

La salud pública en Sinaloa.

Un acercamiento a su historia y pertinencia social

Narce Dalia Reyes Pérez
Luis García Valenzuela



INSTITUTO
MUNICIPAL
DE ARTE Y
CULTURA

2021-2024

La salud pública en Sinaloa. Un acercamiento a su historia y pertinencia social



La salud pública en Sinaloa. Un acercamiento a su historia y pertinencia social

Narce Dalia Reyes Pérez
Luis García Valenzuela



La salud pública en Sinaloa. Un acercamiento a su historia y pertinencia social. **Autores:** Narce Dalia Reyes Pérez y Luis García Valenzuela. — Mazatlán, México. 2023.

152 P. 23 cm.

Primera edición

D. R. © copyright 2023

ISBN: **978-84-19799-91-3**

DOI: **<https://doi.org/10.61728/AE24290005>**



La presente obra fue dictaminada bajo el sistema de doble ciego y cuenta con el aval de los dictámenes de pares académicos en el campo de las ciencias sociales en México.

Edición y corrección: **Astra ediciones**

Se prohíbe la reproducción, el registro o la transmisión parcial o total de esta obra por cualquier sistema de recuperación de información, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, por fotocopia, cualquier otro existente o por existir; sin el permiso previo, por escrito, del titular de los derechos.

HECHO EN MÉXICO | MADE IN MEXICO

Contenido

Introducción 9

Capítulo 1

Antecedentes históricos 13

Análisis de la Secretaría de Salud 14

Historia del Sector Salud en Sinaloa 19

Los servicios sanitarios y asistenciales en el estado 28

Sinaloa y su sistema de irrigación como precursor de paludismo 33

El último tercio del siglo XX y los retos en el sistema de salud
sinaloense 38

Capítulo 2

Análisis del sector salud desde diferentes enfoques 49

Los servicios de salud como sistema integral 50

Enfoque de organización en el sistema nacional 52

El Sector Salud en México bajo el modelo neoliberal 59

Programas de Apoyo Social y en Salud Pública 60

Preeminencia de la Salud Pública 69

Capítulo 3

Hospital General de Los Mochis 73

Datos sociodemográficos 74

Diagnóstico Organizacional para Instituciones de Salud (DOIS) 79

Identificación de la institución de salud 81

Categoría actual de la unidad 81

Antecedentes del Hospital General de Los Mochis 83

Infraestructura: distribución de áreas y vías de acceso 87

Misión	101
Visión	101
Valores.....	101
Marco Jurídico	102
Normas Oficiales Mexicanas	104
Indicadores vigentes al 2017.....	105
Autoridad	105
Organigrama.....	105
Recurso humano.....	106
Hospitalización	117
Auxiliares de diagnóstico.....	121
Disposición final de insumos: manejo de residuos	123
Sistema de gestión hospitalaria.....	125
Mejora de la gestión de procesos	126
Conclusiones	127
Referencias.....	129
Archivo	144
Anexo 1	147
Diagnóstico Organizacional para Instituciones de Salud (DOIS).....	147

Introducción

El desarrollo del mundo en la segunda mitad del siglo XX comenzó a demostrar que existían situaciones que afectaban de manera importante a la humanidad, entendida como la unión de individuos, comunidades, países, regiones y, en fin, la comunidad de Estados, y frente a las cuales no existía una conciencia clara, ni instrumentos, ni mecanismos concretos de carácter interno e internacional (García, 2004, p. 61). Los sistemas de salud de América del Sur siguen soportando la segmentación, la privatización y la fragmentación; las reformas del sector salud de los programas de ajuste estructural de los años 1980 y 1990 en Sudamérica siguieron diferentes propósitos y estrategias, que van desde la privatización, la mercantilización y la intervención del Estado para la implementación de un servicio nacional de salud pública con el acceso universal como un derecho de los ciudadanos (Gomes y Faria, 2014, p. 740).

La salud, es un bien esencial inherente a la dignidad del ser humano, por tanto, un derecho, determinante de la calidad de vida y palanca fundamental para el desarrollo de los individuos y las naciones, es resultado de los cambios sociales, políticos, económicos y culturales (Artaza, 2012, p. 213). El derecho a la protección de la salud todavía parece requerir una justificación frente a los poderes públicos que aún se niegan a garantizarlo por igual a todas las personas. (Zúñiga, 2010, p. 113). La medición y el monitoreo de las desigualdades constituyen el primer paso para definir prioridades y tomar decisiones que pongan en marcha acciones y estrategias destinadas a reducir las inequidades en salud (Ferrelli, 2015, p. 276).

El sector de la salud precisa, cada vez más, mejorar el desempeño de sus organizaciones en términos de eficiencia, eficacia y calidad de los servicios (Hernández, et al., 2013, p. 751). Algunas sociedades no consienten que haya sufrimiento por ausencia de recursos económicos o sociales Según (Toledo y Jiménez, 2013 p. 420). Solo si existe un sistema bien organizado se podrá dar respuesta a las necesidades y demandas cada

vez mayores de la sociedad. La comprensión del fenómeno organizacional es una necesidad de todos los profesionales que tienen alguna responsabilidad en el manejo de personas y recursos de la sociedad (Segredo, García, López, León y Perdomo, 2015, p. 116). Conocer las perspectivas del sistema sanitario, especialmente en salud pública, es preocupación medular en los gobiernos de todos los países (Bernal, et al., 2015, p. 9).

En una óptica amplia, se ha reconocido la importancia de la salud tanto por su valor intrínseco como por el rol que juega en el desarrollo humano y social. Las sociedades que son capaces de asegurar la salud de sus poblaciones tienen mejores niveles de desarrollo humano, tanto de forma individual como colectiva (Fajardo, Gutiérrez y García, 2015, p. 181).

El primer capítulo aborda desde una mirada histórica, el cómo ha logrado implementarse, en Sinaloa, un sistema de salud que atienda no solo a los derechohabientes que tienen una actividad laboral y cuentan con seguridad social sino también a los sectores vulnerables que no tienen ese derecho; se observa con la investigación a los archivos, en particular de los informes de gobierno desde la década de los treinta a 1995, la visión de cada gobierno por el cuidado de la salud a los más pobres.

Así mismo como sirve la educación para contrarrestar enfermedades, y como en diferentes temas que se imparten a la sociedad y las comunidades pobres de Sinaloa, en un sentido de análisis de políticas públicas se sostiene la idea de la revisión por periodo de gobierno y como fue la evolución y en qué medida cada región del estado creció y a su vez creció el apoyo en materia de salud. La institución de salud ha enfrentado proceso de transformación y reestructuración como parte del Sistema de Salud, está a brindar servicios de salud orientado a la Promoción de la Salud.

En el segundo capítulo se abordan los referentes a la política nacional de cómo se ha organizado los problemas de salud y como se han atendido en los diferentes niveles de atención se pone de manifiesto que los modelos económicos establecidos por el gobierno en turno involucran la forma de cómo invertirá en los sectores más vulnerables ya que estos no pueden erogar en esos aspectos, en niveles de enfermedad más graves.

La exigencia por optimizar los niveles de eficiencia y eficacia en el uso de los recursos, así como generar y fortalecer los mecanismos de rendición de cuentas hacia los ciudadanos y los grupos de interés que

rodean la acción pública son los fundamentos básicos que han tenido los gobiernos para impulsar el desarrollo de indicadores de desempeño en las instituciones públicas (Bonney y Armijo, 2005, p. 10).

En el tercer capítulo este estudio aborda el tema de salud y en particular del hospital general de Los Mochis hasta el año 2018, no se tocó el punto de la pandemia del siglo XXI como lo fue el COVID-19 ese tema se quedará para otros apuntes. En la parte administrativa del hospital general de Los Mochis se engarza todo el trabajo bajo el sistema DOIS mismo que se agrega el anexo 1 donde se señala todos los puntos que se investigaron en el tema.

La institución se reconoce como una organización que presta servicios públicos de segundo nivel de atención, está ubicada en Los Mochis, Sinaloa, por su alcance territorial; es local, regional y nacional. Cuenta con una infraestructura mixta; acuden a solicitar servicios de salud población con filiación médica, pertenecientes al programa del seguro popular y población abierta; la transición que ha vivido la institución de salud ir desde sus inicios como: “Hospital Ejidal” al hoy ser reconocido como: Hospital General “Dr. Jesús Kúmate Rodríguez”.

Los profesionales de salud son responsables de brindar asistencia que van desde acciones centradas en prácticas de prevención de salud, procesos salud-enfermedad, natalidad, invalidez, longevidad y enfermedades crónico-degenerativas; como un sistema integral presta servicios las 24 horas del día, los 365 días del año, distribuidos en los seis horarios de jornadas laborales establecidas, en cada subsistema: a partir de los cuatro servicios básicos: medicina interna, cirugía, pediatría y ginecología; lo que se realiza desde los módulos de consulta externa general, consulta de especialidades, atención médica especializada, para los servicios de urgencias, unidad de cuidados intensivos y procedimientos quirúrgicos; además de servicios complementarios para estudios diagnósticos.

En su carácter jurídico es persona moral, sin fines lucrativos, el financiamiento, que requiere la institución para los recursos, insumos y materiales corresponde e insumos para desarrollo y mantenimiento es a través del gobierno Federal, Estatal, Municipal y autofinanciados por cuota de recuperación. En su naturaleza de organización presta servicios de servicios básicos, de consulta y urgencia; constituida por 120 camas

censables y 67 no censables distribuidas en cuatro servicios básicos en el área de hospitalización los cuales corresponden a pediatría, ginecología, cirugía y medicina interna.

