



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE QUINTANA ROO

DIVISIÓN DE CIENCIAS POLÍTICAS Y ECONÓMICAS

“Desigualdad y salud pública: estudio de caso  
para la asignación de médicos especialistas en los  
hospitales públicos IMSS e ISSSTE de México”

**Tesis**

Para obtener el título de  
**Licenciada en Gobierno y Gestión Pública**

PRESENTA

**Paola Monserrat Castan Amacosta**

DIRECTOR DE LA TESIS

**Dr. Miguel Ángel Barrera Rojas**



Chetumal, Quintana Roo, México, a 29 de septiembre de 2023.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE QUINTANA ROO

DIVISIÓN DE CIENCIAS POLÍTICAS Y ECONÓMICAS

“Desigualdad y salud pública: estudio de caso para la asignación de médicos  
especialistas en los hospitales públicos IMSS e ISSSTE de México”

Presenta:

Paola Monserrat Castan Amacosta

Tesis para obtener el título de Licenciada en Gobierno y Gestión Pública  
COMITÉ DE SUPERVISIÓN

Sinodal propietario:

Dr. Miguel Ángel Barrera Rojas

Sinodal propietario:

Mtro. Lázaro Marín Marín

Sinodal propietario:

Dra. Crucita-Ken Rodríguez

Suplente:

Mtra. Fanny Guadalupe Espinoza  
González

Suplente:

Dra. Olivia Leyva Muñoz



Chetumal, Quintana Roo, México, a 29 de septiembre de 2023

## **Agradecimientos**

*En primer lugar, quiero agradecer a mi madre Liliana Amacosta por su incondicional apoyo, motivación y fuerza que me ha dado para concluir este proyecto, por siempre acompañarme, aconsejarme y guiarme a un camino lleno de valores, sin ella no estaría hasta donde estoy, este logro también es tuyo.*

*A mi padre, Gonzalo Castan, que desde la distancia siempre estuvo apoyándome y dándome ánimos de seguir adelante, gracias por nunca dejarme caer y levantarme cuando sentía que no podía, gracias.*

*A mi hermana Fabiola Castan Amacosta que ha estado presente en cada proceso y etapa de mi vida universitaria, agradezco su compañía, sus palabras de aliento y su apoyo incondicional, gracias por siempre estar.*

*A mis amigas Alejandra Cerón y Victoria Argaez, gracias por formar parte de esta etapa de mi vida, por todas las risas, juegos, pláticas, experiencias y logros que siempre fueron aplaudidos por ustedes, por su constante ayuda y apoyo en situaciones académicas como personales, gracias.*

*Por último, agradezco a él Dr. Miguel Ángel Barrera Rojas por permitir ser mi asesor y por guiarme en un camino de conocimientos, sin duda un maestro destacable y admirable dentro de la docencia, gracias por su paciencia hacia mi a lo largo de este camino, pero sobre todo por ser mi capitán de barco durante todo este proceso, sin usted este proyecto no se hubiera llevado a cabo, gracias.*

*Finalmente quiero agradecer a cada uno de los lectores y miembros del comité de esta tesis por su tiempo dedicando a este proyecto, de igual manera agradezco a la Universidad de Quintana Roo mi alma mater y a todos mis maestros que formaron parte de mi vida universitaria, gracias por todos sus conocimientos impartidos que fueron bien recibidos, muchas gracias.*

## Resumen

El presente trabajo de tesis cuenta con el objetivo de analizar la planeación federal y los criterios que norman la distribución de médicos especialistas en los hospitales públicos IMSS e ISSSTE de México, con el fin de demostrar la desigualdad de médicos en cada estado. Se encuentra como primera parte la introducción donde se hace énfasis en las problemáticas que ayudaron a seleccionar el tema, el planteamiento del problema donde se delimita el problema central, antecedentes, justificación, pregunta de investigación, hipótesis, objetivos generales y específicos. En la segunda parte se encuentra el marco teórico donde se localizan los principales conceptos (planeación gubernamental, administración pública y descentralización) que sustentan el desarrollo y soporte de esta tesis. El tercer apartado se encuentra compuesto por la metodología, antecedentes metodológicos donde se incluyen diversos estudios realizados por diferentes autores y todos con diferentes enfoques, por ultimo se encuentra un instrumento metodológico propuesto. Finalmente, el cuarto apartado se compone de los resultados, conclusiones y bibliografía.

Palabras clave:

*Médicos especialistas, salud, salud pública, desigualdad, Instituto Mexicano del Seguro Social, e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.*



## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	17
CAPÍTULO 1: DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA Y OBJETO DE ESTUDIO.....	18
1.1 Planteamiento del problema.....	18
1.2 Antecedentes.....	21
1.3 Justificación.....	27
1.4 Pregunta de investigación.....	29
1.5 Hipótesis.....	29
1.6 Objetivo general.....	29
1.7 Objetivos específicos.....	29
CAPÍTULO 2. MARCO TEORÍCO.....	30
2.1 Discusión sobre “Planeación Gubernamental”.....	30
2.2 Discusión sobre “Administración pública”.....	35
2.3 Discusión sobre “Descentralización”.....	42
2.3.1 Descentralización y Desconcentración.....	45
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA.....	47
3.1 Antecedentes metodológicos.....	47
3.2 Instrumento metodológico propuesto.....	48
CAPÍTULO 4. RESULTADOS.....	52
4.1 Matrices Federales.....	53
4.1.2 Matriz normativa de la Planeación Federal.....	53
4.1.3 Matriz normativa de la Prestación de Servicios.....	58
4.1.4 Matriz normativa de la Distribución del Dinero.....	62
4.2 Matrices de la Reglamentación IMSS e ISSSTE.....	65
4.2.1 Matriz de la reglamentación del IMSS.....	66
4.2.2 Matriz de la reglamentación del ISSSTE.....	75
4.3 Distribución de médicos especialistas.....	83
4.3.1. Cantidad de Médicos Especialistas por Estado.....	83
4.3.2. Distribución de médicos.....	84
4.3.3. Médicos Especialistas VS Población de cada Estado.....	85
CONCLUSIONES.....	87
Bibliografía.....	89

## Índice de Tablas.

Tabla 1. Matriz 4.1.2. Matriz Normativa de la Planeación Federal.....	53
Tabla 2. Matriz 4.1.3. Matriz Normativa de la Prestación de Servicios.....	58
Tabla 3. Matriz 4.1.4. Matriz Normativa de la Distribución del Dinero.....	62
Tabla 4. Matriz 4.2.1. Reglamentación del IMMS.....	66
Tabla 5. Matriz 4.2.2. Reglamentación del ISSSTE.....	75

## Índice de Figuras.

Figura 4.1 Organigrama de la Planeación Federal .....	52
Figura 4.2 Organigrama de la Reglamentación IMSS e ISSSTE .....	65
Figura 4.3.1. Médicos Especialistas por cada Estado .....	83
Figura 4.3.2. Distribución de Médicos.....	84
Figura 4.3.3 Médicos especialistas por cada 100 mil habitantes .....	85

## **Glosario de abreviaturas**

**Art.** – Artículo.

**a.c** – Antes de Cristo.

**CEPAL.** - Comisión Económica para América Latina y el Caribe

**CONAPO.** – Consejo Nacional de Población.

**d.C.** – Después de Cristo

**Etc.** – Etcétera.

**ENOE.** – Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo

**ENT.** – Entidad

**Fr.** – Fracción

**FOVISSSTE.** – Fondo de la Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

**GOELRO.** - Comisión Estatal para la Electrificación de Rusia

**IMSS.** – Instituto Mexicano del Seguro Social

**ISSSTE.** - Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

**ISSSTECALI.** - Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Gobierno y Municipios del Estado de Baja California.

**INEGI.** – Instituto Nacional de Estadística y Geografía

**LFT.** – Ley Federal de Trabajo

**LSS.** – Ley del Seguro Social

**ME.** – Médicos Especialistas

**OMS.** – Organización Mundial de la Salud

**OPS.** – Organización Panamericana de la Salud

**OCDE.** - Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

**PENSIONISSSTE.** - Fondo Nacional de Pensiones de los Trabajadores al Servicio del Estado.

**PIB.** – Producto Interno Bruto

**SINAISCAP.** – Sistema de la Información de la Secretaría de Salud.

## INTRODUCCIÓN

La llegada de la pandemia del Covid-19 y la post pandemia logró saturar por completo los sistemas y servicios de salud en todos los hospitales públicos de México (Molina & Rodríguez , 2022), logrando que la problemática de la evidente falta de médicos especialistas saliera a la luz. Ante este contexto y con base en el nuevo modelo del Sistema Universal de Salud, el cual tiene por objetivo garantizar que todas las personas y comunidades tengan acceso a los servicios de salud sin discriminación de ningún tipo y sin sufrir dificultades financieras, se espera que este sistema ayude a cubrir toda la gama de servicios de salud, incluida la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, los cuales deben ser de calidad suficiente, completos, seguros y efectivos para todos. Es por ello por lo que se busca que todos los estados de la República cuenten con la cobertura necesaria de especialidades que actualmente son fundamentales para atender las enfermedades epidemiologías que aquejan a cada estado.

Así, en esta tesis se pretende conocer los factores que son decisivos para la distribución geográfica de los médicos especialistas que se encuentran adscritos en los hospitales públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Frente a la necesidad de obtener respuesta a esta problemática, se realizó una profunda revisión documental de las leyes y reglamentos que rigen y regulan a estos hospitales públicos con el fin de conocer las 8 formas operativas, principalmente de planeación y administración.



# CAPÍTULO 1: DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA Y OBJETO DE ESTUDIO.

## 1.1 Planteamiento del problema

De acuerdo con la Secretaría de Salud (2021), actualmente la carencia de médicos especialistas es un problema que aqueja a todo México, puesto que las enfermedades epidemiológicas de cada estado siguen en aumento, pero los médicos especialistas van en disminución (Molina H., 2021) lo que tiene como consecuencia la carencia de atención a enfermedades específicas que día a día se vuelven más comunes en la población.

De acuerdo con las estadísticas realizadas en el 2015 por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) en promedio en el mundo hay 139 médicos por 100,000 habitantes, mientras que en América Latina, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021) establece como deseable que existan 176 médicos por 100,000 habitantes. En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE, 2021), se cuenta actualmente con alrededor de 305,418 médicos, de los cuales solo el 33% cuenta con alguna especialidad para abastecer a una población de más de 100,000 habitantes (INEGI, 2020). México cuenta con una de las tasas más bajas de médicos especialistas, en comparación con los países que forman parte de La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). (Fajardo Dolci, García Saiso, y González Martínez , 2014).

Así, será importante señalar que la desigualdad en la distribución geográfica de médicos especialistas se explica por la carencia de una política explícita de recursos humanos en salud, y por el desequilibrio entre las necesidades de salud de la población y los recursos humanos y financieros (Montañez Hernández, Alcalde Rabana, y Reyes-Morales, 2020), además de los intereses particulares de los médicos especialistas que prefieren dedicarse a la consulta particular.

Autores como Heinze-Martin, Olmedo Canchola, Bazán Miranda, Bernard Fuentes, y Guízar Sánchez (2017) indican que el problema de la carencia de médicos especialistas parte de la distribución geográfica inequitativa que hay en el país, explican que esto se debe, en gran medida, a la inadecuada planeación por parte de la federación. Esto es, no se puede concebir la escasez de médicos cuando México es uno de los países con mayor número de escuelas de

medicina, sin embargo, estas se concentran principalmente en estados como Ciudad de México, Puebla, Jalisco y Nuevo León (El país, 2015) que tienen más de cinco escuelas de medicina, mientras que el resto de los Estados apenas cuentan con 1 o 2 escuelas de medicina. Esto es, que actualmente existen 124 escuelas a nivel nacional, por lo tanto, es fundamental una adecuada comunicación entre las instituciones educativas y las de salud.

Es por esto la importancia de investigar el origen de la desigualdad en la asignación de médicos especialistas en los diferentes estados de México, teniendo en cuenta que el problema de fondo con el personal médico no solo pasa por la desigualdad, sino que tiene sus raíces en la carencia de este tipo de personal. Por ejemplo, la Organización Panamericana de la Salud (2021) expresa que a nivel mundial dos cada de tres de las muertes por enfermedades cardiovasculares se producen en países de ingresos bajos y medianos, esto debido a las dietas poco saludables, al consumo de alimentos con alto contenido de sal, grasas y azúcares además de escasez de especialistas médicos en la materia, principalmente cardiólogos, diabetólogos y endocrinólogos.

Un problema de salud de las sociedades modernas es sin duda la diabetes, una enfermedad crónica que ha cobrado auge y frecuencias inusitadas tanto en población adulta como infantil. Esta enfermedad, de acuerdo con la Federación Española de Diabetes (2021) si bien en su fase inicial puede ser tratada por un médico general, con el pasar del tiempo el manejo debe ser por parte de un especialista médico pues a la diabetes comenzarán a sumarse otras enfermedades crónico-degenerativas como problemas en el corazón, riñón, circulación e irrigación sanguínea, hígado y glaucoma, principalmente. En ese sentido, la Federación Española de Diabetes (2021) concuerda las malas prácticas alimentarias, así como el poco acondicionamiento físico contribuyen al desarrollo de la diabetes, sin embargo, la poca disponibilidad de médicos especialistas derivará en complicaciones fisiológicas para los diabéticos. En México, de acuerdo con la Secretaría de Salud (2019) la diabetes mellitus es la primera causa de muerte entre las mujeres y la segunda entre los hombres, lo cual, aunado a la falta de especialistas endocrinólogos resulta en un severo problema de salud pública. En ese sentido, Díaz Maldonado (2017) puntualiza que en nuestro país solo hay cerca de 1,200 médicos endocrinólogos para atender pacientes diabéticos y apunta que cada año egresan entre 20 a 25 médicos con esta especialidad, los cuales por lo general trabajan en Ciudad de

México, Monterrey y Guadalajara, enfatizando que la distribución de médicos endocrinólogos no es homogénea. Con este panorama de enfermedades crónicas, es necesario pensar que en México la falta de especialistas contribuye a un problema de salud pública el cuál puede empeorar en el mediano y largo plazo.

Ahora bien, de acuerdo con Rodríguez & Gallegos (2020), Pallarés, Górriz, Morillas y Llisterri (2020), Pérez, Sliuntiaeva, y Aroche (2021), Feghali, Atallah, y Norman, (2021), Pilay & Zamora (2022) y Boix & Merino (2022) en la postpandemia la literatura médica ha hecho énfasis en un buen número de casos que refieren a pacientes que fueron infectados de Covid-19 que desarrollaron complicaciones de cuatro tipos principalmente: cardíacas, pulmonares, renales y tiroideas. En ese sentido, este trabajo busca cuestionar no el actuar del gobierno en la pandemia por covid-19 sino la precaria planeación de la salud pública, específicamente en la distribución geográfica de médicos especialistas en la post pandemia.

Por ende, este es un tema de tesis novedoso debido que la literatura acerca de este tema es escasa, es una investigación pertinente, puesto que a lo largo de este apartado se ha evidenciado que existe una problemática en cuanto a la cantidad de médicos especialistas que hay en la república, ocasionando una desigualdad distributiva, lo que con lleva a la deficiencia de los servicios de salud pública en México.

## 1.2 Antecedentes

A principios del siglo XIX, donde la época porfiriana predominaba, surgió la necesidad de reconocer las obligaciones de los empresarios frente a las condiciones de salud de sus trabajadores, por lo tanto, factores como la enfermedad, accidentes o muerte comenzaron a tener peso en sus contratos de trabajo, es así como surge la Ley de Accidentes de Trabajo del Estado de México, expedida el 30 de abril de 1904, en la cual únicamente se hace mención de establecer una responsabilidad civil para los patrones en caso de que el trabajador sufra de algún accidente mientras se encuentra laborando (Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, 2006). Dos años después se crea la Ley sobre Accidentes de Trabajo, del Estado de Nuevo León, expedida en Monterrey el 9 de abril de 1906, en la cual sobresalen los artículos 1 y 4 donde se menciona que todo propietario de las empresas será responsable en materia civil de los accidentes que le ocurran a sus empleados y operarios en desempeño de su trabajo (Congreso del Estado de Nuevo León, 1906). Por otro lado, en el artículo 4 se hace énfasis en la indemnización referente al pago de la asistencia médica y farmacéutica de la víctima, cuyo pago corre a responsabilidad del propietario de la empresa, por un tiempo no mayor a 6 meses (Congreso del Estado de Nuevo León, 1906). La diferencia notoria entre estas 2 leyes es que una solamente se enfoca en la responsabilidad civil que debería tener el patrón, pero en la segunda se menciona esto y se le añade una indemnización una vez que el trabajador sufra algún accidente y este le impida seguir trabajando.

Casi diez años después, los trabajos de promulgación de la Constitución de 1917 fueron un parteaguas para comenzar a legislar sobre la seguridad y salud de los trabajadores de manera obligatoria, y esto se buscaba plasmarlo en la Constitución de 1917. Es así como se debatió el tema de la salud comenzando por la alta tasa de mortalidad, en la cual México lideraba frente a otros países. Es hasta este punto donde comienza a tomar relevancia el tema de la salud individual y colectiva, debido a los sucesos epidemiológicos que enfrentó México, como la peste bubónica en Mazatlán ocurrida en 1902 y la epidemia de fiebre amarilla en Monterrey, ocurrida en 1903. Siendo esta la que mayor extensión de contagios tuvo, ya que ciudades como Tamaulipas, Tampico y Ciudad Victoria se vieron afectadas, puesto que el 16% de la población resulto contagiada y como consecuencia se obtuvo un total de 1,700 muertes en un lapso menor a 60 días (Coordinación Nacional de Protección Civil , 2018).

Esto como resultado de que el gobernador del Estado de Nuevo León, se opuso a detener el funcionamiento del ferrocarril de Tampico a Monterrey, llamado ferrocarril del Golfo, a pesar de los consejos de las autoridades sanitarias, y esto ocasionó la invasión de la epidemia a Monterrey (Instituto Nacional de Estudios Historicos de las Revoluciones en México, 1906-1907).

Es así que, gracias a este debate, en la constitución de 1917 se crean dos organismos exclusivamente dedicados a la atención de la salud pública. El primero se encuentra en el artículo 73 fracción XVI de nombre: Consejo de Salubridad Pública, el cual se menciona estar a cargo directamente del presidente de la República, quien tendrá la facultad de dictar disposiciones sanitarias obligatorias a todo el país (Cámara de Diputados del Congreso de la Unión , 1917). Este consejo se creó con el objetivo de reaccionar de manera rápida y efectiva ante emergencias de salud pública, como las que enfrentó México en los años 1902 y 1903 (Gómez Dantés & Frenk , 2019). De acuerdo con la Ley General de salud en su artículo 17 se mencionan las principales funciones de este consejo las cuales son: Dictar medidas contra el alcoholismo, venta y producción de sustancias tóxicas (Art. 17, Fr. I), opinar sobre programas y proyectos de investigación científica y de formación de recursos humanos para la salud (Art. 17, Fr. II), elaborar el Compendio Nacional de Insumos para la Salud (Art. 17, Fr. V), participar en la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (Art. 17, Fr. VI), rendir opiniones y formular sugerencias al Ejecutivo Federal tendientes al mejoramiento de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud (Art. 17, Fr. VII), finalmente es la encargada de analizar las disposiciones legales en materia de salud y formular propuestas de reformas o adiciones a las mismas (Art. 17, Fr. VIII).

El segundo organismo mencionado en la constitución de 1917 es el Departamento de Salubridad Pública, el cual se encuentra mencionado en el artículo 73 fracción XVI, este por su parte se establece como una dependencia administrativa del Poder Ejecutivo federal. A diferencia de la anterior esta no estaba a cargo únicamente del presidente si no del Poder Ejecutivo, y sus principales atribuciones son: el diseño de la legislación sanitaria de la República; la policía sanitaria de puertos, costas y fronteras; la implantación de medidas contra enfermedades contagiosas y enfermedades epidémicas; la preparación y

administración de vacunas y sueros; la inspección de alimentos, bebidas y drogas, y la organización de congresos sanitarios (Cámara de Diputados del Congreso de la Unión , 1917)

Aunado a ello, a pesar del intento de incluir la salud en la constitución de 1917, siguen quedado inconclusas varias vertientes y una de ellas es que no se soluciona el problema de la falta de seguridad, sanidad y salud que los trabajadores enfrentan en sus áreas de trabajo, hasta este punto aún no se llega a un acuerdo de quien será el encargado de proveer seguridad y atención en caso de que el trabajador sufra algún accidente mientras está en activo.

No fue hasta finales de 1925 donde se presentó una iniciativa de ley sobre accidentes de trabajo y enfermedades, la cual consistía en establecer las pensiones e indemnizaciones a cargo del patrón, buscando asegurar y garantizar la vida y salud del trabajador ya no solo por un periodo de 6 meses, si no cuando este se vea afectado por un accidente de trabajo, el cual de por resultado ya no ser apto para seguir laborando, es así como se busca crear un instituto público que logrera atender los riesgos que corre un trabajador en su campo laboral, es así como se dispone la creación necesaria de un Instituto Nacional de Seguro social (IMSS). Ante tal iniciativa el Congreso de la Unión tres años después, en 1929 modificó la fracción XXIX del artículo 123 constitucional, quedando de la siguiente manera: “se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de Invalidez, de Vida, de Cesación Involuntaria del Trabajo, de Enfermedades y Accidentes y otros con fines análogos” (Cámara de Diputados del Congreso de la Unión , 1917)

Para 1935 el presidente Lázaro Cárdenas envió a los legisladores un proyecto de ley del Seguro Social, el cual consistía en la creación de un Instituto de Seguros Sociales, de aportación tripartita, que incluía al Estado, a los trabajadores asegurados y a sus patrones, buscando que este seguro cubra o prevendría los siguientes riesgos sociales: enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, enfermedades no profesionales y maternidad, vejez e invalidez y desocupación involuntaria (Gaceta del Senado , 1935). En 1938 quedo aprobado el proyecto por un consejo de ministros, quienes lo enviaron a la cámara de diputados donde no pudo llegar más lejos, ya que les pareció conveniente que se creara un documento más elaborado, ya que pedían que en este incluyera estudios actualizados (hasta el día de hoy, se desconoce qué tipo de estudios pedían para completar el proyecto).



