</i>
<i>2.5. Funciones de la Secretaria.....</i>	<i>32</i>
<i>2.6. Infraestructura y servicios.....</i>	<i>33</i>
<i>2.7. Organización.....</i>	<i>34</i>
<i>2.8. Importancia de la Secretaria de Salud en el desarrollo del Estado.....</i>	<i>34</i>
CAPITULO III. EXPERIENCIA PROFESIONAL EN LA SECRETARIA DE SALUD.....	46

<i>3.1. Objetivos y funciones del Departamento de Promoción de la salud.....</i>	<i>46</i>
<i>3.2. Objetivos y funciones del Departamento de Enfermedades Transmisibles por Vector.....</i>	<i>47</i>
<i>3.3. Objetivos y funciones del Departamento de Epidemiología</i>	<i>48</i>
<i>3.4. Objetivos y funciones de la Estrategia de Patio Limpio y Cuidado del agua Almacenada</i>	<i>50</i>
<i>3.5. La licenciatura en economía y finanzas y su relación con el campo laboral: el caso del sector salud.....</i>	<i>51</i>
<i>3.6. Procesos alternos de evaluación económica.....</i>	<i>56</i>
<i>3.7. Evaluación económica en salud.</i>	<i>60</i>
<i>3.8. Un ejemplo de farmacoeconomía.</i>	<i>64</i>
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	69
BIBLIOGRAFÍA.....	72
ANEXOS.....	74

AGRADECIMIENTOS

Cuando pensé en retomar mis estudios ya siendo mayor y terminar mi secundaria a insistencia de un amigo que trabajaba en el Sistema Estatal de Educación para los Adultos, nunca pensé a llegar estudiar en la universidad de Quintana Roo, mi objetivo en ese momento era terminar mi secundaria, cuando la termine pensé en estudiar mi bachillerato, nada más, cuando lo termine, entonces pensé en estudiar la universidad, que trato de decir con esto, que mis objetivos siempre fueron a corto plazo, aplique el pensamiento y la acción, pero hay algo mas que fue indispensable, la perseverancia, y en esta quiero explicar que hay una relación inversamente y no sé si proporcional, pero si inversa, con esta variable de las cargas o compromisos personales, en ellos se encuentran los compromisos laborales, económicos, de diversión, culturales entre otros, en esos momentos mis compromisos eran pocos y me permitían tener las condiciones necesarias para superarme académicamente, con esto quiero decir que mientras más compromisos halla la perseverancia se hace mucho más débil y viceversa. Te cuesta trabajo retomar el camino cuando tienes demasiados compromisos, te puedes salir a veces del camino pero si tus compromisos no son demasiados puedes volver a la senda de donde te apartaste, pero bueno, también hay una tercera variable que es indispensable y que esta afecta positivamente y principalmente a la variable “compromiso” y esa es, todas aquellas personas que te ayudan para que la carga en compromisos sea mucho más ligera, y es ahí donde quiero agradecerles a todos y a cada uno de los que me apoyaron en el sendero de mi superación académica, en primer lugar quiero agradecerle a mi madre que aunque ya no esté conmigo estoy seguro que recordará la promesa que le hice en su lecho de muerte de terminar mis estudios, siempre le había

prometido portarme bien y nunca lo había hecho, esta vez siento que no le falle, aunque no tuve tiempo de decírselo, sino, ya estando fallecida, ¡¡¡¡ para ti es este premio madrecita ¡¡¡¡. También quiero agradecerle a mi esposa María del Carmen Arguelles Morales por aligerarme los compromisos económicos y familiares y motivarme siempre cuando no pensaba volver al camino de la superación académica a ella y a mis hijos, Abril Acosta Arguelles, Norman Alexis Tenorio Arzate y a Senyase Tenorio Arguelles por haberme comprendido en no poder estar con ellos en esos tiempos donde es indispensable la compañía paternal. A mis hermanos Gabriel Confucio Tenorio Cardona, Juana María Tenorio Cardona, Verónica Tenorio Cardona y en especial a Cuauhtémoc Tenorio Cardona quien me entrego un libro el cual me permitió reflexionar y retomar el camino que ya hacía tiempo había dejado por muerto, a mis hermanos muchas gracias. No podía dejar pasar de agradecer a las personas que me dieron la confianza y la oportunidad laboral que tanto me aligero las cargas económicas, muchas gracias Lic. Cora Amalia Castilla Madrid y a mi maestro el Dr. Manuel Jesús Aguilar Ortega. A mis compañeros de trabajo y aquellos que siempre quisieron obstaculizarme el camino, pues de ellos, me llene de valor y coraje permitiéndome darle empuje a mis labores académicas cuando tenía completamente baja la autoestima. A mis maestro que son el medio excelente de entregar el acervo académico mas valioso que puede haber en este planeta en especial a la Dra. René Lozano Cortez por su paciencia, dirección y su motivación por que termine mi trabajo, al Dr. Luis Cabrera Castellanos por sus valiosos consejos y al Dr. Frederick Harriss Wallace por su consejos respecto a este trabajo, en verdad, ¡¡¡¡¡¡¡¡ **Muchas gracias a todos los que permitieron concluir esta fase ¡¡¡¡¡¡¡¡**

INTRODUCCIÓN

Cuando curse la licenciatura de Economía y Finanzas ya tenía diez años trabajando en la Secretaría de Salud en el área de enfermedades transmisibles por vector y me preguntaba cómo podría vincular mi carrera con mi trabajo actual, ahora con esta monografía en la modalidad de experiencia profesional podré darle un significado importante a la economía dentro de los servicios de salud y tal oportunidad podrá brindar herramientas esenciales al desarrollo de los programas establecidos, estas herramientas podrán mostrar empíricamente las predicciones en relación con las medidas correctoras de la ineficiencia por parte del sector público en este mercado orientadas a consumidores y a proveedores.

El área donde trabajo es de promoción de la salud pero dirijo una estrategia que se llama Patio Limpio y Cuidado del Agua Almacenada (PL y CAA) que vincula al Departamento de Promoción con el Departamento de las Enfermedades Transmisibles por Vector, la función general en el programa de vectores es ejecutar acciones de control químico (en enfermedades como el dengue, paludismo, oncocercosis, chagas y leishmaniasis) y en el área de promoción de la salud se ejecutan acciones de prevención de la salud por medio de la participación ciudadana y la difusión. La siguiente experiencia profesional está integrada por tres capítulos; el primero trata sobre toda la información relevante de la Universidad de Quintana Roo, desde sus antecedentes hasta la aportación de capital humano de la universidad para con el estado. En el capítulo dos se presenta todo lo relacionado con la Secretaría de Salud, desde sus antecedentes hasta la importancia de los servicios de salud en el estado. Y el tercer capítulo, y quizás el más importante, se refiere a mi experiencia profesional en el ámbito de los Servicios Estatales de Salud, desde la importancia de las

materias cursadas en la Universidad con los objetivos de mí trabajo, pasando por conceptos y objetivos primordiales de la economía de la salud, hasta proponiendo utilizar la evaluación económica (farmacoeconomía) como instrumentos de control y organización para lograr la efectividad en la distribución de los recursos. Así mismo cuenta casi al final con la parte de conclusiones donde se pretende darle un enfoque a la experiencia profesional mucho más propositiva señalando que la variable clave para poder utilizar en su esplendor todo lo aprendido en la universidad sería la innovación.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS

Objetivo General

Presentar la aplicación de los conocimientos adquiridos en la carrera de economía y finanzas, dentro del área de prestaciones de servicios de salud, específicamente en la Estrategia de Patio Limpio y Cuidado del Agua Almacenada.

Objetivos Específicos

- Describir las funciones de la Universidad de Quintana Roo y su importancia en el desarrollo económico del Estado de Quintana Roo.
- Señalar la importancia de las actividades de los servicios estatales de salud en el desarrollo social, organización y operación.
- Vincular la estrategia de patio limpio y cuidado del agua almacenada (PL y CAA) con la formación del economista en la carrera de economía y finanzas.

JUSTIFICACIÓN

El dengue es hoy en día una de las enfermedades que presenta un brote permanente en el estado por lo que el virus del dengue constituye un problema de salud pública en nuestro país y principalmente en las zonas tropicales. La relevancia de esta enfermedad se ubica en el contexto de la prevención para evitar que el dengue y sus formas severas (el dengue hemorrágico y el síndrome de choque por dengue) se conviertan a corto o mediano plazo en una urgencia epidemiológica cuya magnitud rebase la capacidad de respuesta de los servicios médicos asistenciales, subraye las limitaciones de las estrategias de control emergentes y resulte en un incremento en la mortalidad, sobre todo de los menores de 15 años. El riesgo se hace manifiesto mediante la circulación de los serotipos 1, 2, 3 y 4. La circulación reciente del serotipo 3 en nuestro Estado impone un riesgo adicional, pues se reconoce que la población se encuentra completamente susceptible a este serotipo, lo cual implica el riesgo de epidemias de gran magnitud en nuestro estado.

La estrategia actual para combatir al vector transmisor del dengue, se sustenta en la aplicación de insecticida a Ultra Bajo Volumen, existen diversas evidencias que cuestionan su impacto al demostrar que la reducción de la población de mosquitos hembras varía de 0% a 73 % el primer día de aplicación y que la población de mosquitos se recupera entre tres y once días después de la aplicación, resultado que alarga el período de duración de la transmisión más que interrumpirla. La dependencia en esta estrategia genera una falsa sensación de seguridad y obliga a la integración de la comunidad como un elemento indispensable en el ataque al vector. Esto nos obliga cada día a utilizar insecticidas para

continuar con esta sensación de seguridad falsa elevando su costo, limita sus efectos y demanda a gritos que la participación de la comunidad se incorpore como un elemento fundamental para lograr que el control sea permanente.

La descoordinación en los ejes estratégicos para el combate al dengue (Promoción de la salud, vectores y epidemiología). Nos lleva a toma de decisiones ineficientes debido a la poca información que se tiene respecto de los otros ejes estratégicos y si a esto le sumamos la elaboración de presupuestos no sustentados y deficientes nos llevan a objetivos de solución diferentes. Por lo anterior es necesario hacer un análisis que nos permita proponer acciones y herramientas concretas para concretar la efectividad de las acciones de la Estrategia de PL y CAA. Y es aquí donde los conocimientos del economista pueden ser útiles, ya que la carrera de economía y finanzas dota a sus egresados de conocimientos y habilidades que le permiten hacer análisis de la aplicación eficiente de recursos.

CAPITULO 1

LA UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO

1.1. Antecedentes históricos

La Universidad de Quintana Roo fue creada por decreto del Poder Legislativo del estado, publicado en el Periódico Oficial el 24 de Mayo de 1991 e inició sus actividades académicas el 3 de septiembre del mismo año. Fue concebida desde su origen como una institución moderna a partir de un modelo denominado "Nueva Universidad Mexicana", que recoge la experiencia histórica del desarrollo universitario en el mundo y en el país, el cual fue adaptado puntualmente a las condiciones de la región.

La universidad inicio sus actividades el 10 de febrero de 1992, con 332 alumnos, 18 profesores y 17 personas de apoyo en instalaciones provisionales proporcionadas por la Cámara de Comercio, la Biblioteca Pública Lic. Javier Rojo Gómez y la Universidad Pedagógica Nacional. En Agosto de 1993, la Institución estreno sus nuevas instalaciones en el Boulevard Bahía, en un proyecto que manifiesta elementos de arquitectura porteña, en específico del Caribe Regional.

En 1998 se inició la etapa de expansión de los servicios universitarios hacia otras regiones de la entidad al establecerse la Unidad Académica de Cozumel, la cual abrió formalmente sus actividades el 28 de agosto de ese año. A pesar de su corta existencia, la UQROO ha concretado significativos avances en materia de docencia, investigación, extensión y vinculación con su entorno.

Es el centro académico en su tipo más joven del país. Su creación responde a un viejo anhelo de los Quintanarroenses de contar con un centro de educación superior para formar profesionales en las áreas sociales, las humanidades, las ciencias básicas y las áreas tecnológicas de mayor demanda y consumo en esta época de alta competitividad.

Su creación hizo acopio de las invaluable experiencias acumuladas en los últimos setenta años de la educación superior y se incorporaron innovadores conceptos con objeto de convertirla en una universidad de excelencia en México y la Cuenca del Caribe.

1.2. Misión

“Formar profesionistas comprometidos con el progreso del ser humano, a través de un modelo educativo integral que fomente y desarrolle valores, actitudes y habilidades que les permita integrarse al desarrollo social y económico en un ambiente competitivo; generar y aplicar conocimientos innovadores útiles a la sociedad a través de una vigorosa vinculación; preservar los acervos científicos, culturales y naturales; intercambiar conocimientos y recursos con instituciones nacionales e internacionales para aprovechar las oportunidades generadas en el mundo. Con la firme intención de contribuir al desarrollo social y económico, así como al fortalecimiento de la cultura de Quintana Roo y México”

1.3. Fines

De conformidad con lo establecido en el Artículo 3 de su Ley Orgánica, la **Universidad de Quintana Roo** tiene los siguientes fines:

- a) Impartir educación superior en los niveles de licenciatura, estudios de postgrado, cursos de actualización y especialización bajo diferentes

modalidades de enseñanza para formar profesionistas, profesores e investigadores que requiere el Estado de Quintana Roo, la región y el país. Ello mediante la formación de individuos de manera integral con clara actitud humanista, social y científica, dotados de espíritu emprendedor, innovador y de logro de objetivos; encauzados a la superación personal, comprometidos con el progreso del ser humano, del aprecio a la patria y a la conciencia de responsabilidad social.

b) Organizar, fomentar y generar nuevos conocimientos mediante programas de investigación científica, humanística, social, cultural y de desarrollo tecnológico, buscando resolver las necesidades de la sociedad quintanarroense y del país en general.

c) Organizar, fomentar y realizar programas y actividades relacionadas con la creación artística, la difusión y extensión de los beneficios de la cultura que propicien el avance en su conocimiento y desarrollo.

d) Contribuir a la preservación, enriquecimiento y difusión del acervo científico, cultural y natural del Estado de Quintana Roo, de la región y del país De naturaleza eminentemente social que propicia la participación de la sociedad a través de sus opiniones, demandas y requerimientos sociales. Con un sistema financiero diversificado que no sólo estimula la generación de ingresos propios sino que propicios para una mayor participación social en el financiamiento de la universidad.

Con una misión social enfocada a atender las demandas de Quintana Roo y del sureste mexicano. Con proyección hacia Centroamérica y el Caribe. Evaluación permanente en búsqueda de una superación institucional y de mayor respuesta social. Con un proyecto educativo innovador basado en la formación integral del estudiante y en el logro académico individual.

1.4. Infraestructura y servicios

Las unidades académicas de Chetumal y Cozumel se ubican en un entorno de enorme riqueza arqueológica, histórica y natural.

El diseño arquitectónico de los edificios universitarios se define por las reminiscencias caribeñas y elementos mayas en su estructura y materiales.