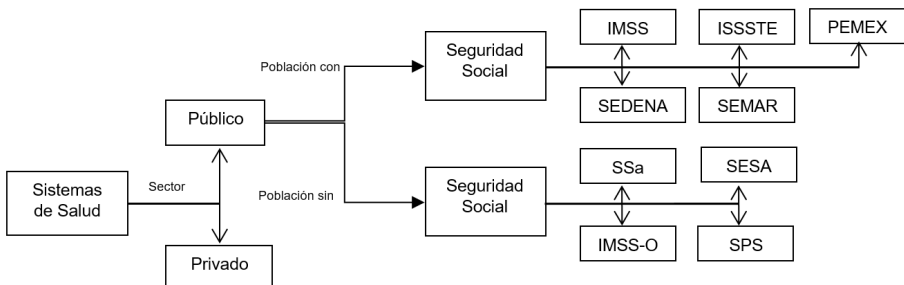
Capítulo **1**

Antecedentes históricos

Análisis de la Secretaría de Salud

El Sistema de Servicios Salud en México (SSSM) se dividen en cuatro grupos: públicos para población asegurada; públicos para población no asegurada; sistemas de protección social a poblaciones marginadas y seguros privados de salud, (Narváez, et al., 2015, p. 178) sin embargo, la Organización Panamericana de la Salud ([OPS] 2002, p. 5) menciona que está segmentado en tres grandes grupos, de acuerdo con la inserción laboral y la capacidad de pago de las personas según y al interior de estos el acceso a la atención se encuentra fragmentado en varias instituciones, a lo cual Gómez, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola y Frenk (2011, p. S224) hacen referencia que está constituido en dos sectores, el público y el privado (ver figura 5); para fines del presente en el sector público se encuentran las instituciones de seguridad social inherentes al sector formal de la economía, [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros] y las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social [Secretaría de Salud (SSa), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Seguro Popular de Salud (SPS)].

Figura 1
Sistema de Salud en México.



Fuente. Elaboración propia con base del documento de: Gómez, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola y Frenk (2011: p. S224).

La Secretaría de Gobernación (SG) hace referencia de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) la cual establece que todas las personas gozarán de los derechos humanos (SG, 2014, p. 11)¹; a su vez la Ley Federal del Trabajo² (LFT) a través de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social ([STPS] 2012) de acuerdo con el Título Sexto del Trabajo y de la Previsión Social, donde señala el Artículo 123 toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social de trabajo. En la publicación del Diario Oficial de la Federación ([DOF] 2012: p. 1) el artículo 2° en apego de la LFT, en su Título Primero de los Principios Generales, se mencionan las normas del trabajo que tienden a conseguir el equilibrio entre los factores de la producción y la justicia social, así como propiciar el trabajo digno o decente en todas las relaciones laborales.

Además, a partir del Artículo 1o de la Ley General de Salud ([LGS] 2017: p. 1) reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

La Beneficencia Pública es una Institución creada en el régimen del presidente Benito Juárez García, como consecuencia de las Leyes de Reforma (LR), específicamente con la Ley de Desamortización de los Bienes Eclesiásticos (LDBE) de 1856 y el Decreto de secularización de

¹ Nuestro país ha avanzado en el reforzamiento de los esquemas de protección de los derechos humanos y específicamente de niños y adolescentes. En ese sentido, a partir de las reformas a los artículos 4o. y 123 se pretende consolidar la tutela del desarrollo integral y armónico de la infancia en México, al tiempo que se estandariza nuestra legislación con la internacional Secretaría de Gobernación (SG., 2014: pp. 5-6).

² Ley General del Trabajo (2006: 4), en el Título Preliminar Ámbito de aplicación Artículo I. La presente Ley regula las prestaciones personales, subordinadas y remuneradas de servicios, nacidas de un contrato verbal o escrito, cualquiera fuera la denominación o modalidad de este, y las relaciones colectivas de trabajo. El Diario Oficial de la Federación ([DOF] 2012: p. 1) Título Primero del Principios Generales Artículo 1o. La presente Ley es de observancia general en toda la República y rige las relaciones de trabajo comprendidas en el artículo 123, Apartado A, de la Constitución.

hospitales y establecimientos de la Beneficencia Pública (BP) en 1861 en datos que obran en la Secretaría de Salud, ([SSa], 2007) para lo cual el Gobierno de la República (GR) asumió las facultades de cuidar, dirigir y mantener los hospitales y establecimientos de beneficencia que desde la conquista se encontraban en manos de la Iglesia; encomendó su administración a la Dirección General de Fondos de Beneficencia Pública (DGFBP).

En el siglo actual el más importante fundamento jurídico de la BP se encuentra en la Constitución de 1917, cuyo artículo 27, Fracción III establece la ayuda a necesitados como objeto de la institución; para 1937 la entonces Secretaría de Asistencia Social era responsable, de la Administración del Patrimonio de la Institución (API), y por medio del acuerdo presidencial del 26 de marzo de 1947, publicado en el DOF. El 7 de mayo del mismo año, la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia recibe la facultad para administrar el Patrimonio de la BP.

En el sentido de encomendar a una unidad de facultades desconcentradas la administración de los bienes de la Beneficencia Pública, en tanto que estos no pertenecen ni pueden ser beneficios del estado y atendiendo las disposiciones del acuerdo presidencial, para 1973 se implementa el primer Reglamento Interno de la Secretaría de Salubridad y Asistencia e igualmente se ratifica en los sucesivos reglamentos internos de 1977, 1978, 1981, 1983, 1984, 1985, 1988, 1988, 1997, 2000, 2001 y 2004. Se ratifica dicha facultad a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (luego de salud) en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal de 1976 y en todas sus modificaciones posteriores³ (SSa, 2007).

En 1984, a la SSa se le han concedido atribuciones y facultad para Administrar el Sistema Nacional de Cuotas de Recuperación y proporcionar apoyos financieros a las áreas y unidades de la Secretaría, y en 1985 las facultades para asignar los subsidios que otorga la dependencia a Instituciones Hospitalarias y administrar el fondo rotatorio de la misma Secretaría (SSa, 2007). En acuerdo girado por la Subsecretaría de

³ La historia reciente de la Administración Pública y en particular de la Secretaría de Salud, la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública ha recaído en un órgano semiautónomo, con características especiales para el adecuado desarrollo de las funciones que le son propias (SSa, 2007).

Ingresos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, se delega a la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, la atribución para autorizar de manera interna los tabuladores de las Instituciones de Salud de la Secretaría y la autoriza a fijar dichos productos tomando en consideración los costos incurridos en la prestación de los servicios y las condiciones socioeconómicas de los usuarios, tal como lo menciona la LGS.

Se reconocen las importantes acciones de la BP a favor de las personas más desprotegidas de la sociedad mexicana, al celebrar su Tercera Reunión Ordinaria en abril de 1995, el Consejo Nacional de Salud, adoptó el acuerdo de promover la creación de las BP Estatales. Actualmente, existen diversos Estados de la Federación (EF) que, a partir de decretos expedidos por gobernadores de las respectivas entidades, y en su caso por iniciativas de Ley de las Legislaturas Estatales (LLE), ya cuentan con su BP (SSa, 2007).

La Secretaría de Salud es la dependencia del Poder Ejecutivo que se encarga primordialmente de la prevención de enfermedades y promoción de la salud de la población (SS, 2018); además, el Gobierno del Estado de México ([GEM], 2015) señala que la SS se describe como la dependencia encargada de conducir la política estatal en materia de salud en los términos de la legislación aplicable. Desde su creación en 1938 como Secretaría de Asistencia Social la secretaría ha tenido los siguientes cambios de denominación:

(1938 - 1940): Secretaría de Asistencia Social.

(1940 - 1982): Secretaría de Salubridad y Asistencia.

(1982 - Actualidad): Secretaría de Salud.

Bustamante (1983, p. 463), dejar ver que el camino de progreso de la salud pública en México se tomó definitivamente y ensanchó su campo en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, así como en las demás instituciones del Sector Salud, de acuerdo con su jurisdicción, para llegar hoy al Sistema Nacional de Salud, en la forma señalada claramente en el seminario anterior y primero de esta serie conmemorativa. La Secretaría de Salud hace referencia que la calidad es la esencia de cualquier tipo de acción o actividad y la encontramos implícita en todas las áreas del desarrollo del individuo y de la sociedad, de tal modo que la salud no es una excepción (SS, 2012: p. 11).

La Secretaría de Salud (SS) describe que el Sistema de Salud Mexicano ha evolucionado positivamente en el periodo de la segunda mitad del siglo XX. Sin embargo, continúa siendo necesario ofrecer servicios de alta calidad, los cuales carecen en instituciones públicas y privadas debido a la falta de estrategias que permita realizar dichos servicios. Debido a esto surge la necesidad de establecer una estrategia nacional con la finalidad de desempeñar de manera sistematizada servicios de alta calidad y mejorar la cultura organizacional del sistema y de cada uno de los prestadores de Servicios de Salud ([SS], 2002).

La equidad, la protección financiera y la calidad han sido consideradas por el Programa Nacional de Salud 2001-2006 como uno de los principales desafíos dentro de los servicios de salud. En la calidad se hace referencia a la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud como herramienta para aumentar la calidad y la eficacia de los servicios de salud de las instituciones, con orientación en la mejora de la calidad técnica y la calidad percibida. (SS, 2002). En los últimos años, ha predominado un modelo sobre la calidad de los servicios de salud que toma como referencia el costo y el trabajo supervisado donde está presente el servicio brindado con estándares de calidad que permitan garantizar la seguridad de las personas sin importar el costo.

A nivel nacional se implementa por primera vez un seguro médico, público y voluntario, como beneficio a la población que no tiene acceso a servicios de salud. En su fase de prueba en los años 2001 y 2003 se afiliaron al Seguro Popular a más de un millón de personas; de acuerdo con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud/Seguro Popular ([CNPSS/SP], s.f: p.1), en el año 2001 se inició el diseño e implementación de políticas como respuesta a la necesidad de una reforma financiera en las instituciones públicas de salud.

El Seguro Popular de Salud fue iniciado por la actual administración de la Secretaría de Salud como un instrumento para proveer de aseguramiento en salud a la población que no era cubierta por ninguna institución de seguridad social, “el programa no solo ha intentado financiar servicios de salud para estos grupos sino también protegerlos financieramente. Se ha estimado que alrededor de 1.5 millones de familias en México se empobrecen anualmente a consecuencia de los gastos en que incurren

para pagar servicios de salud”, cabe resaltar que aquellas personas que están afiliados al seguro popular, así también el paso y asistencia todos aquellos que no pertenezcan o gocen de una institución de salud. El seguro popular carece de infraestructura propia y utiliza las instalaciones de la secretaria de salud, donde acuden los derechohabientes a consultarse y atenderse de los padecimientos que les aquejan (CNPSS/SP, sf: p. 1).