Un suceso que fue detonante para acelerar el proceso de atención a la salud hacia los trabajadores fue la expropiación petrolera en 1939, ya que esta guerra motivo muchas inquietudes por encontrar soluciones a los problemas de desigualdad económica y social (Rivera Castro , 2008), la salud y seguridad hacia los trabajadores comenzó a tener más fuerza. Es así como en diciembre de 1942 se envió a las Cámaras la iniciativa de Ley, proponiendo la protección de los trabajadores, asegurando así su existencia, su salario, su capacidad productiva y la tranquilidad de la familia.

No fue sino hasta 1942 que concluyeron favorablemente todas las circunstancias para que finalmente pudiera crearse en México el Instituto Mexicano del Seguro Social, después de 17 años buscando implementar y crear sólidamente este seguro, en diciembre del mismo año se logra enviar a las Cámaras la iniciativa de Ley, buscando proteger a los trabajadores y asegurar su existencia, su salario, su capacidad productiva y la tranquilidad de la familia (siendo también beneficiarios de este servicio público de salud). El Congreso aprobó la Iniciativa y el 19 de enero de 1943 se publicó en el Diario Oficial la Ley del Seguro Social. Finalmente fue creado el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Es así como el Instituto Mexicano del Seguro social (IMSS) otorga a los trabajadores mexicanos y a sus familias la protección suficiente y de oportuna atención frente a situaciones como la invalidez, la enfermedad o la muerte, garantizando protección de la existencia de recursos naturales, de salud, materiales y sociales necesarios para el beneficio individual y colectivo, es así como se logra fomentar la salud, a través de la prevención de enfermedades y accidentes que impidan elevar el estilo de vida de la población asegurada, pero principalmente de los pensionados, otorgando entonces servicios de calidad.

Por su parte, la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) partió en 1925 con la dirección de pensiones civiles y de retiro, la cual fue creada para proteger a todos los trabajadores con sueldos provenientes del estado (empleados públicos, burócratas, maestros, etc.), esta dirección tenía la facultad de otorgar pensiones por vejez, inhabilitación, muerte o retiro, pero aun la atención médica no formaba parte de sus facultades, lo que determino que varias dependencias federales crearan unidades propias para brindar servicios médicos para la atención de sus trabajadores, este tipo de

atención resultaba bastante limitante puesto que, los pensionados no entraban en este rubro y su atención médica dependía de servicios particulares.

Para 1930 se presentaron otras iniciativas con poco éxito, ya que se buscaba tener una cobertura de atención médica mucho más amplia, donde no solo se garantizara otorgar pensión por las diferentes razones ya descritas anteriormente, sino que se buscaba brindar medicamentos de manera gratuita e incluir a las mujeres embarazadas en su sistema de salud, las cuales se encontraban activas en el campo laboral (Cotonieto Martínez , 2021). Es así como en 1938 se creó el Estatuto Jurídico de los Trabajadores al Servicio del Estado, que reglamentaba a los tres poderes públicos, donde destaca el artículo 28, que hace énfasis en brindar licencias maternales, permitiendo así el descanso que se considere necesario, como también el uso del servicio médico (Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, 1963), por otro lado, se destaca el artículo 43, donde se definen las obligaciones de los titulares, siendo estos los responsables de brindar atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria, y en su caso, indemnización por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, 1963). Este sistema jurídico entro en vigor en el Distrito Federal y territorios federales, lo que significó la ampliación de prestaciones respecto a la Ley de Pensiones de 1925, ya que ahora se tomaba en cuenta la maternidad, indemnizaciones, servicios médicos, así como la educación (Farfán Mendoza , 2016 ).

Es así como en 1931 se crea la Primera Ley Federal Del Trabajo, donde se regulan todos los aspectos principales del derecho laboral como lo son: los individuales, colectivos, administrativos y procesales, la seguridad laboral comienza a tener peso y mayor relevancia ya que en el artículo 22 se establece de carácter obligatorio cubrir las indemnizaciones a causa de un accidente de trabajo, de alguna enfermedad fuera o dentro del área laboral, garantiza la atención médica a cualquier trabajador del estado que así lo requiera. (Diario Oficial de la Federación , 1931)

Finalmente, en la década de los años cuarenta se abre una nueva etapa para los trabajadores del Estado mediante reformas legales realizadas en 1946 y 1947 (Junta Directiva , 2022). En 1946 se crea la primera Junta Directiva, enfocada a la toma de decisiones respecto a los servicios de salud de los trabajadores, teniendo esta las siguientes facultades: Examinar para

su aprobación y modificación, el programa institucional y los programas operativos anuales de acuerdo con lo establecido en la Ley de Planeación; Examinar y aprobar anualmente el presupuesto de gastos de administración, operación y vigilancia; aprobar el presupuesto para la inversión a los centros de salud etc. (Junta Directiva , 2022). Por otro lado, En 1947 surgió un cambio cuando se aprobó la nueva ley de pensiones civiles, la cual buscaba garantizar los servicios médicos exclusivamente de accidentes laborales y enfermedades de trabajo, como otorgar las diferentes prestaciones que se señalan en el artículo 3, siendo estos préstamos hipotecarios, quirografarios, adquisición de casa, terrenos etc. (Camara de Diputados del Congreso de la Unión , 1947). Si bien es cierto la nueva ley brinda la oportunidad de que los trabajadores cuenten con bienes materiales propios, pero en cuanto a la salud continúa siendo limitante, por ende, los trabajadores incluyeron y manifestaron la necesidad de una atención médica que garantizara el cuidado y atención en todas sus áreas.

Es así que surge la necesidad de crear un instituto que buscara garantizar, ya no solo la salud a los trabajadores, sino que también estos tuvieran adquisiciones por medio de la afiliación al seguro médico, teniendo como resultado acceso a diferentes prestaciones como el Fondo de la Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (FOVISSSTE) y al Fondo Nacional de Pensiones de los Trabajadores al Servicio del Estado (PENSIONISSSTE), dando paso al 13 de diciembre de 1959 donde finalmente se aprueba la ley del ISSSTE, como resultado de la anulación de la ley de pensiones civiles. El nuevo instituto resulta ser un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonios propios, esto con la finalidad de administrar los seguros, prestaciones y servicios que la misma contiene y señaló como órgano de gobierno a la Junta Directiva, la cual no solo protegía a los trabajadores del Estado, sino que quedaba obligado a proporcionar atención médica y servicios sociales a los trabajadores, familiares y pensionados. Es así como surge la creación de las primeras clínicas en el año de 1960 que comenzaron a extenderse por todo el país. Es así como el ISSSTE busca satisfacer el bienestar integral de los trabajadores del Estado, pensionados, jubilados y familiares de los derechohabientes, con la capacidad de otorga seguros, prestaciones y servicios médicos que garanticen la salud de los ya mencionados.

### 1.3 Justificación

Se realizó una revisión de literatura en el repertorio de dos universidades las cuales son la Universidad Veracruzana y la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, debido a que en la Universidad de Quintana Roo no se encontraron tesis que aborden el tema de investigación. En dicha búsqueda de las 2 universidades mencionadas anteriormente se encontraron 5 tesis que resultan relevantes para este trabajo, las cuales se explicaran brevemente.

Martínez María (2015) en su tesis de maestría, plantea que la calidad de los servicios del personal en enfermería es baja debido a la falta de humanización por parte de los profesionistas, menciona que se carece de un vínculo de paciente- enfermera y explica que no es desde un aspecto sentimental u emocional si no desde un aspecto de cuidados. Es decir, cuidados no solo se relaciona con la administración de medicamentos, la toma de signos vitales, curaciones etc., sino con acciones caritativas (y esto parte desde lo más simple como lo es el aseo personal del paciente, alimentos, apoyo psicológico etc.). La autora menciona que se pierde la sensibilización en las situaciones en las que el paciente se encuentre (ya sea fase terminal o de salvación) lo que ocasiona que la calidad del servicio sea por obligación y no por gusto, lo que desencadena actitudes groseras, desinterés en atender a adecuadamente, generando que la calidad del servicio vaya en decadencia.

Con una perspectiva opuesta está la tesis de Villafranca (2018) *Calidad de los registros clínicos de profesionales en enfermería* donde plantea que la calidad del servicio médico no es deficiente por la falta de humanización debido a que forma parte de tu perfil académico y con ello ejerces la profesión de enfermería, encuentra que el problema radica en los registros clínicos y el mal planteamiento ha ocasionado que se generen demandas por parte de los pacientes o familiares del enfermo hacia el personal médico. Uno de los aportes más importantes de esta tesis de maestría, son los aspectos que utilizó para evaluar la calidad del personal de enfermería, donde se encuentran estos registros médicos los cuáles deberían tener información descriptiva y objetiva: lo que ve, oye, siente y huele (perspectiva del paciente) no lo que supone, infiere, concluye o asume (personal médico). Es uno de los errores más graves y frecuentes de los registros. Otros de los grandes errores es la administración de medicamentos o ejecución de procedimientos por iniciativa propia, donde es totalmente

peligroso administrar medicamentos sin orden médica escrita. Y explica que la mayor parte de los errores de medicación tiene lugar cuando una enfermera/o descuida el seguimiento de los cinco correctos: el paciente correcto, el medicamento correcto, la dosis correcta, la vía de administración correcta, la hora correcta. Todo esto contribuye a que se dé una calidad de servicio precaria y deficiente.

También se revisó el trabajo de Peralta Nava (2018) *Evaluación de la calidad percibida relacionada con la atención en enfermería por familiares del paciente*, en la cual menciona que un servicio médico es precario debido al ambiente laboral, no solo entre el personal médico si no entre autoridades. Explica que los pacientes se quejaban de los dobletes de turnos del personal médico haciendo que la atención sea cada vez más deficiente, con menos cuidado y con menos tratos de amabilidad. Ante esto los pacientes documentaron que la administración de sus medicamentos era a deshoras debido al olvido de su administración por parte de enfermeras, pero especificaron que esto ocurría con el personal que llegaba a doblar hasta 3 turnos al día, lo que da paso a una explotación laboral enorme.

Con una visión similar está la tesis de Juárez Briones (2018) *Analizar la relación del nivel de satisfacción y los factores laborales que existen en el profesional de enfermería*, en donde concuerdan que las jornadas laborales de 8 u 11 horas en las cuales realizan funciones que requieren el cuidado de la salud física y mental de los pacientes, generando satisfacción en todo lo que desempeñan, reflejándose en la productividad, estabilidad, compromiso y principalmente en el clima laboral entre otros, es por esto que la salud física como mental del personal médico debe estar en las condiciones adecuadas, para atender a los enfermos. Juárez Briones (2018) menciona que el clima laboral se ve afectado por las precarias condiciones laborales en las que se encuentran, por la falta de material e instrumentos básicos que se necesitan, la falta de medicamentos, inmobiliario insuficiente etc. Todo esto contribuye a que especialistas (no solo enfermeras) den un servicio de mala calidad lo que desarrolla problemas con su desempeño como profesionistas.

Es importante señalar que la búsqueda de tesis en materia de calidad y disponibilidad de servicios médicos se tuvo que hacer en repositorios de otras universidades, puesto que en la biblioteca Santiago Pacheco de la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo, a la

fecha, no existen trabajos de titulación que aborden esta temática. De ahí la relevancia para realizar este trabajo.

## 1.4 Pregunta de investigación

*¿Qué factores son decisivos para la distribución geográfica de médicos especialistas en el IMSS e ISSSTE en México?*

## 1.5 Hipótesis

En México la distribución de médicos especialistas se concentra en las grandes ciudades tales como: Ciudad de México, Estado de México y Monterrey debido a que ocurren tres factores: Densidad demográfica, elevada oferta en las matrículas universitarias para especialidades médicas y el completo desequilibrio del mercado de servicios médicos privados especializados.

## 1.6 Objetivo general

*Analizar la planeación federal y los criterios que norman la distribución de médicos especialistas en México*

## 1.7 Objetivos específicos

- Discutir desde la descentralización las formas operativas y de contratación de médicos especializados que tiene el IMSS y el ISSSTE.
- Describir los factores de la planeación que son necesarios para la distribución de médicos especialistas.



## CAPÍTULO 2. MARCO TEORÍCO

En este apartado se explican las corrientes teóricas y conceptos que soportan el objetivo general, la hipótesis y pregunta de investigación. Como se recordará, el tema central para esta tesis es “Desigualdad y salud pública: un estudio de caso para la asignación de médicos especialistas en los hospitales públicos IMSS e ISSSTE de México”, revisando entonces la literatura de tres conceptos clave para el entendimiento de esta investigación que son: planeación gubernamental, descentralización y administración pública.

### 2.1 Discusión sobre “Planeación Gubernamental”

Para llegar a la planeación gubernamental se tienen 2 tipos principales de planificación que la conforman; planeación del desarrollo y planificación estratégica.

La planificación para el desarrollo surge de la tensión entre el sistema capitalista y el sistema socialista, en respuesta a los procesos socioeconómicos de la primera mitad del siglo XX. Comenzando con la revolución bolchevique de 1917, como respuesta a la hambruna, explotación y miseria que predominaba en las ciudades a causa de la llegada de la industrialización (Figues , 2022). Dando paso al nacimiento de la Unión Soviética, donde entre 1928 y 1932 se crea el primer plan quinquenal denominado GOELRO, el cual buscaba la electrificación a toda Rusia, es decir llevar electricidad e iluminación a los hogares de todas las personas en su mayoría a campesinos, esto con el objetivo de romper la brecha entre el campo y las ciudades. Por otro lado, este plan quinquenal también contenía programas de producción industrial, como el desarrollo del transporte y la agricultura (Huayamave, 2015). En términos del sector salud, se crea el primer sistema nacionalizado soviético de servicios de salud, el cual estaba controlado por el Estado y consistía en proporcionar gratuitamente atención médica, logrando mejorar la oferta de camas hospitalarias y brindar atención médica a trabajadores y campesinos. Finalmente la salubridad comienza a formar parte del desarrollo, ya que aspectos como la salud, educación, vivienda y economía empiezan a tener peso en la planificación del Estado (Medina , 2014).

Por otro lado, en 1930 los países capitalistas se vieron afectados por los efectos sociales, políticos y económicos que había dejado la crisis de 1929. Ante esto, optaron por una planificación de desarrollo a corto plazo, esto con el objetivo de tener un crecimiento económico acelerado, puesto que predominaba la pobreza, el desempleo y la inflación (Lopera-Medina, 2014). Es así como surge la teoría keynesiana en la que se afirma que el Estado debe intervenir en la economía para mantener el equilibrio y así poder revertir los ciclos de crisis. En su teoría general de la ocupación, el interés y el dinero creada en 1936, Keynes plantea que; el desempleo aparece cuando no se consume todo lo producido, es decir, cuando la demanda es menor que la oferta: si no se generan nuevos bienes y servicios tampoco se requerirá nueva mano de obra, menciona que el gobierno debe aumentar la demanda con medidas expansivas, que aumenten el gasto del sector público para generar riqueza y así poder generar empleo (Keynes, M. 1936). Todos estos sucesos y teorías dieron paso a la nueva ola de políticas de intervención estatal y estilos de planeación en países como Francia, Inglaterra y Alemania.

Mientras que en América Latina en la década de 1930 se comenzaron a diseñar planes de desarrollo como respuesta a los problemas económicos surgidos por la crisis de 1929, como lo fue la alta tasa de migración que había del campo a la ciudad. La urbanización trajo consigo diversos problemas de vivienda como de servicios públicos, ya que algunos servicios básicos como la electricidad y el agua potable estaban siendo escasos, sin mencionar la inflación que aquejaba en ese periodo (Medina, 2014). Es así como en 1948 se crea la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), cuyo objetivo se basaba en coordinar cualquier acción encaminada a la promoción del desarrollo económico. Finalmente, con la llegada de la Segunda Guerra Mundial en 1939, en América Latina se logró implementar el modelo de estado interventor propuesto por Keynes, ya que algunos estados fueron impulsados por la industrialización llevando consigo una serie de políticas tributarias, cambiarias y arancelarias buscando proteger, controlar, y aumentar su economía. Estas políticas no solo buscaban un desarrollo económico sino un desarrollo industrial el cual permita incluso atender las demandas sociales.

Es así como varios autores definen la planificación del desarrollo, comenzando con Druker (1954) y Chandler (1962) quienes concuerdan que es una herramienta que ayuda al desarrollo

social de un país o de un Estado. De igual manera Ackoff (1985) menciona que la planificación no es enfocada a solo el desarrollo social, si no a las metas y objetivos reales que se pueden llevar a cabo en un tiempo determinado, puesto que, para él la planificación es prever obstáculos que pudieran surgir en los planes que buscan un desarrollo económico. Por otro lado, Pérez Porto, Gardey y Merino (2009) mencionan que es una herramienta la cual promueve el desarrollo social, ya que está enfocado en el progreso económico, cultural, social y político. Mientras que, para Guamán Buestán (2008) entiende la planificación del desarrollo como procesos políticos, debido a la coherencia, racionalidad y conducción que se tiene en la gestión gubernamental, por ende, él afirma que planificar es gobernar, ya que no puede haber un desarrollo si no se tiene conocimiento o estudios previos de lo que se planea implementar, de esta manera solo así se lograra un verdadero desarrollo social para un Estado.

Ahora bien, la planificación estratégica se apoya de los sucesos históricos que dieron paso al surgimiento de la planificación del desarrollo, la diferencia es que la estratégica surge formalmente en 1960 con la definición de Ansoff (1965), quien la describe como un “hilo conductor” que conectaba las actividades de la empresa con las del mercado, teniendo entonces que las estrategias son un parteaguas para la toma de decisiones. Esto para muchos analíticos resultó coherente, hasta que empezaron a surgir diferentes tipos de definiciones y enfoques. Testa (1989) menciona que este tipo de planificación no es solo hacia un enfoque empresarial, si no que va más allá de solo la empresa y el mercado, explica que es un proceso constante de discusión y análisis de los problemas sociales, que debería tener en cuenta el gobierno al momento de crear programas o políticas públicas enfocadas a la cuestión social. Por otro lado, Beteman (2004) señala que la planificación estratégica es un conjunto de procedimientos que agilizan la toma de decisiones con respecto a las metas a largo plazo, esto con la finalidad de prever situaciones que podrían desviar nuestro objetivo.

Por otro lado, partiendo de un contexto histórico mexicano fue que, a partir de 1910 en respuesta al movimiento revolucionario, el gobierno comienza a tener intentos de objetivos y planes. De esta manera se comienzan a generar proyectos nacionales que buscaban el desarrollo económico, político, social y cultural en el país (Secretaría de Gobernación, 2018). Comenzando en 1933 en el sexenio de Lázaro Cárdenas donde surge el primer plan

gubernamental denominado Plan Sexenal, inspirado en los primeros planes quinquenales llevados a cabo por la Unión Soviética. Este plan buscaba que el Estado interviniera en el desarrollo, la gestión y la regulación de las actividades económicas y sociales del país, esto con el objetivo de atender las demandas económicas y sociales (Ragel, 2016), las cuales no eran atendidas satisfactoriamente, siendo que México se encontraba enfrentado la crisis económica ocurrida en 1932, donde el Producto Interno Bruto (PIB) decayó al 14%. Este plan se concentraba en lograr un crecimiento específicamente en estos cuatro campos: agrario, industrial, educativo y sindical (Gobierno de México , 2019).

En 1939 se elabora el segundo Plan Sexenal a cargo del sexenio de Manuel Ávila Camacho, el cual continua con la idea del reparto agrario mencionado en el primer plan. Es así como propone mejorar la economía industrial a base del comercio, el principal objetivo de este plan era crear alianzas comerciales nacionales e internacionales con otros países de tal manera que la exportación e importación ayude al crecimiento económico de México (Instituto Nacional de Estudios Politicos , 1939).

Con el presidente Ruiz Cortines cuyo sexenio fue 1953 y 1958, la planeación gubernamental se basó en la creación del Programa Nacional de Inversiones y en la Comisión de Inversiones, siendo que el principal objetivo fuera examinar y aprobar las inversiones del sector público de tal manera que los recursos sean optimizados al máximo (Velasco Coquis , 2016). A comparación con los sexenios anteriores cuyos planes se desglosaban en diferentes objetivos, este en específico se basaba en la creación de un solo programa englobando así el impulso del desarrollo económico. Mientras que en el sexenio de Díaz Ordaz se crea formalmente en 1966 el Programa de Desarrollo Económico y Social de México, el cual consistía en estimular la inversión privada, impulsar la producción agrícola e industrial y promover el turismo (Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 1962). Sin embargo, los intentos por planificar el desarrollo nacional muestran signos de debilidad e inconsistencia, puesto que este programa llevo a su fin en 1970.

Finalmente, con el presidente Miguel de la Madrid en 1982 presento iniciativas para reformar los artículos 25, 26 y 73 de la Constitución del 1917, referentes a la Planeación del Desarrollo. El artículo 25 busca otorgar al Estado la rectoría del desarrollo nacional; el artículo 26 hace énfasis en la organización de un sistema de planeación democrático y el artículo 73 le otorga

facultades al Congreso de la Unión para expedir leyes sobre la planeación nacional (Cámara de Diputados del Congreso de la Unión , 1917). Es así como en enero de 1983 se publica la nueva Ley de Planeación, la cual define a la planeación como un ordenamiento nacional y sistemático de acciones que incluye la regularización y promoción de la actividad política, económica, social y cultural, estando siempre basado en las normas, principios y objetivos que se establecen en la Constitución (Coquis , 2016).

Es así como actualmente se conoce a la planeación gubernamental como el Plan Nacional de Desarrollo, donde el gobierno de México a través de consultas públicas, explica cuáles serán sus objetivos y estrategias a lo largo del sexenio, siendo que esto puede variar de acuerdo a los presidentes electos, puesto que todos tienen un objetivo diferente y es muy raro que concuerden o sigan con el plan de desarrollo del sexenio anterior o de sexenios anteriores, trayendo como consecuencia la pérdida de transversalidad entre los Planes Nacionales de Desarrollo.

Es así como sobresalen los trabajos de Ander (1985) y Rivero & Aguilar (2009) quienes concuerdan que la planeación gubernamental es un proceso de toma de decisiones anticipadas, de acciones y recursos necesarios para la operación de planes y programas de trabajos específicos, los cuales buscan la obtención de resultados en un periodo de tiempo determinado.