La infraestructura de la Universidad de Quintana Roo incorpora adelantos tecnológicos en áreas sustantivas, como telecomunicaciones basadas en redes de fibra óptica e inalámbricas, oficios inteligentes, generación de energías sustentables, laboratorios y talleres equipados con tecnología de punta, instalaciones deportivas semiolímpicas entre otras.

El sistema bibliotecario, integrado por dos modernas bibliotecas, pone a disposición de estudiantes, profesores e investigadores de la región un acervo bibliográfico actualizado, y servicios cuya calidad ha sido certificada por organismos internacionales.

La vida académica universitaria se desarrolla en un ambiente de apertura y libertad de cátedra cuyo propósito es diversificar y mejorar ambientes y procesos de aprendizaje,

aprovechando para ello las aportaciones de las ciencias auxiliares de la educación y de las tecnologías de la comunicación y la información.

Un amplio esquema de becas estimula la excelencia en los estudiantes, siendo actualmente beneficiados con algún apoyo de tipo económico más del 25 % de los alumnos.

Se atiende la diversidad étnica de la población universitaria a través de la unidad de apoyo a estudiantes indígenas, en la que un grupo de académicos especializados diseña y aplica herramientas educativas que faciliten su integración al sistema de enseñanza aprendizaje de la Universidad.

Mediante convenios vigentes de intercambio académico, estudiantes de la UQROO realizan estudios en diversas universidades de México, América del Norte y Europa, y recibe constantemente estudiantes extranjeros en sus aulas.

Para brindar los servicios tanto a la comunidad estudiantil, docente y a la sociedad en general se disponen de los siguientes Centros de Extensión:

1.4.1. Centro Emprendedor de Negocios (CEN)

Entidad multisectorial en la que participan organismos de gobierno, empresariales y académicos, apoya proyectos de micro, pequeñas y medianas empresas de nueva creación a través de la capacitación y la asesoría e impulsa alternativas de reactivación económica del sur del Estado de Quintana Roo.

1.4.2. Bufete Jurídico

Organismo Universitario de eminente servicio social, auxilia a la población de escasos recursos que demandan asistencia legal

1.4.3. Centro de Estudios Interculturales

El centro de estudios interculturales se crea por la necesidad de contribuir al proceso de construcción de una sociedad intercultural que posibilite relaciones y acciones más equitativas, como primer antecedente se encuentra la unidad de apoyo académico para estudiantes indígenas, misma que atiende a estudiantes provenientes de la zona maya con el objetivo de apoyarlos en la permanencia y reducir los niveles de deserción.

1.4.4. Centro de Enseñanza de Idiomas (CEI)

Sólido grupo de académicos que, apoyados por innovadoras tecnologías educativas impulsa el aprendizaje de los idiomas extranjeros y el español.

1.4.5. Centro de Información Geográfica (CIG)

Mediante la utilización de tecnología de punta en materia de sistemas de información geográfica, sistemas de posicionamiento global y percepción remota, el CIG mantiene una permanente y productiva vinculación con entidades académicas, públicas, privadas, científicas y de gobierno.

1.4.6. Centro de Extensión para el Manejo Integrado de Recursos Naturales (CEMIRN)

Los calificados especialistas que lo integran apoyan a todos los sectores de la sociedad en el diagnóstico, planeación, manejo y evaluación de los recursos, procesos y sistemas naturales del estado y del país, así como en la resolución de problemas concretos en materia ambiental, a través de la aplicación de los conocimientos y metodologías generados en las instituciones académicas y de investigación.

1.4.7. Centro de Extensión y Servicios (CER), ubicado en la Unidad Cozumel

Área de vinculación con los diferentes sectores del entorno (gubernamental, iniciativa privada y sociedad civil) para atender y dar respuesta a sus necesidades en el ámbito de competencia de las áreas de conocimiento que cultiva la División de Desarrollo Sustentable.

1.5. Capacidad académica y modelo educativo

1.5.1 Capacidad académica

La calidad de la planta académica de la Universidad cumple satisfactoriamente los criterios oficiales a nivel nacional, por ello la UQROO ha merecido reconocimientos nacionales que la ubican como una Universidad de excelencia.

Actualmente la planta académica se compone de un 87.6 % de profesores de tiempo completo e investigadores de carrera con estudios de postgrado (maestría y doctorado), 15.7 % de ellos pertenece al Sistema Nacional de Investigadores y 66 % tiene el perfil reconocido por la Secretaría de Educación Pública. Porcentajes mayores a los que la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior establece como deseables¹.

Por su pertinencia, la investigación científica que desarrollan especialistas y estudiantes recibe financiamiento tanto de entidades públicas como privadas, nacionales y extranjeras.

1.5.2. Modelo Educativo

- Enfoque centrado en el auto aprendizaje
- Formación Integral del Estudiante

¹ Fuente: Dirección de Investigación y posgrado, fecha de actualización 05/10/09.

- Equilibrio entre formación general y especialización
- El profesor se concibe como facilitador del aprendizaje
- Currículo flexible y actualizado
- Formación multidisciplinaria y polivalente
- Innovación educativa

1.6. Estructura, misión y objetivo de la División de Ciencias Sociales Económico Administrativas.

Estructura Orgánica Básica



1.6.1 Misión

La formación de profesionales en las Ciencias Sociales y Económico Administrativas con excelencia académica y fuerte compromiso social, así como la generación y aplicación del conocimiento principalmente orientado a solucionar los problemas de la sociedad, especialmente de la entidad, la península de Yucatán y de la región de Centroamérica y el Caribe.

1.6.2. Objetivo

Ofrecer una formación académica de alta calidad a los estudiantes que ingresen a la Institución, para que estos respondan a las necesidades de desarrollo de la región con una alta capacidad de alternativas en un ambiente competitivo.

1.7. La Carrera de Licenciatura en Economía y Finanzas²

1.7.1 Objetivo de la Carrera

Formar profesionistas con un amplio dominio de los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas en economía y finanzas, que puedan aplicar, en forma concreta, en su entorno económico, político y sociocultural, de manera tal que contribuyan a un desarrollo equilibrado de la sociedad en un marco de aprovechamiento racional de los recursos y de interacción regional e internacional en el proceso económico, trabajando sobre una base de amplio criterio interdisciplinario.

1.7.2 Perfil del Aspirante

- Gusto y habilidad para leer.
- Aptitud para redactar.
- Capacidad de análisis y síntesis.
- Memoria comprensiva.
- Interés por el desarrollo de las relaciones humanas.
- Razonamientos lógico y numérico.
- Buena expresión oral.
- Espíritu emprendedor y creativo.

² El plan de estudios ya fue modificado. Señalo este, porque fue el que curse en la carrera.

1.7.3. Además para estudiar la carrera de Economía y Finanzas, es necesario que:

Conocer los elementos básicos de la ciencia económica, interés y comprensión de los problemas económicos, sociales y políticos del mundo actual, tener facilidad para el manejo de las Matemáticas y la Estadística, así como, vocación para contribuir al desarrollo económico, regional y nacional.

1.7.4. Organización de la Carrera

La carrera contiene cursos organizados de la siguiente manera:

- Asignaturas Generales.
- Asignaturas Divisionales.
- Asignaturas de Concentración Profesional.
- Asignaturas de Apoyo.

1.7.5. Perfil del Egresado.

El egresado de la Licenciatura de Economía y Finanzas, será capaz de:

- Analizar y describir los procesos socio-económicos y financieros y su interrelación con el resto del sistema.
- Proponer e implementar alternativas para el desarrollo socio-económico y financiero en los ámbitos micro y macroeconómicos.
- Propiciar el trabajo interdisciplinario, pues ello enriquece las propuestas de desarrollo.

- Elaborar programas de instrumentación financiera que permitan a las distintas instancias una óptima utilización de sus recursos y un máximo desarrollo a mediano y largo plazo.
- Emplear y desarrollar los instrumentos financieros que optimicen el desempeño de las diferentes instancias.

1.7.6. Actividad Profesional.

Como Licenciado en Economía y Finanzas se pueden ejercer labores de planeación empresarial, y se tienen las condiciones de trabajar en la banca privada y en las instituciones bursátiles. También desempeñarse en el sector público, en las áreas de planeación, presupuesto, instrumentación financiera, contraloría y finanzas de cualquier organismo de este sector. Por otra parte, se tiene la capacidad de efectuar investigaciones en el área Económica o complementar el trabajo interdisciplinario en ámbitos que así lo requieran, de igual manera se pueden ejercer actividades de docencia.

1.7.7. Plan de Estudios.

▪ Asignaturas Generales.

- Lógica.
- Matemáticas.
- Escritura y Comprensión de Textos.
- Seminario de Problemas Regionales.
- Ética

▪ Asignaturas divisionales:

- Historia y Cultura Regional.
- Introducción a la Economía.
- Introducción al Estudio del Derecho.

- Teorías Políticas y Sociales.
- Problemas Sociales Contemporáneos.
- Metodología de la Investigación en Ciencias Sociales.
- Antropología General

▪ **Asignaturas de concentración profesional:**

- Procesos Administrativos.
- Cálculo y Ecuaciones.
- Estadística Descriptiva e Inferencial
- Microeconomía.
- Historia Económica Mundial.
- Introducción a la Contabilidad y Análisis de Estados Financieros.
- Matemáticas Financieras.
- Macroeconomía.
- Historia Económica de México.
- Economía Política.
- Economía Marginalista y Neoclásica.
- Derecho Económico Nacional e Internacional.
- Teoría y Política Fiscal y monetaria.
- Econometría.
- Comercio Internacional I.
- Historia Económica Regional.

- Revisión de Teorías Keynesianas y Poskeynesianas.
- Metodología Económica.
- Econometría Aplicada.
- Comercio Internacional II.
- Análisis de Estados Financieros.
- Desarrollo del Sistema Financiero Mexicano e Internacional.
- Grupos Financiero Nacionales.
- Seminario de Economía Aplicada I.
- Política Económica Estructuralista y Neoestructuralista.
- Organización y Grupos Financieros Internacionales.
- Desarrollo Económico.
- Seminario de Economía Aplicada II.
- Política Económica Neoliberal.
- Análisis del Desarrollo Regional
- Planeación Financiera.
- Toma de Decisiones Gerenciales.
- Seminario de Investigación I.
- Administración Financiera.
- Planeación del Desarrollo Regional.
- Mercado de Valores y Dinero.
- Seminario Temático.
- Seminario de Investigación II.
- Finanzas Bursátiles y Corporativas.
- Evaluación de Proyectos.

Se requiere además cursar asignaturas de apoyo con las cuales se reúnen los créditos necesarios para el egreso.

1.8. Importancia de la Universidad de Quintana Roo en el Desarrollo Económico del Estado

La Universidad de Quintana Roo cuenta con carreras profesionales acordes a la problemática del estado y también acordes al crecimiento futuro de la región, las carreras que imparte la Universidad son: Licenciaturas en Gobierno y Gestión Pública, Antropología Social, Lengua Inglesa, Relaciones Internacionales, Economía y Finanzas, Manejo de Recursos Naturales; Sistemas Comerciales, Humanidades, Seguridad Pública, Sistemas de Energía, Derecho, Médico Cirujano; Farmacia, Turismo, Tecnologías de Información, Administración Hotelera, Empresarial y Enfermería, además de las Ingenierías en: Ambiental y Redes. También nos brinda Maestrías en la Enseñanza de las Matemáticas, Español, Economía del Sector Público, Economía y Administración Pública, Ciencias Sociales, Planeación y Educación Didáctica del Inglés. Se cuenta con un Doctorado en Geografía. Cada una de ellas nos brindan la posibilidad de poder generar, intercambiar e innovar alternativas de solución a los grandes retos que enfrenta el estado en materia de desarrollo económico, es por ello la gran importancia y responsabilidad para la generación de capital humano por la universidad de Quintana Roo.

Para poder entender la importancia de la Universidad de Quintana Roo en el Desarrollo del Estado, es necesario saber que el crecimiento económico es la sumatoria de variables macroeconómicas que convergen para producir un efecto de estabilidad, bienestar y

desarrollo para la sociedad que disfruta del mismo, puedo añadir que la unión de trabajo, inversión, producción, empleo y consumo contribuye al desarrollo económico y por ende al bienestar. Veamos los tres tipos de respuestas con respecto a las causas del crecimiento económico:

La primera nos dice que la economía crece porque los trabajadores tienen cada vez más instrumentos para sus tareas, más máquinas, es decir, más capital. Para los defensores de esta idea, la clave del crecimiento económico está en la inversión de capital físico.

La segunda respuesta es que los trabajadores con un mayor stock de conocimientos son más productivos y con la misma cantidad de insumos son capaces de obtener una mayor producción. Entonces la clave del crecimiento sería la educación, que incrementaría el capital humano o trabajo efectivo.

El tercer tipo de respuesta nos dice que la clave está en obtener mejores formas de combinar los insumos, máquinas superiores y conocimientos más avanzados. Los defensores de esta respuesta afirman que la clave del crecimiento económico se encuentra en el progreso tecnológico. De estas tres respuestas podemos decir que tienen un común denominador que sería la educación, en la primera respuesta es necesario poder tener una capacidad de organización y dirección para poder utilizar las máquinas e instrumentos y estas habilidades solo se enseñan en la escuela, en la segunda respuesta la clave es la educación por lo que estamos de acuerdo con ello y en la tercer respuesta se requiere del conocimiento para poder lograr la combinación que nos lleva al progreso tecnológico, por

lo que a título personal la educación está presente en la primera, segunda y tercer respuesta y es indispensable para llegar a la meta que se requiera.

Nos dimos cuenta que tan importante es la educación para poder lograr crecimiento económico y por ende el desarrollo económico el cual brinde bienestar social. La educación que brinda la Universidad de Quintana Roo en el estado mediante las carreras que ofrece permite aumentar el bienestar de la población.

CAPITULO 2

LA SECRETARIA DE SALUD

2.1. Antecedentes históricos

El año de 1921, es memorable en la historia de la Salud Pública del Estado de Quintana Roo, porque señala el establecimiento en Payo Obispo, de la Delegación Sanitaria Marítima Federal, dependiente de la Dirección de Puertos y Fronteras.

Durante el año de 1923 se inauguró en Payo Obispo, el primer Hospital. En 1935 se establecieron centros de higiene en Cozumel, Leona Vicario, Kantunilkin y Ramonal; se adquirió una lancha rápida de motor para dar cobertura asistencial y sanitaria a los poblados de Río Hondo y Xcalac. En este mismo período, se terminó la construcción del Hospital Civil Morelos (1933).

Durante el año de 1934 desapareció la Delegación Sanitaria Marítima Federal y se fundaron los Servicios de Salubridad y Asistencia, con una estructura orgánica de un Jefe de Servicios de Salud, un Departamento Técnico y uno Administrativo, quienes eran los que llevaban el control en el Estado en materia de salud.