Historia del Sector Salud en Sinaloa

El estado de Sinaloa durante el primer tercio del siglo XX en el periodo de la posrevolución mantuvo la dinámica de sostener un sistema de salud pública, esto a través del ramo de Salubridad Pública en coordinación entre los servicios de sanidad del Estado con los Federales, política que diseñaban desde el ejecutivo estatal con el fin de concretar, “no solo en lo que respecta en el formulismo de su unificación, sino en la aplicación de las partidas correspondientes del Presupuesto y a los trabajos efectivos de higienización, profilaxis, aseo y demás necesidades de la salud” (Alfredo Delgado, Proyecto de trabajo, 1936: p. 7)

Así mismo el entonces aspirante a la gubernatura de Sinaloa Alfredo Delgado planeaba continuar con las campañas contra las enfermedades que conocían como tropicales, malaria y paludismo, y de higiene como las larvas y los mosquitos, contra la lepra, el bocio y en general contra todos los males endémicos y epidémicos, manifestaba en su plan de gobierno que

será emprendida vigorosamente por el Gobierno del Estado, en cooperación con la Autoridad Federal y se velará porque los Municipios dediquen parte importante de sus arbitrios a tan necesarios servicios como son los de drenaje y aguas potables, mercados, rastros, cárceles y establecimientos de maternidad, raros en el Estado actualmente; vacunación, aislamiento de infecto-contagiosos, hospitales y sanatorios decentes; educación incesante, desde la Escuela y el hogar, hasta el taller y el ejido, sobre aseo, higiene, cultura física, eugenesia y cuidado general del cuerpo. (Alfredo Delgado, Proyecto de trabajo, 1936., p: 7)

Sobre el apoyo directo al hospital del estado ya como gobernador en 1938 en su informe de gobierno describe que se regularizaron totalmente los servicios de dichos establecimiento, logrando realizar una labor completa en beneficio de los ahí reclusos, y cuantificaba para ese año en atención medica 1,029 hombres, 1,132 mujeres, 220 niños, de los cuales la mayoría salió por curación en el caso de los hombres 909, en las mujeres 1,029 y los niños 197, y por defunción 54 hombres, 16 mujeres y 8 niños, una tasa muy baja de muertes. (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1938, p: 5)

Otro punto relevante que se desarrollaba en los servicios de salud pública son los de maternidad, mismos que habían funcionado regularmente pues se cuenta con los elementos indispensables, el informe descifraba las cantidades en las atenciones en este rubro, “fueron 150 parturientas con todo éxito y los niños nacidos en igual número se dieron de alta en perfecto estado de salud” (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1938, p: 5) además se mejoró el sistema de administración mejorando notablemente la alimentación de los enfermos, a quienes se les proporcionaron 51,296 alimentaciones, se dotó de instrumental quirúrgico nuevo, se practicaron operaciones distintas a 270 personas (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1938, p: 5).

Se informaba en ese momento que el establecimiento mantenía equipamiento y medicinas mismas que se surten las recetas a diferentes instituciones como para los más necesitados del estado que así soliciten, entre las instituciones estaban la Penitenciaría del Estado, los de Servicio de Sanidad de los Servicios Sanitarios Coordinados, Hospicio Francisco I. Madero, Asilo de Mendigos e Internado de la Escuela Industrial, así como las medicinas que se proporcionan a los servidores de las diferentes dependencias del Gobierno del estado y en forma individual podían acudir a requerir medicamentos campesinos y obreros que por encontrarse en difíciles situaciones económicas, se les apoyaba.

En ese mismo año se hacía la inauguración del Servicio de Pediatría para la atención de niños de ambos sexos menores de 14 años, dentro del espacio que ocupaba el hospital benéfico, igualmente se completaba el plan de organización en los diferentes servicios que presta el establecimiento benéfico, cuya labor se extendía a todos los sectores sociales,

habiéndose dotado de botiquines de emergencia a multitud de núcleos ejidales. Está funcionando el anfiteatro donde se practican periódicamente las autopsias de ley y se exponen los cadáveres para la identificación judicial. (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1938, p. 6).

El estado fungía como proveeduría general en los establecimientos de beneficencia que eran controlados por esa oficina, se mejoró la alimentación y aumentado las raciones, al Hospital del Estado se le dotó de ropa de cama, para uniformes para los internos, material para manufactura de calzado, útiles escolares, loza para los asilados y muebles para el servicio de cocina. Se proporcionó loza para los mismos y loza para el servicio de cocina. Al asilo de mendigos se le dotó de ropa para cama y para los asilados, renovándose la batería de cocina. A los dormitorios de la Casa del Agrarista se le ministraron camas con dotación de ropa. A varias agrupaciones obreras y campesinas se les obsequiaron equipos de base-ball, básquet-ball y vóley-ball. (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1938, pp. 7-9).

Fue el estado quien impulsa desde su política social los centros de beneficencia y el hospital del estado es ejemplo evidente del crecimiento en su atención y la calidad de esta. Para el área de salubridad pública el entonces gobernador Alfredo Delgado informo sobre las labores ejecutadas en coordinación con la Federación por medio de los Servicios Sanitarios.

Fueron establecidos centros de higiene rural en Rosario, Mocerito y Ahome, y delegaciones auxiliares en Quilá y Eldorado. En la oficina central se creó un centro antivenéreo y otro antituberculoso, clínicas de inmunización contra padecimientos infecciosos, servicios de higiene dental, laboratorio de análisis para control de comestibles y bebidas, y varias brigadas antilarvarias al servicio de la lucha contra el paludismo. En el curso del presente año se aplicaron vacunas contra la fiebre tifoidea a 7,450 personas; contra la difteria se inmunizaron 1,285 y contra la viruela a 6,793. En el centro antivenéreo fueron atendidos 309 enfermos. En el antituberculoso 70. De enfermedades infecto-contagiosas 632. En Higiene dental 853. La oficina de ingeniería sanitaria ejecutó 77 conexiones en el servicio de drenaje en distintas fincas de la ciudad (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1938, p. 10)

En Culiacán; se instaló letrinas y destruyó un buen número de basureros y estercoleros. Brigadas móviles fueron enviadas a varios municipios en misión antilarvaria, para visitar rastros y mercados, dar conferencias sobre higiene y expedir tarjetas de salud. (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1938, p. 11)

El sistema de beneficencia reportaba en septiembre de 1939 que en el hospital del estado se internaron 2,559 pacientes de ambos sexos, de los que causaron alta por curación 2,310 y fallecieron 103. Hubo un promedio de 70 internados diariamente y de 61 altas por curación.

En la sala de maternidad se efectuaron 221 alumbramientos de niños que fueron dados de alta en completo estado de salud. Se efectuaron 250 operaciones quirúrgicas y despacharon 4,357 recetas para enfermos concurrentes al servicio de Policlínica Externa. Para el Hospicio Francisco I. Madero, Servicios de Sanidad, Asilo de Mendigos, Penitenciaría e Internado. Fueron repartidos 70 botiquines de emergencia entre las comunidades agrarias y escuelas oficiales.

Igualmente se anunciaba que se instalaba “un potente aparato de Rayos X” adquirido con apoyo del Gobierno Federal.

El Hospicio "Francisco I. Madero" se atendieron a 55 personas al día, mismas que recibieron alimentación, vestuario y educación escolar. En el edificio que ocupa, se están acondicionando cinco salones en que se instalará, en el curso del presente año, la casa hogar que prestará servicios de medio internado para los hijos pequeños de las mujeres trabajadoras. (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1938, p. 12)

Las diferentes situaciones de apoyo al sector salud se apreciaba con la confianza que el público va adquiriendo para aprovechar los diferentes servicios establecidos en el Hospital del Estado, en busca de salud, pues son numerosas las personas que afluyen a los mismos, habiendo otorgado en la policlínica de externos un promedio de cuarenta consultas diarias.

El servicio de Pediatría no solo atendía a la niñez sino también asesoraba a las madres de familia por parte de los médicos en cómo cuidar a sus hijos, una vez al salir del hospital llevaban consigo conocimiento para la atención y cuidado de los niños, además de llevar un buen programa alimenticio, esto era parte de la labor social que se prestaba en el sector salud.

El servicio de maternidad es otra de las dependencias del Hospital del Estado, en el que ha aumentado el ingreso, pues en el período que comprende este informe han ingresado trescientas setenta y cinco parturientas con un total de trescientos treinta y nueve nacimientos entre hombres y mujeres. Se practicaron doscientas cuarenta y cinco operaciones de cirugía menor, haciendo en total un promedio de dos operaciones diarias. Los ingresos de enfermos internados en el establecimiento mencionado ascendieron en total a dos mil quinientos noventa y ocho entre hombres y mujeres con un promedio de existencia diaria de ciento cincuenta enfermos. El número de enfermos que asistieron al servicio de policlínica y a quienes se les ministraron los medicamentos para su curación fue de cuatro mil cuatrocientos setenta y nueve y se proporcionaron a los internados cincuenta y cuatro mil doscientas alimentaciones. (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1938, p. 30)

Otro aspecto de la salud a curar y a prevenir es el pabellón para enfermos venéreos en el Hospital del Estado, apuntaba el gobernador que este “resolverá un grave problema de orden social” (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1938, p. 30) con ese tenor de cuidar la salud se propició la construcción de espacios de salud en el territorio sinaloense, al norte del estado en El Fuerte se puso el Hospital de Santa Rita que fue inaugurado a finales de la década de los treinta y su impacto era una importante zona campesina del Estado.

En el tema de las sustancias prohibidas a la hierba que se le conocía como la adormidera, el estado atendía las denuncias de su existencia y tocaba al ejecutivo ordenar su destrucción, como medida de salud pública, y disponía que fueran localizados todos los demás campos de los cuales se tenía noticia, pues el Gobierno se propone eliminar del Estado tan perniciosa hierba.

Un tema importante en este fin de la década fueron los servicios sanitarios coordinados en el estado, donde se abrió un área administrativa con la Oficina Central de los Servicios Sanitarios Coordinados en el Estado, con el objeto de que cumplieran mejor sus finalidades. Se les ha dotado igualmente de los elementos más necesarios para su trabajo y se atendió el mejoramiento de la salubridad pública, donde se construyó los pabellones para cupo de 100 enfermos médico-quirúrgicos, de

enfermedades venéreas que implicarán un gasto de \$100,000.00 de los cuales \$50,000.00 cubrirá el estado y \$50,000.00 el Departamento de Salubridad. A su vez se planeó en forma seria y definitiva la construcción del Hospital para tuberculosos y el lugar de concentración tipo Granja de los atacados del mal de Lázaro. (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, Rodolfo t. Loaiza 1941: p, 31)

En este sentido, el estado hizo convenios de participación con los ayuntamientos con el fin de movilizar brigadas que atienden a los grupos campesinos fuera de la Capital, se facilitó la manera de adquirir la compra de una camioneta y se autorizó a los Servicios Sanitarios Coordinados para contratar coordinaciones con todos los Ayuntamientos del Estado, habiéndoseles hecho a la vez la recomendación a las Autoridades Municipales, de atender este aspecto con la tendencia de unificar la acción correspondiente.