Por su parte, autores como Baraona & Márquez (2020) definen a la planificación gubernamental desde una perspectiva de participación ciudadana, ya que para ellos una adecuada planificación requiere de un proceso permanente de interacción entre el Estado y la sociedad, con el propósito de orientar la acción del Estado en el bienestar de los ciudadanos. Es así como Granados, Larraín y Rodríguez (2010) concuerdan que la a planificación debe ayudar a prever los recursos necesarios para dar sustentabilidad a las políticas públicas, pero sobre todo debe buscar satisfacer o al menos atender las necesidades propias de los distintos grupos sociales, etarios y geográficos.

Finalmente, para Bernazza (2006) define a la planificación gubernamental como un cálculo racional, la cual esta acompaña de la toma de decisiones, donde el sujeto que planifica es el Estado y este se encuentra comprendido en el “objeto planificado” que lo determina como la

realidad, teniendo entonces que la planeación son todas las cosas posibles, planeadas, organizadas y calculadas que el Estado puede hacer apegado siempre a su realidad.

## 2.2 Discusión sobre “Administración pública”

Desde la antigüedad la administración ha formado parte del desarrollo humano, esto como resultado de las necesidades prácticas de supervivencia como la caza, la alimentación o la construcción de comunidades, recurriendo entonces a organizaciones jerárquicas o colaborativas, donde la distribución de las tareas resulte ser equitativas. Estas necesidades fueron cambiando con las épocas hasta hacerse cada vez más complejas y requerir de métodos de organización más elaborados y planificados, buscando responder a las nuevas demandas ya no solo de una pequeña aldea, si no de una ciudad (Beltrán Ríos & López Giraldo , 2018).

El origen de las primeras culturas pudo florecer bajo la lógica de la organización política y social, pero sobre todo a la administración. comenzando con el Antiguo Egipto en 3100 a.c, cuya administración era centralizada debido a que el Faraón era considerado como el señor de la tierra y sus habitantes, por ende, encabezaba en las decisiones del pueblo. Esta civilización ya contaba con un fondo de valores los cuales se obtenían del pago de los impuestos que el gobierno cobraba a su gente, con el fin de después duplicarlo y comercializarlo por otros objetos, para ello se hacían censos de personas, ganados y tierras para la construcción de infraestructura, agricultura y comercio (Beltrán Ríos & López Giraldo, 2018). Así el antiguo Egipto se caracterizaba por tener una economía sumamente planeada y un sistema administrativo bastante amplio, donde la diferencia de clases sociales ya era muy marcada, dividiendo entonces, los recursos de acuerdo con la mano de obra que ofertaban (campesinos, comerciantes, soldados, artesanos etc.). Es así como los servicios y bienes eran administrados por el gobierno central (Díaz , 2018).

La segunda civilización que marcó el origen de la administración fue la Antigua Grecia, donde comienzan a surgir los primeros intentos de la democracia, el pueblo se organizaba para la toma de decisiones y selección de sus propios gobernantes. El proceso consistía en una reunión dentro de un espacio donde entraba la cantidad de 60000 habitantes, cualquier ciudadano podía intervenir en la asamblea y votar en las decisiones simplemente levantando la mano (Quiroa, 2020). En cuestiones administrativas estos se organizaban votando por los



temas específicos a tratar en la asamblea, predominando siempre los siguientes: magistraturas militares y financieras, la organización y el mantenimiento de los suministros de alimentos, la iniciación de la legislación y los juicios políticos, la decisión de enviar representantes, la decisión de firmar o no tratados, la votación para recaudar o gastar fondos y el debate de asuntos militares (Cartwright, 2018).

Es así que surgieron diferentes filósofos como Sócrates, Platón y Aristóteles los cuales dieron un aporte a la administración, comenzando con Sócrates quien menciona que la administración no es más que una habilidad personal, explicando así que un buen administrador es aquella persona que tiene la capacidad de hacer que sus subordinados obedecieran y cumplieran con los ideales de los puestos asignados, sin importar el tipo de comercio que estuvieran administrando (Carrillo, 2018). Por otro lado, Platón en su obra “La República” expone que hay tres clases de buena administración, la primera es cuando existen leyes buenas, la segunda es cuando los ciudadanos obedecen y la tercera es cuando en caso de que la primera y segunda clase fallen, los mismos ciudadanos tengan la capacidad de administrarse y organizarse de acuerdo con sus costumbres y valores (Carrillo, 2018). Por último, Aristóteles menciona que la administración es una acción, la cual requiere de capacidades y compromisos individuales, debido que se busca alcanzar un bien común. En su libro “política” describe 3 formas de administración pública que son: Monarquía como gobierno de uno, Aristocracia como gobierno de pocos y democracia como gobierno de muchos. (Cruz , 2010)

Finalmente, la Antigua Roma, se caracterizaba por su gran organización la cual le ayudo a dominar toda Europa y una parte de Asia (Quiroa, 2020). Roma era gobernado por una Monarquía, el monarca pertenecía a una clase alta y el pueblo no tenía voz ni voto. La administración romana se basaba en una burocracia fuertemente jerarquizada, que partía desde el poder central (el monarca) a todas las partes del imperio, comenzando con los patricios quienes eran las familias más antiguas de Roma, teniendo privilegios tanto fiscales como judiciales y políticos, quienes eran dueños de la mayoría de las tierras, siguiendo con los plebeyos quienes se dividían en nobles, caballeros y clientes (Casiopea, 2022). Los nobles eran los plebeyos más ricos, los caballeros eran quienes obtenían trabajos de agricultores, comerciantes y profesionales, estos podían aspirar a cargos políticos por su gran adquisición

de bienes, recursos y materiales (Casiopea, 2022). Por último los clientes eran plebeyos que no tenían recursos propios de ningún tipo, por ende, ellos obtenían alimentos o dinero por parte del patrón (estos podían ser alguna de las 2 clases mencionadas ya anteriormente). Estos tres grupos sociales conformaban el sector más favorecido política y económicamente en la sociedad romana, siendo que la administración predominaba en estos grupos.

Es así como en 476 d.C. surge la edad media como respuesta a la caída del imperio Romano el cual se vio afectado por el sistema político, debido a que la sucesión de los monarcas era indeterminado y el Estado era al mismo tiempo muy burocrático, de tal manera que eran las mismas familias quienes predominaban en el poder de Roma, de igual manera las constantes guerras que eran encabezadas por el liderazgo militar, terminaron por vaciar a Roma en cuanto a recursos, gente, comercio y armas, sin mencionar su increíble extensión por todo el continente Europeo termino por agotar la capacidad de control sobre el pueblo (Férriz, 2019).

Es así como surge un nuevo sistema político denominado Feudalismo, formado por antiguos ciudadanos y habitantes del imperio Romano, donde los reyes solo disponían de un poder limitado, el señor feudal era quien administraba la justicia y la recaudación de impuestos. Durante la época medieval hubo una notable evolución de los sistemas organizativos, como resultado del debilitamiento del poder central durante los últimos días del Imperio Romano (Díaz , 2018). La autoridad pasó al terrateniente, el cual tenía a su mando a la policía para controlar los robos y asaltos que pudieran ocurrir en la ciudad. Sin embargo, las condiciones no mejoraron puesto que si bien es cierto ya se hablaba de una administración descentralizada, aun así, el señor feudal era quien predominaba en la toma de decisiones, y sobre la producción total de los campesinos, comerciantes y agricultores.

No fue hasta 1789 con la Revolución Francesa donde finalmente el régimen feudal se vino abajo, esto como resultado de acabar con el absolutismo y los privilegios de los feudales. Es así como se derroco el régimen feudalista y comenzaron a construir una nueva sociedad basada en derechos para todos, su principal lema revolucionario fue: “libertad, igualdad y fraternidad” (Pinzón , 2005). Este suceso fue un parteaguas para el surgimiento de la nueva administración pública, estudiado y propuesto por diferentes filósofos quienes buscaban llegar a un Estado perfecto.

En primera instancia, John Locke (1690) quien hace énfasis sobre una elemental división de poderes estatales, empezando con el poder legislativo el cual su principal función es la creación de nuevas leyes que garantizaran la libertad de los ciudadanos, seguido del poder ejecutivo quien será el encargado de respaldar las decisiones del legislativo, por último, se encuentra el poder federativo el cual busca la paz dentro del estado, así como se busca garantizar la seguridad externa en caso de amenazas o invasiones. Con este mismo pensamiento surge Montesquieu ya que en su obra “*Espíritu de las leyes*” publicada en [1748] hace mención respecto a la división de poderes, y de igual manera concuerda con un poder ejecutivo, el cual su principal función sea proveer y garantizar la defensa externa como mantener y establecer la seguridad en el interior del Estado, el poder legislativo tiene mismo enfoque que Locke y se le atribuye la creación de leyes. Una diferencia notoria es el tercer poder ya que Montesquieu (1748) lo define como el poder judicial cuyo objetivo es disminuir y solucionar los conflictos que se puedan plantear en la aplicación de las normas e incluso aplicar sanciones. Su idea funcional del Estado es así: Leyes y Tribunales de un lado y del otro la fuerza pública, para mantener las decisiones de unos y de otros y a la vez mantener la seguridad del estado con respecto al exterior. La principal finalidad de estos 2 filósofos es desconcentrar, despersonalizar e institucionalizar el poder, acabando así con los anteriores regímenes autoritarios y centralistas.

Es así como damos paso a uno de los sucesos más relevantes para la evolución de la administración pública, y es la revolución industrial cuyo auge fue en 1760 y 1840 en Inglaterra, y fue un proceso de transición en donde la humanidad pasó de unas formas de vida tradicionales basadas en la agricultura, la ganadería y la producción artesanal, a otras fundamentadas en la producción industrial y la mecanización, dando paso a la urbanización que alteró profundamente las estructuras económicas, sociales, así como la mentalidad de los hombres (López, 2016).

La revolución industrial se divide en 4 fases principales, la primera es en 1767 con la mecanización de la industria y la agricultura, surgiendo así las primeras máquinas que comenzarían a facilitar el trabajo humano, comenzando con la máquina de hilar, seguido de la máquina de extracción de algodón y el uso de la rueda hidráulica (López, 2016). La segunda etapa es la aplicación de la fuerza motriz en 1776, con la creación de la máquina de

vapor dando inicio al origen de las fábricas (López, 2016). La tercera etapa surge en 1814 con la creación de un sistema de desarrollo fabril, donde agricultores y artesanos comenzaron a trabajar en fábricas cuyo desarrollo se basaba en la manufactura, comenzando una relación obrero-patronal. La última 4ta etapa tuvo lugar en los años 1814 y 1817, donde surge el transporte y los medios de comunicación (López, 2016)

Con todos esos aspectos se acentúa cada vez más un considerable control capitalista sobre casi todas las ramas de la actividad económica, ya que predominaba el papel de las industrias. Sin embargo, esto trajo consigo una diversidad de problemas ya que las jornadas laborales dentro de estas fábricas eran excesivas, eran mal pagados y las condiciones de trabajo resultaban ser muy precarias (Casiopea, 2015). La desigualdad comenzó a ser cada vez más visible debido al incremento de lujo y la riqueza de los dueños de las industrias, los cuales eran muy pocos, pero se llevaban la mayoría de las ganancias en la producción y distribución del producto, dejando de un lado los derechos humanos hacia sus empleados, por otro lado, aumentó la pobreza de los obreros y trabajadores, que eran dueños sólo de su fuerza de trabajo (Bustelo, 2004).

Siguiendo con la retrospectiva de la administración pública, en México con la época colonial que parte de 1535 a 1810, con el gobierno de Carlos III donde el imperio español se caracterizó por instituciones administrativas, que se habían desarrollado en México durante los primeros cincuenta años después de la conquista española en 1519 (Rangel, 1924). El sistema administrativo de la Colonia estaba dividido en el Rey como la figura central; pasando al consejo de indias donde se tocaban asuntos de aspecto administrativo y financiero. En este consejo se tomaban decisiones, sentencias, leyes y acuerdos encaminando siempre a la voluntad real (Rangel, 1924).

En 1810 surge la independencia de México como respuesta al dominio español, el objetivo principal era liberar al territorio mexicano y acabar con el virreinato, logrando así que México se convierta en un Estado libre y soberano, es así como comenzó un gran cambio a nivel político, social, cultural y administrativo, pero no todo fluyo de manera armónica, puesto que México entro en una crisis baste fuerte puesto que la lucha duro aproximadamente 11 años en los cuales el país estaba sin industrias, sin empresas y sin dinero (Pichetti, 1998).

Esta lucha trajo consigo el Plan de Iguala proclamado en 1821, este plan constaba de 23 artículos en los cuales se proclamaba la independencia de México tanto de España como de cualquier otra nación extranjera, se establece que el gobierno nacional sería monárquico y reconoce la unión e igualdad entre todos los mexicanos (Grudemi, 2018) . También en 1821 nace formalmente la administración pública mexicana, junto con la secretaría de estado y el despacho de relaciones exteriores.

Uno de los años más relevantes para la historia mexicana fue de 1876 a 1910 con el porfiriato, ya que en este régimen se buscaban asentar las bases para un crecimiento económico. Su primera tarea fue aliviar las finanzas públicas: decretó un recorte en el gasto presupuestal y modificó el sistema tributario, lo cual lógicamente proporcionó mayores ingresos al gobierno.

Finalmente, en el siglo XX comienzan a surgir teorías más especializadas referente a la concepción de la administración pública. Comenzando con la administración científica en 1901, cuyo objetivo principal era asegurar la máxima utilidad para el patrón y el empleado, ya que existían intereses compartidos. Consistía en una administración funcional la cual trataba de dividir el trabajo de manera que cada empleado la ejecutara con la menor cantidad de funciones posibles, buscando que este sea eficiente y eficaz al momento de realizar dicha tarea (Chiavenato, 2006).

Otras de las teorías relevantes es la teoría clásica creada en 1916 la cual hace énfasis en la estructura organizacional pero enfocada al funcionamiento empresarial (Chiavenato, 2006). De acuerdo a esta teoría, las áreas de las empresas cumplen con distintas funciones que son: las técnicas relacionadas a la producción; las comerciales, referentes a la compra, venta o intercambio; las financieras, enfocadas a la gestión de capitales; las de seguridad, referentes a la protección de los bienes y las personas; las contables, relativos a los inventarios, registros, balances, costos y estadísticas y las administrativas, correspondientes con la integración de las otras cinco funciones en la dirección (Chiavenato, 2006).

Es así como sobresalen los trabajos de White (1964) quien señala que la administración pública son todas aquellas operaciones que tienen por finalidad el cumplimiento de la ejecución de las políticas públicas, concordando así con Hodgson (2008) quien manifiesta que la administración pública son todas las actividades de las personas o grupos en los

gobiernos u organismos públicos, cuyo enfoque es cumplir el propósito de los gobiernos o agencias.

Por su parte, para Guerrero (1993) la administración pública es el conjunto de organizaciones características del estado que, con su actividad buscan satisfacer necesidades públicas de una sociedad. En la misma línea tenemos a Ramió (1999) quien concuerda que la administración pública son organizaciones a las que les corresponde satisfacer los intereses generales de sus comunidades, ya que para él una organización necesita enfoques específicos y precisos, debido a que controlan elementos, procesos y actuaciones que se involucran en la toma de decisiones gubernamentales.

Para Gulick (1937) la administración pública tiene que ver con el gobierno, enfatizando así que esta predomina en la rama ejecutiva, puesto que es ahí donde se ejecutan los procesos y decisiones que emanen del gobierno. Menciona que la administración pública es una división de la ciencia política y una de las ciencias sociales.

Finalmente tenemos a Pardo (2018) quien con una visión de gobernanza menciona que la administración pública contribuye a la elaboración de políticas públicas de calidad, debido a los aspectos contextuales y arreglos históricos e institucionales en los que han operado las administraciones públicas, es así que a través de ello la ciudadanía obtiene beneficios colectivos como resultado de procesos administrativos legítimos y sobre los que puede rendir cuentas.

### 2.3 Discusión sobre “Descentralización”

La descentralización no ha sido un camino fácil, puesto que México se ha caracterizado por tener regímenes de gobierno altamente centralizados y autoritarios. Comenzando con el periodo del porfiriato que parte de 1876 a 1911, en dicho periodo Porfirio Díaz ejerció gran control sobre la política y los poderes, pues el presidente elegía a todos los funcionarios importantes (Rosales, 2010). Uno de los principales elementos de este sistema político es que no solo controlaba la esfera pública, sino también el sistema electoral, ya que los gobernadores eran los encargados de elegir a los representantes federales que eran los diputados y senadores, teniendo como resultado la antidemocracia, ya que no solo era el control u elección del voto, si no también existía una ausencia de partidos políticos y por ende, una alta censura y control de los medios de comunicación convirtiéndose así en una dictadura, puesto que el principal objetivo de Díaz era la reelección (Rosales , 2010).

Es así como en 1910 surge un movimiento armado encabezado por Francisco I. Madero, como respuesta al descontento de la dictadura de Díaz. A través del Plan de San Luis se buscaría cambiar la estructura política y social del país, puesto que se estaba en contra de la reelección, la dictadura, la centralización del poder, la explotación laboral, la desigualdad social, la represión de la libertad tanto de expresión como democrática. Por ello se buscaban cambios en la administración pública en la que los Estados y municipios pudieran tener facultades y competencias ya que de esa manera se buscaba desconcentrar el poder, de igual forma se buscaba reconocer los derechos humanos y laborales.

Para 1911, el país obtuvo un breve respiro democrático, puesto que los procesos electorales durante el gobierno de Francisco I. Madero provocaron que la población se organizara para elegir a su gobernante por medio del voto, de igual manera México contó con una prensa sin restricciones y con un Congreso que, después de décadas de sumisión se encontró con el novedoso fenómeno de la libertad (Espinoza, 2002 ). Sin embargo, ese Congreso contenía gente proveniente de la dictadura porfirista, evitando así los cambios que madero quiso implementar como la no reelección y los procesos democráticos en futuras elecciones. Es así como comienza un intenso proceso de desestabilización política que culminó con el asesinato del presidente Francisco I Madero y del vicepresidente José María Pino Suárez en 1913 (Valadés, 1998).

Los primeros gobiernos posteriores a la revolución se basaban de un modelo nuevamente centralista, esto con el objetivo de consolidar un Estado nación, ya que el país se encontraba sumamente dividido y desgastado por las constantes luchas ya mencionadas anteriormente. Comenzando con el periodo de Lázaro Cárdenas (1934 -1940) el cual se caracterizó por la creación de la reforma agraria, la cual contenía el reparto de más de 20 millones de hectáreas, beneficiando así a alrededor de un millón de campesinos, de igual manera temas como la agricultura, la producción, la repartición de máquinas e instrumentos para trabajar las tierras fueron bandera central para este sexenio (Spencer & Levinson, 1999). Sin embargo, el sistema de importaciones aceleró la centralización debido a la necesidad de concentrar la planeación del desarrollo industrial, prueba de esto fueron las nuevas áreas de competencia del gobierno federal sobre la industria textil, eléctrica, minera, agricultora, y de ferrocarriles, siendo que estos comenzaron a hacer administrados por el gobierno central.

A partir del periodo de Luis Echeverría (1970-1976) y José López Portillo (1976-1982) es que se comienza con el surgimiento de algunas iniciativas descentralizadoras y desconcentradoras dentro de la administración pública, ya que se buscaba ir disminuyendo las prácticas y funciones centralizadoras que habían dominado en los anteriores sexenios. El periodo de Luis Echeverría se caracterizó por la creación de los Comités Promotores del Desarrollo Regional de los Estados, cuya función fue atender los problemas de desarrollo de los estados, buscaba fomentar la coordinación entre los gobiernos Federal, Estatal y Municipal, y la cooperación de los sectores sociales y privados a nivel local, buscando así un crecimiento económico en los 3 niveles de gobierno (Ramírez y Ramírez, 2013). Mientras que en la administración de José López Portillo se fomentó la creación de puertos industriales en Tampico, Lázaro Cárdenas, Coatzacoalcos y Salina Cruz con el objetivo de proveer de infraestructura industrial y servicios urbanos a estas zonas (Garza, 1983) de igual manera se buscó impulsar planes sectoriales con la intención de diversificar el desarrollo de las regiones del país.

Finalmente, con el gobierno de Miguel de la Madrid que parte de 1982 a 1988 la descentralización tuvo mayor fuerza, ya que en el Plan Nacional de Desarrollo se plasmó la necesidad de redistribuir competencias entre los tres órdenes de gobierno, como también descentralizar el sector salud (García , 2012). En cuanto a la administración pública en 1981



se crea el Comité de Planeación y Desarrollo Estatal cuyo objetivo se basaba en otorgarles a las Entidades Federativas, a sus habitantes y autoridades, la responsabilidad de planear su propio desarrollo, estableciendo formas democráticas de participación ciudadana y teniendo como resultado una vinculación entre el gobierno federal con los gobiernos estatales (Enrique, 2000 ). Para 1983 se reforma el artículo 115 constitucional debido a que se buscaba delegar recursos y atribuciones a los municipios, por tal motivo se reforma la fracción III de este artículo enfatizando que los servicios públicos quedan a cargo de los municipios; mientras que la fracción IV hace énfasis en la creación de una hacienda municipal la cual será integrada por dos fuentes de ingresos; la primera, se determinara por una legislatura de cada Entidad Federativa cuya función será aprobar la Ley de Ingresos Municipales; y la segunda, por las participaciones federales que se entregaran por la Federación a cada Estado para ser redistribuida por la legislatura a sus municipios (Memoria Política de México , 1982 ). Una de las principales características de este sexenio es que se comenzó con la descentralización a través de la apertura al libre mercado, debido a que se buscaba una amplia cobertura hacia la economía exterior. Sin embargo, para 1985 los estados industrializados son los que conservaban la mayoría de las principales empresas productoras, entre ellos están: el Distrito Federal, Nuevo León y Jalisco, por ende, la concentración de la riqueza radicaba en esos 3 Estados (Lara, 1989).

En cuanto a la salud entre 1983 y 1988, surgió la primera reforma del sistema de salud, la cual consistió, principalmente, en cambios normativos. En 1983 se incluyó en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el derecho a la protección de la salud; esta modificación de la Carta Magna fue acompañada de un decreto, firmado también en 1983, que estableció las bases para el programa de descentralización de los servicios de salud , a partir del reconocimiento constitucional en 1983 se crea el derecho a la protección de la salud, seguido de la Ley General de Salud la cual tiene por objetivo crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población en beneficio de la salud individual y colectiva (Secretaría de salud, 2015). Con la promulgación de esta Ley se comienza el proceso de descentralización de los servicios de salud ya que se empieza a consolidar y extender la distribución de facultades y recursos a nivel estatal (García , 2012).