El año de 1957, marca una etapa grandiosa en el desarrollo sanitario del Territorio de Quintana Roo, pues fue en ese período cuando se iniciaron los trabajos intensivos en la campaña de erradicación del Paludismo. A fines de 1958 se estableció en Chetumal el Instituto Mexicano del Seguro Social, sus actividades las inició en instalaciones provisionales pero, a fines de 1961 inauguró su edificio de Clínica y Casa del Asegurado. Posteriormente se extendió a Cozumel, Felipe Carrillo Puerto y Cancún.

En diciembre de 1959 inicia el nuevo edificio del Centro de Salud de Chetumal, con Hospital Regional. En 1960, debido al crecimiento de la población y de las Unidades Médicas, la estructura orgánica de los Servicios Coordinados de Salud incrementa su plantilla de la siguiente manera: Jefatura de Servicios Coordinados, Departamento de Administración, Departamento Técnico, Departamento de Obras Rurales por Cooperación y Departamento de Administración Médica.

En 1961 se inició la prestación en Chetumal, de los Servicios Médicos del ISSSTE, y sus sistemas de seguridad se extendieron a otras poblaciones; fueron construidos Centros de Salud “B” y “C” en Cozumel, Felipe Carrillo Puerto, Isla Mujeres, Bacalar, Limones, Nuevo Xcan, Álvaro Obregón, Kantunilkàn, Leona Vicario, Tihosuco y Chunhuhub.

En 1970 surge la necesidad de crear las Jurisdicciones Sanitarias quedando para la Jurisdicción Sanitaria No. 1, el Municipio de Othón P. Blanco; para la Jurisdicción Sanitaria No. 2, los Municipios de Benito Juárez, Lázaro Cárdenas, Isla Mujeres y Cozumel y la Jurisdicción Sanitaria No. 3, a cargo de los Municipios de Felipe Carrillo Puerto y José María Morelos. La estructura orgánica de los Servicios Coordinados se configuró entonces de la siguiente manera: Jefatura de Servicios Coordinados, Departamento de Administración, Departamento Técnico, Departamento de Obras Rurales por Cooperación, Administración Médica, Planeación y Regulación Sanitaria.

En 1975 y 1976, debido a recortes presupuestales desapareció la Jurisdicción Sanitaria No. 3, quedando sus Municipios a cargo de la Jurisdicción Sanitaria No. 1, funcionando los Servicios Coordinados con la misma estructura orgánica.

En el Estado de Quintana Roo, el Programa de Extensión de Cobertura se inició en el año 1977 y el programa Comunitario Rural en 1978; funcionando ambos en el Programa de Salud Rural en 1979. Estos programas se vieron reforzados con el Programa I.M.S.S. - COPLAMAR por Cooperación Comunitaria.

En 1980 iniciaron su funcionamiento los hospitales de Chetumal y Cancún. En 1984 se constituye el Comité de Salud y Bienestar Social dentro del Comité de Planeación y Desarrollo del Estado (COPLADE), órgano rector de las actividades de Salud en la entidad y cuyo titular es el Secretario Estatal de Salud y Bienestar Social.

En 1985 entra en función el Hospital General de Felipe Carrillo Puerto, el cual fue creado por el extinto Programa de IMSS-COPLAMAR y, posteriormente, con el Convenio de Descentralización de los Servicios de Salud pasa, junto con todas las unidades de este programa, a la Secretaría de Salud.

El 23 de diciembre de 1987, se firmó el Convenio de Descentralización de los Servicios de Salud en el Estado de Quintana Roo.

A partir del 16 de febrero de 1988, se transfiere las Unidades IMSS-COPLAMAR a la Secretaría Estatal de Salud y Bienestar Social, lo que viene a aumentar la cobertura de los servicios de salud a población abierta en el Estado, paralelamente se destinan apoyos materiales, económicos y recursos humanos para reforzar la infraestructura operativa de los Servicios de Salud.

Con la finalidad de ofrecer mejor cobertura de los Servicios de Salud, en el año 1988, se crea nuevamente la Jurisdicción Sanitaria III, quedando la administración para la Salud de

la siguiente manera: Jurisdicción Sanitaria I, se responsabiliza del Municipio de Othón P. Blanco, que es el más grande y con mayor población; La Jurisdicción Sanitaria II, tiene como área de responsabilidad los Municipios de Benito Juárez, Isla Mujeres, Lázaro Cárdenas, Cozumel y el recién creado Municipio de Solidaridad, y bajo la responsabilidad de la Jurisdicción Sanitaria III, los Municipios de Felipe Carrillo Puerto y José María Morelos, quedando la estructura orgánica como hasta la actualidad.

Continuando con las Reformas del Sector Salud, a fin de lograr la eficiencia en la prestación de los Servicios de Salud, el 20 de agosto de 1996, se firma el convenio de descentralización, creándose de esta manera el Organismo Público Descentralizado denominándose Servicios Estatales de Salud.

2.2. Misión

Los Servicios Estatales de Salud, son una entidad que opera de conformidad con las políticas y estrategias de la Ley General de Salud y la Ley de Salud del Estado de Quintana Roo, con la intención de promover prácticas y estilos de vida saludables.

2.3. Visión

Lograr que la población del Estado de Quintana Roo cuente con las condiciones para mantener los mejores niveles de salud y que tengan acceso a mejores condiciones de salud, atendiendo de manera preferencial las necesidades de los grupos más vulnerables, independientemente de su capacidad de pago, su nivel de riesgo o su filiación laboral

2.4. Objetivos estratégicos y objetivos específicos

ARTÍCULO 2³.- Los Servicios Estatales de Salud tendrá por objeto prestar servicios de Salud a población abierta en el Estado de Quintana Roo, en cumplimiento de lo dispuesto por la Ley General y Estatal de Salud y por Acuerdo de Coordinación para la Descentralización integral de los Servicios de Salud en el Estado, que forma parte de este Decreto, para lo cual tendrá las siguientes funciones:

I. Organizar y operar en el Estado de Quintana Roo los Servicios de salud a población abierta en materia de salubridad general y de regulación y control sanitario conforme a lo que establece el acuerdo de coordinación;

II. Organizar el Sistema Estatal de Salud en términos de la Ley General de Salud y la Ley de Salud del Estado de Quintana Roo;

III. Realizar todas aquellas acciones tendientes a garantizar el derecho a la protección de la salud de los habitantes del Estado;

IV. Proponer y fortalecer la participación de la comunidad en los servicios de salud;

V. Conocer y aplicar la normatividad general en materia de salud, tanto nacional como

³ En la página de link <http://www.saludqr.gob.mx/web/institucion/atribuciones.html>. Empieza el documento señalando lo siguiente “Decreto número 25 por el que se crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios Estatales de Salud” y posteriormente continua con el artículo 2.

internacional, a fin de proponer adecuaciones a la normatividad estatal y esquemas que logren su correcto cumplimiento;

VI. Realizar todas aquellas acciones que sean necesarias para mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud;

VII. Promover la ampliación de la cobertura en la prestación de los servicios apoyando los programas que para tal efecto elabore la Secretaría de Salud del Gobierno Federal;

VIII. Promover, apoyar y llevar a cabo la capacitación en la materia, de los profesionales especialistas y técnicos;

IX. Integrar un acervo de información y documentación que facilite a las autoridades e instituciones competentes, la investigación, estudio y análisis de ramas y aspectos específicos en materia de salud;

X. Difundir a las autoridades correspondientes y a la población en general, a través de publicaciones y actos académicos los resultados de los trabajos de investigación estudio, análisis y de recopilación de información, documentación e intercambio que realiza;

XI. Administrar los recursos que le sean asignados las cuotas de recuperación, así como las aportaciones que reciba de otras personas o instituciones;

XII. Ejecutar todas las acciones contempladas en la Ley Estatal de Salud y sus reglamentos, en todo aquello que no se le contraponga;

XIII. Las demás que el Decreto de creación y otras disposiciones le confiera para el cumplimiento de su objeto.

2.5. Funciones de la Secretaría

ARTÍCULO 3.- Son atribuciones del Organismo:

I. Organizar y operar en el Estado de Quintana Roo los servicios de salud a población abierta en materia de salubridad general y ejercer actos de autoridad en materia de regulación, control y fomento sanitarios conforme a lo que establece el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud de fecha 20 de agosto de 1996; y

II. Las demás relacionadas en el Artículo 2° de su Decreto de creación

ARTÍCULO 4.- El Organismo conducirá sus actividades en forma programada y de conformidad con las políticas estrategias y prioridades de la Planeación Nacional y Estatal de Desarrollo, del Sistema Nacional y Estatal de salud, así como del programa de reforma del Sector Salud.

ARTÍCULO 5.- El Patrimonio del Organismo estará constituido por, derechos, aportaciones, cuotas, rendimientos y demás referidos en el Artículo 3° de su Decreto de creación

ARTÍCULO 6.- Para el estudio, planeación y despacho de los asuntos competencia del Organismo, éste contará con los siguientes órganos de gobierno para su administración, vigilancia y control:

I. Junta de Gobierno y

II. Dirección General.

2.6. Infraestructura y servicios

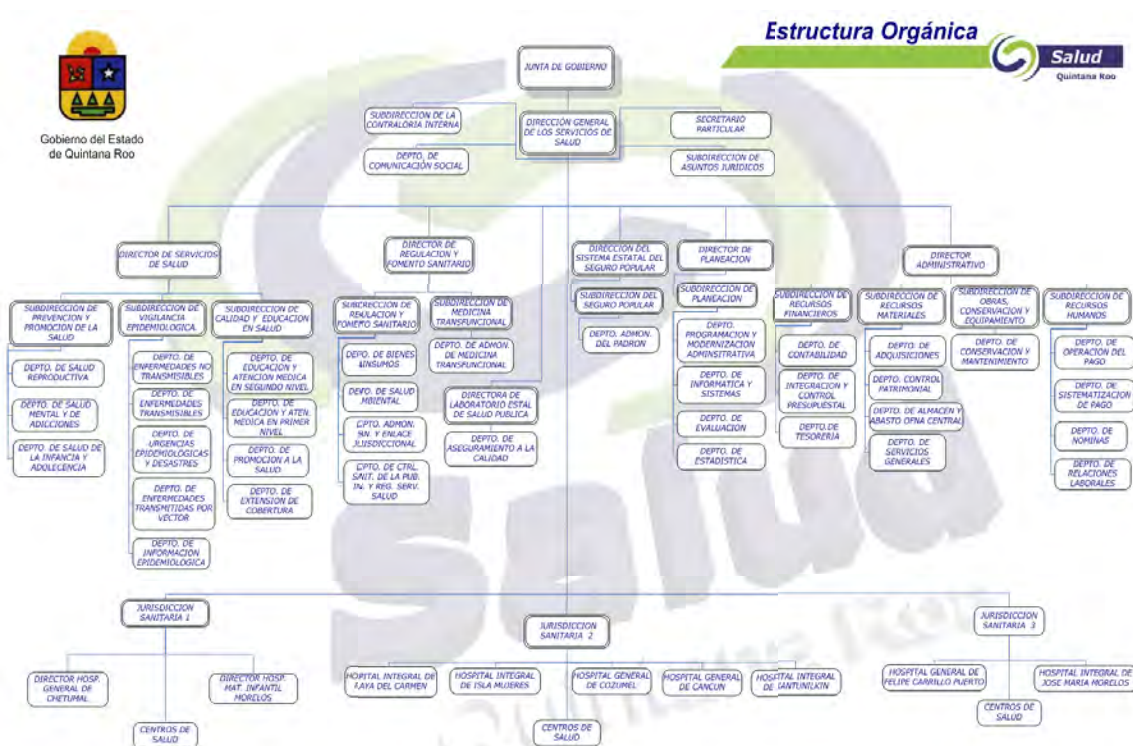
Dentro de los Servicios Estatales de Salud se encuentran tres Jurisdicciones desconcentradas donde recae la infraestructura y servicios. En la Jurisdicción Sanitaria No. 1 que contempla el Municipio de Othón P. Blanco, cuenta con dos Hospitales y 70 Centros de Salud.

La Jurisdicción Sanitaria No. 2 que comprende los Municipios de solidaridad, Cozumel, Islas Mujeres, Lázaro Cárdenas y Benito Juárez, cuenta con 6 Hospitales y 42 Centros de Salud

La Jurisdicción Sanitaria No. 3 que comprende los Municipios de José María Morelos y Felipe Carrillo Puerto, cuenta con 2 Hospitales y 51 Centros de Salud.

Así mismo se cuenta con el servicio del Seguro Popular que brinda asistencia a los que están inscritos, otro servicio a la ciudadanía es la Dirección de Control Sanitario, el cual regula las políticas sanitarias en los establecimientos de elaboración y manejo de alimentos públicos.

2.7. Organización



2.8. Importancia de la Secretaría de Salud en el desarrollo del Estado

La meta a lograr de la Secretaría de Salud (SESA) es lograr que la población del Estado de Quintana Roo cuente con las condiciones necesarias para mantener los mejores niveles de salud y que tengan acceso a mejores condiciones de salud, atendiendo de manera preferencial las necesidades de los grupos más vulnerables, independientemente de su capacidad de pago, su nivel de riesgo o su filiación laboral. La meta que se fija la SESA nos da la oportunidad a largo plazo de crear condiciones fisiológicas de desarrollo social y el objetivo es que” la salud no sólo es la ausencia de la enfermedad, es también, la capacidad

que cada quien tiene de desarrollar su potencial físico y cognitivo a lo largo de su vida⁴” y es esa condición primordial y necesaria la que lleva al individuo a crecer por sí sólo y en su afán de superación, les brinda bienestar a los que de manera directa e indirecta colaboran con él. Pero vamos a ver cómo afecta positivamente la salud al crecimiento.

La Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud, en su estudio sobre “Invertir en Salud para el Desarrollo Económico” señala que el impacto que se genera entre el binomio salud y crecimiento es a largo plazo a través de los siguientes mecanismos: incrementa la productividad laboral del adulto y el desarrollo cognitivo del niño a través de mejoras en la nutrición; reduce las pérdidas de producción de los trabajadores y de asistencia escolar de los niños ocasionadas por enfermedades; permite utilizar recursos naturales que, debido a las enfermedades, eran inaccesibles, y libera, para diferentes usos, recursos financieros que de otro modo sería necesario destinar al tratamiento de las enfermedades. Añade que la relación no es mecánica ni automática. Obviamente, para que se convierta en realidad la dinámica económica tiene que ser tal que se generen los empleos suficientes para capitalizar los beneficios de una mano de obra más productiva. Lo contrario también es cierto: de no invertirse en mejorar los niveles de salud y nutrición de los habitantes de manera importante, la posibilidad de convertir una expansión económica (ocasionada, por ejemplo, por un mercado internacional favorable para las exportaciones) en crecimiento alto y sostenido, estará fuertemente limitada. Ahora bien, sabemos que el impacto es a largo plazo y que invertir en salud si afecta positivamente al crecimiento económico.

La Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud, en su estudio sobre “Gasto en Salud” señala que en “México la evolución del gasto en salud como porcentaje del PIB se

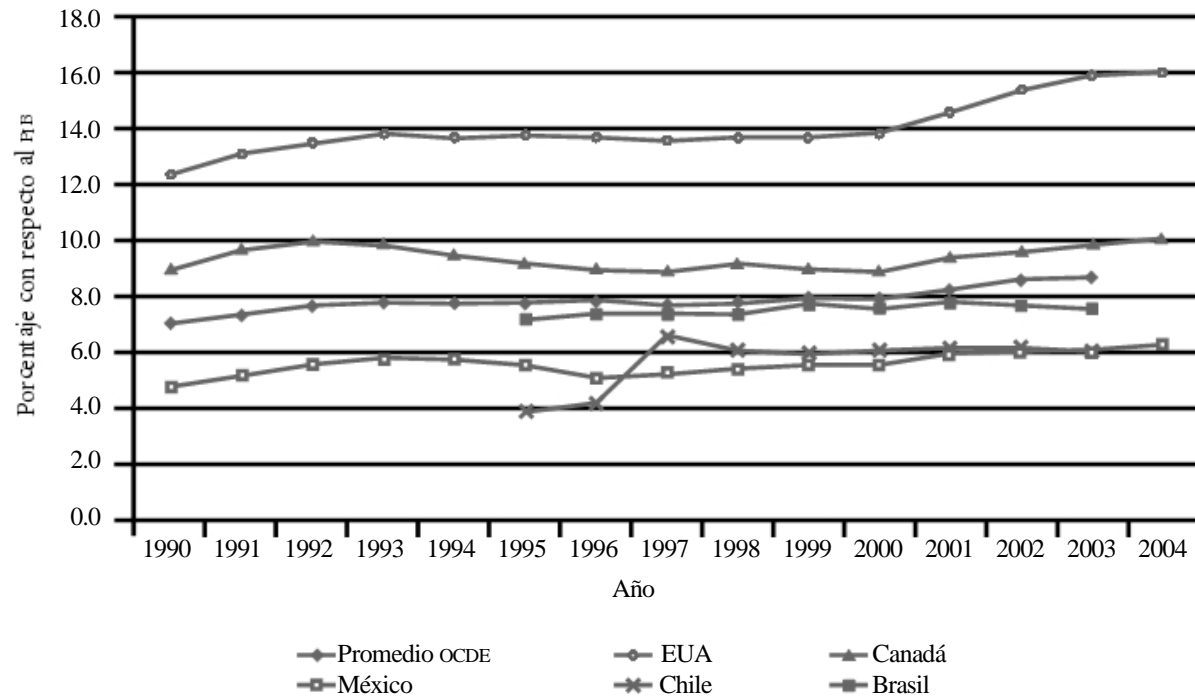
⁴ Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud

ha mantenido relativamente constante durante los últimos doce años, en niveles inferiores al 6% a excepción de los montos reportados en 2002 y 2003, que fueron de 6.1% (véase gráfica 1.5).

Después de un descenso significativo en el gasto en salud entre 1994 y 1996, el gasto en salud como porcentaje del PIB se ha recuperado ligeramente, en parte debido a una mayor participación del gasto público en el gasto total. Sin embargo, este incremento no ha sido suficiente para colocarnos en el nivel inversión esperado dado el grado de desarrollo de la economía mexicana.

La inversión en salud que México realizó en el año 2004 es menor al promedio latinoamericano (6.5% durante 2003) y es relativamente bajo si se le compara con el nivel de inversión correspondiente a 2003 en otros países con un nivel de ingresos semejante: Costa Rica (7.3%), Brasil (7.6%) y Uruguay (9.8%), y con los registrados en promedio para los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) de 8.7% en Canadá por ejemplo.

GRÁFICA III.1. Evolución del gasto en salud como porcentaje del PIB, 1990-2004



Fuente: Organización Mundial de la Salud, Informe Mundial de la Salud, 2006. oms: Ginebra. Informe Salud: México 2004, Secretaría de Salud. Canadian Institute for Health, 2005. ocde Health Data, 2005 y US Department of Health and Human Services, 2005

2.8.1 Población derechohabiente y usuaria, recursos humanos y unidades médicas en servicio de las instituciones públicas del sector salud por régimen e institución.

En este capítulo realizamos comparaciones entre instituciones de asistencia social y seguridad social del Estado de Quintana Roo, la cantidad de la población derechohabiente y usuaria, recursos humanos y unidades médicas en servicio de las instituciones públicas del sector salud por régimen e institución.

En el Estado de Quintana Roo se tiene 1, 135,309 habitantes⁵, de los cuales sólo 897,891 habitantes⁶ son derechohabientes⁷. En la tabla 1, dentro del apartado de seguridad social⁸, la Institución que cuenta con mayor población derechohabiente y población usuaria es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con 737,539 personas derechohabientes y 514,988 usuarias. Y el que menos cuenta con población derechohabiente y población usuaria es el SEMAR con 2,563 derechohabientes y 4,391 usuarios. Cabe hacer mención que en este apartado no se encuentra la Secretaria de Salud (SESA), pero por medio del Seguro Popular cuenta con 366,330 derechohabientes⁹ los cuales se atienden en las instituciones de la SESA. En el apartado de asistencia social¹⁰, la SESA atiende a 465,887 usuarios, mientras que el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), atiende a 146,380 usuarios. Como se observa en el siguiente cuadro.

⁵ INEGI. Censo de población y vivienda 2005.

⁶ INEGI. Anuario estadístico de Quintana Roo. Edición 2008. Salud.

⁷ Derechohabiente; es el conjunto de personas que por ley tienen el derecho de recibir prestaciones en especies o en dinero por parte de las instituciones de seguridad social. Este grupo comprende a los Asegurados directos o cotizantes, pensionados y a los familiares o beneficiarios de ambos

⁸ Ibid

⁹ Régimen Estatal de Protección Social en Salud. Subsidio abril 2010 Seguro Popular

¹⁰ Ibid

Tabla 1.**Población derechohabiente y usuaria recursos humanos y unidades médicas en servicio de las instituciones públicas del sector salud por régimen e institución 2008.**

Régimen institución	Población derechohabiente a/	Población usuaria b/	Recursos humanos a/				Unidades médicas en servicio		
			Total	Médicos	Paramédicos	Otros c/	Total	De consulta externa	De hospitalización d/
Total	897,891	1248265 e/	6,706	1,726	2,937	2 043	258	240	18
Seguridad social	897,891	635,998	4,108	896	1,908	1 304	26	17	9
IMSS	737,539	514,988	3,422	704	1,653	1 065	13	8	5
ISSSTE	151,423	116,699	592	166	201	225	9	7	2
SEDENA	6,366	ND	47	9	24	14	2	1	1
SEMAR	2,563	4,391	472	17	30	0	2	1	1
Asistencia social	NA	612,267	5,982	830	1,029	739	232	223	9
SESA	NA	465,887	253	789	948	516	199	190	9
DIF	NA	146380 f/	345	41	81	223	33	33	NA

Fuente: Anuario estadístico INEGI 2009 Salud.

a/ Datos referidos al 31 de diciembre 2008

b/ Se refiere al segmento de la población derechohabiente y potencial que hace uso de los servicios institucionales de atención, al menos una vez durante el año de referencia.

c/ Comprende personal en servicios generales, archivo clínico, farmacia, trabajo social, dietología y técnico.

d/ Comprende general y especializada que pueden proporcionar servicio de consulta externa.

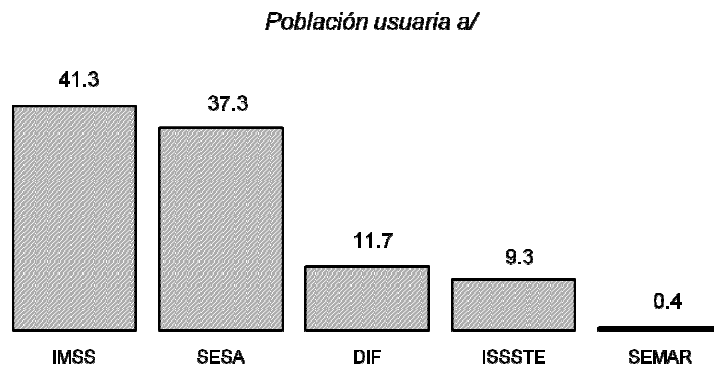
e/ El total comprende únicamente la información disponible.

f/ La población usuaria se refiere a todas las personas que solicitan por lo menos una vez el servicio de terapia física, psicológica o consulta, por lo que la cifra puede ser superior a las consultas otorgadas¹¹

¹¹ Anuario estadístico de Quintana Roo 2009.

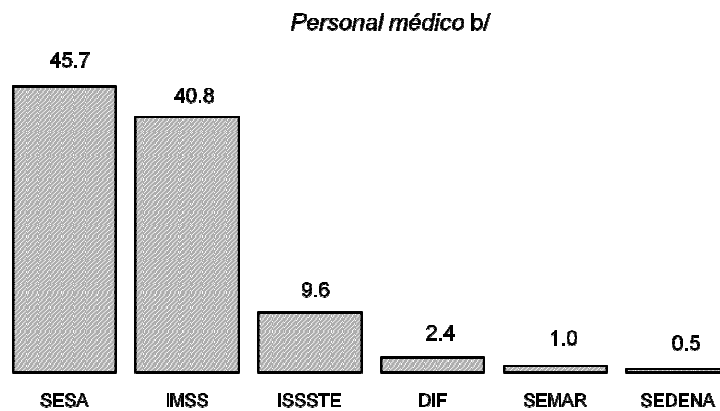
Grafica 1.

Población usuaria, en servicio de las Instituciones del Sector Salud por Institución 2008.



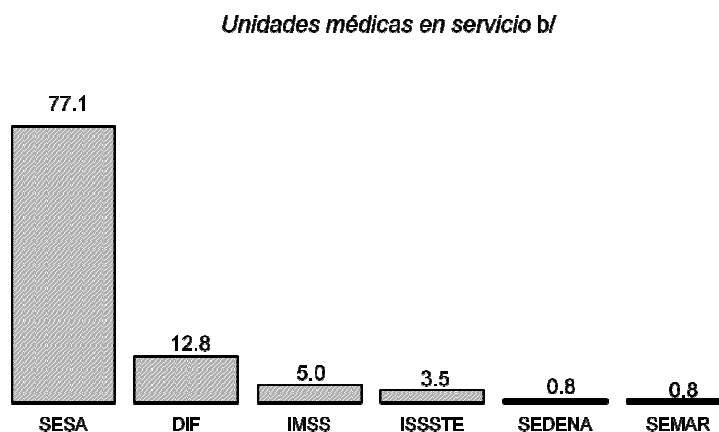
Grafica 1.1

Personal médico en servicio de las Instituciones Públicas del Sector Salud por Institución 2008.



Grafica 1.2

Unidades médicas en servicio de las Instituciones Públicas del Sector Salud por Institución 2008.



a/ Excluye SEDENA.
b/ Datos referidos al 31 de diciembre.

Fuente, Anuario estadístico de Quintana Roo. Edición 2009 Salud.

La grafica 1 nos muestra que la SESA no cuenta con un gran número de usuarios (37.3%) en comparación con el IMSS (41.3%). Respecto a la infraestructura la SESA y el IMSS tiene un 77.1%, y 12.8% respectivamente como se señala en la grafica 1.2. donde la infraestructura de la SESA se basa en unidades hospitalarias de primer nivel y segundo nivel, en el estado la SESA, ni el IMSS, DIF, ISSSTE, SEDENA y SEMAR cuentan con unidades hospitalarias de tercer nivel. Todo el personal se ocupa en las unidades de primer y segundo nivel de atención en salud, al tener la SESA mucho más infraestructura es claro que cuente con más personal médico (45.7%) que el IMSS (40.8%). Los usuarios que se atienden en la SESA son beneficiarios del Seguro Popular, para el 2011 el Régimen Estatal

de Protección social en Salud (Seguro Popular) contará con 509,134¹² personas beneficiarias, por lo que los Servicios de Salud, requerirá fortalecer las unidades de primer y segundo, así como la construcción de unidades de tercer nivel de atención en salud.

2.8.2. Análisis del gasto del gobierno como porcentaje del PIB, que se destina al Sector del Gobierno, Sector Educativo y Sector de Servicios de Salud y de Asistencia Social

En la cuenta de bienes y servicios, producción bruta no de mercado de bienes y servicios por finalidades. Desde 2003 hasta 2007 como se muestra en la Tabla 2, el gasto destinado a la salud en el Estado de Quintana Roo ha disminuido. En el 2003 el gasto destinado al Sector Salud como porcentaje de la producción bruta fue del 10.8%, mientras que en las Actividades del Gobierno y Servicios Educativos el gasto como porcentaje de la producción bruta (PB) fue de 42% y 47% respectivamente, para el 2007, el gasto en salud como porcentaje del PB disminuyó 1.3%, (9.5%), mientras que las Actividades de Gobierno, el gasto aumento en un 5.3% (47.3%) como porcentaje del PB, en menor medida que el Sector Salud, pero también con una tendencia decreciente marcada, los servicios educativos respecto al gasto, decreció en un 4% (43.2%) del porcentaje del PB.

¹²Acuerdo de Coordinación anexo II; Metas de Afiliación para el ejercicio 2010 del Estado de Quintana Roo.

Tabla 2**CUENTAS DE BIENES Y SERVICIOS
PRODUCCIÓN BRUTA NO DE MERCADO, POR FINALIDADES¹³
ENTIDAD FEDERATIVA DE QUINTANA ROO****Estructura porcentual en valores nominales.**

SECTOR/CLASE	2003	2004	2005	2006	2007
93 ACTIVIDADES DEL GOBIERNO	42.0%	41.5%	43.6%	44.7%	47.3%
61 SERVICIOS EDUCATIVOS	47.2%	47.5%	46.2%	45.4%	43.2%
62 SERVICIOS DE SALUD Y DE ASISTENCIA SOCIAL	10.8%	11.0%	10.2%	9.9%	9.5%
TOTAL	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Dentro de las cuentas de bienes y servicios del Valor Agregado Bruto (VAB), se puede apreciar en la tabla 3 que lo que corresponde del VAB a los Servicios Educativos y Servicios de Salud y de Asistencia Social ha disminuido un 3.4 y 0.9 puntos porcentuales respectivamente de 2003 a 2007. Mientras que lo que corresponde del VAB a las Actividades del Gobierno presentan un incremento de 4.3 puntos porcentuales.

¹³ La producción del gobierno, en valores básicos, es equivalente al gasto de consumo final del gobierno y comprende la producción de las actividades de gobierno, sector 93, mas los servicios educativos y servicios de salud y de asistencia social, sector 61y 62 respectivamente, de acuerdo al clasificador de actividades SCIAN 2002

Tabla 3.

**CUENTAS DE BIENES Y SERVICIOS
VALOR AGREGADO BRUTO, POR FINALIDADES
ENTIDAD FEDERATIVA DE QUINTANA ROO**

Estructura porcentual en valores nominales.