Rodolfo Loaiza mantuvo la idea que en su gobierno “se sustenta el criterio de que la acción profiláctica debe llegar, con la mayor intensidad posible, hasta las zonas rurales y por ello se ha acordado el establecimiento de una escuela que se encargue de crear el tipo de enfermera ejidal” (p. 32).

Es interesante la propuesta de crear la escuela de estudios de enfermería, en donde por medio de la Liga de Comunidades Agrarias se ha exhortado a los ejidatarios de los distintos Municipios para que dos hijas de ejidatarios de cada región, concurren a adquirir las enseñanzas relativas, siendo los gastos de alimentación y aprendizaje erogados por el Gobierno, a cambio de que las postulantes vuelvan a su región a aplicar los conocimientos adquiridos con la remuneración que determinen los presupuestos.

Con toda eficacia se atendieron los servicios de educación higiénica, profilaxis de las enfermedades transmisibles, laboratorio central, los servicios antivenéreos, antituberculosos, higiene dental y escolar, ingeniería sanitaria e higiene de la alimentación. Asimismo, se sustentaron conferencias tanto en esta Capital como en los Centros de Higiene de Ahome, Mocorito, Rosario y Quilá; habiéndose atendido igualmente con eficacia todos los servicios que se les tienen encomendados en materia de salubridad a dichos centros, a los que hay que agregar los de Eldorado, El Fuerte y Los Mochis. (p.32)

En los aspectos sanitarios de profilaxis de enfermedades transmisibles, se controlaron más de once mil casos, predominando el número de enfermos atacados de paludismo. Se practicaron 12,040.00 doce mil cuarenta inmunizaciones, siendo el 50 % de los casos de vacunación antivariolosa; y el resto contra el tifo, la difteria, la hidrofobia y otras enfermedades contagiosas.

El Laboratorio Central, en relación con el control de enfermedades transmisibles, practicó 3,520 tres mil quinientas veinte investigaciones microscópicas, reacciones serológicas, exámenes coprológicos, etcétera.

Fue intensificada la profilaxis en enfermedades venéreas, practicándose 1126 mil ciento veintiséis exámenes prenupciales; se hospitalizaron más de 500 quinientos enfermos y se aplicaron 4790 cuatro mil setecientos noventa ampollas diversos y otros productos químicos.

En Culiacán, Los Mochis, Escuinapa y Rosario, se intensificó la lucha antilarvaria combatiendo el paludismo, palpándose la disminución de esta epidemia.

Se hicieron 5,000 cinco mil frotis entre la población infantil de Culiacán, Mocorito, Guasave, Rosario y Escuinapa, a fin de determinar las características epidemiológicas del paludismo.

A la Universidad de Sinaloa se le prestó eficiente colaboración para determinar en Culiacán, la incidencia de los parásitos intestinales en menores de edad escolar, arrojando un resultado de (Rodolfo T. Loaiza, 1943, p. 10)

El cuidado prevaleció y durante el primer tercio de la década de los cuarenta era importante educar también, además de construir infraestructura y de formar recurso humano se tenía que crear una cultura de salud robusta, con el fin de permitir disminuir de manera considerable las enfermedades, por lo que en los Dispensarios y Centros de Higiene de esta Capital se aplicaron inyecciones a enfermos tuberculosos, a los que se hicieron visitas domiciliarias. Se expandió los espacios para impulsar los programas de salud.

Para el aislamiento de enfermos con padecimientos trasmisibles, se cuenta con un Pabellón especial, próximo a funcionar en el Hospital del Estado.

Para cometer tal fin en 1943 se dictaron 1,123 mil ciento veintitrés conferencias en público y en escuelas, sobre tópicos de higiene y se desarrollaron actos y festivales en la Semana Nacional, dedicada a la Madre y al Niño. En el Departamento Dental se atendieron 3,552 tres mil quinientos cincuenta y dos personas, aplicándoseles distintos tratamientos.

En la Sección de Ingeniería Sanitarias y Centros de Higiene, se practicaron 5, 678 cinco mil seiscientos setenta y ocho inspecciones e instalaciones a Escuelas y Hoteles, así como a edificios públicos y particulares.

En lo relativo a Higiene maternal e infantil, se efectuaron 805 ochocientos cinco exámenes prenupciales y a mujeres embarazadas; se hospitalizaron 35 treinta y cinco señoras en estado de gravidez, atendándose a 527 quinientos veintisiete niños, se practicaron 213 doscientas trece visitas domiciliarias y se impartieron 982 novecientos ochenta y dos consultas.

Respecto a higiene de la Alimentación, se llevaron a cabo 59,459 cincuenta y nueve mil cuatrocientas cincuenta y nueve inspecciones en: expendios de leche, rastros, ganado sacrificado, carnicerías, restaurantes, mercados, panaderías, etcétera.

Se expidieron 4,612 cuatro mil seiscientos doce Tarjetas de Salud; 1,097 mil noventa y siete Certificados de Salud a empleados oficiales; 252 doscientos cincuenta y dos Certificados de Enfermedad a los mismos; 1,133 mil ciento treinta y tres exámenes a maestros; se dieron 11,288 once mil doscientas ochenta y ocho consultas; a 2,741 dos mil setecientos cuarenta y una personas se les ministraron gratuitamente medicinas; se hicieron 3,279 tres mil doscientas setenta y nueve curaciones; se practicaron 43 cuarenta y tres operaciones; se aplicaron 8,971 ocho mil novecientos setenta y una inyecciones y se hicieron 1,950 mil novecientos cincuenta visitas domiciliarias. (Loaiza, 1943, p. 11)

Un problema que sufría los Servicios de Salubridad y Asistencia se encontraban descoordinados, con sus consecuencias inevitables, como la duplicidad de oficinas en Culiacán, supresión de otras en algunos Municipios como Cosalá, San Ignacio, Escuinapa, Guasave, Mocorito y Los Mochis; dispersión del esfuerzo e interferencias inconvenientes para el desarrollo de una acción como esta, eminentemente social, razones

bastantes para que el Gobierno del estado tomara la determinación de coordinar los servicios, lo que se ha logrado, mediante un convenio concertado con la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y que fue firmado el 16 de abril del corriente año, mediante el cual el Estado se obligó a una aportación anual de \$450,000.00 y la Secretaría por su parte a la de \$395,000.00, aportaciones que con las más modestas de los Ayuntamientos de Mazatlán y Guasave, constituyen los ingresos de la coordinación.

Consecuencia inmediata de la coordinación de los Servicios ha sido el desarrollo armónico de la función sanitaria y asistencial, bajo una sola dirección técnica y administrativa: la reinstalación de las oficinas que habían sido suprimidas y la creación de otras nuevas, con lo que resultan beneficiadas otras tantas regiones de la Entidad que habían carecido de ellas. Para este periodo funcionaban, en Culiacán la Jefatura con sus oficinas de dirección y administración, la Unidad Sanitaria integrada por el Centro de Higiene que comprende el servicio de profilaxis de las enfermedades transmisibles, el dispensario antivenéreo, el dispensario antituberculoso y el servicio antilarvario, el Centro de Asistencia Maternal e Infantil con su servicio prenatal, posnatal y preescolar, el Hospital Civil de Culiacán y el Hospicio Francisco I. Madero.

En Mazatlán funcionaban la Unidad Sanitaria y Asistencia con sus servicios de higiene internacional, profilaxis de trasmisibles, campaña antituberculosa, campaña antivenérea y servicio antilarvario, el Centro de Asistencia Maternal e Infantil con su servicio de higiene prenatal, posnatal y preescolar; la maternidad, el lactario y los hogares sustitutos, el Hospital Civil, además de los servicios que se mencionan, existen centros de Salubridad y Asistencia en Cosalá, Rosario, San Ignacio, Mocorito, Guasave, Sinaloa de Leyva, El Fuerte, estando pendientes de instalar el de Los Mochis.

La meta a alcanzar era instalar una oficina en cada municipio, con el propósito de impartir auxilio a las distintas regiones con la debida oportunidad, pero fue por falta de presupuesto que no se cumplió, por lo que el Estado de Sinaloa quedó dividido en diez zonas que desde el punto de vista sanitario y asistencial, en cada una de las cuales funciona una Unidad o Centro de Salubridad y Asistencia, el cual desarrolla ac-

tividades de carácter permanente en el lugar de su residencia, teniendo la responsabilidad del resto de la jurisdicción, en caso de emergencia o desde el punto de vista de la campaña antivariolosa.

Los servicios sanitarios y asistencial en el estado

Los Servicios Coordinados en el Estado, durante el período de Gobierno de que se trata, reviste dos aspectos fundamentales: el sanitario y el asistencial.

En el aspecto sanitario el gobierno estatal se apoyó de las investigaciones realizadas por la Jefatura de los Servicios, para determinar cuáles eran los problemas básicos del estado y eran el paludismo endémico, la tuberculosis, las enfermedades hídricas, las enfermedades venéreas y la lepra, independientemente de las enfermedades de carácter epidémico que siempre constituyen un peligro potencial.

El cuidado para el Paludismo se realizaba la campaña antipalúdica contaba con servicios antilarvarios en Culiacán y en Mazatlán y se desarrolla en forma permanente por los Servicios y por los Centros de Salubridad y Asistencia en Rosario, San Ignacio, Cosalá, Mocerito, Guasave, El Fuerte y Sinaloa de Leyva, quedando pendiente la oficina en Los Mochis, que será una oficina hará la labor, dentro de su función polivalente, en Los Mochis.

Técnicamente la campaña consiste en el saneamiento antimalárico, mediante pequeñas obras de ingeniería antilarvaria en los lugares en que radican las oficinas y en la quinización en la medida de las posibilidades. Los Servicios Antilarvarios que existen como organismos de actividad especializada, vienen funcionando en forma enteramente satisfactoria.