Para el gobierno de Ernesto Zedillo (1994-2000) se continuaron con los procesos de descentralización en materia de salubridad, ya que se definieron las bases para instrumentar el sistema de salud de tal manera que se buscara brindar un servicio coordinado, que permitiera beneficiar a toda una población abierta sin necesidad de que se encuentren afiliados a un seguro médico, buscando así una salud universal (García , 2012). Finalmente, para 1996 se firmó el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, mediante este documento, el gobierno federal transfirió a los estados la responsabilidad de prestar servicios de salud y medicina preventiva a toda la población, sin importar que las personas fueran o no derechohabientes de alguna institución de seguridad social.

Es así como la descentralización en México se impulsó debido a la incapacidad de los gobiernos centralistas de controlar al país, las constantes crisis económicas y las luchas dieron paso a que poco a poco fuera desapareciendo el régimen autoritario y concentrador. La autonomía municipal trae cambios en las relaciones intergubernamentales y da paso a los procesos de distribución ya no solo de riqueza si no de atribuciones y facultades que antes eran controladas por el poder central. La descentralización no solamente se enfoca en los diferentes órdenes de gobierno si no también mejora la prestación de servicios en el sector público elevando así el nivel de vida de los ciudadanos.

### 2.3.1 Descentralización y Desconcentración

De acuerdo con Rondinelli, Nellis y Cheema (1984), la descentralización es la transferencia de responsabilidades a diferentes actores u organismos quienes participaran en la planificación, gestión, obtención y distribución de los recursos del gobierno central. Para estos autores, existen cuatro tipos principales de descentralización, y son: la desconcentración, delegación, devolución y privatización. La desconcentración es la distribución de responsabilidades a los diferentes órdenes de gobierno, la delegación corresponde a la transferencia de funciones específicamente definidas hacia organismos que están fuera de una estructura burocrática regular, o que se encuentran controlados por el gobierno central, la devolución es la creación o el fortalecimiento financiero o legal de unidades subnacionales de gobierno, cuyas actividades están fuera del control directo del gobierno central, y por último la privatización corresponde a la transferencia de funciones hacia organizaciones voluntarias o empresas privadas.

Para Jaramillo Cardona (2010) desde un enfoque local y de participación ciudadana, la descentralización ayuda a mejorar la planeación local, buscando así solucionar las necesidades reales de las poblaciones a través de propuestas y quejas que emanen de la sociedad civil, teniendo como resultado una participación dirigida tanto en apoyar las decisiones de los gobiernos en programas y proyectos encaminados a mejorar la calidad de vida, como a la elaboración de propuestas para perfeccionarlos. Mientras que para Solfa (2006), menciona que la desconcentración es un mecanismo en el cual la ley otorga de forma regular y permanente determinadas competencias dentro de un mismo órgano, es decir consiste en distribuir competencias dentro del mismo organismo.

Finalmente tenemos a Coraggio (1994) quien menciona que el proceso de descentralización parte de la voluntad política y social de modificar un sistema de gobierno local, buscando que la gente se reapropie de su gobierno para ganar en autonomía, en el control de sus propias vidas, de que el gobierno sea más transparente, la ciudadanía pueda participar informadamente, enfatiza en la necesidad de crear e implementar una descentralización democratizante, esta descentralización presta mucha importancia a institucionalizar el uso eficiente y responsable de los recursos públicos, y para eso es necesario modificar los mecanismos de gestión, de modo que se ligen más directamente a las demandas sociales y el servicio público.

## CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

### 3.1 Antecedentes metodológicos

Se realizó una exhaustiva búsqueda dentro de diferentes repertorios de investigación, con el objetivo de analizar a través de diferentes estrategias metodológicas la distribución de médicos especialistas. Comenzando con Carrasco, Lozano y Velásquez (2008) que en su estudio *Análisis prospectivo de la oferta y demanda de médicos en el Perú 2005-2012* utilizaron 2 componentes metodológicos: uno descriptivo y el otro prospectivo. En el primer componente descriptivo, se analizó la *Encuesta Nacional de Profesionales Médicos*, tomando los siguientes indicadores: matrícula; estudios y egresos de los estudiantes de medicina; y la oferta disponible de empleos en los hospitales públicos y privados. Esto con el objetivo de conocer el número y distribución de médicos, su situación laboral y la relación que existe entre médicos especialistas y generales. El segundo componente utilizado es el prospectivo que contó con una parte cuantitativa constituida por modelos de simulación prospectiva con base a la demografía médica del 2011; y, otra parte cualitativa en la que se realizó una consulta a médicos, estudiantes y egresados de alguna carrera médica o especialización en dicha materia con el fin de que externaran sus juicios en calidad de expertos sobre tres áreas temáticas: la oferta educativa de estudios de medicina; el número y distribución de médicos; y la situación laboral del médico cirujano

En la misma línea, Heinze, Olmedo, Bazán, Bernard y Guízar (2018 ) quienes a través de un estudio transversal y descriptivo obtuvieron del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas, los registros de los institutos y hospitales con plazas disponibles para ejercer las distintas especialidades médicas. Dichos registros se dividieron por sexo para poder calcular el porcentaje de especialistas certificados y, de esa manera, conocer el número de médicos que se encontraban laborando en los hospitales públicos de México por medio de las plazas otorgadas y ofertadas.

Otros autores como Montañez, Alcalde y Reyes (2019) hicieron uso de la *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo* del cuarto trimestre del 2018, para analizar la distribución de los médicos, enfermeras especialistas (con licenciatura) y demás personal de enfermería tanto auxiliar como técnica con estudios concluidos que se encontraban laborando en México en tal período. Las estrategias metodológicas que aplicaron en su estudio fueron las siguientes: primero, se agruparon por grados de marginación a cada entidad federativa; segundo, los

autores estimaron las densidades de los recursos humanos en materia de salud por cada 1,000 habitantes en las entidades federativas; tercero, se aplicó el Índice de Disimilitud y los Índices de Concentración (IC) para conocer las desigualdades en la distribución de médicos, enfermeras y personal de enfermería.

Finalmente, Oyola (2021) en su estudio *Desigualdad en la distribución de médicos en el Perú*, utilizó en su metodología una base de datos que contenía registros de profesionales de salud y este recurso fue proporcionado por la Dirección General de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud del Perú. El autor tomó 6 variables que contenía la base datos, las cuales son: médicos en el primer nivel de atención, médicos especialistas en el segundo nivel de atención, médicos para la atención del trauma, médicos para la atención del niño menor de cinco años y la población asegurada a los servicios públicos de salud. Con estas variables se calculó la densidad de médicos por territorio dividiendo el número de profesionales médicos de acuerdo con cada variable de agrupación seleccionada, para así dividir el resultado de cada una de estas entre el total de asegurados registrados en el servicio médico y, seguidamente, multiplicar por 10,000. Después de ello, se obtuvo la razón de la densidad de médicos al dividir la densidad de médicos del territorio seleccionado entre la densidad de médicos de la región sur de Lima, Perú. Cabe a destacar que el autor consideró la región sur de Lima, como punto y valor de referencia debido a que en el 2015 fue el único territorio con el menor nivel de pobreza monetaria.

### 3.2 Instrumento metodológico propuesto

La metodología por utilizar es cuantitativa y cualitativa. Por el lado de la metodología cualitativa se elaborarán matrices, cuyo objetivo se base en clasificar la revisión documental, comenzando con la primera matriz referente a la planeación federal, se tiene el análisis de las siguientes leyes: La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley General de Salud.

La segunda matriz engloba a las leyes referentes a la prestación de servicios, analizando así la Ley Orgánica de la Administración Pública, Ley del Seguro Social y Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y la Ley del Seguro Social.

En la tercera matriz se encontrará la ley de coordinación Fiscal ya que esta va enfocada a como se planifica y cuando se destina el recurso monetario a los servicios de salud pública.

Es así como las últimas 2 matrices contienen los reglamentos institucionales que rigen a los hospitales públicos IMSS e ISSSTE, en ese sentido los reglamentos analizar para el IMSS serán: Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud y el Estatuto de Trabajadores de Confianza del Instituto Mexicano del Seguro Social. Mientras que para el ISSSTE los reglamentos analizar son los siguientes: Reglamento Interior del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores de Gobierno y Municipios del Estado de Baja California, Reglamento Orgánico de los Hospitales Regionales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Reglamento Orgánico de las Delegaciones Estatales y Regionales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y por último el Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Por último, se utilizó una metodología cuantitativa para la realización de las figuras acerca de la desigualdad de los médicos especialistas en México, primeramente, se indagó en dos bases de datos susceptibles de encontrar variables compatibles con el objetivo de este presente trabajo de investigación. Una de ellas fue la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo a través de los cuatro trimestres del ejercicio 2022; no obstante, al realizar la focalización de las variables a utilizar en la estructura de la tabla de datos sociodemográficos de dicha encuesta, no fueron suficientes para la representación del patrón de la desigualdad en la distribución de los médicos especialistas en México debido a que los datos presentaron inconsistencias en las entidades federativas; por ejemplo, en la Ciudad de México, la ENOE (2022) solo se reportaron 35 médicos especialistas.

Como resultado, se hizo una búsqueda exhaustiva de otras fuentes de estadísticas, en donde finalmente se encontró el Sistema de Información de la Secretaría de Salud (SINAISCAP), cuyo objetivo se basa en proporcionar datos estadísticos a nivel nacional y por entidad federativa en materia sanitaria de forma transparente, dando un parámetro de cómo se encuentra el sistema de salud en cada entidad federativa.

Es así como se tomaron los datos más recientes de mencionada base de datos, los cuales corresponden al ejercicio fiscal 2021. Sin embargo, una desventaja que se halló en ella corresponde a que no cuenta con datos actualizados hasta el 2022 que pudieron haber contextualizado la cuestión de la post pandemia SARS-COVID 19 a través de tres especialidades meramente importantes; tales como la cardiología, endocrinología y neumología.

En ese sentido, es preciso señalar que la SINAISCAP (2021) contempla como médicos especialistas a: médicos familiares, pediatras, ginecoobstetras, cirujanos, médicos internistas, traumatólogos, anestesiólogos, cardiólogos y urgenciólogos. Por lo que, para este trabajo, los médicos especialistas serán los que la SINAISCAP (2021) considera.

En segundo lugar, para la construcción de la última gráfica que se encarga de comparar la población total de México de 2022 y el total de médicos especialistas resultantes del SINAISCAP (2021), fue necesario hacer uso de la base de datos del Consejo Nacional de Población, específicamente la denominada Proyecciones de la población para las entidades federativas de México, 1970-2050 (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2023) de la cual, se focalizaron 11 indicadores que son segmentados por grupos etarios (CONAPO, 2023, p. 5):

-POB\_12\_14: Estima la cantidad de personas de 12-14 años durante la mitad del año de 2022.

-POB\_15\_17: Alude a la estimación total de la población en México de 15-17 años a la mitad del año de 2022.

-POB\_15\_19: Es aquella estimación de la población total de 15-19 años en México durante la mitad del año de 2022.

-POB\_15\_29: La estimación de la población total de 15-29 años a la mitad del año de 2022.

-POB\_15\_49: Es la estimación de la población total de 15-49 años en la mitad del 2022.

-POB\_18\_24: Se refiere a la estimación poblacional de 18-24 años durante la mitad del año de 2022.

-POB\_20\_24: Es el indicador que estima la población total de 20-24 años en México en la mitad del año de 2022.

-POB\_3\_5: Hace referencia a la estimación de la población total de 3-5 años en la mitad del año de 2022.

-POB\_30\_64: Es la estimación del total de personas de 30-64 años en México durante la mitad del año de 2022.

-POB\_6\_11: Es la estimación de la población total de 6-11 años en México en la mitad del año de 2022.

-POB\_65\_MAS: Aquella estimación de la población total de 65 años y más en México en la mitad del año 2022.

En tercer y último lugar, al identificar los estados federativos, los médicos de especialidad y las estimaciones de la población total por entidades federativas de la CONAPO; se aplicó la estadística descriptiva para contabilizar y promediar el número total tanto de médicos especialistas como población total de cada entidad. Consecuentemente, al obtener los resultados, se representó gráfica y geográficamente dicha distribución.

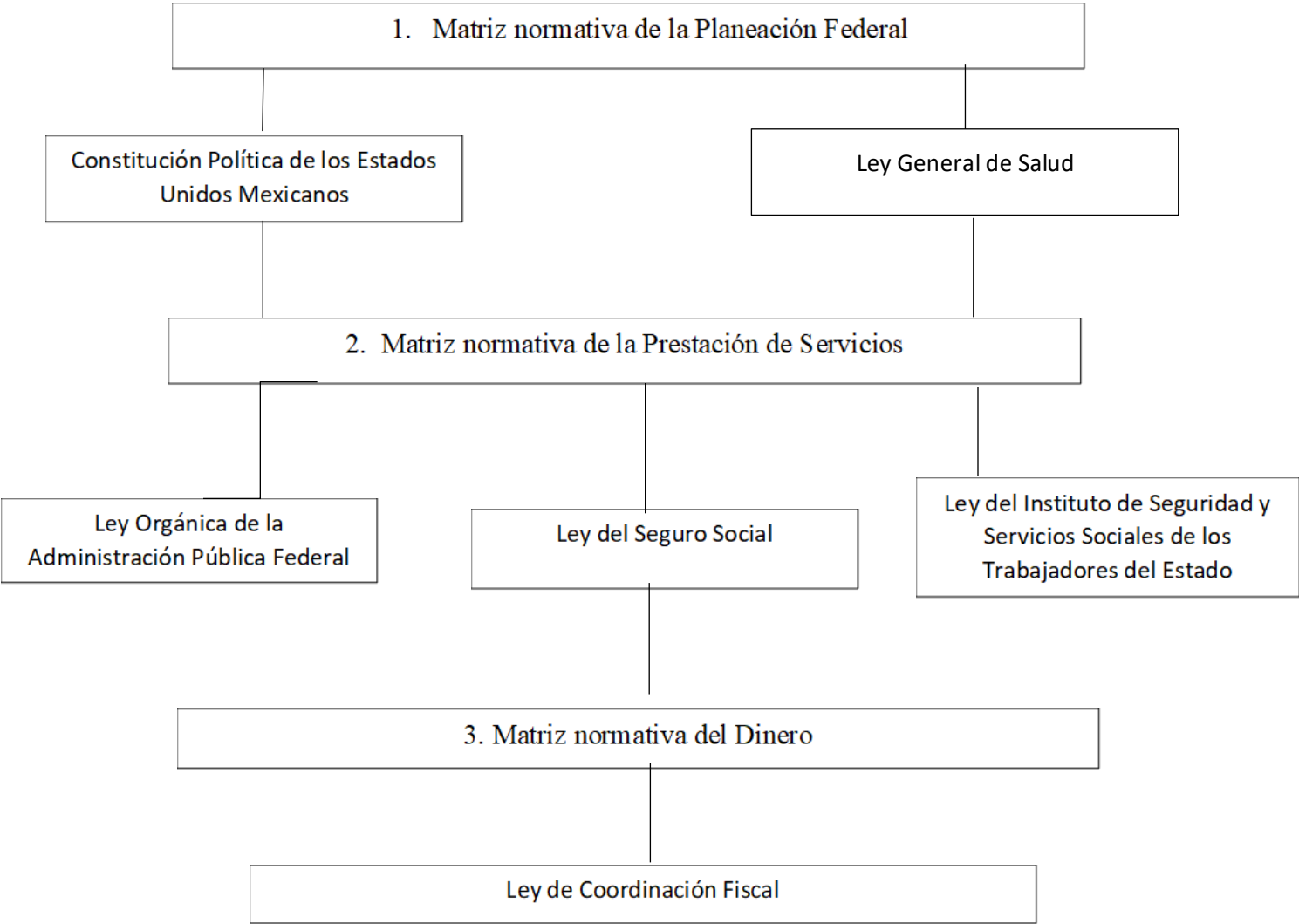


# CAPÍTULO 4. RESULTADOS

En este apartado se presentan una serie de matrices que resumen la estructura jurídica respecto a la planeación federal y la administración pública, con la finalidad de conocer los recursos que inciden en la distribución de médicos especialistas en hospitales públicos IMSS e ISSSTE de México.

A continuación, se presenta un organigrama (figura 1, matriz normativa de la planeación federal) cuyo objetivo principal es conocer la estructura y organización de las matrices.

Figura 4.1 Organigrama de la Planeación Federal



Fuente: Elaboración Propia

## 4.1 Matrices Federales

### 4.1.2 Matriz normativa de la Planeación Federal

la matriz 1 presenta la revisión que se hizo a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, destacando así el contenido de los artículos 4, 73, y 123 en donde se señala que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, es por ello por lo que surgen instituciones como la Secretaría de Salud y la Ley General de Salud ambas enfocadas en la protección y acceso gratuito que toda persona debe tener a la salud.

*Tabla 1. Matriz 4.1.2. Matriz Normativa de la Planeación Federal*

<b>Ley</b>	<b>Artículos</b>	<b>Texto</b>
<b>CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS</b>	<b>4</b>	“Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.”
	<b>73</b>	“El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país” “En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, la Secretaría de Salud tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el presidente de la República.” “La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del País”
		Frac XXIX. “Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares.”

	<p><b>123</b></p> <p><b>1. BIS.</b></p>	<p>Frac XI. La seguridad social se organizará conforme a las siguientes bases mínimas: a) Cubrirá los accidentes y enfermedades profesionales; las enfermedades no profesionales y maternidad; y la jubilación, la invalidez, vejez y muerte. b) En caso de accidente o enfermedad, se conservará el derecho al trabajo por el tiempo que determine la ley. d) Los familiares de los trabajadores tendrán derecho a asistencia médica y medicinas, en los casos y en la proporción que determine la ley”</p> <p>“Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”</p>
<p><i>LEY GENERAL DE SALUD</i></p>	<p><b>2</b></p>	<p>“El derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades:</p> <p>II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;</p> <p>V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.</p> <p>VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud”</p>
	<p><b>3</b></p>	<p>“En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:</p> <p>I. La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el artículo 34, fracciones I, III y IV, de esta Ley</p> <p>II. La atención médica</p> <p>III. La prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para personas sin seguridad social.”</p>
	<p><b>4</b></p>	<p>“Son autoridades sanitarias:</p> <p>I. El presidente de la República;</p> <p>II. El Consejo de Salubridad General;</p> <p>III. La Secretaría de Salud,</p>

	<p><b>6</b></p>	<p>“El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:</p> <p>I.- Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de estos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en la promoción, implementación e impulso de acciones de atención integrada de carácter preventivo, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas</p> <p>VI. Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud;”</p>
	<p><b>19</b></p>	<p>“La Federación y los gobiernos de las entidades federativas, de conformidad con las disposiciones legales aplicables, aportarán los recursos materiales, humanos y financieros que sean necesarios para la operación de los servicios de salubridad general, que queden comprendidos en los acuerdos de coordinación que a los efectos se celebren.</p> <p>Los recursos que aporten las partes quedarán expresamente afectos a los fines del acuerdo respectivo y sujetos al régimen legal que les corresponda.”</p>
	<p><b>23</b></p>	<p>“Para los efectos de esta Ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.”</p>
	<p><b>24</b></p>	<p>“Los servicios de salud se clasifican en tres tipos:</p> <p>I. De atención médica;  II. De salud pública,  III. De asistencia social”</p>
	<p><b>26</b></p>	<p>“Para la organización y administración de los servicios de salud, se definirán criterios de regionalización y de escalonamiento de los servicios para lograr progresivamente la universalización del acceso a servicios de salud integrales.”</p>

	<p><b>34</b></p>	<p>“Para los efectos de esta Ley, los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en:</p> <p>I. Servicios públicos a la población en general;  II. Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios;  III. Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten”</p>
	<p><b>77. Bis. 11</b></p>	<p>“La prestación gratuita de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados será financiada de manera solidaria por la federación y por las entidades federativas en términos de la presente Ley y sus disposiciones reglamentarias.”</p>
	<p><b>77. Bis. 12</b></p>	<p>“El Gobierno Federal, conforme a lo que se establezca en el Presupuesto de Egresos de la Federación, destinará anualmente recursos para la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados cuyo monto no deberá ser inferior al del ejercicio fiscal inmediato anterior, en términos de lo que se establezca en las disposiciones reglamentarias y sujeto a la disponibilidad presupuestaria.”</p>
	<p><b>77. Bis. 35</b></p>	<p>“El Instituto de Salud para el Bienestar es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, sectorizado en la Secretaría de Salud. El Instituto de Salud para el Bienestar tendrá por objeto proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, así como impulsar, en coordinación con la Secretaría de Salud en su calidad de órgano rector, acciones orientadas a lograr una adecuada integración y articulación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.”</p>

En México de acuerdo con las leyes federales, en la constitución se alcanza a percibir que la intención por lograr un bienestar universal es alto, puesto que el artículo 4 puntualiza la salud como un derecho, si tomamos que para la OMS la salud es un derecho humano, en México es percibido de la misma manera, por ende para llegar a esa universalidad de acuerdo con el artículo 73 existen tomadores de decisiones como lo es el Presidente de la República a través del Consejo de Salubridad General y la Secretaría de Salud quienes buscaran generalizar y garantizar el acceso a los servicios de salud, sin embargo es necesario puntualizar la diferencia que hay entre los tomadores de decisiones y la manera en cómo se asignan los recursos materiales, financieros y humanos, ya que de acuerdo con el artículo 19 de la Ley General de Salud le corresponde a la Federación y a los gobiernos de las entidades federativas el aporte de dichos recursos y no a los tomadores de decisiones, generando así una desarticulación y desentendimiento entre lo mencionado en la constitución y en la ley general de salud.

Por otro lado, en la Ley General de Salud en su artículo 26 se habla de una regionalización de los servicios de salud, la cual estará determinada por criterios administrativos y de organización, sin embargo, no se especifican cuáles son esos criterios por tomar en cuenta que determinen dicha regionalización ni mucho menos como se destinará o distribuirá el personal médico en esa toma de decisión, dando paso a un artículo inconcluyente, y poco claro, ya que deja fuera muchos factores importantes que deberían incluirse dentro de una regionalización de servicios de salud.