SECTOR/CLASE	2003	2004	2005	2006	2007
93 ACTIVIDADES DEL GOBIERNO	36.4%	36.5%	37.7%	38.3%	40.7%
61 SERVICIOS EDUCATIVOS	53.6%	53.4%	52.7%	52.4%	50.2%
62 SERVICIOS DE SALUD Y DE ASISTENCIA SOCIAL	10.0%	10.1%	9.6%	9.3%	9.1%
TOTAL	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Dentro de las cuentas de bienes y servicios, personal ocupado, por finalidades del Estado de Quintana Roo, nos muestra la tabla 4 que para el 2007 las Actividades de Gobierno tuvieron un incremento porcentual de 0.3% de personal ocupado, seguido de los Servicios Educativos (0.1%), mientras que los Servicios de Salud y de Asistencia Social presentaron una disminución de 0.4 decimas porcentuales. Si bien dentro del sector de las actividades del gobierno ha habido un incremento (0.3%) el sector educativo en proporción ha tenido un menor aumento (0.1%), pero para el 2007 cuenta con un 50.4% de personal ocupado, mientras que las actividades de gobierno apenas un 42.2% de personal ocupado.

Tabla 4.

**CUENTAS DE BIENES Y SERVICIOS
PERSONAL OCUPADO, POR FINALIDADES
ENTIDAD FEDERATIVA DE QUINTANA ROO**

Estructura porcentual en valores nominales.

SECTOR/CLASE	2003	2004	2005	2006	2007
93 ACTIVIDADES DEL GOBIERNO	41.9%	41.6%	41.9%	41.9%	42.2%
61 SERVICIOS EDUCATIVOS	50.3%	50.7%	50.6%	50.6%	50.4%
62 SERVICIOS DE SALUD Y DE ASISTENCIA SOCIAL	7.6%	7.6%	7.3%	7.3%	7.2%
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Sin duda alguna en el Estado de Quintana Roo de 2003 a 2007 el gasto destinado al sector salud como porcentaje de la PB ha disminuido al pasar de 10.8 por ciento en 2003 a 9.5 por ciento en 2007, como porcentaje del total. Lo que le corresponde del VAB ha disminuido en un 0.9 puntos porcentuales, al pasar de 10.0 por ciento en 2003 a 9.1 por ciento en 2007, como porcentaje del total. Y en lo que se refiere al personal ocupado también ha presentado una disminución de 0.4 decimas porcentuales, al pasar de igual modo de 7.6 por ciento en 2003 a 7.2 por ciento en 2007. Este común denominador de disminución, impactan de manera negativa en la oferta de servicios de salud, así como, en la calidad de los mismos.

CAPITULO 3

EXPERIENCIA PROFESIONAL EN LA SECRETARIA DE SALUD

3.1. Objetivos y funciones del Departamento de Promoción de la salud

3.1.2. Objetivo

Proporcionar a los individuos, familia y comunidades diversos elementos teóricos, metodológicos y técnicos para que tengan la posibilidad de actuar sobre sus condiciones de vida, en favor de su salud y bienestar.

3.1.3. Funciones

I. Elaborar e instrumentar estrategias y procedimientos para el desarrollo de acciones de promoción de la salud en el ámbito estatal que impulsen el mejoramiento y la conservación de la salud física, mental y social de la población, en las que se integren estrategias de comunicación educativa, participación social y educación para la salud; así como establecer los mecanismos para su difusión, aplicación y evaluación;

II. Supervisar y evaluar las acciones de promoción de la salud en el ámbito estatal y proponer las medidas pertinentes para el adecuado avance de las mismas;

III. Promover el desarrollo de conocimientos, aptitudes, actitudes y comportamientos favorables para la salud individual, familiar, colectiva y ambiental, mediante el uso de mecanismos de educación, orientación y atención;

IV. Promover y llevar a cabo investigaciones en materia de promoción de la salud;

- V. Diseñar, elaborar, reproducir y divulgar materiales para la promoción de la salud;
- VI. Celebrar acuerdos de coordinación y colaboración con los gobiernos municipales, así como con organismos e instituciones públicas, privadas y sociales para impulsar su apoyo y participación en el desarrollo de actividades locales de promoción de la salud;
- VII. Capacitar y actualizar al personal institucional de salud y personal comunitario en materia de promoción de la salud;
- VIII. Participar en la elaboración del Diagnóstico de Salud y del Programa Estatal de Salud; y
- IX. Las demás que le designe el Subdirector del área dentro de sus atribuciones y otras disposiciones legales aplicables.

3.2. Objetivos y funciones del Departamento de Enfermedades Transmisibles por Vector

3.2.1 Objetivo

Contribuir a la protección de la salud de la población a través de la prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores y Zoonosis.

3.2.2 Funciones

- I. Participar en la actualización del diagnóstico de salud en el estado;
- II. Elaborar el análisis situacional de las enfermedades transmitidas por vectores y las Zoonosis
- III. Integrar el Programa Estatal de prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores y las Zoonosis;

IV. Asesorar y capacitar al personal jurisdiccional y operativo del área de control de enfermedades transmitidas por vectores y de las zoonosis;

V. Supervisar el cumplimiento de la normatividad en la operación de los Programas de control de enfermedades transmitidas por vectores y de las Zoonosis

VI. Participar en la integración y análisis de la información epidemiológica y entomológica estatal de enfermedades transmitidas por vectores y de las Zoonosis;

VII. Difundir la información epidemiológica y entomológica estatal a las instancias involucradas;

VIII. Evaluar sistemáticamente cada uno de los componentes de los Programas de control de enfermedades transmitidas por vector y de las Zoonosis;

IX. Resguardar y cuidar los equipos y materiales asignados al Departamento;

X. Controlar los insumos, vehículos, maquinaria y equipo del área operativa de los Programas de control de vectores y de las Zoonosis; y

X. Las demás que le designe el Subdirector del área dentro de sus atribuciones y otras disposiciones legales aplicables.

3.3. Objetivos y funciones del Departamento de Epidemiología

3.3.1 Objetivos

Contribuir a la toma de decisiones en materia de salud integrando con oportunidad y confiabilidad la información epidemiológica estatal.

3.3.2 Funciones

- I. Participar en la actualización del diagnóstico de salud en el estado;
- II. Elaborar el análisis situacional de los Subsistemas de información epidemiológica y de vigilancia de la mortalidad en la entidad;
- III. Integrar el programa operativo anual en la materia;
- IV. Asesorar, capacitar y evaluar a los responsables de los Subsistemas de información epidemiológica y de vigilancia de la mortalidad;
- V. Supervisar y vigilar el cumplimiento de la normatividad para la operación de los Subsistemas de información epidemiológica;
- VI. Participar en la integración y análisis de la información epidemiológica estatal;
- VII. Difundir la información epidemiológica estatal a las instancias involucradas;
- VIII. Disponer con oportunidad y confiabilidad de la información de la morbilidad y mortalidad en el estado;
- IX. Resguardar los sistemas de información epidemiológica, así como los equipos y materiales asignados; y
- X. Las demás que le designe el Subdirector del área dentro de sus atribuciones y otras disposiciones legales aplicables.

3.4. Objetivos y funciones de la Estrategia de Patio Limpio y Cuidado del agua Almacenada

3.4.1 Objetivo

Guiar al promotor en el proceso de implementación de la estrategia denominada PL y CAA como medida de prevención y control de criaderos del mosquito transmisor de dengue.

3.4.2 Funciones

- Proveer a los coordinadores de participación social de las jurisdicciones sanitarias, procesos sencillos y prácticos para lograr que las familias eliminen y controlen los criaderos de mosquitos
- Facilitar a los coordinadores de participación social de las jurisdicciones sanitarias, la identificación de factores de riesgo, recursos y formas de organización de la comunidad para planear el desarrollo de la estrategia
- Orientar en el manejo de grupos sociales para que los coordinadores de participación social de las jurisdicciones sanitarias, por medio de los promotores, logre la obtención de activadores de manzana
- Proporcionar información específica a los coordinadores de participación social de las jurisdicciones sanitarias, por medio de los promotores, brindar capacitación a los activadores de manzana.
- Establecer el método a utilizar para realizar la supervisión, seguimiento y evaluación de las actividades de patio limpio y cuidado del agua almacenada.

3.5. La Licenciatura en Economía y Finanzas y su relación con el campo laboral: el caso del Sector Salud

En la actualidad desempeño el cargo de Subdirector de Afiliación y Operación del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (Seguro Popular) y anteriormente fungí como Coordinador Estatal del Programa de Patio Limpio y Cuidado del Agua Almacenada (PL y CAA) y mis funciones laborales eran las siguientes;

- Elaborar e instrumentar estrategias y procedimientos para el desarrollo de acciones de patio limpio y cuidado del agua almacenada en el ámbito estatal que impulsen el mejoramiento y la conservación de la salud física, mental y social de la población, en las que se integren estrategias de comunicación educativa, participación social y educación para la salud; así como establecer los mecanismos para su difusión, aplicación y evaluación;
- Supervisar y evaluar las acciones de patio limpio y cuidado del agua almacenada en el ámbito estatal y proponer las medidas pertinentes para el adecuado avance de las mismas;
- Promover el desarrollo de conocimientos, aptitudes, actitudes y comportamientos favorables para la salud individual, familiar, colectiva y ambiental, mediante el uso de mecanismos de educación, orientación y atención;
- Promover y llevar a cabo investigaciones en materia de participación ciudadana;
- Diseñar, elaborar, reproducir y divulgar materiales para la ejecución del programa de patio limpio y cuidado del agua almacenada;

- Celebrar acuerdos de coordinación y colaboración con los gobiernos municipales, así como con organismos e instituciones públicas, privadas y sociales para impulsar su apoyo y participación en el desarrollo de actividades locales del programa de patio limpio y cuidado del agua almacenada;
- Capacitar y actualizar al personal institucional de salud y personal comunitario en materia de patio limpio y cuidado del agua almacenada; y
- Las demás que le designe el Jefe departamento del área dentro de sus atribuciones y otras disposiciones legales aplicables.

3.5.1 Economía de la salud.

Una vez expuesta las funciones inherentes en mí área laboral es preciso conocer de una forma general lo que es la economía de la salud sin profundizar tanto en el tema, pues no es el objeto principal de esta experiencia profesional, y bien, la economía de la salud es un campo de investigación cuyo objeto de estudio es el uso óptimo de los recursos para la atención de la enfermedad y la promoción de la salud. Su tarea consiste en estimar la eficiencia de organización de los servicios de salud y sugerir formas de mejorar esta organización¹⁴.

La economía de la salud ayuda a tomar decisiones relacionadas:

- Para el paciente; gasto en salud, adquisición de seguros, entre otros.
- A nivel clínico; recomendar un cierto tratamiento a un paciente.
- A nivel de gestión de centros; compras, producción, listas de espera, entre otros.

¹⁴ http://es.wikipedia.org/wiki/Econom%C3%ADa_de_la_salud

- A nivel de la gestión pública; programas de vacunación. Financiamiento de obras, autorización de nuevos fármacos, entre otros.

Criterios para asignación de recursos en el ámbito de la economía de la salud:

- Eficacia; resultados de salud en condiciones ideales.
- Efectividad; resultados de salud en condiciones reales.
- Eficiencia; relación entre resultados y recursos empleados.
- Equidad.

La economía de la salud abarca alguno de los siguientes temas:

- Presupuesto público en salud.
- Costos de la investigación.
- Seguridad social.
- Mercado de seguros.
- Costo de las enfermedades; directos e indirectos.
- El valor de la vida.
- Mercado de medicamentos.
- Patentes y medicamentos genéricos.
- La relación entre la salud y la productividad.
- El desarrollo económico y el bienestar.
- Evaluación económica; relaciones costo – beneficio, costo - efectividad y costo – utilidad¹⁵.

¹⁵ <http://www.auladeeconomia.com/presentaciones.htm#ppt>

3.5.2 Relación de las materias con el ámbito laboral.

Es preciso recordar que la economía estudia el modo en que la sociedad gestiona sus recursos escasos (Mankiw, 2002).

Quise mencionar lo anterior, porque en el sector público dado que los recursos son escasos, es necesario contar con una evaluación económica (Niven, 2003). En la tabla siguiente, muestro la relación que existe o que debe de existir en algunos casos con mi área laboral.

CUADRO I

MATERIAS	RELACIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL
<i>Planeación estratégica y evaluación de proyectos</i>	En mi área es indispensable planear y evaluar las acciones, es por ello, que las materias que me enseñaron este contenido las estoy aprovechando actualmente.
<i>Introducción a la contabilidad, análisis financiero, matemáticas financieras, análisis de estados financieros, planeación financiera, teoría y política fiscal y monetaria, desarrollo del sistema financiero mexicano e internacional, grupos financieros nacionales, organismos y grupos financieros internacionales, finanzas bursátiles y corporativas, mercado de valores y dinero y administración financiera.</i>	La planeación del programa operativo anual (POA). La planeación de este programa en lo que respecta a mi área se realiza con datos emocionales, es decir, creo que necesitamos esta cantidad, para cierto tiempo, es por eso que en esta parte menciono todas las materias financieras que poco o mucho puedan aportar herramientas indispensables para una mejor programación, por ejemplo, considerar una variable en la programación y considerar las proyecciones de la tasa de interés nada mas como dato o cómo va la tendencia en la bolsa de valores y esta pudiese darnos un ligero panorama de cómo podríamos estar económicamente para el próximo año. También incluí materias sobre la administración, análisis y planeación financiera y contable; esto porque trabajamos con insumos que posteriormente se tiene que comprobar su utilización, así como llevar el control de los mismos
<i>Introducción al derecho, ética, derecho económico nacional e internacional y liderazgo</i>	Esta parte es fundamental, aquí o te corre la gente o haces equipo y das resultados. Conocer las leyes básicas es fundamental

Historia y cultura regional, historia económica mundial, historia económica de México, problemas sociales contemporáneos, economía Marginalista y neoclásica, revisión de teorías keynesianas y Poskeynesianas, política económica estructuralista y Neoestructuralista, política económica neoliberal e historia económica regional.

Introducción a la economía y microeconomía, macroeconomía, comercio internacional I, comercio internacional II, evaluación de proyectos y economía política.

Escritura y comprensión de textos.

Matemáticas, matemáticas I, matemáticas II, econometría, econometría aplicada y estadística y probabilidad.

Tae kwon do, introducción a la producción radiofónica, bailes del Caribe, ajedrez y

para generar negociaciones laborales o despidos justificados, que este ya solo se debe de dar cuando ya no halla remedio en nada, pero lo fundamental es el acervo de las leyes que se tiene que respetar y el transmitir las es la parte difícil, pero ahí entra el liderazgo. La ética es primordial en el trabajo y más cuando tienes puestos de responsabilidad mayor, creo que las clases de ética, liderazgo y derecho son las que más he utilizado para mantener la cohesión en mi área de trabajo.

El panorama que me dio el conocer la historia económica de México y mundial me dan una clara visión sobre el sistema económico actual. Es atrevido confirmar en cual sistema económico estamos actualmente, ahora creo y es a título personal, que se mezclan los sistemas, y es ahí donde en las reuniones con la gente o las activadoras, puedas tener tema de conversación. La estrategia de PL y CAA una de las funciones principales es reunirse con grupos organizados ya sean políticos, sociales o culturales.