En el cuidado para la Tuberculosis se contó con dos servicios especializados: el Dispensario Antituberculoso de Culiacán y el de Mazatlán. Por otra parte, las Unidades o Centros de Salubridad y Asistencia, dependientes de la Coordinación, y los Servicios Cooperativos de Higiene Rural y Medicina Social, tienen en su programa de actividades la campaña antituberculosa, no funcionaba en Los Mochis, sobre el programa este “consiste en la búsqueda, dentro de la jurisdicción de cada dependencia, de casos de tuberculosos enfermedad y de tuberculosis infección, alrede-

dor de los cuales se implantan en lo posible, las medidas aconsejables” (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1944, p. 15).

Un punto relevante es que el estado intervino en los lugares donde no existen dispensarios, el programa comprende también la investigación de la incidencia tuberculínicas en grupos de población y el examen clínico de los reactores. Los dispensarios agregan a esto el examen radio-escópico y de laboratorio.

Enfermedades de orden hídrico, estas enfermedades las explicaba el gobierno en sus informes por la falta o la deficiencia de los sistemas de aprovisionamiento de agua potable, y del alojamiento y evacuación de inmundicias en casi todas las poblaciones del estado, aspectos que en las comunidades rurales y aun en las urbanas se tienen, en las primeras faltas de agua potable y en la segunda un sistema de drenaje colapsado.

El gobernador informaba que, dentro de las acciones de los Servicios Coordinados de Salud y Asistencia, se procuró despertar en las autoridades el interés posible por el establecimiento o por el mejoramiento de tan importantes servicios públicos, y como saludables recursos de espera, los propios Servicios han intensificado la acción educativa, propugnando por la purificación del agua de consumo y la vacunación rutinaria de la población (p. 17).

Las enfermedades venéreas, durante varias décadas Sinaloa afronto la parte que le corresponde de un problema nacional, se contó para la campaña, con un dispensario en Culiacán y otro en Mazatlán, teniendo cada uno de ellos, la sala de aislamiento en el Hospital respectivo, de igual manera se realizaban trabajos coordinados con este tema como principal, tratando aspectos desde la acción educativa como en todos los capítulos de la función sanitaria y asistencial, así mismo una implantación rígida posible, solicitando el certificado prenupcial, pero se endurecía más la regla y se aplicaba “el examen médico de las personas que por sus actividades, puedan constituir un peligro de propagación, así como en el tratamiento gratuito y enérgico de los enfermos que asisten a los Servicios, aislándolos cuando esto es posible y necesario”. (p. 17) es notorio el problema que vivía Sinaloa en las enfermedades venéreas.

La campaña antivariolosa, era igualmente nacional y estatal permanente, para 1944 el ejecutivo informaba que “Sinaloa se encuentra limpio

de viruela, ya que el único caso registrado en el curso del presente año en Guamúchil fue importado y no se registraron casos secundarios, lo que constituye un signo alentador acerca del estado de protección en que se encuentra la Entidad”.

En el aspecto asistencial se realizaba por diez Unidades o Centros de Asistencia, entre los que quedan incluidos el Centro de Asistencia Maternal e Infantil de Culiacán y Mazatlán, el primero con un médico para asistencia maternal y otro para asistencia infantil (posnatal y preescolar) y el segundo con un médico para cada una de las actividades prenatal, posnatal y preescolar.

Los hospitales que controlan los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia, son el de Culiacán y el de Mazatlán. Ambos establecimientos vienen funcionando en forma satisfactoria y tienen la capacidad indispensable para las necesidades actuales, tanto en lo que se refiere a hospitalización, como a enfermos ambulatorios atendidos en la consulta externa.

Otro dato que hace relevante este informe del estado de Sinaloa en 1944 fue la labor de las dependencias donde se anotó el número de ellas y la atención que dieron en un año, las condiciones de las personas que, por carecer de recursos, se acojan a los Servicios que imparten y el número de beneficiarios (ver tabla 1).

Una anotación más sobre el proceso de organización de los centros de salud en el estado es la constante de crecimiento una vez instaurado el estado moderno postrevolucionario, no fue solo Sinaloa sino esta venía desde una idea nacional, adjudicada a las necesidades que tenía la población mexicana y el estado se obligó a cubrirlas con políticas públicas que durante un gran proceso histórico lo posicionaron.

Si bien Los Mochis no surgía para estas primeras décadas del siglo XX este empezaba a construir toda una sociedad más exigente que justo con el crecimiento de la industria del azúcar de caña y todo lo que conlleva, crecía de igual manera no solo el territorio para vivienda, los espacios de educación sino también la necesidad de la salud es pues para la década de los cincuenta el despegue que desde el gobierno estatal invirtiera para esta ciudad naciente junto con el siglo.

El gobierno de Teodoro Cruz R. culminaba en la idea de “buscar el progreso o superación económica y educativa de las masas, pues es in-

cuestionable que también debe atenderse a la preservación de la salud y a la conservación física del propio Pueblo porque este es la esencia del Estado y de la Patria” (p. 19).

Tabla 1.

Dependencias de Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia en 1944.

Dependencias de los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia.	Beneficiados
I. Educación higiénica Se llevaron a cabo conferencias orales, por radio y cine, así como en propaganda impresa.	236
II. Higiene de la alimentación Se efectuaron inspecciones a expendios de comestibles de diferente índole, cuyo total fue de:	50,291
III. Servicios antivenéreo Se trataron de diferentes padecimientos de este mal.	18,202 casos
IV. Servicio antituberculoso Total de enfermos atendidos de este mal.	12,415
V. Ingeniería sanitaria Se han efectuado inspecciones a terrenos para construcción de casas, escuelas, edificios, fondas, pozos, etc., con un total de:	15,084
VI. Higiene maternal e infantil Se atendieron en este ramo	9,956
VII. Servicio dental Exámenes profilácticos que se hicieron	4,166
VIII. Laboratorio Se llevaron a cabo exámenes de diagnósticos clínicos, de sangre, etcétera	4,499
IX. Labores diversas Se expidieron tarjetas de salud, certificados de salud, se dieron consultas, se suministraron medicinas, se aplicaron inyecciones, se practicaron radioscopias, radiografías, se efectuaron inmunizaciones, etc. con un total de	98,181

Fuente: Informe de Gobierno del estado de Sinaloa, 1944, p. 18.

Esa misión de estado la llevaría a cabo a partir de la Secretaría de Salubridad y Asistencia a través de los Servicios Coordinados, que se tuvo como meta los servicios tomando como base principalmente dos aspectos; contar con un personal debidamente responsable y adiestrado, y procurando, por otra parte,

la creación de un ambiente social propicio a la asimilación y acatamiento del programa sanitario, se buscó que el Pueblo sea educado para conocer los beneficios que conduce el cumplimiento de las reglas sanitarias.

Para 1949 con el gobernador Pablo E. Macías Valenzuela se continua con la política de salud estatal y correspondía a los Servicios Coordinados la educación higiénica, bajo la idea “que la medicina debe ser antes que nada preventiva y social”, se tuvo una gran tarea de divulgación de las medidas profilácticas aún a aquellos lugares a donde la acción del médico no llega, para esta campaña se apoyó de los medios masivos como la radio, la prensa, volantes y conferencias. Se tenía incluso un aparato de cine que coadyuva en esta labor mediante la exhibición de películas alusivas.

La meta en ese periodo era disminuir la morbilidad y mortalidad y se expuso que bajo en un 20 % (Informe del gobierno del estado de Sinaloa, 1949: s/p) así mismo este periodo es significativo porque inician las actividades epidemiológicas y de control de enfermedades transmisibles y parasitarias recibía la década de los cincuenta (ver tabla 2).

Tabla 2.

Actividades epidemiológicas y de control de enfermedades transmisibles y parasitarias que se atendieron desde la política de salud estatal

Actividades epidemiológicas y de control de enfermedades transmisibles y parasitaria	Política de salud estatal
1. Se inició la formación de la Geografía Epidemiológica del Estado	Con base en el Catastro Sanitario de las diferentes regiones y en las informaciones rutinarias que envían los centros y unidades de Salubridad y Asistencia.
2. Se hicieron estudios especiales	Sobre las características epidemiológicas y de prevalencia en cada una de las enfermedades transmisibles.
3. Adiestramiento de personal	Se mandó al personal a cursos de especialización en las ciudades de México, Guadalajara y Cuernavaca a 4 enfermeras, un médico, un profesor de (p. s/p)
4. Se tomó especial interés en determinadas enfermedades infecciosas y parasitarias	Temas de salud: tosferina, el sarampión, el paludismo, la tuberculosis, y las enfermedades de origen hídrico.

Fuente: Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1949.

Un problema epidemiológico de la época fue la viruela, en la entidad, para contrarrestarla se ha formado un programa específico de campaña antivariolosa, logrando proteger con acciones desde las jurisdicciones de Culiacán, Guasave y Ahome, el norte del estado pasó una inundación que elevó el problema de salud, “organizando brigadas de apoyo que contaron con la valiosa cooperación de las oficinas sanitarias de Los Mochis, Guasave, El Fuerte y Sinaloa de Leyva, sumándose a esta labor los centros rurales cooperativos correspondientes a las mismas zonas” (*Ibid.*), en ese momento el sistema de salud público protegió a la población contra la tifoidea, la difteria, el paludismo, la viruela, etc., se tiene registro que se ministró aralén y paludrina y se proporcionó penicilina, hidrocilina, sulfatiazol, sulfadiazina, así como también ropa y artículos de primera necesidad y para todo ello la sociedad sinaloense del norte se organizó y se contó con la cooperación del Comité Pro-Damnificados que ayudó también en la entrega de desayunos y comidas a niños de los poblados antes mencionados.

Todo el trabajo de ayuda se catalogó como exitoso por el mismo gobernador el Gral. de Div. Pablo E. Macías Valenzuela “Tengo la satisfacción de informar que toda esta labor sanitaria realizada obtuvo un rendimiento de un ciento por ciento, ya que en ninguno de los lugares inundados se registraron focos de infección” (Informe del gobierno del estado de Sinaloa, 1949).

Sinaloa y su sistema de irrigación como precursor de paludismo

Sinaloa para mediados del siglo XX era notorio el aprovechamiento de las aguas de sus ríos en particular Culiacán, ya tenía un sistema de canales más amplio, pero en el norte se tenía gracias al río fuerte una gran capacidad de conducción de aguas a diferentes espacios de tierras para cultivo, y los once ríos lo hacía notorio que el vital líquido estaba irrigado en todo el estado, así que enfermedades como el paludismo emergían.