Si bien es cierto la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley General de Salud continúan en la misma línea de lo que debería ser Salud Pública, eso demuestra que existe una armonización en cuanto al enfoque de lo que es un bienestar social y salud universal, por lo tanto en la planeación federal se encuentra normado el acceso a los servicios gratuitos que por derecho tenemos toda persona, sin embargo no está normado la asignación de personal médico especializado (incluyendo enfermeros, médicos especialistas etc.) que atienda dichas necesidades de salud de acuerdo a la demanda poblacional, siendo que la salud es universal por lo tanto debería estar articulado como es que se lograra y alcanzara dicho bienestar a través del personal médico puesto que ellos son los principales prestadores del servicio.

#### 4.1.3 Matriz normativa de la Prestación de Servicios

A continuación, se presentan las leyes orgánicas que hacen referencia a la prestación de servicios, analizando así la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal artículo 39 donde se menciona las Facultades de la Secretaría de Salud, seguido del análisis de la Ley del Seguro Social artículos 2,4,5,251 y 286 y la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado cuyos artículos a destacar son el 27,38, 32,35 y 36 donde ambas leyes hacen énfasis en la existencia de institutos enfocados a garantizar el derecho a la salud y la asistencia médica.

*Tabla 2. Matriz 4.1.3 Matriz Normativa de la Prestación de Servicios.*

Ley	Artículos	Texto
<p><i>LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL</i></p>	<p><b>39</b></p>	<p>“A la Secretaría de Salud, corresponde el despacho de los siguientes asuntos:                      II. Crear y administrar establecimientos de salud, de asistencia pública, de medicina tradicional complementaria y de formación de recursos humanos en salud, priorizando la movilidad y accesibilidad;                      V.- Administrar los bienes y fondos que el Gobierno Federal destine para la atención de los servicios de asistencia pública;                      VI. Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud. Asimismo, propiciará y coordinará la participación de los sectores social y privado en dicho sistema y determinará las políticas y acciones de concertación entre los diferentes subsistemas del sector público;                      VII.- Planear, normar y controlar los servicios de atención médica, salud pública, asistencia social y regulación sanitaria que correspondan al Sistema Nacional de Salud                      VIII.- Dictar las normas técnicas a que quedará sujeta la prestación de servicios de salud en las materias de Salubridad General, incluyendo las de Asistencia Social, por parte de los Sectores Público, Social y Privado, y verificar su cumplimiento;                      XXIV. Elaborar y conducir políticas tendientes a garantizar acceso a los servicios de salud para las personas que no sean beneficiarios o derechohabientes de alguna institución del sector salud;”</p>
	<p><b>2</b></p>	<p>“La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.”</p>

<i>LEY DEL SEGURO SOCIAL</i>	<b>4</b>	“El Seguro Social es el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional en los términos de esta Ley, sin perjuicio de los sistemas instituidos por otros ordenamientos”
	<b>5</b>	“La organización y administración del Seguro Social, en los términos consignados en esta Ley, están a cargo del organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, de integración operativa tripartita, en razón de que a la misma concurren los sectores público, social y privado, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual tiene también el carácter de organismo fiscal autónomo”
	<b>286</b>	“El Instituto deberá contar con una unidad administrativa que de manera especializada se encargará de la inversión de los recursos del Instituto y los mecanismos que deberá utilizar para ello, bajo criterios de prudencia, seguridad, rendimiento, liquidez, diversificación de riesgo, transparencia y respeto a las sanas prácticas y usos del medio financiero nacional, procurando una revelación plena de información. Dicha unidad administrativa deberá contar con una infraestructura profesional y operativa que permita un proceso flexible, transparente y eficiente, para operar de manera competitiva en el mercado financiero.”
LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO	<b>27</b>	“El Instituto establecerá un seguro de salud que tiene por objeto proteger, promover y restaurar la salud de sus Derechohabientes, otorgando servicios de salud con calidad, oportunidad y equidad. El seguro de salud incluye los componentes de atención médica preventiva, atención médica curativa y de maternidad y rehabilitación física y mental
	<b>28</b>	“El Instituto diseñará, implantará y desarrollará su modelo y programas de salud en atención a las características demográficas, socioeconómicas y epidemiológicas de sus Derechohabientes, y creará las herramientas de supervisión técnica y financiera necesarias para garantizar su cumplimiento.”



	32	<p>“El Instituto establecerá un plan rector para el desarrollo y mejoramiento de la infraestructura y los servicios de salud, que deberá ser aprobado y revisado periódicamente por la Junta Directiva.</p> <p>Para este efecto se establecerá un Comité de Evaluación y Seguimiento de los servicios de salud, que se integrará de manera paritaria con tres representantes de las áreas médica, administrativa y financiera del Instituto y tres representantes de las organizaciones de Trabajadores.</p> <p>El comité tendrá las funciones de evaluar los resultados y de proponer medidas para la óptima prestación de los servicios médicos; plantear recomendaciones para que las unidades prestadoras de servicios de salud tengan los recursos necesarios y aseguren el equilibrio financiero, atendiendo prioritariamente las cuestiones de equipo, infraestructura y recursos humanos; así como proponer reconocimientos por desempeño, de conformidad con lo que establezca el reglamento que para este propósito apruebe la Junta Directiva.”</p>
	35	<p>“Artículo 35. La atención médica curativa y de maternidad, así como la de rehabilitación tendiente a corregir la invalidez física y mental, comprenderá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I. Medicina familiar;</li> <li>II. Medicina de especialidades;</li> <li>III. Gerontológico y geriátrico;</li> <li>IV. Traumatología y urgencias;</li> <li>V. Oncológico;</li> <li>VI. Quirúrgico, y</li> <li>VII. Extensión hospitalaria.”</li> </ul>
	36	<p>“En caso de enfermedad el Trabajador y el Pensionado tendrán derecho a recibir atención médica de diagnóstico, de tratamiento, odontológica, consulta externa, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y de rehabilitación que sea necesaria desde el comienzo de la enfermedad y durante el plazo máximo de cincuenta y dos semanas para la misma enfermedad. El Reglamento de Servicios Médicos determinará qué se entiende por este último concepto.”</p>

Elaboración Propia con datos de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, Ley del Seguro Social, Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

En esta matriz que engloba la prestación de servicios, encontramos que en la Ley Federal de Administración Pública artículo 39 se encuentran las facultades de la Secretaria de Salud, destacando así la creación y administración de establecimientos de salubridad enfocados a una asistencia de salud pública, es por ello que se menciona sobre la elaboración de políticas tendientes a garantizar acceso a los servicios de salud para las personas que no sean

beneficiarios o derechohabientes de alguna institución del sector salud. Por otra parte, en la Ley General de Salud se tiene que un seguro basado en el artículo 4 es un instrumento básico que permite una cobertura de servicios de salubridad amplia, ya que como bien sabemos el acceso a la salud debería ser un derecho humano ya que de acuerdo con nuestra constitución así es como esta normado.

En el artículo 251 de la Ley General de Salud encontramos las facultades y atribuciones del Instituto Mexicano del Seguro Social, enfatizando que es responsable de todos y cada uno de los seguros de riesgo de trabajo, es por ello por lo que se ven obligados a registrar a sus trabajadores buscando así garantizarles un bienestar social.

Por otro lado, en el instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado encontramos en el artículo 32 que Instituto establecerá un plan rector para el desarrollo y mejoramiento de la infraestructura y los servicios de salud, cuya aprobación será por parte de la Junta Directiva, sin embargo no se explican los puntos o parámetros a tomar en cuenta para dicho Plan, desconociendo totalmente los factores que lo determinan, de igual manera solo se conoce a una junta directiva que actúa como principal tomador de decisión sin conocer quienes integran a dicha junta.

Finalmente se determina que existe una transversalidad en las facultades de la Secretaria de Salud de acuerdo con la Ley Federal de Administración Pública y en las facultades de la Ley General de salud ya que ambos buscan y garantizan una salud universal a través de programas de cobertura y políticas que busquen el acceso a los servicios de salud en toda la población tanto derechohabiente como personas que no cuentan con un servicio médico, buscando cumplir así con lo estipulado en la Ley General de Salud. Por otra parte en la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales Para los Trabajadores del Estado se tiene una gran cantidad de inconsistencias en sus artículos ya que se menciona que si cuentan con la planeación para un desarrollo de infraestructura y servicio pero no estipulan como es que surge dicha Planeación, no se conoce los parámetros que se analizan en dicho Plan, lo que hace que sea algo muy banal y con falta de credibilidad.

#### 4.1.4 Matriz normativa de la Distribución del Dinero

Por último, en la Matriz tres se revisó La ley de Coordinación Fiscal donde destacan los artículos 1,30,32 y 41 enfatizando, así como se determinan los diferentes fondos encaminados a los servicios de salud tal es el caso del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, Fondo de Aportaciones para la Estructura Social y por último el Fondo de Aportaciones Múltiples.

*Tabla 3. 4.1.4 Matriz Normativa de la Distribución del Dinero.*

LEY	ARTICULOS	TEXTO
<p style="text-align: center;"><i>LEY DE COORDINACIÓN FISCAL</i></p>	<p style="text-align: center;"><b>1</b></p>	<p>“Esta Ley tiene por objeto coordinar el sistema fiscal de la Federación con las entidades federativas, así como con los municipios y demarcaciones territoriales, para establecer la participación que corresponda a sus haciendas públicas en los ingresos federales; distribuir entre ellos dichas participaciones; fijar reglas de colaboración administrativa entre las diversas autoridades fiscales; constituir los organismos en materia de coordinación fiscal y dar las bases de su organización y funcionamiento. Cuando en esta Ley se utilicen los términos entidades federativas o entidades, éstos se referirán a los Estados y al Distrito Federal. La Secretaría de Hacienda y Crédito Público celebrará convenio con las entidades que soliciten adherirse al Sistema Nacional de Coordinación Fiscal que establece esta Ley. Dichas entidades participarán en el total de los impuestos federales y en los otros ingresos que señale esta Ley mediante la distribución de los fondos que en la misma se establecen. La información financiera que generen las entidades federativas y los municipios, relativa a la coordinación fiscal, se deberá regir por los principios de transparencia y de contabilidad gubernamental, en los términos de la Ley General de Contabilidad Gubernamental”</p>

	30	<p>“El monto del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud se determinará cada año en el Presupuesto de Egresos de la Federación correspondiente, exclusivamente a partir de los siguientes elementos:</p> <p>I. Por el inventario de infraestructura médica y las plantillas de personal, utilizados para los cálculos de los recursos presupuestarios transferidos a las entidades federativas, con motivo de la suscripción de los Acuerdos de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud respectivos, incluyendo las erogaciones que correspondan por concepto de impuestos federales y aportaciones de seguridad social;</p> <p>II. Por los recursos que con cargo a las Previsiones para Servicios Personales contenidas al efecto en el Presupuesto de Egresos de la Federación que se hayan transferido a las entidades federativas, durante el ejercicio fiscal inmediato anterior a aquel que se presupueste, para cubrir el gasto en servicios personales, incluidas las ampliaciones presupuestarias que en el transcurso de ese ejercicio se hubieren autorizado por concepto de incrementos salariales, prestaciones, así como aquellas medidas económicas que, en su caso, se requieran para integrar el ejercicio fiscal que se presupueste;</p> <p>III. Por los recursos que la Federación haya transferido a las entidades federativas, durante el ejercicio fiscal inmediato anterior a aquel que se presupueste, para cubrir el gasto de operación e inversión, excluyendo los gastos eventuales de inversión en infraestructura y equipamiento que la Federación y las entidades correspondientes convengan como no susceptibles de presupuestarse en el ejercicio siguiente y por los recursos que para iguales fines sean aprobados en el Presupuesto de Egresos de la Federación en adición a los primeros; y</p> <p>IV. Por otros recursos que, en su caso, se destinen expresamente en el Presupuesto de Egresos de la Federación a fin de promover la equidad en los servicios de salud, mismos que serán distribuidos conforme a lo dispuesto en el artículo siguiente.”</p>
	32	<p>“El Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social se determinará anualmente en el Presupuesto de Egresos de la Federación con recursos federales por un monto equivalente, sólo para efectos de referencia, al 2.5294% de la recaudación federal participable a que se refiere el artículo 2o. de esta Ley, según estimación que de la misma se realice en el propio presupuesto, con base en lo que al efecto establezca la Ley de Ingresos de la Federación para ese ejercicio. Del total de la recaudación federal participable el 0.3066% corresponderá al Fondo para la Infraestructura Social de las Entidades y el 2.2228% al Fondo para la Infraestructura Social Municipal y de las Demarcaciones Territoriales del Distrito Federal.”</p>

	<b>41</b>	<p>“El Fondo de Aportaciones Múltiples se distribuirá entre las entidades federativas de acuerdo con las asignaciones y reglas que se establezcan en el Presupuesto de Egresos de la Federación. La Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación Pública darán a conocer, a más tardar el 31 de enero del ejercicio de que se trate en el Diario Oficial de la Federación, el monto correspondiente a cada entidad por cada uno de los componentes del Fondo y la fórmula utilizada para la distribución de los 34 recursos, así como las variables utilizadas y la fuente de la información de las mismas, para cada uno de los componentes del Fondo.”</p>
--	-----------	--

Elaboración propia con datos de la Ley de Coordinación Fiscal.

Finalmente, en esta matriz se conoce de donde proviene la asignación de recursos para la salud, puntualizando así que en el artículo 30 se establece el monto para el fondo de aportaciones para los servicios de salud, ya que de acuerdo con esta ley el monto se determina cada año a través del presupuesto de egresos cuyos elementos a tomar en cuenta son; la infraestructura seguido de las plantillas del personal, ya que también son tomados en cuenta para los recursos presupuestarios transferidos a las entidades federativas, esto por cuestiones de incrementos salariales y de prestaciones. Es así como el monto asignado para los servicios de salud es incierto, pero de acuerdo con datos de anteriores presupuestos únicamente se le ha destinado el 2.5% siendo esto una cantidad menor para todo lo que se necesita invertir al sector salud, dicho fondo se da a conocer a más tardar el 31 de enero por parte de La Secretaría de Salud el monto correspondiente a cada entidad federativa, esto será publicado en el Diario Oficial de la Federación.

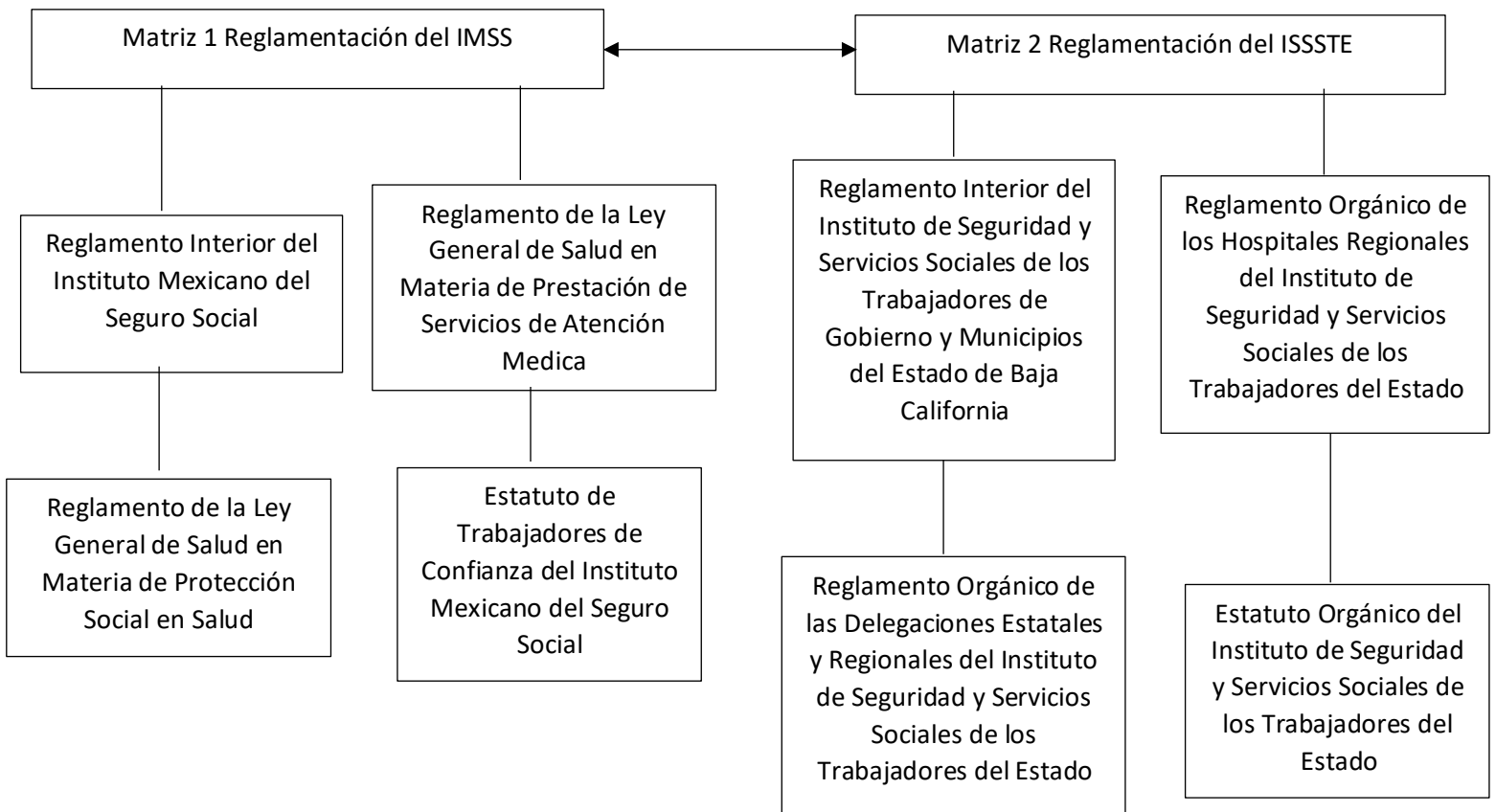
Este presupuesto asignado busca promover la equidad en los servicios de salud destinando así un porcentaje con una cantidad específica para atender la salubridad, sin embargo, la evidente mala distribución de este recurso hace que no se vea reflejado dicho presupuesto, tomando en cuenta que es un monto bastante bajo para todo lo que aqueja a los servicios de salud, si bien es cierto el personal médico es considerado para dicho presupuesto, aun así, la apertura de plazas son limitadas, los sueltos no son factibles y algunos estados carecen más que otros de servicios de salud, teniendo como resultado una desigualdad en cuando a la asignación de recursos.

## 4.2 Matrices de la Reglamentación IMSS e ISSSTE

Continuando con las matrices, en este apartado se presenta la reglamentación que rige a los hospitales públicos IMSS e ISSSTE, con la finalidad de conocer su funcionamiento, operatividad, direcciones y servicio médico, se pretende encontrar un factor o parámetro que determine la distribución de médicos especialistas.

A continuación, se presenta un organigrama cuyo objetivo principal es conocer la estructura y organización de las matrices.

Figura 4.2 Organigrama de la Reglamentación IMSS e ISSSTE



Elaboración Propia.

#### 4.2.1 Matriz de la reglamentación del IMSS

En ese sentido, la matriz 1 presenta la reglamentación del IMSS, en dicha reglamentación se analizaron los siguientes reglamentos: Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social destacando así los artículos 1,3,70,73,82, y 147 donde se hace énfasis en todas las direcciones que rigen y se encargan del funcionamiento, mantenimiento e inversión del instituto; Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica destacando el contenido de los artículos 7,10,15,56,69,70,72,74 y 87 enfatizando en todos los servicios de atención médica y cobertura respecto a la regionalización de los servicios médicos, establecimientos, consultorios y hospitales conociendo así sus diferentes clasificaciones y clases; Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud cuyos artículos son 31,32,33,37 y 77 puntualizando en la elaboración del Plan Maestro de Infraestructura cuyo objetivo se basa en la asignación del presupuesto por medio de normas que determinan cuando un hospital debe ser modificado, reparado o construido desde cero; finalmente se encuentra el Estatuto de Trabajadores de Confianza del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde se destacan los artículos 7,8,15,16,17,23,30,31,44,48 y 61 enfatizando así en los derechos de los trabajadores del instituto, los tipos de contratación y empleo, las jornadas laborales, los incentivos y las formas de reclutamiento y la destinación de plazas.