Esta parte me ha ayudado en mi ámbito laboral a conocer las preferencias del consumidor que en mi caso son los activadores de manzana, los cuales hay que fomentar. Pero el acervo de las demás materias me sirve para desenvolverme en las reuniones programadas.

El transmitir la palabra por medio de texto, es fundamental para poder darle dirección a lo que quieres tener o hacer. De la materia, le he sacado bastante jugo.

Esta parte, es fundamental para la organización y control de los datos que tengo que tener para continuar con los objetivos señalados. Pero también algo que falta en el sector público y por supuesto que mi área no se escapa de esto es la investigación pública, es muy poca la que hay, y es ahí donde la econometría jugaría un papel muy importante.

Lo que estoy utilizando de estas actividades es la esencia de lo que me dejo, que es, el

rondalla.

Desarrollo económico, toma de decisiones gerenciales, y planeación del desarrollo regional.

organizar tu tiempo; separar lo técnico con lo recreativo, es fundamental para sacar el stress, y actualmente lo llevo a cabo, ya no, con las mismas actividades que llevaba en la universidad, pero si, con otras actividades parecidas que me son de mucha utilidad.

Mi área por su naturaleza de gestión, se tiene que vincular con los tres niveles de gobierno, y para ello, es indispensable conocer sus planes de desarrollo, para conjuntamente planear actividades que no se salgan de dichos planes. Pero mejor aun, el conocer cuál es la metodología que se empleo para la realización de esos planes es fundamental para entenderlos y proponer acciones que trasverse sus objetivos..

.

3.6. Procesos alternos de evaluación económica.

3.6.1. Financiamiento de los sistemas de salud.

En la estrategia de Patio Limpio y Cuidado del Agua Almacenada, falta mucho por hacer, ya que es una estrategia que comparte objetivos con dos programas, el Programa de Comunidades Saludables y el Programa del Dengue, Se requiere que se defina como un programa enfocado a la participación ciudadana, es decir, que la estrategia de patio limpio este inmersa en un Programa denominado Participación ciudadana. Lo anterior debido a que en la estructura orgánica de los Servicios Estatales de Salud no existe ningún programa o esquema de participación ciudadana lo más parecido es PL y CAA, es importante señalar que tal afirmación se sustenta en el hecho de que el objetivo de PL y CAA es precisamente persuadir a la población civil para que realice acciones de limpieza en sus hogares fomentando la prevención de enfermedades transmitidas por vector, pero cabe mencionar que al limpiar las delimitaciones de cada hogar, no nada más eliminan los criaderos de mosquitos, si no también conlleva a eliminar otro tipo de patógenos que causan

enfermedades, es por ello que es necesario establecerlo como un programa de participación ciudadana y redefinir algunas líneas de acción así como en el concepto.

Aunado a lo anterior la estrategia de PL y CAA, no cuenta con un presupuesto anual confiable, por lo que no puede haber una planeación de las actividades a desarrollar.

3.6.2 La evaluación económica y de la tecnología en el campo de la salud.

Dado lo anterior es preciso mencionar que para que sea más eficiente y eficaz la estrategia de PL y CAA, es necesario que se utilicen nuevas herramientas que nos permitan abrir el abanico de posibilidades para la toma de decisiones. La evaluación económica y el uso de la tecnología en el campo de salud nos ayudan a valorar los costos y los beneficios de los programas implementados las consecuencias de los procedimientos los tratamientos y, en general, las intervenciones o programas desarrollados en el campo de la salud. Las técnicas que se utilizan en economía de la salud tienen su fundamento de acuerdo a Duran Arenas (2003), en lo que se conoce como estimaciones del costo-beneficio, costo-efectividad y costo-utilidad de las intervenciones en salud.

Afirma Duran (2002) que el costo-beneficio corresponde a la medición de los costos y beneficios en términos monetarios. En nuestro caso sería interesante aplicar este tipo de análisis a la estrategia de PL y CAA, para valorar los costos y beneficios.

Para Duran (2002), el costo-efectividad se distingue por qué define el efecto en término de variables específicas relacionada con la intervención; por ejemplo la disminución de la presión arterial. Por ello, solo se comparan intervenciones con el mismo efecto; es decir las que son alternativas para una misma enfermedad. Dentro de las estrategias para combatir al

dengue se encuentran tres grandes vertientes que interactúan o que deben de interactuar activamente en los procesos operativos y estas son, epidemiología, actividades de control y actividades de participación ciudadana, dentro de las actividades de participación ciudadana (PL y CAA), hay alternativas que pueden suplir algunas acciones o alguna acción que pueden generar ya sea el mismo efecto o mayor utilidad, pero para determinarlo se requiere hacer el análisis técnico.

Duran (2002) señala que con el análisis costo-utilidad surge como una alternativa a las limitaciones del análisis costo-beneficio, ya que valora el efecto en unidades de utilidad; por ejemplo, los años con calidad de vida como consecuencia de una intervención. Ya que la medida de la utilidad puede ser igual para problemas muy distintos, el costo-utilidad permite comparar alternativas de intervención para varias enfermedades. Esto en si amplía el potencial de uso de este enfoque. Mencione que es importante poder medir lo que se realiza en PL y CAA, ya que parte de actividades enfocadas al cambio de actitud, y poder medir este cambio es un reto, creo que es indispensable la medición de esta técnica (costo-utilidad) en la estrategia de PL y CAA.

Considera Duran (2002) que las evaluaciones económicas deben ser completas y entendiendo completas a que se incluyan análisis de minimización de costos, análisis de costo-beneficio, análisis de costo-efectividad y análisis de costo-utilidad. Las cuales deben de oficializarse mediante los manuales de organización y operación de la estrategia de PL y CAA.

El término evaluación puede interpretarse de muy diversas formas. Desde la perspectiva de la economía podemos identificar dos importantes tipos de evaluación: aquella que compara

dos intervenciones en término de sus costos y sus resultados, llamada evaluación económica, y aquella que se ha diseñado para medir el efecto de una intervención en particular sobre uno o varios resultados específicos, la denominada evaluación de impacto. Entendemos por intervenciones de salud, todas aquellas acciones dirigidas a incidir sobre algún aspecto específico de la salud de la población; o de un grupo de población, y por programa de salud entenderemos aquellas acciones más amplias que pretenden no solo aliviar un aspecto específico de la salud, sino que buscan incidir de una forma más comprensiva en las causas y consecuencias de la problemática; además la población objetivo de los programas es usualmente mucho más amplia que la de las intervenciones.

3.6.3 Evaluación de intervenciones: ¿Cuál es el papel de la economía?.

Basado en lo anterior, parece sensato pensar que la evaluación económica es aplicable a las intervenciones y la de impacto a los programas (Bertozzi, Gutiérrez y Bautista, 2002). Sin lugar a dudas, la estrategia de PL y CAA se enfoca más a la de convertirse en un programa que fomente la participación ciudadana persuadiendo a la población en realizar acciones de prevención en salud. Pareciera contradictorio enfocarlo a un programa y utilizar las técnicas de la evaluación económica, pero como afirma los autores en la medición de la efectividad de programas, todavía se tiene relativamente poca experiencia e información disponible. Contradictoriamente, se trata de un área en la que existe urgencia por contar con datos sobre la efectividad real de lo que se hace, dada la enorme cantidad de recursos que se destinan a los programas sociales, entre ellos los que incluyen componentes de la salud. Por consiguiente me parece pertinente empezar a utilizar las técnicas de evaluación económica.

Existe una disyuntiva entre la atención y la prevención en materia de asignación de recursos. Durante 2001 según datos de SIDA (FUNSALUD), se destinaron a la prevención y la atención del SIDA \$ 158, 000,000 millones de pesos, en acciones de prevención se gastaron 44,000 millones y en atención 114, 000,000 millones de pesos. Al respecto en mi opinión es correcto que se dediquen mayores recursos a la atención que a la prevención. Lo anterior, se debe a que considero que los recursos que se dedican a la atención arrojan resultados positivos en el corto plazo. Mientras que los resultados que se obtienen de los recursos destinados a la prevención, es de más largo plazo. Sin embargo a medida que éstos den resultados será posible destinar recursos que actualmente se están dedicando a la atención. También es importante trabajar en otros aspectos, tales como la normatividad que permitan obligar la prevención en la sociedad.

3.7. Evaluación económica en salud.

Ahondando más en la evaluación del desempeño. Lemus y Molina (2002), señalan que la evaluación económica en salud surge de la necesidad de tener herramientas analíticas que permitan ubicar eficientemente los recursos con los que cuenta el sector. El crecimiento en costos dentro del Sector se debe a una serie de factores entre los que destaca el incremento del gasto en medicamentos como proporción del gasto total en salud y la incorporación más avanzada en salud. Cuando una nueva intervención trae consigo un incremento en costos al mismo tiempo que una reducción en los beneficios, es claro que el programa no aporta ningún beneficio, y por tanto la evaluación económica no tiene sentido. Cuando los beneficios se incrementan al momento que los costos se reducen, no hay duda acerca de la conveniencia de la nueva intervención. Pero cuando los costos y beneficios se mueven en la misma dirección el resultado es incierto. En estas situaciones, la evaluación económica se

torna un instrumento útil para valorar si los cambios derivados de una de una nueva intervención son “mejores”, es decir, si realmente son eficientes representan una ganancia en el bienestar social. La evaluación económica tiene su fundamento teórico en la economía del bienestar y el concepto neoclásico de la eficiencia. Los tipos de evaluación económica son;

- a) Análisis costo-efectividad (ACE); mide los beneficios de la intervención en términos de algún resultado clínico estándar, como pueden ser muertes evitadas, morbilidad evitada o esperanza de vida adicional.
- b) Análisis costo-beneficio (ACB); traslada todos los posibles beneficios a unidades monetarias. Para ello, se hace necesario asignar valores monetarios a la salud, la vida y el bienestar social.
- c) Análisis costo-utilidad (ACU); busca plasmar los beneficios en una medida de utilidad. Dicha medida de utilidad hace referencia a las preferencias que los individuos tienen respecto a las consecuencias clínicas y no clínicas de las intervenciones. El enfoque más comúnmente utilizado es el QALY (quality adjusted life years), el cual representa una estimación de los años de vida que se han ganado con la intervención, ajustada a un índice de calidad de vida.

Los índices de vida utilizados para estimar un QALY consideran distintas dimensiones del estado de salud de los individuos: morbilidad, dolor, aspectos psicológicos, sociales y cognoscitivos. El ACB, por ejemplo, permite incorporar más de un beneficio clínico o alguna externalidad positiva que no necesariamente esté relacionada con la salud. El ejemplo común lo constituyen los programas de vacunación infantil, los cuales, además de evitar el contagio por ciertas enfermedades y los costos asociados a los tratamientos,

evitan muerte y morbilidad que de presentarse repercutirían en la productividad y la economía de la comunidad o del país (Lemus y Molina, 2002).

Tener todos los proyectos de salud evaluados en términos monetarios hace que las comparaciones tengan sentido. Desde este punto de vista, el análisis costo-beneficio constituye un instrumento flexible y de gran potencial para la toma de decisiones en un conjunto amplio (Lemus y Molina, 2002).

Pero las críticas surgen al querer determinar el valor monetario de una vida o de un año saludable. Los métodos de estimación han demostrado ser inconsistentes, y el valor de una vida puede variar de acuerdo con el criterio que se esté utilizando para calcularla, además que para muchas personas este ejercicio de cuantificación resulta inaceptable.

Ante esta problemática, el ACU constituye una buena alternativa, ya que la medida del QALY captura distintos aspectos del bienestar humano, permitiendo al mismo tiempo la comparación entre distintas intervenciones (Lemus y Molina, 2002).

3.7.1. Instrumentos analíticos

La evaluación económica siempre va a involucrar una comparación entre dos o más alternativas de acción. Con el fin de incorporar todos los elementos necesarios para el análisis, generalmente se construyen árboles de decisión. Dichos árboles son diagramas con los pasos a seguir por cada estrategia elegida y contienen nódulos de oportunidad y nódulos de decisión. En estos últimos, el o los agentes involucrados (paciente, médico) deciden qué camino tomar, mientras que en los nódulos de oportunidad son las

posibilidades de que suceda uno u otro resultado las que determinan el curso de la estrategia elegida con anterioridad.

La mayoría de las veces se desconoce el curso que seguirá una enfermedad al mismo tiempo que tampoco se sabe con certeza la efectividad de las intervenciones. Al respecto, es posible obtener información de la eficacia de una intervención mediante las pruebas y ensayos clínicos, aunque la efectividad aún quede por demostrarse. Por esta razón, todos los análisis que se llevan a cabo se efectúan en términos probabilísticos. Al final, se obtienen razones de costo/beneficio (costo/efectividad o costo/utilidad) esperada por cada estrategia. Con estos cocientes se procede a seleccionar aquella estrategia que tenga el menor cociente costo/beneficio, o lo que es lo mismo, la mayor razón beneficio/costo (Lemus y Molina, 2002).

3.7.2. El gasto en medicamento y la farmacoeconomía.

El gasto en medicamentos en México es un componente importante del gasto privado en salud, pues representa alrededor de 35%. En los EUA, las ventas han crecido entre 12 y 13% en los últimos cuatro años, mientras que en México las ventas crecieron 11% en el 2002. Del total de las ventas por este concepto, 85% se colocan en el sector privado (farmacias, clínicas, hospitales, médicos y otros) y el 15% restante se destina al sector público. Las ventas en medicamentos se incrementarán por los siguientes elementos; uno por el crecimiento de las población en general aunado al crecimiento del número de personas mayores de 60 años, dos, los cambios en el perfil epidemiológico y tres las enfermedades contagiosas e infecciosas no han podido ser erradicadas, mientras

que las enfermedades crónicas y degenerativas, que requieren servicios médicos y fármacos más costosos, van en aumento constante.

El panorama futuro para el gasto en el sector salud, y en particular para los medicamentos, hace considerar a la evaluación económica como un instrumento indispensable para la toma de decisiones. Sin embargo este instrumento por si solo no soluciona los dilemas a los que día a día se enfrentan quienes tienen que decidir dónde se tiene que ubicar los recursos. Existen otros elementos que no pueden ser ignorados, como la equidad en la salud de la población o el apoyo a los grupos sociales más desprotegidos (Lemus y Molina, 2002).

3.8. Un ejemplo de farmacoeconomía.

3.8.1 La evaluación económica de un nuevo medicamento para el tratamiento de la hipertensión pulmonar primaria.

Lemus y Molina (2002) señalan un ejemplo enfocado a la farmacoeconomía especialmente en un caso de hipertensión pulmonar primaria (HPP), la cual es una enfermedad rara con etiología desconocida y que puede afectar a personas de cualquier edad. La HPP ocasiona falla cardíaca y muerte en menos de tres años sin tratamiento. Existen tres alternativas de atención para tratar el HPP, la idea de este ejemplo es apreciar la metodología para determinar cuál es el tratamiento más viable utilizando la evaluación económica y no meternos tanto a la parte técnica de las alternativas.