En su informe de gobierno del gobernador Pablo E. Macías Valenzuela lo revelaba al referirse a los ríos de Culiacán y sus tributarios en la irrigación, pero de igual manera esto se reproduce en el estado por el

agua de río, determinaba que se “está revistiendo un carácter más serio el perjudicioso paludismo, ya que los estancamientos de aguas provenientes de los derrames de los canales, así como las inundaciones para siembras de arroz, caña de azúcar” (Informe del gobierno del estado de Sinaloa, 1949) alucina que se está originando nuevos y más numerosos criaderos de moscos anófeles vectores del paludismo, situación que aún prevalece en el estado por cuestiones naturales que origina los estancamientos de agua.

El creciente número de casos en esta enfermedad, paludismo, amerito desde la visión del estado un personal especializado, para que realizara la actividad de zonificación del paludismo en la entidad, buscaba disminuirla.

Las acciones de gobierno están por demás comentarlo, pero amerita una nueva revisión histórica ya que solo lo deja en la idea amplia de programa de gobierno, mas no daba merito a las personas que se encargaban de realizar toda esta titánica tarea de caminar todo el territorio del estado y tampoco deducía las formas de acción individual para convencer a las comunidades que entraran a una nueva forma de hacer su vida cotidiana para evitar enfermedades mayores. Sin embargo, en el paso de esta investigación se debe destacar la relevancia del personal que enfrento el crear una nueva cultura de cuidado en las personas, apoyado siempre desde el área de educación.

En la siguiente cita se consagra lo señalado arriba, mas no desmerita la acción de gobierno que vino a constituir la base del sistema de salud que se tiene ahora.

Otra de las enfermedades infecciosas a la que se le ha dado toda la importancia que merece, es la lepra, por implicar esta no solo un serio problema sanitario, sino también un problema de carácter social porque hasta hoy ocasiona la invalidez y la segregación de los enfermos, y, como es bien sabido, Sinaloa, es uno de los Estados más azotados por este terrible padecimiento.

Se tiende a detener el aumento de esta enfermedad por medio de la aplicación de promín y diasona, para lo cual la Coordinación está cooperando en forma efectiva con el dispensario anti-leproso Dr. Ruperto L. Paliza ubicado en la ciudad de Culiacán.

También se combate este mal aumentando el número de dispen-

sarios anti-leproso en el Estado, dotados con equipos y medicamentos necesarios; aumentando los hogares substitutos para hijos sanos de padres leproso, y con la cooperación del laboratorio central de la Coordinación que practica los exámenes ordenados por los dispensarios, así como por la Sociedad protectora de leproso Aurelia Echavarría.

En la profilaxis de las enfermedades infecciosas y parasitarias, se intensificó la vacunación contra las enfermedades siguientes: tifoidea, para-tifoidea, difteria, tosferina, y viruela, con resultados más o menos favorables; se han difundido las medidas profilácticas indicadas para contrarrestar las enfermedades hídricas, tanto las adecuadas para el medio urbano como para el rural, se ha efectuado una intensa campaña popular tendiente a la destrucción de los vectores del tipo exantemático murino y de la fiebre manchada; y, por último, se ha hecho intensa labor de persuasión entre médicos, trabajadores de salubridad y público en general, para que se reporten todos los casos de enfermedades infecciosas, con el objeto de orientar a la Coordinación al dictar las medidas profilácticas tendientes a evitar su propagación.

La Campaña contra la tuberculosis la continúa la Coordinación por medio de sus tres dispensarios anti-tuberculosos ubicados en Los Mochis, Mazatlán y Culiacán, con la intención de establecer este último en un local propio. Una vez establecido dicho Dispensario, se le dotará de personal adiestrado procurándose surtirlo con un equipo flurográfico con el objeto de conseguir la microradiografía de los habitantes. (Informe del gobierno del estado de Sinaloa, 1949).

La Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Gobierno descentraliza a las instituciones de salud, dejando en manos de patronatos espacios como el hospital civil de Culiacán y el hospital del niño, lo que buscaba el gobierno era una mayor cooperación privada en la actividad asistencial, todo este proceso administrativo fue aprobado por el congreso local, pero es el estado quien fiscaliza con respecto al derecho del hospital.

El gobernador manifestaba “sí puedo consignar por lo menos que las actividades del hospital han mejorado tanto en cantidad como en calidad a partir de la creación del Patronato” (*Ibid.*) dejando en claro el apoyo a esta forma de administrar el nosocomio.

La evolución de los sistemas de administración vino a dar mejores beneficios a mayor cantidad de sinaloenses como fue el año de 1958 donde los servicios coordinados de salubridad y asistencia y el hospital del niño, informaban en el informe del gobernador Gabriel Leyva Velázquez que se atendió en la zona rural y urbana se atendieron a “75,423 personas fueron inmunizadas contra la viruela; 37,136 contra la fiebre tifoidea; 15,709 niños fueron inmunizados contra la difteria, la tosferina y el tétano; 1,260 personas fueron tratadas con vacuna antirrábica y 544 niños se inmunizaron con vacuna Salk contra la parálisis infantil” (informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1958: p. 27).

En el aspecto de higiene Materno-Infantil asistiendo a las clínicas infantiles cuidándose así de la salud de la madre y del recién nacido, atendándose en este servicio 10,320 personas.

Se construyeron Sanatorios Rurales en la Cruz, Cosalá y Guasave, con un costo de \$98,473.50 entre Federación y estado, en el Hospital del Niño, se atendieron durante el año 13,200 pacientes en el Departamento de Consulta Externa y 1,800 fueron internados (p. 28).

La década de 1960 en Los Mochis se construyó un Centro de Salud, fue en mayo de 1961 que inició sus actividades, impartiendo sus servicios preferentemente a la población considerada como económicamente débil de la jurisdicción, el entonces gobernador Gabriel Leyva expuso en su quinto informe de gobierno Que durante ese año se invirtió en los Ayuntamientos del Estado en aquellas actividades de servicio público como la pavimentación de su calles, la electrificación en algunos Municipios importantes del Estado como son Mazatlán y Los Mochis; atención especial en los servicios de agua potable como los que hubieron de realizarse en Cosalá, Mocorito y Angostura, poniendo también gran atención a los servicios de higiene y salubridad en los 16 Municipios y singular atención en los de San Ignacio, Cosalá y El Fuerte, lugares en donde fueron construidos hospitales y casas de salud.

Al respecto, tenemos los centros de higiene con sanatorio construidos en Choix, Ahome, Guamúchil y Rosario. Centros Primarios de Salud en Topolobampo, Higuera de Zaragoza, Municipio de Ahome; Juan José Ríos, Adolfo Ruíz Cortines, Bachoco, Municipio de Guasave; Badiraguato, Municipio del mismo nombre y Coyo-

titán Municipio de San Ignacio, unidades cuyo funcionamiento será de gran utilidad en las zonas correspondientes, prestando servicios materno-infantil, vacunaciones, educación higiénica, cirugía de emergencia, etc. (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1961, p. 20)

La idea del cuidado además de la salud es la educación y esta se implementa a través de la jefatura de los servicios coordinados de salubridad y asistencia y la campaña de educación higiénica, con el uso de los medios masivos, así como los maestros rurales y los grupos de los comités de saneamiento, clubes y auxiliares voluntarias de enfermería se realizaban en todo el territorio estatal, apoyándose de construcciones en las diferentes poblaciones como es el caso de Aguaruto, Quilá, Angostura, Bamoa, San Miguel Zapotitlán (Ahome), La Concha y un Centro de Higiene con sanatorio en Concordia se construyeron 6 centros de salud rural beneficiándose 58,000 habitantes comprendidos en sus respectivas jurisdicciones. (p. 57).

El desarrollo de Los Mochis venía empujando fuerte las exigencias sociales de cuidados de salud en el estado y en los otros municipios era parecido, si bien para 1963 se invirtió en centros de salud por el orden de 2,600,000 pesos en la construcción de centros de salud, en Mazatlán, Mocorito y Sinaloa de Leyva (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1963, p. 38).

El mismo gobernador Leopoldo Sánchez Celis en su tercer informe de 1965 sostenía que se contaba con actividades en 8 centros de salud rural tipo “C” y 2 centros de salud con sanatorio tipo “B”. (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1965, p. 34) para el sur de Sinaloa se construyen dos Centros de Salud; en Villa Unión, Mazatlán, de Tipo “B” y seis camas, y en Pitayal, del Municipio de Guasave. (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1965. p. 22), se invertía en gran manera para acelerar el proceso de atención y cuidado médico y de cirugía, pero se buscaba como primera instancia la prevención con el fin de disminuir la incidencia en enfermedades comunes y que bastaba la higiene para desterrarla.

Para la región norte y en particular el municipio de Ahome en 1966 se construyeron Centros de Salud tipo “B” en Mocorito y Sinaloa de Leyva; Centros categoría “C” en:

San Javier, Choix; El Guayabo y Ejido Mochis, en Ahome; Chinobampo, en El Fuerte; El Pitahayal, en Guasave; El Progreso y Cerro Agudo, en Mocorito; Estación Naranja, en Sinaloa; Colonia Agrícola México, en Angostura (Ibid... p. 36)

Para inicios de la década de los setenta Sinaloa contaba con el desarrollo agrícola, una economía primaria en desarrollo y el número de población y sus necesidades de más espacios de atención a los cuidados de salud igual crecía, los gobiernos lograban mantener 3 Centros de Salud “A”, 17 Centros de Salud “B”, 38 Centros de Salud “C”, y 2 Hospitales que dependen técnica y administrativamente de la Jefatura de los Servicios. (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1968: p. 37). Para identificar la magnitud del apoyo del gobierno en 1969 los números daban cuenta de ello:

En el Hospital del Niño, se realizaron 12 mil 389 consultas, se encamaron 2 mil 827 niños, se practicaron 10 mil 755 análisis, 680 operaciones y mil 950 radiografías.

En el Hospital Civil 4 mil 457 consultas; mil 688 intervenciones quirúrgicas; mil 304 radiografías; 451 odontopatías; 6 mil 976 recetas; 5 mil 280 análisis; se hospitalizaron 5 mil 400 pacientes y se atendieron mil 176 nacimientos.