*Tabla 4. Matriz 4.2.1. Reglamentación del IMMS.*

<b>Reglamento</b>	<b>Artículo</b>	<b>Texto</b>
<b>IMSS</b>		
	<b>1</b>	El Instituto Mexicano del Seguro Social, en los términos consagrados en Ley del Seguro Social, tiene por objeto organizar y administrar el Seguro Social, que es el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional, para garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado

<b>REGLAMENTO INTERIOR DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>	<b>3</b>	<p>Para el estudio, planeación, atención y ejecución de los asuntos y actos que le competen al Instituto, contará con:</p> <p>Secretaría General;</p> <p>II. Direcciones Normativas:</p> <p>a) Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones;</p> <p>b) Dirección de Finanzas;</p> <p>c) Dirección de Incorporación y Recaudación;</p> <p>d) Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico;</p> <p>e) Dirección Jurídica;</p> <p>f) Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, y</p> <p>g) Dirección de Prestaciones Médicas.</p>
	<b>69</b>	<p>La Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones tendrá las facultades siguientes:</p> <p>I. Planear, programar, dirigir, controlar, difundir y, en su caso, llevar a cabo los procesos de administración, adquisición o suministro de los recursos materiales, servicios generales, obra pública y servicios relacionados con la misma, así como los de conservación y los demás servicios de carácter general y naturaleza administrativa que sean necesarios para la adecuada operación del Instituto;</p> <p>II. Emitir, difundir y analizar, en los términos de las disposiciones legales aplicables, las normas específicas para la contratación de adquisiciones, suministro de los recursos materiales, arrendamientos, servicios generales, obra pública y servicios relacionados con la misma, así como las de conservación y los demás servicios de carácter general y naturaleza administrativa que sean necesarios para la adecuada operación del Instituto; así como los relativos a la terminación anticipada, o bien, a la rescisión administrativa de dichas contrataciones;</p> <p>IX. Administrar, en su caso, los recursos financieros asignados a los proyectos de cambio, orientados a la satisfacción del usuario;</p>



	70	<p>La Dirección de Finanzas tendrá las facultades siguientes: I. Llevar a cabo la planeación y el análisis financiero del Instituto; II. Elaborar anualmente, en forma previa al inicio del ejercicio fiscal, el Programa de Administración y Constitución de Reservas, con base en el proyecto de presupuesto para el siguiente ejercicio y en los estudios financieros y actuariales que se presenten cada año a la Asamblea General, así como confirmarlo o adecuarlo una vez que se conozca el presupuesto de gastos definitivo del Instituto;VII. Analizar el funcionamiento de los seguros administrados por el Instituto, realizar estudios financieros relativos a la prestación de los servicios y coordinar la ejecución de acciones que de éstos se deriven;VIII. Realizar estudios y análisis de los seguros del Seguro Social, para conocer la suficiencia de las primas, los recursos de cada uno de los mismos y la medición de los riesgos que enfrentan;XIX. Elaborar los estados financieros, el informe financiero y actuarial y la información respectiva para su integración en la Cuenta de la Hacienda Pública Federal, que se presenten a entidades internas y externas del Instituto;</p>
	73	<p>La Unidad de Fiscalización y Cobranza tendrá las facultades siguientes: I. Establecer las políticas, normas, criterios y programas que deben seguir las unidades administrativas competentes, en las materias siguientes: a) Registro y control de los créditos fiscales a favor del Instituto;</p>
	82	<p>La Dirección de Prestaciones Médicas tendrá las facultades siguientes: I. Planear, dirigir y normar las acciones relacionadas con la prestación de los servicios médicos, de rehabilitación y de salud pública, atención de los riesgos de trabajo, educación e investigación en salud, así como analizar sus resultados; II. Normar la participación institucional en la atención de problemas de salud de la población en general, en coordinación con las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal relacionadas con el Sistema Nacional de Salud; X. Establecer coordinación con los Órganos Normativos correspondientes para definir conjuntamente políticas, programas y acciones dirigidas a la población usuaria en materia de salud;</p>

	147	<p>Las Unidades Médicas de Alta Especialidad ejercerán a nivel nacional las facultades siguientes:</p> <p>I. Proporcionar atención en consulta externa, hospitalización médico quirúrgica, farmacéutica, en auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y servicios de admisión continua de alta especialidad, a los derechohabientes que les sean remitidos por otras unidades médicas del Instituto, así como a los no derechohabientes que estén amparados en virtud de los diferentes convenios que contempla la Ley, sin afectar la atención de los derechohabientes y hasta el límite de su capacidad instalada;</p> <p>II. Prestar servicios de salud en aspectos preventivos, médicos quirúrgicos y de rehabilitación de alta complejidad en sus áreas de especialización a la población señalada en la fracción anterior;</p> <p>III. Promover acciones para la protección de la salud, en lo relativo a los padecimientos propios de sus especialidades;</p>
<p><i>ESTATUTO DE TRABAJADORES DE CONFIANZA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</i></p>	7	<p>“Son derechos de los trabajadores, sin perjuicio de lo dispuesto en la LFT, en la LSS y demás disposiciones legales aplicables, los siguientes:</p> <p>III. Recibir el importe de los viáticos y pasajes que requieran para el cumplimiento de sus funciones o de las comisiones que le sean encomendadas;</p> <p>IV. Conocer el dictamen final del proceso de selección que hayan sustentado para obtener una promoción;</p> <p>V. Recibir la capacitación y desarrollo en los términos de este Estatuto;</p> <p>VI. Conocer los resultados de su evaluación del desempeño;</p> <p>VII. Ser promovidos de grupo jerárquico y grado de responsabilidad, de acuerdo a la estructura orgánica autorizada, cuando hayan cumplido con los requisitos del proceso de promoción del Sistema, siempre y cuando exista una plaza vacante”</p>
	8	<p>“Son obligaciones de los trabajadores, sin perjuicio de lo dispuesto en la LFT, en la LSS, la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás disposiciones legales aplicables, las siguientes:</p> <p>V. Participar en los programas de capacitación para su actualización, especialización o educación formal, sin menoscabo de otras condiciones de desempeño que deba cubrir, en los términos que establezca su contrato individual de trabajo, aplicando en su área de trabajo los conocimientos adquiridos;</p> <p>VIII. Observar buena conducta en su empleo, cargo o comisión, tratando con respeto, diligencia, imparcialidad y rectitud a las personas con las que tenga relación con motivo del desempeño de sus funciones”</p>
	15	<p>“Para el Personal Operativo, la jornada matutina será de las 8:00 a las 16:00 horas y la vespertina de las 14:30 a las 22:00 horas, sin perjuicio de que puedan establecerse horarios distintos por las Unidades Administrativas respectivas.”</p>

	<b>16</b>	"Cuando las necesidades del servicio así lo requieran, los horarios que sean fijados en el contrato individual de trabajo del Personal Operativo podrán ser distintos de los señalados en el artículo 15"
	<b>17</b>	"La jornada de trabajo será de forma continua o discontinua, de acuerdo con la naturaleza de las funciones y tomando en consideración la eficiente y eficaz prestación del servicio institucional."
	<b>23</b>	"Los trabajadores gozarán de dos días de descanso a la semana, con goce de salario íntegro, que ordinariamente serán los sábados y domingos, a excepción de los trabajadores que deban realizar labores especiales en esos días, así como aquellos que en forma rotatoria deban hacer guardia para cubrir las necesidades del servicio."
	<b>30</b>	"Cuando por necesidades del servicio o por así convenir a los intereses del Instituto, un trabajador sea comisionado para prestar sus servicios de una población a otra durante un lapso inferior a seis meses, el Instituto estará obligado a pagarle pasajes y viáticos."
	<b>31</b>	"Cuando por necesidades del servicio o por así convenir a los intereses del Instituto, un trabajador sea reubicado, tendrá derecho a que se le cubran, previa cotización, los gastos que origine el transporte de su menaje de casa. Asimismo, tendrá derecho a que se cubran sus gastos de traslado, así como de los familiares que cohabiten y dependan económicamente de él."
	<b>44</b>	"El reclutamiento será el proceso mediante el cual se identificarán personas con las competencias requeridas para ocupar las plazas vacantes definitivas o de nueva creación, cuyos ocupantes serán sujetos al Sistema de Profesionalización."
	<b>48</b>	"La contratación será el proceso mediante el cual se formalizará la relación laboral entre el Instituto y el trabajador, de conformidad al presente Estatuto."
	<b>61</b>	"Los ascensos de grado y grupo solamente podrán realizarse cuando exista una plaza vacante definitiva, disponibilidad presupuestaria, que el Personal de Confianza "A" de Estatuto, cumpla con su Evaluación del Desempeño y apruebe el proceso de selección, en caso de así requerirlo el puesto, cubriendo el perfil del puesto o conforme al Catálogo Nacional de Descripción de Puestos Tipo de Confianza."

<p>REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA</p>	<p><b>7</b></p>	<p>“Para los efectos de este Reglamento se entiende por:</p> <p>I.- ATENCIÓN MÉDICA. - El conjunto de servicios que se proporcionan al usuario con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, así como brindarle los cuidados paliativos al paciente en situación terminal;</p> <p>II.- DEMANDANTE. - Toda aquella persona que para sí o para otro, solicite la prestación de servicios de atención médica;</p> <p>III.- ESTABLECIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA. - Todo aquél, público, social o privado, fijo o móvil, cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos;</p> <p>V.- SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA. - El conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención, curación y cuidados paliativos de las enfermedades que afectan a los usuarios, así como de la rehabilitación de los mismos, y</p> <p>VI.- USUARIO. - Toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica”</p>
	<p><b>10</b></p>	<p>“Serán considerados establecimientos para la atención médica: I.- Aquellos en los que se desarrollan actividades preventivas, curativas, de rehabilitación y de cuidados paliativos dirigidas a mantener y reintegrar el estado de salud de las personas, así como a paliar los síntomas del padecimiento”</p>
	<p><b>15</b></p>	<p>“En lo referente a la regionalización de servicios médicos, se tomará en cuenta el diagnóstico de salud, la accesibilidad geográfica, otras unidades médicas instaladas y la aceptación de los usuarios, considerando los dictámenes técnicos de los órganos correspondientes de la Secretaría, con el fin de instalar unidades tendientes a la autosuficiencia regional, así como el desarrollo del municipio”</p>
	<p><b>56</b></p>	<p>“Para los efectos de este reglamento, se entiende por consultorio a todo establecimiento público, social o privado, independiente o ligado a un servicio hospitalario, que tenga como fin prestar atención médica a pacientes ambulatorios.”</p>
	<p><b>69</b></p>	<p>“Para los efectos de este Reglamento, se entiende por hospital, todo establecimiento público, social o privado, cualquiera que sea su denominación y que tenga como finalidad la atención de usuarios que se internen para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.”</p>
		<p>“Los hospitales se clasificarán atendiendo a su grado de complejidad y poder de resolución en:</p> <p>I.- HOSPITAL GENERAL: Es el establecimiento de segundo o tercer nivel para la atención de pacientes, en las cuatro especialidades básicas de la medicina: Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y otras especialidades complementarias y de apoyo derivadas de las mismas, que prestan servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización.</p>

	<p><b>70</b></p>	<p>El área de hospitalización contará en los hospitales generales con camas de Cirugía General, Gineco Obstetricia, Medicina Interna y Pediatría, donde se dará atención de las diferentes especialidades de rama</p> <p>II.- HOSPITAL DE ESPECIALIDADES: Es el establecimiento de segundo y tercer nivel para la atención de pacientes, de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas que presta servicios de urgencias, consulta externa, hospitalización y que deberá realizar, a favor de los usuarios, actividades de prevención, curación, rehabilitación y de cuidados paliativos, así como de formación y desarrollo de personal para la salud, y de investigación científica</p> <p>III.- INSTITUTO: Es el establecimiento de tercer nivel, destinado principalmente a la investigación científica, la formación y el desarrollo de personal para la salud. Podrá prestar servicios de urgencias, consulta externa, de hospitalización y de cuidados paliativos, a personas que tengan una enfermedad específica, afección de un sistema o enfermedades que afecten a un grupo de edad.”</p>
	<p><b>72</b></p>	<p>“Se entiende por urgencia, todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata.”</p>
	<p><b>74</b></p>	<p>“Cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución del sector, que asegure su tratamiento y que estará obligada a recibirlo.”</p>
	<p><b>87</b></p>	<p>“Los servicios de urgencia de cualquier hospital, deberán contar con los recursos suficientes e idóneos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que emita la Secretaría, asimismo, dicho servicio deberá funcionar las 24 horas del día durante todo el año, contando para ello en forma permanente con médico de guardia responsable del mismo.”</p>
	<p><b>31</b></p>	<p>“El Plan Maestro de Infraestructura es el instrumento rector al que se sujetarán los Servicios Estatales de Salud y los Regímenes Estatales, en los términos de los artículos 77 bis 10 y 77 bis 30 de la Ley, con el fin de racionalizar la inversión pública en infraestructura y garantizar la operación sustentable, así como definir las características de los centros regionales de alta especialidad.”</p>
	<p><b>32</b></p>	<p>“Es responsabilidad de la Secretaría, en colaboración con las Instancias Rectoras Locales, los Servicios Estatales de Salud y los Regímenes Estatales, la elaboración del Plan Maestro de Infraestructura que será aprobado por el Secretario de Salud y en el cual se deberá contemplar un diagnóstico de la infraestructura en</p>

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD		salud existente, con base en la información que proporcionen para tal efecto las entidades federativas.”
	<b>33</b>	“En la elaboración del Plan Maestro de Infraestructura, deberán considerarse, al menos, las necesidades de salud de la población, las características socioculturales, demográficas, epidemiológicas, información sobre accesibilidad y utilización de servicios, así como los criterios que para el Modelo Integrado de Atención a la Salud defina la Secretaría.”
	<b>37</b>	“La planeación e inclusión de nuevos establecimientos o servicios para la atención médica, el equipamiento médico y de telemedicina, en el Plan Maestro de Infraestructura a que se refiere esta Sección deberá sustentarse en el certificado de necesidad que expida la Secretaría, en los términos que establezca este Reglamento y la propia Secretaría, mediante disposiciones de carácter general, conforme a los siguientes parámetros: II. Proyecciones demográficas y epidemiológicas de la población; II. Comparación de los proyectos alternativos existentes III. Relación de la oferta y demanda existente VIII. Aspectos ambientales y culturales relacionados con el proceso de atención médica”
	<b>77</b>	“Las erogaciones del Gobierno Federal relacionadas con el Sistema deberán estar específicamente identificadas en el Presupuesto de Egresos del ejercicio fiscal que corresponda.”

Elaboración propia con datos del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, Estatuto de Trabajadores de Confianza del Instituto Mexicano del Seguro Social, Reglamento de la ley General de Salud en Material de Prestación de Servicios de Atención Médica y Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

Dentro de la reglamentación que engloba el instituto, podemos encontrar que existen diferentes discrepancias con respecto a los reglamentos, comenzando con el Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social artículo 84 donde se menciona que la dirección de prestaciones médicas tiene la facultad de establecer en conjunto con los Órganos Normativos la definición de políticas, programas y acciones dirigidas a la población usuaria en materia de salud, sin embargo a lo largo de este reglamento en ningún momento se menciona quienes son esos órganos normativos, por lo tanto existe un desconocimiento de quienes son los tomadores de decisiones como los puntos a tomar en cuenta para la definición de dichas políticas. Esto podría dar resultado a que no existe dentro de la reglamentación un apartado que hable sobre la distribución de médicos ni mucho menos de quienes conforman e integran Las Unidades Médicas de Alta Especialidad mencionadas en el artículo 147 del mismo reglamento, donde únicamente se encuentran las facultades que ejerce.

Por otro lado, existe una falta de armonización entre el Reglamento Interno, el Reglamento en Materia de Prestación de Servicios y Atención médica y el Reglamento en Materia de Protección Social en Salud ya que el primero nos habla en el artículo 1 sobre el objetivo que tiene el instituto mexicano del seguro social que es brindar un servicio público de carácter nacional, buscando garantizar así el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, dando a entender que el acceso a la salud es universal, es decir para cualquier persona que requiera de asistencia médica, mientras que en el segundo reglamento en su artículo 15 nos menciona que para regionalizar un servicio médico se tomara en cuenta la accesibilidad geográfica, el desempeño de otras unidades médicas instaladas y la aceptación de los usuarios, dando como resultado entonces que el acceso a la salud no es de manera universal por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social, siento esto una principal limitante para tener acceso a los servicios de salud ya que ahora depende del espacio geográfico del municipio, región, pueblo etc. Mientras que el tercer reglamento en su artículo 33 nos habla de un Plan Maestro de Infraestructura donde se debe considerar las necesidades de salud de la población, características socioculturales, demográficas y epidemiológicas para la construcción de un centro o módulo de salud.

Todo esto genera una gran confusión ya que ninguno de los 3 reglamentos mencionados anteriormente tiene una concordancia en sus puntos a tomar en cuenta que refieren para poder tener acceso a los servicios de salud, haciendo que la brecha para tener un acceso universal sea cada vez mayor, seguido de una evidente carencia con respecto a la planeación distributiva de médicos, aun cuando en los 3 reglamentos se menciona el acceso a la atención especializada.

#### 4.2.2 Matriz de la reglamentación del ISSSTE

A continuación se presenta la matriz 2 cuyo contenido abarca la reglamentación del ISSSTE, en dicha reglamentación se analizaron los siguientes reglamentos: Reglamento Interno del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Gobierno y Municipios del Estado de Baja California, donde se destacan los artículos 1,21,5,44,50,51 y 62 enfatizando así en la estructura orgánica como en las diferentes direcciones que rigen, regulan, controlan y manejan al instituto; Reglamento Orgánico de las Delegaciones Estatales y Regionales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores, destacando el contenido de los artículos 1,2,7,10 y 23 ya que a manera general tienen por objetivo promover, operar y vigilar el otorgamiento de los seguros; Reglamento Orgánico de los hospitales regionales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores de Estado acentuando así en los artículos 2,7,21 y 60 cuyo contenido es cómo se comportan los servicios de salud de acuerdo a su demarcación territorial, de igual manera se mencionan a las diferentes direcciones que manejan a estos hospitales; Y finalmente tenemos al Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores de estado cuyos artículos analizados son 1,10,12,13,27,28 y 35 enfocándose así en la planeación, organización, ejecución, control, supervisión y vigilancia de la prestación de los servicios y prestaciones que establece la Ley, de igual manera se encuentran las diferentes direcciones que forman parte de la toma de decisiones.

*Tabla 5. Matriz 4.2.2. Reglamentación del ISSSTE.*

Reglamento	Artículo	Texto
ISSSTE		
	1	“El presente Reglamento Interno tiene por objeto regular la estructura orgánica y funcional del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Gobierno y Municipios del Estado de Baja California.”
	21	“Corresponde a la Unidad de Programación y Presupuesto: I. Planear, coordinar, integrar y presentar al subdirector general de Administración el proyecto anual de ingresos y egresos; II. Vigilar el ejercicio, control y evaluación del presupuesto autorizado, conforme a los lineamientos y restricciones fijadas por el director general y Ejecutivo del Estado; III. Integrar los presupuestos por programas autorizados, evaluando periódicamente el avance físico y financiero contra el programado;”



<p>REGLAMENTO INTERIOR DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL GOBIERNO Y MUNICIPIOS DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA</p>	<p>5</p>	<p>“Para el ejercicio de sus atribuciones y despacho de los asuntos que le competen al Instituto, contará con las siguientes unidades administrativas y médicas:  I. Dirección General Unidad de Asesoría y Servicios Legales Contraloría  II. Subdirección General de Administración Coordinación de Informática Unidad de Programación y Presupuesto.  III. Dirección de Finanzas y Contabilidad Subdirección de Contabilidad Departamento de Ingresos Departamento de Egresos Departamento de Estados Financieros Departamento de Conciliación e Impuestos IV. Dirección de Recursos Humanos: Departamento de Reclutamiento, Selección, Contratación e Inducción Departamento de Nóminas  V. Dirección de Servicios Generales: Departamento de Compras Departamento de Almacén General Departamento de Mantenimiento y Nuevos Proyectos Departamento de Archivo y Correspondencia  VI. Dirección de Prestaciones Económicas: Departamento de Afiliación y Vigencia de Derechos Departamento de Préstamos a Corto Plazo e Hipotecarios Departamento de Pensiones y Jubilaciones  VII. Subdirección General Médica: VIII. Dirección de Medicina Preventiva Departamento de Epidemiología Departamento de Salud Ocupacional  IX. Dirección de Servicios Médicos Departamento de Hospitales y Servicios Subrogados Departamento de Clínicas y Consultorios Departamento de Cuadro Básico  X. Dirección de Enseñanza e Investigación: Subdirección de Enseñanza e Investigación Departamento de Investigación y Posgrado Departamento de Educación Médica Continua  XI. Órganos Desconcentrados”</p>
	<p>44</p>	<p>“Corresponde a la Subdirección General Médica: I. Dirigir y evaluar los sistemas de hospitales, clínicas y consultorios, así como de las unidades bajo su cargo;  II. Supervisar el avance de programa de actividades médicas y administrativas bajo su responsabilidad, evaluando la atención médica otorgada a asegurados y derechohabientes del Instituto; III. Instrumentar y evaluar  IV. Establecer criterios médico-administrativos para la subrogación de servicios indirectos, su contratación, supervisión y evaluación, así como de la verificación y actualización del cuadro básico de medicamentos y materiales de consumo médico”</p> <p>(Consejo Nacional de Población , 2023) (Sistema de Información de la Secretaría de Salud, 2021)</p>

	50	<p>“Corresponde a la Dirección de Servicios Médicos:</p> <p>I. Normar, supervisar y evaluar los servicios de atención proporcionados por las unidades médicas del Instituto a nivel local, regional y estatal, así como de los servicios otorgados en forma indirecta a través de subrogaciones;</p> <p>II. Seleccionar a los proveedores de servicios médicos de alta especialidad que más convenga al Instituto en base de costo-beneficio;</p> <p>III. Vigilar la conformación y actualización del cuadro básico de medicamentos y materiales de consumo médico; IV. Diseñar, implementar y mantener el sistema de bioestadística en coordinación con las unidades médicas;</p> <p>V. Coordinar e integrar el proyecto del presupuesto por programas de la Subdirección General Médica, así como coordinar el proceso de planeación, programación y presupuesto de las unidades médicas del Instituto;”</p>
	51	<p>“Para el cumplimiento de las atribuciones conferidas a la Dirección de Servicios Médicos ésta contará con los Departamentos de Hospitales y Servicios Subrogados, Clínicas y Consultorios y de Cuadro Básico.”</p>
	62	<p>“Corresponde a las Unidades Médicas:</p> <p>I. Planear, organizar, dirigir, controlar y evaluar los servicios de atención médica y hospitalaria otorgados a pacientes asegurados y derechohabientes de ISSSTECALI;</p> <p>II. Celebrar convenios de colaboración para la atención de los pacientes en caso de emergencia, con unidades médicas y hospitalarias del sector público y privado.</p> <p>III. Administrar y controlar el presupuesto autorizado y asignado a la unidad médica;</p> <p>IV. Cumplir con los programas y acciones en materia asistencial, docente y de investigación médica.</p> <p>V. Dar cumplimiento a los planes y programas autorizados de servicios médicos;</p> <p>VI. Promover el desarrollo y la implementación de planes y programas de adiestramiento, enseñanza, actualización, capacitación y desarrollo del personal de las unidades médicas; y,</p> <p>VII. Las demás que le otorguen los ordenamientos legales establecidos;”</p>
	2	<p>“Las Delegaciones son Órganos Desconcentrados que tienen por objeto promover, operar y vigilar el otorgamiento de los seguros, prestaciones y servicios que otorga el Instituto en su demarcación, de acuerdo con las atribuciones que les confiere la Ley, el Estatuto Orgánico, este Reglamento y demás normatividad aplicable.”</p>
	7	<p>“Las Delegaciones del Instituto se clasifican en Estatales y Regionales, cuya estructura se determina conforme a los parámetros siguientes: I. Número de trabajadores con que cuenta la Delegación; II. Cobertura</p>

		de población Derechohabiente registrada; III. Infraestructura de Unidades Médicas de atención a la salud; y IV. Los demás que determine la Junta, a propuesta del director general.”
	<b>10</b>	<p>“Las Delegaciones para el cumplimiento de su objeto, cuentan con las siguientes áreas administrativas:</p> <p>I. Delegación;</p> <p>II. Subdelegación Médica:</p> <p>a) Departamento de Programación y Desarrollo</p> <p>b) Departamento de Atención Médica;</p> <p>c) Departamento de Enseñanza e Investigación; y</p> <p>d) Unidad Médica“</p>
	<b>23</b>	<p>“El jefe del Departamento de Atención Médica tiene las siguientes funciones:</p> <p>Vigilar, evaluar e informar sobre la aplicación de las normas y procedimientos inherentes al desarrollo de programas y proyectos de atención médica emitidos por la Dirección Médica, de conformidad con la normatividad aplicable;”</p>
<p>REGLAMENTO ORGÁNICO DE LOS HOSPITALES REGIONALES DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y LOS SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DE ESTADO</p>	<b>2</b>	<p>“Los Hospitales Regionales son los órganos desconcentrados del Instituto que tienen por objeto otorgar atención médica de tercer nivel a sus usuarios, con el más alto rango técnico, resolutivo y operativo del sistema de servicios de salud que opera el Instituto.”</p>
	<b>7</b>	<p>“Los Hospitales Regionales otorgan servicios de salud en la demarcación territorial, de conformidad con lo previsto en las disposiciones reglamentarias para la regionalización de los servicios de salud.”</p>
	<b>21</b>	<p>“Artículo 21.- Los Directores de los Hospitales Regionales son nombrados o removidos por la Junta a propuesta del Director General y tienen las funciones previstas en el Estatuto Orgánico. Asimismo, tienen las siguientes:</p> <p>Dirigir y supervisar el otorgamiento de los servicios médicos de tercer nivel de atención del Hospital Regional, para promover y garantizar que éstos se otorguen con oportunidad, calidad, calidez y con absoluto respeto a los derechos humanos de los usuarios;</p>