CUADRO II

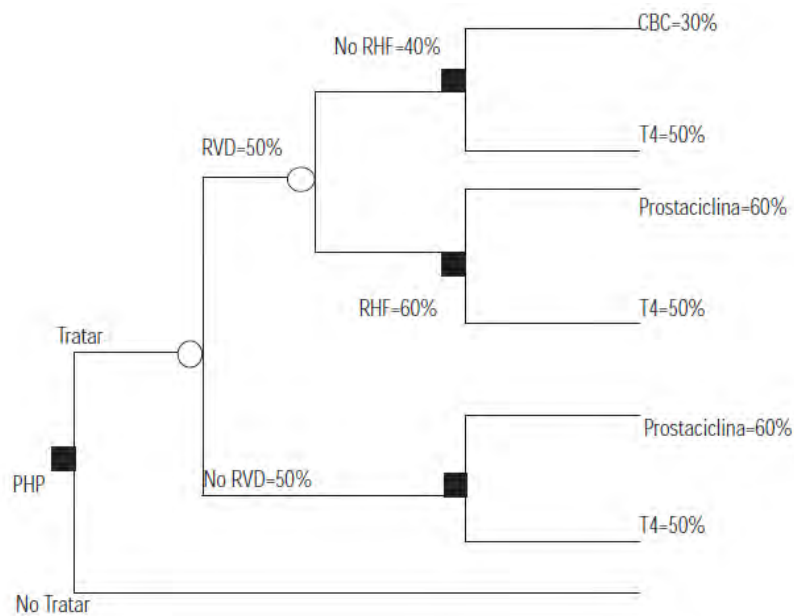
<i>Costos anuales del tratamiento farmacéutico de la hipertensión pulmonar primaria</i>	
<i>Tratamiento farmacéutico</i>	Costos anuales (pesos)
• <i>CBC</i>	6,240
• <i>T4</i>	67,270
• <i>Prostaciclina</i>	153,120

*CBC: canales bloqueadores de calcio.

Lemus y Molina (2002) nos dicen que con el fin de evaluar estas tres alternativas se construye un árbol de decisión. Es necesario considerar los beneficios, los cuales serán en términos de QALY.

Se construye un árbol de decisión en el que se consideran todas las posibles estrategias, incluyendo la alternativa de no tratar. Para la solución del árbol de decisión es necesario obtener información acerca de la eficacia clínica de cada tratamiento, además de los costos de los QALY.

Estos datos se incorporan en cada brazo del árbol para obtener los costos y los QALY esperados por cada estrategia. Estos valores esperados se obtienen mediante el cálculo de las probabilidades condicionales. Se calculan razones costo/QALY en cada nódulo de decisión y se seleccionan aquella de menor valor numérico (figura I).



HPP: Punto de inicio: diagnóstico de la hipertensión pulmonar primaria
 RVD: Respuesta vasodilatadora inmediata
 RHF: Riesgo de padecer falla cardíaca después de la administración de los canales bloqueadores de calcio (CBC)

En el cuadro II se presenta la información necesaria para estimar los QALY. La información concerniente a la efectividad clínica de cada tratamiento puede observarse directamente en la figura 1.

El análisis costo-efectividad requiere de establecer algunos supuestos para obtener una serie de resultados base. Posteriormente esos supuestos pueden relajarse de dos formas: creando distintos escenarios y/o asignando distintos valores a los parámetros que consideramos son más susceptibles de cambio. Este último ejercicio es conocido con el nombre de análisis de

sensibilidad. El análisis de sensibilidad es sin duda una herramienta útil para corroborar la robustez de las conclusiones principales.

CUADRO III

<i>Utilidades</i>			
<i>Tratamientos</i>	Índice de calidad de vida (años)	Esperanza de vida	QALY*
<i>CBC</i>	0.7	6	4.2
<i>Prostaciclina</i>	0.81	5	4.05
<i>T4</i>	0.86	5	4.3
<i>No tratamiento</i>	0.5	2.5	1.235

*Para el cálculo final de los QALY también se debe considerar tasas de descuento, las cuales se asumen como cero en nuestro ejemplo. Con el propósito de simplificar el ejercicio, también se asume la tasa de interés igual a cero.

<i>Resultado del caso base</i>			
Tipo de paciente	Estrategia recomendada	Costo/ QALY	
<i>No responde a la vasodilatación*</i>	T4	7,822	
<i>Responde a la vasodilatación</i>			
• <i>Signos de posible falla cardiaca*</i>	T4	7,822	
• <i>No hay signos de posible falla cardiaca**</i>	CBC	445	
<i>Costo por QALY con la alternativa de tratamiento*** = 6346</i>			

*(67.270/4.3)(.5)

**((6240/4.2)(.3)

***(((445x0.4)+(7822x0.6))x05)+[7822x0.5]

Concluye Lemus y Molina (2002), en que el precio de la prostaciclina debe colocarse por debajo de los 50,000 pesos anuales, para que esta terapia sea elegida por el modelo en sustitución a T4.

Si el análisis es llevado hasta el primer nódulo de decisión donde se tienen las opciones tratar y no tratar, la opción que tiene una menor razón costo/utilidad es la opción no tratar (igual a cero). Pero es evidente que esta no puede ser una alternativa razonable cuando el

objetivo es mejorar la salud de los pacientes. La importancia de considerar la opción no tratar radica en que no siempre los costos asociados a no tratar son cero. Existen casos donde aún si no se trata al paciente se incurren en gastos, sobre todo si se consideran aspectos que están fuera de los aspectos clínicos. La razón costo/QALY en nuestro ejemplo nos dice implícitamente, que los tomadores de decisión (pacientes, seguros sociales, otros) deben valorar en al menos 6,346 pesos un QALY, para que la decisión de tratar a pacientes con HPP tenga sentido en nuestro modelo de análisis.

Este ejemplo el cual nos mostro la metodología de la evaluación económica en costo-efectividad, nos marca la posibilidad de aplicarlo en el área de PL y CAA, y tomar decisiones eficientes y eficaces. El objetivo del trabajo no es realizar en este momento el ejemplo anterior, pero si, mostrar las herramientas necesarias que permitan cumplir con los objetivos de la estrategia.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Cuando inicie la carrera de Economía y finanzas, pensé que la única posibilidad que tenía para desarrollarme en mi área laboral era la parte de la administración, nunca pensé que en la parte operativa se pudieran aplicar los conocimientos adquiridos en la carrera y grande fue mi sorpresa que efectivamente se pueden aplicar completamente, esta parte de la planeación tanto operativa como financiera es fundamental para todo lo que viene, sino, se cuenta con una planeación que convine la parte operativa con la parte financiera es indudable que el programa presentaría síntomas de ineficiencia a corto plazo, es importante la planeación estratégica, pero la habilidad se centra en el control que se tenga de los procesos operativos y en la administración del recurso, pues sabemos que es escaso, estos controles son fundamentales para tomar decisiones oportunas y precisas. Es aquí donde son de gran utilidad los conocimientos de teoría económica y las herramientas estadísticas que se obtienen al estudiar la carrera de economía y finanzas. También es importante señalar, que al estudiar la carrera de economía no solo se obtienen conocimientos del área de economía que se pueden aplicar en el ámbito laboral, sino también se adquieren actitudes, valores y habilidades, tales como el liderazgo y la habilidad para realizar investigaciones en distintos ámbitos.

Aun existen muchas cosas que se pueden llevar a cabo dentro de mi área de trabajo, la importancia de poder realizar evaluaciones económicas es fundamental para lograr la eficiencia en los recursos económicos. Es claro mencionar que las materias que lleve en la

universidad me han ayudado de mucho en mi área laboral, pero también es claro que muchos de los conocimientos que tengo no los puedo utilizar plenamente por que las condiciones no están dadas todavía en mi ámbito laboral o algunas condiciones ya están dadas, pero el realizar las acciones estarían fuera de las tareas cotidianas del personal, romper con esta cotidianidad es el reto, poder innovar los procesos con las herramientas emanadas del acervo de las clases de la universidad sería estupendo y creo que se empezarían a generar las próximas condiciones necesarias para seguir implementando nuevas herramientas o perfeccionar herramientas. La clave es la innovación permanente de todos los procesos.

Como se aprecio con anterioridad en el capítulo 2, donde el gasto destinado al sector salud como porcentaje de la PB, la ocupación y lo que se destina del VAB a los Servicios de Salud han disminuido en diferentes proporciones en el Estado de Quintana Roo. Y si el gasto en salud lo vemos como una inversión en lugar de la ausencia de la enfermedad como bien lo señala en la Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud, entonces la gestión para solicitar más recursos al estado seria prioridad. Contamos con bastantes unidades de primer nivel y de segundo nivel mucho menos, pero mucho más, que el IMSS e ISSTE todo esto para hacer frente a patologías no graves, pero si es indispensable voltear a ver los 32 programas preventivos con los que cuenta la Secretaria de Salud y lograr la efectividad, el no hacerlo nos puede ocasionar gastos catastróficos en el poco y disminuido cada vez presupuesto en salud.

Considero que la evaluación económica vista en el capítulo 3 si sería una opción fundamental para optimizar el recurso económico, poder implementar estimaciones del costo-beneficio, costo-efectividad y costo-utilidad de las intervenciones en salud en la

Estrategia de Patio Limpio y Cuidado del Agua Almacenada y en los 32 programas de los Servicios de Salud sería innovador. Ante la disminución de los recursos sería una buena herramienta de apoyo, pero si sería necesario hacer coercitiva esta herramienta para lograr la sistematización en su ejecución.

BIBLIOGRAFIA

- Acuerdo de coordinación anexo II; Metas de afiliación para el ejercicio 2010 del estado de Quintana Roo.
- Bertozzi Stefano Michele, Gutiérrez Juan Pablo, Bautista Sergio (2003); economía de la salud “seminario internacional”
- Decreto: “Por el que se crea La Universidad De Quintana Roo, como un Organismo Descentralizado y de Interés Público y Social del Estado de Quintana Roo”, Periódico Oficial del Estado de Quintana Roo, Sin Tomo, Numero 7, Primera Época, 31 de Mayo de 1991.
- Dirección de investigación y posgrado, fecha de actualización 05/10/09.
- “Guía de Participación Comunitaria para la Prevención y Control del Dengue”
- INEGI “Anuario estadístico de Quintana Roo. Edición 2009. Salud
- INEGI. “Censo de Población y Vivienda 2005”
- INEGI “Sistema de Cuentas Nacionales de México”, Gobiernos Estatales y Gobiernos Locales, Cuentas Corrientes y de Acumulación. Cuentas de Producción por finalidad 2003 – 2007.
- “Invertir en salud para el desarrollo económico” Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud. Fondo de cultura económica. Primera edición, 2006.
- “Ley Orgánica de la Universidad de Quintana Roo”, Periódico Oficial Del Estado De Quintana Roo, Sin Tomo, Numero 10, Primera Época, 10 de Julio de 1998.
- Lemus Carmona Edith Arely, Molina Salazar Raúl Enrique (2003); economía de la salud “seminario internacional”
- Muños Onofre, Duran Luis, Garduño Juan, Soto Herman (2003); Economía de la salud “seminario internacional”
- Mankiw N Gregory (2002) “Principios de Economía” Mc Graw Hill, Segunda edición.

- Niven Paul R. (2003); “El Cuadro de Mando Integral Paso a Paso” Gestión 2000, Primera edición.
- Organización Mundial de la Salud, informe mundial de salud 2006.
- “Programa Anual de Labores 2006”, H. Consejo Universitario, 23 de noviembre de 2005.
- Reglamento General de la Universidad de Quintana Roo”, H. Consejo Universitario, 13 de Marzo de 1995.
- “Reglamento de Servicios de la Universidad de Quintana Roo”, H. Consejo Universitario, 16 de diciembre de 1997.
- “Reglamento de la Organización Académica Departamental de la Universidad de Quintana Roo”, H. Consejo Universitario, 22 de Febrero de 1999
- “Reglamento interior de los Servicios Estatales de Salud”, H. VIII Legislatura Constitucional del Estado Libre y Soberano de Quintana Roo, Decreto No. 25, 18 de octubre de 1996.

Fuentes en Internet

<http://www.uqroo.mx>

<http://www.quintanaroo.gob.mx>

<http://www.monografias.com/trabajos14/crecimientoecon/crecimientoecon.shtml#ESTRAT>

<http://www.econlink.com.ar/economia/crecimiento/crecimiento.shtml#definicion>

http://es.wikipedia.org/wiki/Econom%C3%ADa_de_la_salud.

<http://www.auladeeconomia.com/presentaciones.htm#ppt>

<http://www.saludqr.gob.mx/web/>

ANEXOS

CUADRO IV

No.	Nombre de la Unidad	Domicilio	Municipio
1	<u>HOSPITAL GENERAL DE COZUMEL</u>	11 AV. CON 20 AV.	COZ
2	<u>CENTRO DE SALUD URBANO #1</u>	40 Avenida con 31 y 29	COZ
3	<u>CENTRO DE SALUD URBANO #2</u>	95 Avenida sur entre Morelos 3	COZ
1	<u>HOSPITAL INTEGRAL ISLA MUJERES</u>	AV. GUERRERO No.5 CENTRO	IM
1	<u>HOSPITAL GENERAL DR. JESUS KUMATE R.</u>	S.M. 65 AND. 5 ENTRE CALLE 12 Y 13	BJ
2	<u>UNIDAD MOVIL CANCUN</u>	JURISDICCION SANITARIA #2	BJ
3	<u>CENTRO DE SALUD URBANO # 1 PUERTO JUAREZ</u>	SUPERMANZANA 70 MANZANA 9 LOTE 1	BJ
4	<u>CENTRO DE SALUD URBANO # 2 LA CUCHILLA</u>	AV. PROLONGACION TULUM SM. 89 M. 7 L. 41	BJ
5	<u>CENTRO DE SALUD URBANO # 3 REGION 95</u>	REGION 95	BJ
6	<u>CENTRO DE SALUD URBANO #4 REGION 96</u>	MANZANA 120 LOTE 5	BJ
7	<u>CENTRO DE SALUD URBANO # 5 REGION 100</u>	SUPER MAZ. 70 MAZ. 9 LT. 1	BJ
8	<u>CENTRO DE SALUD URBANO # 6 REGION 96</u>	MAZ. 55 LT. 7	BJ
9	<u>CENTRO DE SALUD URBANO # 7 REGION 99</u>	MANZANA 10 LOTE S/N	BJ
10	<u>CENTRO DE SALUD URBANO # 8 REGION 231</u>	MAZ. 26 LT. 6	BJ
11	<u>CENTRO DE SALUD URBANO # 9 REGION 85</u>	MZ. 10 LT. 20 REGION 85	BJ
12	<u>CENTRO DE SALUD URBANO # 10 REGION</u>	MZ. 52 LT. 1 REGION 229	BJ