Continuaremos luchando hasta que los servicios médico asistenciales (sic) lleguen a todas las regiones de Sinaloa y beneficien a quienes por su debilidad económica no pueden pagar estos servicios. (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1969: p. 26)

El último tercio del siglo XX y los retos en el sistema de salud sinaloense

El sistema de salud entra a una nueva etapa de crecimiento para la década de los setenta con el nuevo gobernador Alfredo Valdez Montoya informaba quien estimaba que el derecho a la salud es patrimonio de los mexicanos, iniciando la construcción del nuevo Hospital Civil en Culiacán, “con una inversión de 18 millones 500 mil pesos en edificio, equipo y laboratorios y capacidad para 120 camas” (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1969: p. 27) que funcionaria en 1970.

El trabajo del gobierno manifestaba interés en jerarquizar las necesidades de zonas como Culiacán, Los Mochis, Guasave, Guamúchil, Rosario y Escuinapa, realizando un censo de sus habitantes, origen, capacidad económica, tenencia de la tierra y servicios urbanos, la idea era programar la acción del gobierno.

Se crearon comités tanto en la zona rural como en la urbana, para promover aspectos de servicio social, cuestiones de saneamiento ambiental, jornadas de educación:

El estado trabajo tanto como lograr aplicar 317 mil 917 inmunizaciones, se proporcionaron 194 mil 107 consultas externas, se realizaron 100 mil 199 exámenes de salud, 6 mil 82 pacientes fueron hospitalizados, se hicieron 17 mil 645 visitas domiciliarias; 27 mil 838 inspecciones sanitarios, distribuyéndose medicamentos, ayuda económica y hospitalizaciones a las personas que lo necesitaron; 28 mil 422 inspecciones sanitarias a establecimientos de comestibles y bebidas, de servicios y de transportes públicos, así como exámenes de laboratorio sobre artículos de primera necesidad. (p. 32)

Se intensificaron las acciones preventivas y reforzaron campañas de vacunación. Construyendo obras y jornadas sanitarias, una acción relevante fue el “adiestramiento a 2795 mujeres parteras empíricas y manejadores de alimentos” (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1970, p. 33).

Se invertía en la construcción del nuevo espacio de salud, el gobernador Valdez Montoya informaba que “se invertía en el edificio del nuevo Hospital Civil está por concluirse con inversión hasta la fecha de 18 millones 300 mil pesos” (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1970, p. 33). Con más inversión se reflejaba en la disminución de las tasas de mortalidad y morbilidad decía el gobernador disminuían año con año y se mantenía a niveles inferiores al promedio nacional (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1970, p. 33).

La década de los setenta siguió la construcción de nuevos espacios como “286 obras rurales y se repartieron 210 mil raciones alimenticias” (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1971: p. 13) las cifras cada vez

significaban más inversión pública, pero para Los Mochis no se llegó aun en estas fechas seguía operando el hospital ejidal que desde 1957 operaba.

Derivado de la gran cantidad de trabajadores de la caña en los campos agrícolas, así como la ganadería y el uso de animales de trabajo, Sinaloa requería atención especial como se hacía gracias a la coordinación de diversas dependencias estatales, federales y municipales, se erradicó la encefalitis equina en un tiempo aproximado de 15 días, utilizándose catorce brigadas médicas, tres avionetas, medicamentos y 45,000 litros de malathión. Se fumigaron 90,000 hectáreas y se aplicaron insecticidas a 6,000 casas y 10,000 vehículos, incluyendo carros del ferrocarril y transportes marítimos. (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1971: p. 13) Se controló este año la Encefalitis Equina, informando con satisfacción, que no se registró ningún caso en toda la Entidad.

De la misma manera se realizaban los trabajos de los Servicios Coordinados de Salud Pública, impulsaron los programas de asistencia y el mejoramiento de los sistemas para prevenir enfermedades. Se intensificaron las campañas contra el paludismo, difteria, tosferina y fiebre amarilla, y se aplicaron 235,000 vacunas (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1971: p. 13).

Un aporte que Sinaloa realizó fue durante la primera Convención Nacional de Salud, Sinaloa presentó una ponencia en que propuso que el derecho a la salud fuera elevado a la categoría de garantía constitucional, habiendo tenido esta propuesta una calurosa acogida. (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1973, p. 26)

En junio anterior se efectuó la Reunión Estatal de Trabajo sobre Programas de Protección a la Infancia, tratándose temas sobre Alimentación y Nutrición, Salud, Educación, Servicio Social y Protección Legal.

En septiembre la Delegación Sinaloa concurrió a la Primera Reunión Nacional de Protección a la Infancia, y como resultado de sus conclusiones, se reestructuraron los programas a realizar durante el próximo año.

En esta Reunión nuestros delegados tuvieron una relevante y destacada participación, obteniendo reconocimiento nacional la propuesta que presentaron de que se eleve a la categoría de garantía constitucional, el Derecho del Infante a la Salud. (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1973, p. 35)

Para 1975 la política de salud enarbola la acción social directa y con el auxilio de los Centros de Salud dependientes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, Hospital Civil y Hospital del Niño de Culiacán se proporcionó asistencia médica y se otorgó medicinas gratuitas a:

1,844 personas; con ayudas económicas y despensas alimenticias a víctimas de inundaciones y desempleos, se atendió a 1,992 personas. Por su parte, el Hospital Civil y el Hospital del Niño, otorgaron 6,691 consultas externas, 3,158 enfermos fueron hospitalizados, 522 operaciones quirúrgicas, 4,691 análisis y se atendieron 1,483 partos; además se aplicaron por el Centro de Salud 64,336 vacunas lo que hace un total de 84,717 personas atendidas. (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1975: p. 10)

Además, se integraron brigadas de trabajo que visitaban a las comunidades, llevando orientación y asesoría en forma teórica y práctica, la información como prevención se buscaba abarcar a mayor población, con pláticas y demostraciones sobre la selección e higiene de alimentos, sobre preparación; en relación con alimentos de alto valor nutritivo, en cuanto a eliminación de focos de infección, relacionados con aguas contaminadas, agua potable y potabilización.

Se informa que se tuvo contacto con una población de 163,430 habitantes. Del mes de enero a la fecha, se han repartido 4, 072,120 desayunos, o sea, un promedio de 24,000 diarios, que han llegado en un 75 % al medio rural. Se promovió la instalación de 500 huertos familiares de diferentes dimensiones. En pláticas de salud, educación preconcepcional, se han realizado un promedio de 816 por mes, orientando a 24,332 habitantes, entre familias e hijos (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1975, p. 68).

La constante es la reparación de centro y casas de salud, para mediados de la década de los setenta se “construyó 12 centros de salud y 2 casas más. El avance físico es del 88 %, con una inversión total de 10 500 000 pesos, beneficiándose 59 poblados que cuentan con una población de 79503 habitantes”. (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1975, p 51), la inversión estatal en el área de salud cada año se incrementaba como lo fue en 1977 donde del gasto en programas por cooperación e

inversiones directas en obras de infraestructura, fue superior en un 53 % en relación con lo aportado en 1976. De los 165,186,000 pesos invertidos en el año que se informa, corresponden 9,213,000 pesos para los programas del convenio único; 7,250,000 pesos en electrificación; para el programa ordinario de escuelas, 8,600,000 pesos; 14,345,000 pesos para caminos y en otras inversiones directas, 43,073,000 pesos, cantidad esta última destinada a la realización de obras de beneficio colectivo en las que destacan por su importancia, el Consejo Tutelar de Menores recientemente inaugurado, la remodelación del Hospital Civil, ampliación del Instituto de Readaptación Social, construcción de 15 Casetas de Vigilancia Policiaca en la ciudad de Culiacán, la edificación de las oficinas generales del DIF y otros de importancia similar. P, 46

Para 1978 el entonces gobernador Alfonso G. Calderón rendía su cuarto informe y comunicaba que la atención de salud pública a la que ascendía los habitantes del norte de Sinaloa seguía siendo el Hospital de Culiacán, precisaba que este era donde acuden en demanda de asistencia médica, personas de escasos recursos tanto de colonias populares como del medio rural.

Por lo que se anunciaba la construcción de un nuevo Hospital General del Estado que suplirá al anterior nosocomio, la nueva unidad contará con una capacidad de 140 camas habiéndose programado en su primera etapa 103, con una inversión inicial ya autorizada de 82,000,000 de pesos que está edificándose en lo que se considera zona hospitalaria de la ciudad, con lo que, sin duda, se ampliarán los servicios médico-asistenciales en beneficio de los humildes y de los desprotegidos del régimen de seguridad social. (Ibid.: pp. 16-17)

Tomando en cuenta la urgente necesidad de desarrollar la potencialidad productiva de las zonas marginadas y de mejorar las condiciones de salud de su población, se decidió ampliar considerablemente el alcance de la cobertura de la seguridad social, mediante el Programa Nacional de Solidaridad Social por cooperación comunitaria, al que Sinaloa se adhirió mediante la celebración del convenio correspondiente con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Coordinación General del Plan Nacional para zonas deprimidas y grupos marginados (COPLAMAR).

De acuerdo con dicho convenio han sido establecidas 61 Clínicas

Rurales en los altos de la entidad, encontrándose ya cumpliendo una función de excepcional contenido humano para beneficio de más de 200,000 sinaloenses, 9 de ellas en Choix, 7 en El Fuerte, 9 en Sinaloa, 3 en Mocorito, 9 en Badiraguato, 6 en Culiacán, 4 en Cosala, 2 en Elota, 4 San Ignacio, 3 en Concordia, 4 en Rosario y una en Escuinapa (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1979, p. 21).

Por otra parte, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE) construye en El Fuerte una Clínica con un costo de 817,000 pesos con avance del 98 %, en tanto que en Mazatlán se concluyó un Hospital General con inversión en la construcción de 62,000,000 de pesos y 29,000,000 en equipo. Ambas unidades entraran a funcionar en breve termino (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1979, p. 22).

Para los municipios chicos del estado, y las áreas rurales se invirtió gracias al programa del Convenio Único de Coordinación Federación-Estado, 13,310,000 pesos, mismos que se destinaron en la rehabilitación y ampliación de 11 Centros de Salud “C” ubicados en comunidades rurales de los Municipios de Ahome, Guasave, Sinaloa, Mocorito, Angostura, Culiacán, Mazatlán y Escuinapa, beneficiándose con ellos a 130,000 habitantes (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1979, p. 22).

Entrando la década de los ochenta en Sinaloa era gobernador Antonio Toledo Corro, se apoyaba en la idea que el derecho a la salud es uno de los fundamentales de la población, instituía que la salud es la obtención de la justicia social, en las acciones inmediatas en 1981 se invirtió 11,000,000 se construyeron 2 centros de salud Tipo “C” y se rehabilitaron 3 centros Tipo “B”.