		<p>IV. Dirigir y supervisar la planeación, organización, coordinación y control de los recursos humanos, financieros y materiales, así como los servicios generales del Hospital Regional con eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez;</p> <p>V. Planear, dirigir y supervisar el proceso de abasto de insumos para la salud, en atención a las necesidades de las áreas administrativas del Hospital Regional y su presupuesto anual autorizado;”</p>
	<p><b>60</b></p>	<p>“Los Coordinadores de Recursos Financieros tienen las siguientes funciones:</p> <p>Coordinar y controlar la administración de los recursos financieros y el control contable del Hospital Regional, de conformidad con la normativa aplicable;</p> <p>Instrumentar los procesos de control interno, planeación financiera, presupuesto, contabilidad, aspectos fiscales, tesorería y, en su caso, de seguros, cuentas bancarias y evaluación presupuestal e informar al director sobre los asuntos y resultados obtenidos, así como a la Dirección de Finanzas del Instituto y a la Dirección de Administración del Instituto, lo que corresponda, para el seguimiento y la integración de los estados financieros y el reporte de cuenta pública;”</p>
<p>ESTATUTO ORGÁNICO DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO</p>	<p><b>1</b></p>	<p>“Este estatuto es de observancia general para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y se expide en los términos previstos en la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y demás disposiciones aplicables; tiene por objeto, establecer la planeación, organización, ejecución, control, supervisión y vigilancia de la prestación de los servicios y prestaciones que establece la Ley, encaminados a garantizar el derecho humano a la salud y a la seguridad social”</p>
	<p><b>10</b></p>	<p>“La Dirección Normativa de Salud es responsable de aplicar las políticas, programas, acciones entre otras previstas en el programa sectorial correspondiente y conducir el diseño, administración, coordinación y prestación de los servicios médicos del Instituto establecidos en el seguro de salud, así como, participar y ejecutar las acciones respectivas en el marco del Sistema Nacional de Salud. Sus acciones se centran en promover una cultura para la salud, la prevención y el restablecimiento de la salud de los derechohabientes.</p> <p>La Dirección Normativa de Salud tiene las atribuciones siguientes:</p>

		<p>IV. Prestar servicios médicos de calidad, con seguridad, oportunidad y eficacia;</p> <p>II. Procurar el respeto de los Derechos Humanos en todos los servicios de salud, en las instalaciones médicas, hospitalarias y centros de enseñanza e investigación del Instituto;</p> <p>III. Planear, coordinar, normar y evaluar, con base en las políticas nacionales y sectoriales aplicables, el sistema institucional para el otorgamiento de los servicios médicos relacionados con el seguro de salud previsto en la Ley;</p> <p>IV. Difundir y ejecutar los programas que determine el Ejecutivo Federal en materia de salud y la normatividad relativa, en coordinación con las áreas correspondientes;"</p>
	<p><b>12</b></p>	<p>"La Dirección Normativa de Inversiones y Recaudación es la encargada de recaudar las cuotas, aportaciones y otros ingresos, de su cobranza y fiscalización; así como de manejar las disponibilidades e inversiones, y el registro de dichas operaciones financieras en estricto apego a las prioridades institucionales y a los criterios de eficiencia, racionalidad, austeridad, transparencia y rendición de cuentas. Además, incorpora a las entidades y dependencias, y a sus respectivos trabajadores y derechohabientes para la prestación de los servicios."</p>
	<p><b>13</b></p>	<p>"La Dirección Normativa de Prospectiva y Planeación Institucional, diseña los programas, políticas y estrategias integrales, que aseguren el disfrute del derecho a la seguridad social en los términos de la Ley. Establece y evalúa las metas institucionales con base en la generación de estadísticas, estudios económicos y actuariales, que reflejen las necesidades de los derechohabientes y los insumos e infraestructura requerida para el otorgamiento de los seguros, servicios y prestaciones.</p> <p>La Dirección Normativa de Prospectiva y Planeación Institucional tiene las atribuciones siguientes:</p> <p>Coordinar el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de las políticas, estrategias y programas institucionales elaborados dentro del marco del Sistema Nacional de Planeación Democrática establecido en la Ley de Planeación, y representar al Instituto en los cuerpos colegiados y en los mecanismos de participación sectoriales relacionados con el mismo</p>

		<p>III. Diseñar y aplicar las metodologías de análisis, indicadores y herramientas para la medición de impacto, seguimiento y evaluación cuantitativa y cualitativa de los servicios que presta el Instituto;</p> <p>V. Realizar estudios de economía de la salud, con el fin de cuantificar el impacto financiero de los insumos y servicios necesarios para la atención médica; así como para el cumplimiento de los fines institucionales que se requieran;”</p>
	<b>27</b>	“El Instituto cuenta con las Delegaciones Estatales y Regionales cuya creación acuerde la Junta. Sus titulares están jerárquicamente subordinados a la Dirección Normativa de Supervisión y Calidad; y tienen funciones específicas para atender materias de su ámbito territorial.”
	<b>28</b>	“Las Delegaciones tienen por objeto promover los seguros, prestaciones y servicios a los derechohabientes del Instituto en su demarcación, y apoyar a las Unidades Administrativas en el cumplimiento de sus responsabilidades”
	<b>35</b>	“La Junta es un órgano de gobierno del Instituto encargado de conocer y aprobar la normatividad, programas, estructuras, y funciones institucionales, así como de evaluación, control y supervisión de las actividades de los demás órganos de gobierno y unidades administrativas del Instituto.”

Elaboración propia con datos del Reglamento Interior del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Gobierno y Municipios del Estado de Baja California, Reglamento Orgánico de los Hospitales Regionales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y el Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Es necesario precisar que para obtener la reglamentación presentada en esta matriz fue necesario acudir de manera personal al sindicato del ISSSTE por medio de una cita, ya que dichos reglamentos no se encuentran de manera pública como debería ser, dificultando así el acceso a estos siendo que deberían ser públicos y transparentes, dando paso a una de las mayores limitantes a esta tesis ya que aun cuando fueron solicitados no se me proporcionaron todos los reglamentos necesarios para la elaboración de esta matriz, en su lugar se recurrió al análisis de otros reglamentos a nivel estatal como es el caso del Reglamento Interior del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Los trabajadores del Gobierno y Municipios del Estado de Baja California.

Por otro lado, dentro de la reglamentación que engloba a esta matriz e instituto se puntualiza que, en el Reglamento Orgánico de los Hospitales Regionales en su artículo 21 se hace

énfasis en los directores de los hospitales regionales cuya función es dirigir y supervisar la planeación, organización, coordinación y control de los recursos humanos, financieros y materiales, mientras que en el artículo 60 se menciona a los coordinadores de recursos financieros cuyas funciones son similares a los directores regionales, dando paso a una duplicación de funciones, dificultando quizá la distribución y asignación del recurso financiero ya que ambos tienen la facultad de decidir sobre él.

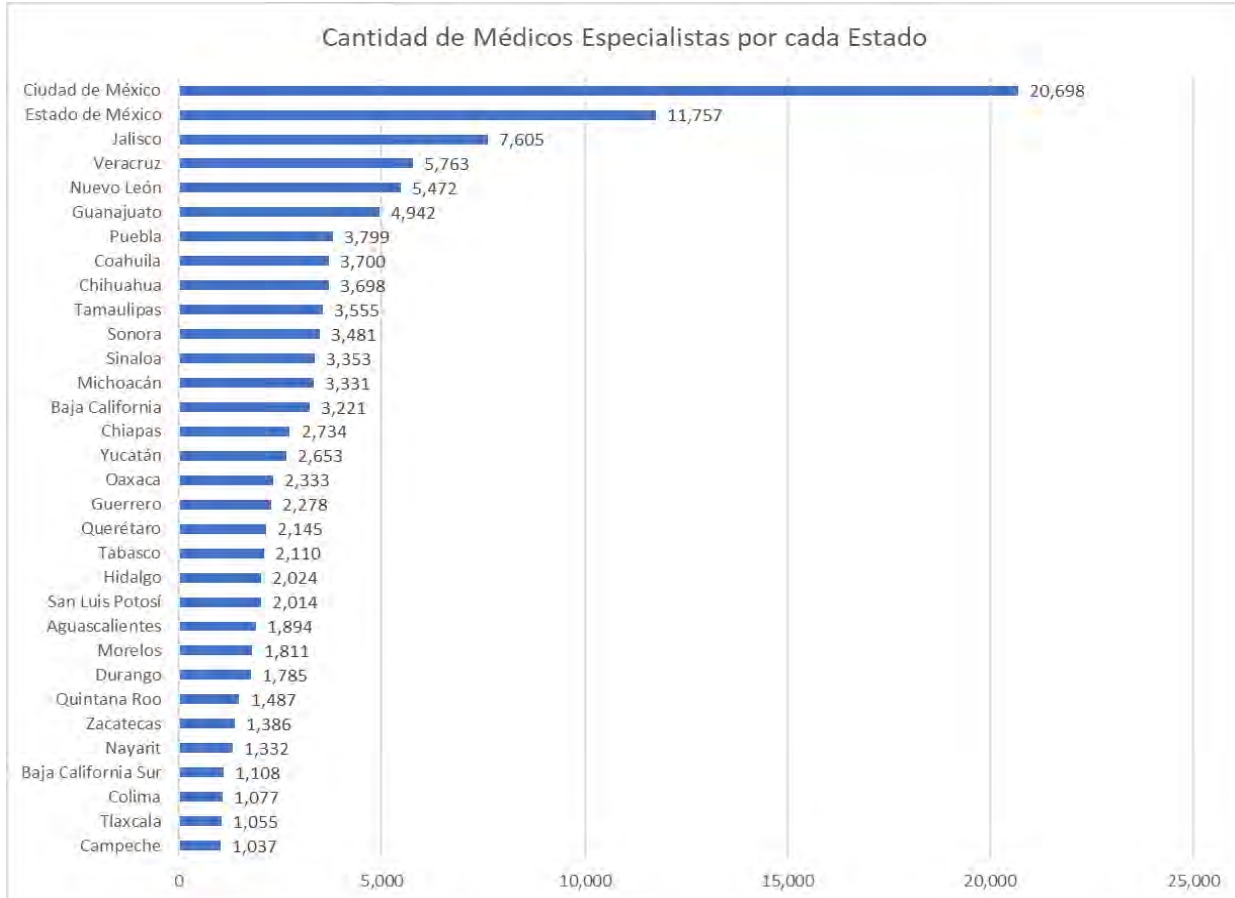
Ahora bien, si comparamos el Reglamento Interior del Estado de Baja California y el Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Los Trabajadores del Estado, encontramos una armonización aun cuando uno tiene un enfoque estatal y otro a manera general, ambos buscan promover y mejorar el desarrollo de los servicios de salud a través de las diferentes direcciones y unidades médicas, tal y como se puede ver en el artículo 44 del Reglamento Interno del Estado de Baja California donde se menciona el establecimiento de criterios de contratación, supervisión y evaluación del personal médico por parte de una subdirección General Médica, así como de la verificación y actualización del cuadro básico de medicamentos y materiales de consumo médico. Mientras que en el Estatuto Orgánico en su artículo 1 se hace énfasis en la planeación, organización, ejecución, control, supervisión y vigilancia de la prestación de los servicios buscando así garantizar el derecho humano a la salud y a la seguridad social.

Si bien es cierto existe un intento por parte del Estado de Baja California de incluir criterios de contratación y evaluación del personal médico, sin embargo, no está bien estipulado como se lleva a cabo, únicamente está nombrado pero no está articulado, por lo tanto no existen parámetros que determinen la contratación del personal médico ni mucho menos en los reglamentos mencionados en esta matriz, dando por hecho que en la reglamentación del ISSSTE no está estipulado ni normado, aun cuando en la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Los Trabajadores del Estado en su artículo 27 se menciona el desarrollo de programas de salud en atención a las características demográficas, socioeconómicas y epidemiológicas que aquejan a cada Estado, pero en el panorama reglamentario no está articulado.

### 4.3 Distribución de médicos especialistas

#### 4.3.1. Cantidad de Médicos Especialistas por Estado

Figura 4.3.1. Médicos Especialistas por cada Estado



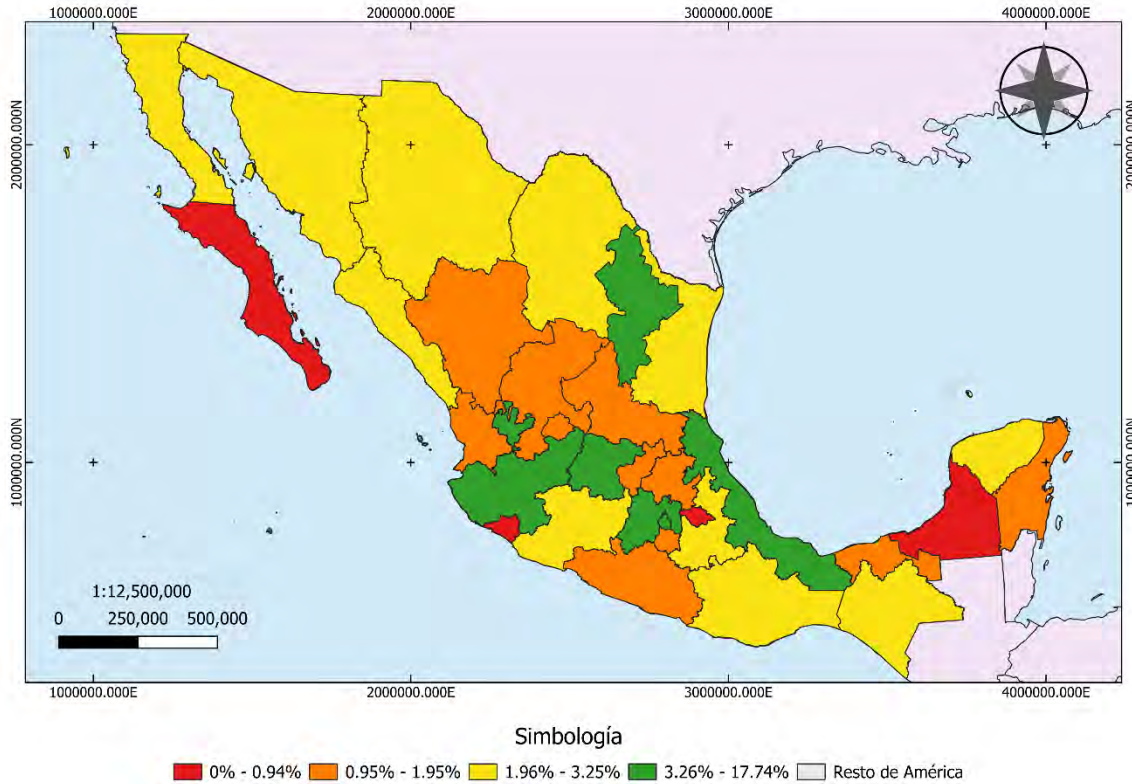
Fuente: Elaboración propia con los datos de la SINAISCAP 2021 (SINAISCAP, 2021).

En esta grafica se encuentra representado la cantidad de médicos especialistas que hay en cada estado, en total de acuerdo con la SINAISCAP 2021, México cuenta con 116,638 médicos especialistas, donde los estados cuyos médicos predominan es en la Ciudad de México con un total de 20,698, seguido del Estado de México con 11,757 y finalmente Jalisco con una cantidad de 7,605. Por otro lado, los estados que cuentan con menos médicos especialistas son; Colima con una cantidad total de 1,077, Tlaxcala 1,055 y por último Campeche con 1,037.



### 4.3.2. Distribución de médicos

Figura 4.3.2. Distribución de Médicos.



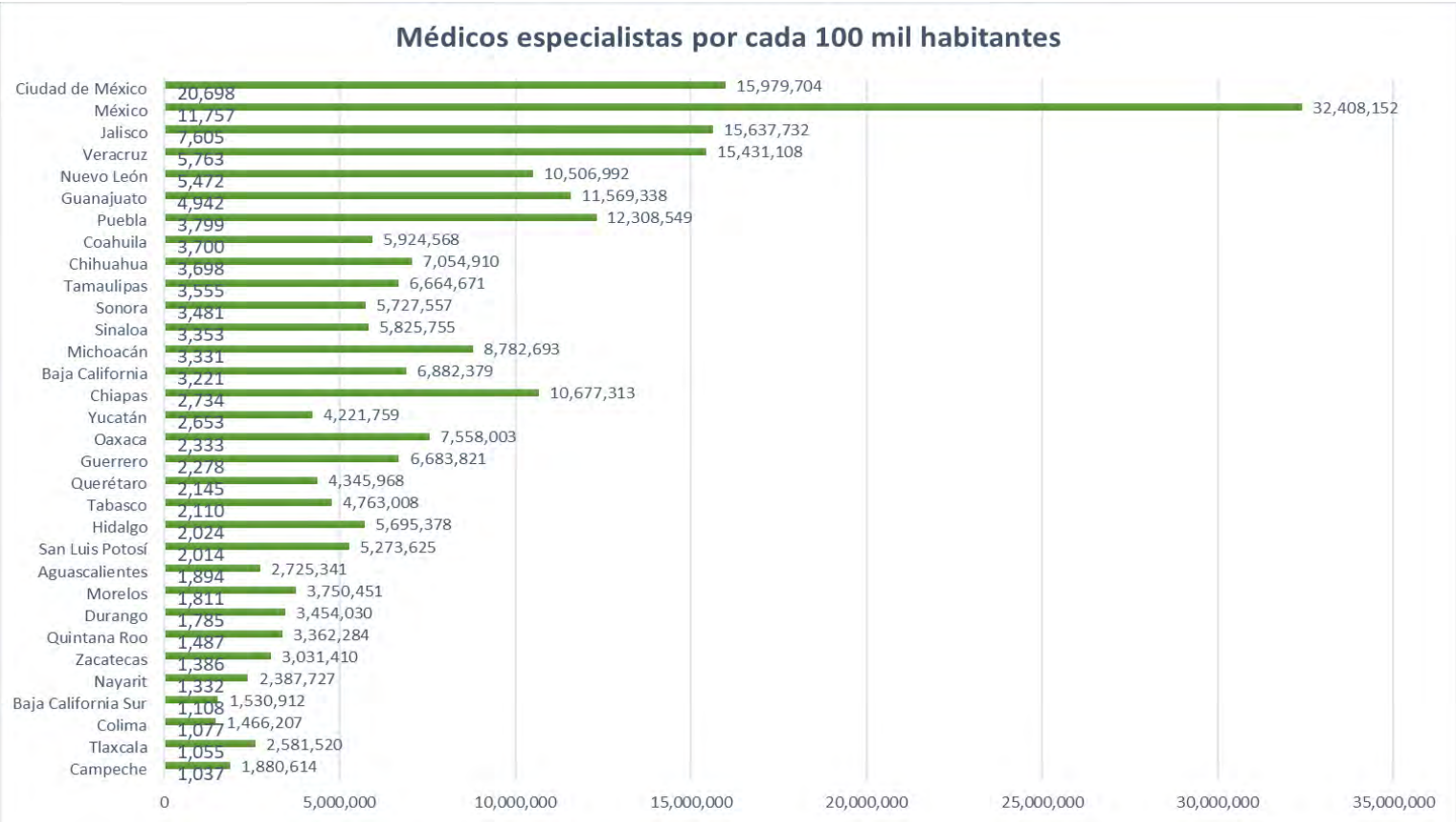
Fuente: Elaboración propia con los datos de la SINAISCAP 2021.

Para la representación de distribución de médicos especialistas por entidades, fue necesario utilizar cuatro colores (rojo, naranja, amarillo y verde) en el mapa. Estos colores representan distintos porcentajes de ME por entidad. Por ejemplo, el color rojo hace alusión a aquellos Estados que cuentan entre el 0% al 0.94% de ME, lo cual hace referencia a que son territorios con casi una nula cantidad de médicos especializados; el color naranja corresponde a aquellas entidades federativas que cuentan con 0.95% al 1.95% de Médicos Especialistas, por lo que los territorios poseen una débil cantidad de médicos especialistas; el color amarillo representa a los Estados con 1.96% hasta 3.25% de médicos especialistas en el cual los territorios poseen una significativa cantidad de especialistas en el área de la salud; por último, el color verde a aquellas entidades con 3.26% hasta 17.74% de médicos especialistas y las cuales se encuentran en una situación superior respecto al porcentaje de médicos en tales áreas a comparación del resto de los territorios.

Es así como se identifican los Estados de Baja California Sur, Campeche y Tlaxcala quienes se encuentran en situación de casi nula cantidad de ME (color rojo), Seguido de los que tienen una débil cantidad encontramos a Durango, Nayarit, Zacatecas y San Luis Potosí (color naranja), los que su porcentaje es significativo, pero no la mejor (color amarillo) están los estados de Sonora, Chihuahua, Coahuila, Sinaloa, Tamaulipas y Michoacán. Finalmente tenemos a los Estados que si poseen un buen porcentaje de ME (color verde), y estos son Nuevo León, Jalisco, Guanajuato, Ciudad de México y Estado de México.