	<u>229</u>		
13	<u>CENTRO DE SALUD URBANO # 11 REGION 233</u>	MZA. 33 LT. 1 REGION 233	BJ
14	<u>CENTRO DE SALUD URBANO # 12 REGION 236</u>	MAZ. 13 LT. 1 REGION 236	BJ
15	<u>CENTRO DE SALUD URBANO # 13 REGION 516</u>	MAZ. 14 LT. 1 REGION 516	BJ
16	<u>CENTRO DE SALUD URBANO # 14 REGION 221</u>	MAZ. 32 LT. 1 REGION 221	BJ
17	<u>CENTRO DE SALUD URBANO # 15 REGION 103</u>	REGION 103	BJ
18	<u>C. S. BONFIL</u>	BOULEVARD AV BONFIL S/N	BJ
19	<u>HOSPITAL DE LA COMUNIDAD LEONA VICARIO</u>	CONOCIDO	BJ
20	<u>C. S. PUERTO MORELOS</u>	AV. RAFAEL E. MELGAR L-4 M-8	BJ
21	<u>C. S. JOAQUIN CETINA GASCA</u>	CALLE CEDRO MAZ. 12 LT. 1	BJ
1	<u>HOSPITAL INTEGRAL KANTUNILKIN</u>	CALLE ROJO GOMEZ CON REFORMA	LC
2	<u>C. S. EL CEDRAL</u>	CONOCIDO	LC
3	<u>C. S. CHIQUILA</u>	CONOCIDO	LC
4	<u>C. S. HOLBOX</u>	CALLE BENITO JUAREZ S/N	LC
5	<u>C. S. EL IDEAL</u>	CONOCIDO	LC
6	<u>C. S. NUEVO X-CAN</u>	FRENTE AL PARQUE PUBLICO	LC
7	<u>C. S. SAN ANGEL</u>	CONOCIDO	LC
8	<u>C. S. SAN JUAN DE DIOS</u>	SECTOR 1 MZ. 3 LT. 10	LC
9	<u>C. S. SAN LORENZO</u>	CONOCIDO	LC
10	<u>C. S. SAN MARTINIANO</u>	CONOCIDO	LC
11	<u>C. S. SOLFERINO</u>	CONOCIDO	LC
12	<u>C. S. EL TINTAL</u>	CONOCIDO	LC
13	<u>C. S. TRES REYES</u>	CONOCIDO	LC
14	<u>C. S. VALLADOLID NUEVO</u>	CALLE 16 DE SEPT. ENTRE AV. 21 DE	LC

		MARZO	
15	<u>C. S. IGNACIO ZARAGOZA</u>	CONOCIDO	LC
1	<u>HOSPITAL INTEGRAL PLAYA DEL CARMEN</u>	AV. JUAREZ S/N ENTRE AV. 15 Y 20	SOL
2	<u>CENTRO DE SALUD URBANO # 1 ZACIL-HA PLAYA DEL CARMEN</u>	CALLE 44 ENTRE 30 Y 35	SOL
3	<u>CENTRO DE SALUD URBANO # 2 FRANJA EJIDAL PLAYA DEL CARMEN</u>	CALLA 24 S/N ENTRE AV. 110 Y 115	SOL
4	<u>CENTRO DE SALUD URBANO # 3 LUIS DONALDO COLOSIO</u>	Av. 30 Esq. Luis Donaldo Colosio Murrieta	SOL
5	<u>C. S. CHANCHEN I</u>	CONOCIDO	SOL
6	<u>C. S. COBA</u>	CONOCIDO	SOL
7	<u>C. S. SAN SILVERIO</u>	CONOCIDO	SOL
8	<u>C. S. TULUM</u>	SOL. PONIENTE ENTRE JUPITER Y OMEGA SUR	SOL
9	<u>C. S. YALCHEN</u>	CONOCIDO	SOL

No.	Nombre de la Unidad	Domicilio
1	<u>HOSPITAL GENERAL DE CHETUMAL</u>	AV. ANDRES QUINTANA ROO # 399 COL. TAXISTAS
2	<u>HOSPITAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL</u>	AV. JUAREZ #151
3	<u>CENTRO DE SALUD URBANO # 1</u>	ALTOS DE SEVILLA ESQ. NARANJAL
4	<u>CENTRO DE SALUD URBANO # 2</u>	HERIBERTO FRIAS ESQ. JESUS URIETA S/N
5	<u>CENTRO DE SALUD URBANO # 3 (NO HABILITADO)</u>	AV. BUGAMBILIAS ENTRE CORCEGA Y PALERMO
6	<u>CENTRO DE SALUD URBANO # 4</u>	AARON MERINO ESQ. CODORNIZ
7	<u>CENTRO DE SALUD URBANO # 5</u>	LAGUNA GUERRERO ESQ. LAGUNA DE PAILAS
8	<u>CENTRO DE SALUD URBANO # 6</u>	CALLE 7 ESQUINA 12 AMP. FORJADORES
9	<u>CENTRO DE SALUD URBANO # 7</u>	CALLE YAXCOPOIL / IXTACAY (PAYO OBISPO 2)
10	<u>C. S. ALLENDE</u>	CONOCIDO
11	<u>C. S. BACALAR</u>	AV. 3 POR 24
12	<u>C. S. BUENAVISTA</u>	ALVARO OBREGON # 82
13	<u>C. S. CACAO</u>	CONOCIDO
14	<u>C. S. CALDERITAS</u>	CALLE GUERRERO CON CAMPECHE
15	<u>C. S. CALDERON</u>	CONOCIDO
16	<u>C. S. CAOBAS</u>	HEROES #308
17	<u>C. S. COCOYOL</u>	CONOCIDO
18	<u>C. S. LIMONES</u>	ANDROCIO UCAM

19	<u>C. S. CHACCHOBEN</u>	CALLE 20 DE NOVIEMBRE S/N
20	<u>C. S. LOS DIVORCIADOS</u>	CALLE PRINCIPAL # 20
21	<u>C. S. HUAY-PIX</u>	CONOCIDO
22	<u>C. S. JUAN SARABIA</u>	CONOCIDO
23	<u>C. S. MAHAHUAL</u>	MAHAHUAL
24	<u>C. S. NACHICHOCOM</u>	CONOCIDO
25	<u>C. S. NICOLAS BRAVO</u>	FRANCISCO Y MADERO S/N
26	<u>C. S. PALMAR</u>	FRENTE A LA ESCUELA PRIMARIA JUAN N.
27	<u>C. S. RAMONAL</u>	A LADO DE LAS GALERAS
28	<u>C. S. REFORMA</u>	CALLE PALMAS CON BENITO JUAREZ
29	<u>C. S. SABIDOS</u>	CONOCIDO
30	<u>C. S. SUBTENIENTE LOPEZ</u>	CALLE REFORMA CON MAYAB
31	<u>C. S. UCUM</u>	CONOCIDO
32	<u>C. S. UNION</u>	CONOCIDO
33	<u>C. S. VALLEHERMOSO</u>	EMILIANO ZAPATA S/N
34	<u>C. S. XUL-HA</u>	REFORMA Y GRAL. MAY
35	<u>C. S. ALTOS DE SEVILLA</u>	CONOCIDO
36	<u>C. S. TOMAS GARRIDO</u>	CALLE PEDRO JOAQUIN COBWEL S/N
37	<u>C. S. SAN PEDRO PERALTA</u>	CALLE AMISTAD S/N
38	<u>C. S. ALVARO OBREGON</u>	LOTE 5
39	<u>C. S. ANDRES QUINTANA ROO</u>	CONOCIDO
40	<u>C. S. BLANCA FLOR</u>	CONOCIDO
41	<u>C. S. BUENA ESPERANZA</u>	CONOCIDO
42	<u>C. S. CAAN LUMIL</u>	SESA N.3
43	<u>C. S. DAVID GUSTAVO</u>	CONOCIDO
44	<u>C. S. ZAMORA</u>	LAZARO CARDENAS #43
45	<u>C. S. FRANCISCO VILLA</u>	CONOCIDO
46	<u>C. S. MANUEL AVILA CAMACHO</u>	CONOCIDO
47	<u>C.S. MARGARITA MAZA DE JUAREZ</u>	CEDROS # 59
48	<u>C. S. PUCTE</u>	CONOCIDO
49	<u>C. S. SAN ROMAN</u>	PLUTARCO ELIAS CALLES ESQ. EMILIANO Z.
50	<u>C.S. SERGIO BUTRON CASAS</u>	AV. SERGIO BUTRON # 345
51	<u>C.S. TRES GARANTIAS</u>	CONOCIDO
52	<u>C. S. HUATUSCO</u>	CONOCIDO
53	<u>C.S. LUIS ECHEVERRIA A.</u>	L. 17 M. 19
54	<u>C. S. DOS AGUADAS</u>	CONOCIDO
55	<u>C. S. FRANCISCO J. MUJICA</u>	CONOCIDO
56	<u>C. S. MOROCOY</u>	AV. MORELOS 302
57	<u>C. S. NUEVO BECAR</u>	CALLE DOCTORES S/N
58	<u>C. S. OTILIO MONTAÑO</u>	CONOCIDO
59	<u>C. S. RAUDALES</u>	JOSEFA O. DE DOMINGUEZ # 126
60	<u>C. S. RIO VERDE</u>	CONOCIDO
61	<u>C. S. ROVIROSA</u>	CONOCIDO
62	<u>C. S. LA LIBERTAD</u>	CONOCIDO
63	<u>C. S. KUCHUMATAN</u>	CONOCIDO
64	<u>C. S. MAYA BALAM</u>	INSURGENTES Y HEROES
65	<u>C. S. MELCHOR OCAMPO</u>	CONOCIDO
66	<u>C. S. MIGUEL ALEMAN</u>	AV. MIGUEL ALEMAN
67	<u>C.S. SAN ISIDRO DE LA LAGUNA</u>	CONOCIDO
68	<u>C. S. LAZARO CARDENAS</u>	CONOCIDO
69	<u>C.S. FELIPE ANGELES</u>	CONOCIDO
70	<u>C.S. EL TESORO</u>	JUNTO A CANCHA DE USOS MULTIPLES
71	<u>C. S. MANUEL CRESENCIO REJON</u>	CONOCIDO

No.	Nombre de la Unidad	Domicilio	Municipio
1	<u>HOSPITAL GENERAL. FPE. CARRILLO PUERTO</u>	CALLE 51 # 755	FCP
2	<u>CENTRO DE SALUD URBANO # 1 DR. FCO. ARANA TUN</u>	CECILIO CHI CON CALLE 50	FCP
3	<u>C. S. CHANCA DERREPENTE</u>	CONOCIDO	FCP
4	<u>C. S. CHUN POM</u>	CONOCIDO	FCP
5	<u>C. S. CHUNHUHUB</u>	CONOCIDO	FCP
6	<u>C. S. DZOYOLA</u>	CONOCIDO	FCP
7	<u>C. S. DZULA</u>	CONOCIDO	FCP
8	<u>C. S. FILOMENO MATA</u>	CONOCIDO	FCP
9	<u>C. S. LAGUNA KANA</u>	CONOCIDO	FCP
10	<u>C. S. NARANJAL PONIENTE</u>	CONOCIDO	FCP
11	<u>C. S. NOH-BEC</u>	CONOCIDO	FCP
12	<u>C. S. PETCACAB</u>	PETCACAB # 1	FCP
13	<u>C. S. POL-YUC</u>	CONOCIDO	FCP
14	<u>C. S. PRESIDENTE JUAREZ</u>	CONOCIDO	FCP
15	<u>C.S. RAMONAL</u>	CONOCIDO	FCP
16	<u>C. S. SAN JOSE II</u>	CONOCIDO	FCP
17	<u>C. S. SAN RAMON</u>	FRENTE AL KINDER	FCP
18	<u>C. S. SANTA ROSA II</u>	JUNTO A LA DELEGACION	FCP
19	<u>C. S. SEÑOR</u>	FRENTE A LA TELESECUNDARIA	FCP
20	<u>C. S. TEPICH</u>	CONOCIDO	FCP
21	<u>C. S. TIHOSUCO</u>	CALLE 16 ESQ. 26 # 50	FCP
22	<u>C. S. TUZIC</u>	CONOCIDO	FCP
23	<u>C. S. X-HAZIL SUR</u>	CONOCIDO	FCP
24	<u>C. S. X-PICHIL</u>	CONOCIDO	FCP
25	<u>C. S. X-YATIL</u>	CONOCIDO	FCP
26	<u>C. S. YAXLEY</u>	CONOCIDO	FCP
27	<u>C. S. ANDRES O. ROO.</u>	CONOCIDO	FCP
28	<u>C. S. CHAN SANTA CRUZ</u>	CONOCIDO	FCP
29	<u>C. S. FRANCISCO I MADERO</u>	CONOCIDO	FCP
30	<u>C. S. GENERAL. FRANCISCO MAY.</u>	A LADO DE LA ESCUELA PRIMARIA	FCP
31	<u>C. S. NUEVO ISRAEL</u>	A UN LADO DEL REFUGIO ANTICICLONICO	FCP
32	<u>C. S. KAMPOCOLCHE</u>	CONOCIDO	FCP
33	<u>C. S. CHUN YAH</u>	CONOCIDO	FCP
1	<u>C. S. CANDELARIA</u>	CONOCIDO	JMM
2	<u>C. S. OTHON P. BLANCO.</u>	CONOCIDO	JMM
3	<u>C. S. SABAN</u>	CONOCIDO	JMM
4	<u>C. S. SAN DIEGO</u>	CONOCIDO	JMM
5	<u>C. S. DZIUCHE</u>	CONOCIDO	JMM
6	<u>C. S. LA ESPERANZA</u>	FRENTE A LA CANCHA BASKET BOL	JMM
7	<u>C. S. GAVILANES</u>	CONOCIDO	JMM
8	<u>HOSPITAL INTEGRAL JOSE MA. MORELOS</u>	AV. MORELOS ESQ. CALLE NOH-BEC	JMM
9	<u>C. S. POZO PIRATA</u>	ENTRE LA TIENDA DE DICONSA	JMM
10	<u>C. S. PRESUMIDA</u>	CONOCIDO	JMM
11	<u>C. S. PUERTO ARTURO</u>	CONOCIDO	JMM
12	<u>C. S. SACALACA</u>	ENFRENTE DE LA PLAZA	JMM

13	<u>C. S. SAN FELIPE I</u>	CONOCIDO	JMM
14	<u>C. S. SANTA GERTRUDIS</u>	CONOCIDO	JMM
15	<u>C. S. TABASCO.</u>	CONOCIDO	JMM
16	<u>C. S. X-CABIL</u>	JUNTO A LA TELESECUNDARIA	JMM
17	<u>C. S. KANCABCHEN</u>	CONOCIDO	JMM
18	<u>C. S. PLAN DE LA NORIA</u>	KM. 0.2 CAMINO PLAN DE LA NORIA	JMM
19	<u>C. S. EL NARANJAL ORIENTE</u>	CONOCIDO	JMM