4.3.3. Médicos Especialistas VS Población de cada Estado

Figura 4.3.3 Médicos especialistas por cada 100 mil habitantes



Fuente: Elaboración propia con datos de la SINAISCAP 2021 y CONAPO 2018.

El propósito de esta gráfica es hacer una comparación entre el número total de habitantes de cada Estado (CONAPO, 2018) y el número total de Médicos Especialistas (SINAISCAP, 2021) en México durante el ejercicio 2021. Comenzando con los 3 primeros Estados con la mayor población en México, según la CONAPO (2018), es el Estado de México con 32 408

152 habitantes; sin embargo, en la SINAISCAP 2021 (SINAISCAP, 2021) se encontró que el total de médicos especialistas en tal territorio es de 11,757, lo cual indica un gran déficit de médicos comparado con la población que se encuentra en dicho estado, seguido de Ciudad de México cuya población es de 15,979,704 con una cantidad total de médicos de 20,698, siendo esta la ciudad con más médicos en toda la república y finalmente Jalisco con una población total de 15,637,732 frente a una cantidad total de médicos de 7,605, siendo una desproporción entre el total de población y el total de médicos

Finalmente, los 3 estados con menos población y médicos se encuentra Campeche con un total de 1,880,614 habitantes frente a una cantidad de 1,037 ME, seguido de Baja California Sur cuya población es de 1,530,912 con un total de 1,108 ME, por último, tenemos al estado de Colima con una población total de 1,466,207 con una cantidad de ME de 1,077.

Más del 60% de nuestro país carece de ME, teniendo como resultado una atención y acceso a la salud bastante precaria, puesto que las poblaciones son altamente numerosas para la cantidad de ME que hay, dando como resultado el desabasto, la poca atención y acceso a la atención médica especializada.

## CONCLUSIONES

Tras el análisis podemos deducir que los factores decisivos para la distribución de médicos especialistas no existen, ya que en el marco normativo tanto a nivel federal como institucional no se encuentra articulado, lo que quiere decir que no está normado, ni planeado, eso genera una problemática de salud pública ya que si bien es cierto el acceso a la salud es un derecho humano y de acuerdo a la constitución la federación es la encargada de garantizar dicho bienestar, nos damos cuenta que en plano real sucede lo contrario, tenemos estados con problemas de acceso a la salud y si lo tienen es con una accesibilidad precaria.

Con esto se evidencia que la existencia de las leyes no garantizan lo establecido dentro de ellas, haciendo que estas se encuentren en un panorama totalmente utópico ya que al ejecutarse lo estipulado ocurre de diferente manera y como resultado tenemos lo que ocurre en esta tesis, existe un amplio conocimiento de que los servicios de salud están en carencia no solamente en cuestión de infraestructura, abastecimiento y medicamentos, sino también en personal médico, existe una grave falta de médicos especialistas en la mayoría de los Estados de México excepto en las grandes ciudades como lo son Ciudad de México, Jalisco, Estado de México y Nuevo León quienes cuentan con un mejor sistema de salud a comparación de los otros estados.

Actualmente nos enfrentamos a un problema de desarticulación de leyes, de falta de transversalidad entre unas a otras, tal como es el caso de los reglamentos que rigen a los institutos donde no existe una concordancia entre la normatividad federal y la institucional dando paso a que muchos factores se conviertan en problemáticas sociales y cada vez vayan en aumento, el tema de la carencia de médicos especialistas tomo más fuerza con la llegada de la pandemia y es sorprendente como hasta el día de hoy siga sin haber una solución para garantizar la prestación de un médico especialista, siendo que ellos forman parte de la salud pública a través de la prestación de sus servicios, tomando en cuenta que en cada estado aquejan diferentes padecimientos y enfermedades degenerativas. Al Estado como a la Federación le corresponde garantizar a todos los mexicanos el acceso a servicios de salud de calidad y de especialidad, es por ello por lo que situaciones como esta de carencia de médicos

especialistas debe ser tomado en cuenta para la pronta resolución a esta problemática, comenzando con su planeación y normatividad.

## Bibliografía

- Ávila Espinoza, F. A. (23 de Junio de 2002 ). *Las elecciones de 1911, un ensayo democrático*.  
Obtenido de Dianelt : <http://www.ejournal.unam.mx/ehm/ehm23/EHM02302.pdf>
- Berrazueta Fernández, J. R. (2020). Las enfermedades que produce el coronavirus. *Ranm* , 1-13.  
Obtenido de [https://analesranm.es/wp-content/uploads/2020/numero\\_137\\_02/pdfs/rev08.pdf](https://analesranm.es/wp-content/uploads/2020/numero_137_02/pdfs/rev08.pdf)
- Blanco, M. (2007). Francisco I. Madero. Argumentos. Estudios Críticos De La Sociedad, (22), 7-18.  
Recuperado a partir de  
<https://argumentosjocs.xoc.uam.mx/index.php/argumentos/article/view/743>
- Cámara de Diputados del Congreso de la Unión . (5 de Febrero de 1917). *Diario Oficial de la Federación* . Obtenido de Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos :  
[https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf\\_mov/Constitucion\\_Politica.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf)
- Cámara de Diputados del Congreso de la Unión . (1947). *Ley general de Pensiones civiles de Retiro* .  
Obtenido de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2791/15.pdf>
- Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. (20 de abril de 2006). *Seguridad social* . Obtenido de [http://archivos.diputados.gob.mx/Centros\\_Estudio/Cesop/Comisiones/2\\_ssocial.htm](http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Comisiones/2_ssocial.htm)
- Congreso del Estado de Nuevo León. (30 de Abril de 1906). *Ley de Accidentes de Trabajo del Estado de Nuevo León*. Obtenido de Responsabilidad Civil:  
<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/2/789/22.pdf>
- Coordinación Nacional de Protección Civil . (abril de 2018). *Epidemias en México* . Obtenido de  
[https://www.cenapred.unam.mx/es/documentosWeb/Tertulias/Presentacion\\_Ing.Maria\\_Ydirin.pdf](https://www.cenapred.unam.mx/es/documentosWeb/Tertulias/Presentacion_Ing.Maria_Ydirin.pdf)
- Carrasco Cortez, V., Lozano Salazar, E., & Velásquez Pancca, E. (2008 ). *Scielo Perú*. Obtenido de Análisis actual y prospectivo de la oferta y demanda de médicos en el Perú 2005-2011:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172008000100005](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172008000100005)
- CONEVAL . (Septiembre de 2019). *Estudio sobre el proceso de descentralización en México 1997. 2017* . Obtenido de CONEVAL:  
[https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Estudio\\_descentralizacion\\_1997\\_2017.pdf](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Estudio_descentralizacion_1997_2017.pdf)
- Carrillo Osorio , M. I. (7 de febrero de 2018). *Instituto Tecnológico de Orizaba* . Obtenido de Evolución de la administración y la teoría administrativa :  
<https://www.gestiopolis.com/antecedentes-historicos-de-la-administracion-y-la-teoria-administrativa/>
- Cartwright, M. (3 de abril de 2018). *World history encyclopedia*. Obtenido de Democracia Ateniense : <https://www.worldhistory.org/trans/es/1-13310/democracia-ateniense/>
- Casiopea. (29 de diciembre de 2015). Obtenido de Revolución industrial:  
<https://sobrehistoria.com/revolucion-industrial/>

- Casiopea. (2 de Septiembre de 2022). *Sobrehistoria*. Obtenido de Historia de Roma : <https://sobrehistoria.com/las-clases-sociales-en-el-imperio-romano-patricios-plebeyos-nobles-y-plebeyos-caballeros/>
- Consejo Nacional de Población . (13 de Julio de 2023). *Consejo Nacional de Población* . Obtenido de <https://www.gob.mx/conapo/documentos/bases-de-datos-de-la-conciliacion-demografica-1950-a-2019-y-proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-2020-a-2070>
- Cotonieto Martínez , E. (5 de Julio de 2021). *Scielo* . Obtenido de Evolución de la Seguridad Social en México y su relación con el contexto socioeconómico nacional (1900-2020): [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2529-850X2020000700008](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000700008)
- Chiavenato, I. (2006). Introducción a la teoría general de la administración. Distrito Federal: McGraw-Hill. Recuperado el 16 de junio de 2016.
- Cruz Soto , L. A. (2010). *Scielo* . Obtenido de El concepto de autoridad en el pensamiento de Aristóteles y su relación con el concepto de autoridad en el comportamiento administrativo: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-10422010000200004](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-10422010000200004)
- Díaz , A. (2018). Obtenido de Historia de la administración : <https://sites.google.com/site/gestionalejandrodc96/historia-de-la-administracion>
- Diario Oficial de la Federación . (28 de agosto de 1931). *Congreso de la Unión*. Obtenido de Ley federal del Trabajo: [https://dof.gob.mx/nota\\_to\\_imagen\\_fs.php?cod\\_diario=193390&pagina=1&seccion=2](https://dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?cod_diario=193390&pagina=1&seccion=2)
- Enrique, C. M. (2000 ). *Scielo* . Obtenido de Los dilemas de la descentralización en México : <https://www.scielo.br/j/osoc/a/8FXjHX8CFDbZF3ZKXWb4NLc/?lang=es&format=pdf>
- Figues , O. (22 de febrero de 2022). *National Geographic*. Obtenido de La Revolución Rusa de 1917: [https://historia.nationalgeographic.com.es/a/revolucion-rusa-1917\\_16494](https://historia.nationalgeographic.com.es/a/revolucion-rusa-1917_16494)
- Farfán Mendoza , G. (14 de Septiembre de 2016 ). *Facultad de Ciencias Políticas y Sociales* . Obtenido de La constitución de 1917 y las reformas a los sistemas de pensiones : <https://www.redalyc.org/journal/4296/429649658001/html/>
- Gaceta del Senado . (1935). *Antecedentes de la Seguridad Social en México*.
- Gómez Dantés , O., y Frenk , J. (6 de diciembre de 2019). *Scielo*. Obtenido de Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342019000200202](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342019000200202)
- Guamán Buestán , M. (enero de 2008). *Researchgate* . Obtenido de Ajustes y actualización del Plan de Desarrollo Provincial del Cañar: [https://www.researchgate.net/publication/277108113\\_Ajustes\\_y\\_actualizacion\\_del\\_Plan\\_de\\_Development\\_Provincial\\_del\\_Canar](https://www.researchgate.net/publication/277108113_Ajustes_y_actualizacion_del_Plan_de_Development_Provincial_del_Canar)
- Gobierno de México . (3 de Mayo de 2019). *Plan Sexenal de Lázaro Cárdenas* . Obtenido de <https://www.gob.mx/presidencia/prensa/plan-sexenal-de-lazaro-cardenas>

Gobierno de México . (15 de octubre de 2018). *Archivo General de la Nación* . Obtenido de Triunfo de Madero en las elecciones de 1911: <https://www.gob.mx/agn/articulos/agnrecuerda-el-triunfo-de-madero-en-las-elecciones-de-1911>

Galindo Camacho , M. (2000). *TEORÍA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA*. México: Porrúa. Obtenido de <https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/12816/TEORIA%20DE%20LA%20ADMINISTRACION%20PUBLICA.pdf?sequence=1>

Garza, G. (1983). Desarrollo económico, urbanización y políticas urbano- regionales en México (1900-1982). *Demografía y Economía*, vol. 17, núm. 2, pp. 157-180

González Ferriz, R. (17 de enero de 2019 ). *El confidencial* . Obtenido de ¿Por qué cayó el Imperio romano? Una respuesta inesperada (y fascinante): [https://blogs.elconfidencial.com/cultura/el-erizo-y-el-zorro/2019-01-15/imperio-romano-roma-kyle-harper-fatal-destino\\_1755318/#:~:text=Por%20un%20lado%2C%20que%20Roma,batallas%20por%20el%20liderazgo%20militar.](https://blogs.elconfidencial.com/cultura/el-erizo-y-el-zorro/2019-01-15/imperio-romano-roma-kyle-harper-fatal-destino_1755318/#:~:text=Por%20un%20lado%2C%20que%20Roma,batallas%20por%20el%20liderazgo%20militar.)

Grudemi. (2018). *Enciclopedia de historia* . Obtenido de Plan de Iguala : <https://enciclopediahistoria.com/plan-de-iguala/>

Huayamave, G. (octubre de 2015). *Researchgate*. Obtenido de Los planes quinquenales en la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas bajo un régimen totalitario: [https://www.researchgate.net/publication/312529817\\_Los\\_planes\\_quinquenales\\_en\\_la\\_Union\\_de\\_Republicas\\_Socialistas\\_Sovieticas\\_bajo\\_un\\_regimen\\_totalitario](https://www.researchgate.net/publication/312529817_Los_planes_quinquenales_en_la_Union_de_Republicas_Socialistas_Sovieticas_bajo_un_regimen_totalitario)

Heinze Martin , G., Olmedo Canchola, V. H., Bazán Miranda, G., Bernard Fuentes, N. A., & Guízar Sánchez, D. P. (2018 ). *Gaceta Médica de México*. Obtenido de Los médicos especialistas en México: [https://www.anmm.org.mx/GMM/2018/n3/GMM\\_154\\_3\\_342-351.pdf](https://www.anmm.org.mx/GMM/2018/n3/GMM_154_3_342-351.pdf)

Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones en México. (1906-1907). *Diario de los debates del congreso constituyente*. Obtenido de <https://www.inehrm.gob.mx/recursos/Libros/Diariodelosdebatestomo3.pdf>

Instituto Nacional de Estudios Políticos . (27 de Septiembre de 1939). *Memoria política de México* . Obtenido de Segundo Plan Sexenal 1941-1946.: <https://www.memoriapoliticademexico.org/Textos/6Revolucion/1939II%20PlanSex.html>

Junta Directiva . (31 de enero de 2022). *Gobierno del Estado* . Obtenido de Junta Directiva del ISSSTE : <https://www.gob.mx/issste/acciones-y-programas/h-junta-directiva-del-issste>

Keynes, M. (1936). En *Teoría general de la ocupación, el interés y el dinero* (págs. 17-33). Obtenido de <http://biblio.econ.uba.ar/opac-tmpl/bootstrap/Textocompleto/Teor%C3%ADa%20general%20de%20la%20ocupaci%C3%B3n,%20el%20inter%C3%A9s%20y%20el%20dinero%20-%20John%20Maynard%20Keynes.pdf>



- Lopera-Medina , M. (20 de noviembre de 2014). *Scielo*. Obtenido de Aspectos históricos y epistemológicos de la planificación para el desarrollo :  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n26/v13n26a03.pdf>
- Lopéz. (25 de septiembre de 2016). *economipedia*. Obtenido de Revolución industrial:  
<https://economipedia.com/definiciones/primer-revolucion-industrial.html>
- López García , E. G. (2012). *La descentralización de los servicios de salud* . Obtenido de  
<http://historico.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/arsiu/cont/47/act/act6.pdf>
- Montañez Hernández, J. C., Alcalde Rabanal, J., & Reyes Morales, H. (14 de Agosto de 2019 ).  
*Instituto Nacional de Salud Pública*. Obtenido de Factores socioeconómicos y desigualdad en la distribución de médicos y enfermeras en México:  
<https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/172373/161992>
- Memoria Política de México . (6 de diciembre de 1982 ). Obtenido de 1982 Exposición de motivos que justifican la Reforma al Artículo 115 Constitucional, propuesta por el Lic. Miguel de la Madrid Hurtado.:  
<https://www.memoriapoliticademexico.org/Textos/7CRumbo/1982MMH-ExpMRefConst.html>
- Malagón Pinzón , M. (16 de octubre de 2005). *La revolución Francesa* . Obtenido de  
[file:///C:/Users/pao\\_c/Downloads/Dialnet-LaRevolucionFrancesaYElDerechoAdministrativoFrance-1706971%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/pao_c/Downloads/Dialnet-LaRevolucionFrancesaYElDerechoAdministrativoFrance-1706971%20(1).pdf)
- Organización Oficial del Trabajo . (diciembre de 2009). Obtenido de Responder a la crisis: construir una protección social básica : [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms\\_122248.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_122248.pdf)
- Oyola García, A. E. (2021 ). *Revista Cubana de Salud Pública*. Obtenido de Desigualdad en la distribución de médicos en el Perú:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2021/csp211c.pdf>
- Pérez Porto , J., Gardey , A., & Merino , M. (2009). *Definición de Plan de Desarrollo* . Obtenido de  
<https://definicion.de/plan-de-desarrollo/>
- Pomares , F. J. (1 de diciembre de 2020). *Gaceta médica* . Obtenido de Foco a las enfermedades crónicas: las olvidadas de la pandemia: <https://gacetamedica.com/investigacion/foco-a-las-enfermedades-cronicas-las-olvidadas-de-la-pandemia/>
- Pardo , M. (2018). Administración Pública y Gobernanza. En C. Matute González , M. García Guzmán, & C. Sánchez Jáuregui, *Instituto Nacional de Administración Pública en la Reunión Nacional de Administración* (págs. 30-40). Guadalajara, Jalisco: Instituto Nacional de Ciencias Administrativas. Obtenido de [https://inap-mexico.org.mx/wp-content/uploads/2020/08/el\\_instituto\\_nacional\\_de\\_administracion\\_publica\\_en\\_la\\_reunion\\_nacional\\_de\\_administracion\\_publica\\_2018.pdf#page=30](https://inap-mexico.org.mx/wp-content/uploads/2020/08/el_instituto_nacional_de_administracion_publica_en_la_reunion_nacional_de_administracion_publica_2018.pdf#page=30)
- Pichetti, J. (1998). *Universidad Iberoamericana*. Obtenido de "Situación Económica y Social de México, de la Independencia a 1870: <https://www.iexe.edu.mx/derecho/doloroso-y->

problematico-el-espinoso-comienzo-del-mexico-post-independiente-2/#:~:text=Consumada%20la%20Independencia%2C%20y%20una,estructuras%20sociales%20y%20de%20creencias.

Palacios Lara, J. J. (1 de mayo de 1989). Estudios demográficos y urbanos. Obtenido de ¿Descentralización en medio de la crisis?: <https://doi.org/10.24201/edu.v4i2.719>

Quiroa, M. (7 de Octubre de 2020). *Economipedia*. Obtenido de Origen de la administración : <https://economipedia.com/definiciones/origen-de-la-administracion.html#:~:text=especializaci%C3%B3n%20y%20supervisi%C3%B3n.-,Grecia,levantando%20la%20mano%20para%20votar.>

Rivera Castro , J. (Junio de 2008). Expropiación petrolera. *Casa del tiempo*, 2-7. Obtenido de La expropiación petrolera: [https://www.uam.mx/difusion/casadeltiempo/08\\_iv\\_jun\\_2008/casa\\_del\\_tiempo\\_eIV\\_nu m08\\_02\\_07.pdf](https://www.uam.mx/difusion/casadeltiempo/08_iv_jun_2008/casa_del_tiempo_eIV_nu m08_02_07.pdf)

Rangel, N. (1924). *Historia del toreo en México: época colonial*.

Ragel, T. (11 de 02 de 2016). *El universal Querétaro* . Obtenido de La planeación en México: Una historia de ensayo y error: <http://www.eluniversalqueretaro.mx/content/la-planeacion-en-mexico-una-historia-de-ensayo-y-error#:~:text=Un%20antecedente%20relevante%20de%20la,planes%20quinquenales%20del%20gobierno%20sovi%C3%A9tico.>

Ramió, C. (1999). *Teoría de la organización y administración pública*. Madrid: Tecnos.<https://blogs-fcpolit.unr.edu.ar/wp-content/blogs.dir/28/files/2012/08/U1-Carles-Ramio-Teoria-de-la-Organizacion.pdf>

Ramírez, V. & Ramírez, M. (2013). El marco administrativo para la planeación en México. Recuperado de <http://www.eumed.net/rev/cccsc/23/marco-administrativo-planeacion-mexico.html>

Saltos Bazurto, G. & Hernández Castro, M., Sánchez Núñez, D., & Bravo Cedeño, I. (2020). Análisis de las complicaciones post-COVID-19 en pacientes con Enfermedades crónicas no transmisibles. *Higía de la salud* , 7.

Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (7 de mayo de 1962). *Colegio de México*. Obtenido de Pland de Acción inmediata: [https://www.jstor.org/stable/j.ctv512s7v.12#metadata\\_info\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/j.ctv512s7v.12#metadata_info_tab_contents)

Secretaría de salud . (17 de Septiembre de 2015 ). *Ley General de Salud* . Obtenido de Secretaría de gobierno : <https://www.gob.mx/salud/articulos/ley-general-de-salud>

Secretaría de la Defensa Nacional . (01 de enero de 2020). Obtenido de 9 de febrero de 1913, inicio de la Decena Trágica.: <https://www.gob.mx/sedena/documentos/9-de-febrero-de-1913-inicio-de-la-decena-tragica>

- Sistema de Información de la Secretaría de Salud. (2021). *SINAISCAP*. Obtenido de:  
<http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>
- Solfa , F. (2006). *Dirección Provincial de Gestión Pública* . Obtenido de Centralización, Descentralización, Desconcentración y Delegación. :  
[file:///C:/Users/pao\\_c/Downloads/Descentralizacindesconcentracinydelegacin-DelGiorgioSolfa%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/pao_c/Downloads/Descentralizacindesconcentracinydelegacin-DelGiorgioSolfa%20(1).pdf)
- Spencer , D., & Levinson, B. (1999). *Scielo* . Obtenido de Relación entre estado y sociedad en el discurso y en la acción: estudios culturales y políticos sobre el cardenismo en México:  
[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1607-050X1999000200009](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X1999000200009)
- Uribe Rosales, V. (2010). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Obtenido de Porfirio Díaz Mori: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa3/n2/r1.html>
- Velasco Coquis , F. J. (2016). Obtenido de Sistema Nacional de Planeación :  
<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/9/4034/14.pdf>
- Valades, D. (1998). La transición del sistema presidencial mexicano. El presidencialismo renovado. Instituciones y Cambio político en América Latina. Caracas: Editorial Nueva Sociedad.
- Vázquez Mantecón, Verónica. (2009). Lázaro Cárdenas en la memoria colectiva. *Política y cultura*, (31), 183-209. Recuperado en 06 de diciembre de 2022, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-77422009000100010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422009000100010&lng=es&tlng=es)