En centros de salud se destinaron 3,000,000 de pesos para la rehabilitación y ampliación de 3 centros de salud, para beneficio de 12,000 habitantes. (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1981, p. 55)

Toledo Corro manifestaba que pretendía abatir rezagos injustos ampliando la cobertura de los servicios médicos indispensables, sobre todo al medio rural. (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1981, p. 66)

El apoyo de parte del estado se realizaba para 1982 se canalizaron 10,000,000 de pesos para la rehabilitación de los centros de Escuinapa y San Blas. (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 198. p. 30), en

1983 se informaba que se le ha dado atención a otros programas con la promoción de la salud, nutrición, planificación familiar y estomatológica y el Hospital Civil se está rehabilitado y cuenta ya con otra sala de operaciones. (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1983, p. 46) sin duda el efecto de la crisis de principio de los ochenta se refleja en el grado de atención que el gobierno desarrollo al sector de salud.

La atención a la niñez que carecen de seguridad social y de medios económicos seguía otorgándose en el Hospital Pediátrico de Sinaloa, su sostenimiento se cubre con el 8.4 % obtenido por concepto de cuotas de recuperación y el Gobierno del Estado contribuye con el 91.5 %, en la atención otorgada las cifras son contundentes se efectuaron 7,378 consultas de pediatría general; 6,273 de especialidades diversas y 9,131 urgencias; 555 intervenciones quirúrgicas y se hospitalizaron 1,930 niños. (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1983, p. 48).

En Salud Pública los Servicios Médicos Hospitalarios en la entidad se mejoran y la inversión llego al norte del estado la Secretaría de Salubridad y Asistencia, construyó con una inversión de 94,000,000 de pesos dos Centros de Salud Rural uno en Las Grullas, margen izquierda, del Municipio de Ahome y otro en Gabriel Leyva Solano, Guasave, y remodeló 8 Centros de Salud urbanos y el Hospital General, en el Municipio de Ahome. (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1983, p. 90)

Para el quinto informe de gobierno de Toledo Corro en noviembre de 1984 exponía que el Sector Salud, durante el período 81-85 se han construido 17 Centros de Salud, la Clínica de especialidades del ISSSTE en los Mochis y el Hospital anexo del Seguro Social en Culiacán (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1984: p. 18).

Dentro de los datos que se entregaban a mediados de los ochenta era para evaluar como favorecía la inversión pública al sector de salud se hizo una comparativa desde 1940 a 1984 en cuanto al descenso de mortalidad, en la entidad que en 1940 fue del 16.9 por cada 1,000 habitantes; en 1970 de 6.4; en 1980 de 4.3 y en 1984 de 4.0. (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, p. 64).

Se reactiva la inversión estatal y se atienden nuevas demandas sociales y los esquemas tradicionales de atención, como nuevo es la planificación familiar que ya presentaba resultados.

El programa de planificación familiar voluntaria cubrió a 37 mil 198 parejas, y con respaldo educativo a la paternidad responsable, fue posible que la tasa de natalidad estatal descendiera de 5.5 en 1973 a 3.2 en 1984 por cada 100 habitantes.

Se realizaron 116 obras de beneficio social en el área de promoción de la Salud, con un valor de 156 millones de pesos distribuyéndose 42 mil 186 raciones alimentarias que importan 5 y medio millones. Se impulsó el programa de salud rural en zonas marginadas, atendiendo en 28 módulos, a 258 mil 338 personas.

El sector salud en el Estado recibirá este año una inversión de 2 mil 16 millones de pesos, para la rehabilitación de cuatro centros rurales de salud y continuación del Hospital General de Culiacán. Incluye también la remodelación de unidades de medicina familiar del Seguro Social en Mazatlán y Hospital de especialidades en Los Mochis, la construcción de una clínica de adscripción del ISSSTE en rosa morada, Mocorito y la terminación de una Clínica Hospital en Culiacán. (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1984: p. 66)

Los números de atención crecían en Sinaloa y en 1985 se brindaron “tres millones 407 mil consultas médicas, 98 mil egresos hospitalarios, 35 mil partos y 48 mil intervenciones quirúrgicas, proporcionadas en 264 unidades de salud en las que laboran 7 mil 680 profesionales” (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1985: p. 70). El gobernador Toledo Corro informaba en su sexto año al mando, que se apoyó durante toda su gestión al sector salud y que gracias a “la descentralización de los servicios de salud se enmarca en el propósito de facilitar la descentralización de la vida nacional”.

Los Mochis, reinician los apoyos con la llegada del ahomense Francisco Labastida Ochoa a la gubernatura en 1987 si bien la década de los ochenta causo temor la llegada del VIH-SIDA el sector salud debía atender a más derechohabientes y a más población que para 1990 serían más de 80,000,000 de mexicanos, cuando en 1950 no llegaba a los 26,000,000 de población, y en Sinaloa se pasó de 600,000 habitantes en 1950 a 2,200,000 sinaloenses en 1990 (INEGI).

La nueva realidad que enfrentaría Sinaloa y en particular Los Mochis se tenía que atender por lo que desde el gobierno estatal se amplió la infraestructura del sector salud,

se destinaron 11649 millones de pesos, para la construcción de 2 hospitales generales una unidad de medicina familiar, una clínica general, una clínica hospital, 17 unidades de medicina general y tres estancias infantiles, así como para la remodelación de un hospital general y uno regional.

La inversión pública en salud fue dirigida a ampliar la cobertura, a mejora la calidad de los servicios, a reforzar el primer nivel de atención, la Secretaría de Salud destinó mil 500 millones para la terminación del Hospital General de Culiacán con 120 camas. Se equipará el año entrante. Continúa con las obras de remodelación del hospital de Los Mochis y de 12 Centros de Salud.

En la zona serrana, el ISSSTE construyó 17 unidades de medicina general en poblaciones de mil 500 o más derechohabientes. Continúa la transformación del Hospital General de Culiacán, para convertirlo en un hospital de especialidades y terminó construcción de la Clínica Hospital de Los Mochis con setenta y seis camas. (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1987, p. 12)

El Instituto Mexicano del Seguro Social puso en operación la unidad de medicina familiar Infonavit-Humaya en Culiacán, con una inversión de mil 250 millones de pesos y continúa, aceleradamente, la construcción del Hospital General de Los Mochis, con 140 camas (Ibid.: p. 13) los servicios de salud se han extendido y cubren al 85 % de la población, este dato representara el reto que deben superar en el futuro los gobiernos

El IMSS está construyendo un hospital con 138 camas en Los Mochis, el cual se propuso terminar en 1989, fueron muchos los retos que el mochiense Labastida Ochoa enfrento, y a Los Mochis realizo la rehabilitación del Hospital General, se le construyó la unidad de servicios de apoyo.

En Culiacán se concluyó la obra del Hospital General, quedando pendiente solo su equipamiento, además el ISSSTE construyó una unidad médica con 18 consultorios de primer nivel, remodeló el hospital regional y equipó una unidad médica en la Unidad FOVISSSTE Humaya.

Para sustituir al antiguo Hospital General de Mazatlán, el gobierno del Estado adquirió del IMSS, el hospital ferrocarrilero, el cual se rehabilito y equipo, “El nuevo hospital general de Mazatlán, con un costo superior a los 5 mil millones de pesos, iniciará próximamente sus actividades, en una primera etapa con 60 camas” (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1987).

La inversión en obras de infraestructura médica ascendió a 29,822,000 de pesos, cifra que refleja el tamaño del esfuerzo que en esta materia se está realizando y que nos ha permitido avanzar, rápidamente, en este importante renglón social. (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1988: p. 19)

Los Mochis, reaparece en el sector salud y es para fines de los ochenta cuando se planeó la construcción de la red hospitalaria estatal, con nuevos hospitales en Culiacán y Los Mochis (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1989, p. 15), en ese momento, 1989, se informó que se tenía una cobertura de atención medica general al 91 %, se agrega que ciertas enfermedades de retorno como la poliomielitis, se atribuía a fenómenos migratorios, en hijos de jornaleros agrícolas que provienen del centro y sur del país. Esta situación no es privativa del siglo XXI sino se tiene una larga historia de retornos de enfermedades por una población que inmigra a Sinaloa, provenientes de estados donde no se lleva a cabo campañas de vacunación, es la asimetría entre los estados que invierten en salud y los que no, al menos en las zonas rurales.

En Los Mochis “el IMSS destina 7054 millones de pesos para la terminación del Hospital General que, con 138 camas entrará en operación en 1990, y para la conclusión de la Unidad Médica de Topolobampo”. (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1989, p. 20) Por otra parte, se realizaron los estudios para la construcción de un nuevo Hospital General de 120 camas en esta ciudad.

Fue en 1991 cuando se consolida el nuevo hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social en Los Mochis, y el gobierno estatal informa que la eficiencia creciente del modelo de atención a la salud en Sinaloa se enfatizó la prevención y el primer nivel de atención médica como la mejor manera para reducir los niveles de enfermedad y mortalidad y ampliar la cobertura de la población de escasos recursos, “los servicios de salud atendían al 85 % de la población. Ahora, estos cubren al 93 % de los sinaloenses” (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1991, p. 21).

En el mensaje del sexto informe del gobernador Labastida Ochoa referencio al entonces secretario de Salud, Dr. Jesús Kumate Rodríguez “una gran parte de lo mucho que hemos logrado en este fundamental renglón del desarrollo, lo debemos a la acción de un sinaloense de excepción,

que entiende la política como incansable tarea de servicio” (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1992, p. 22)

La Secretaría de Salud construye una clínica de radioterapia en Cuiliacán y el Hospital de Los Mochis, con 140 camas, que entrará en operación para el año 1993, aspecto que fue hasta 1995 cuando se inauguró y empezó a operar, dicho hospital.

Al final entrega el estado con un número de camas por cada mil habitantes pasó de 0.7 en 1987 a 1.0 en 1992, que es el índice recomendado por la Organización Mundial de la Salud y se pasó en la esperanza de vida que en 1987 era de 70 años, se incrementó a 72.2 para 1992. (Informe de gobierno del estado de Sinaloa, 1992, p. 17).

Este recorrido alberga la influencia del ejecutivo estatal en el sector salud, que a una visión global respondía a las necesidades tanto de la población como del crecimiento económico que se generaba en Sinaloa, aun siendo una economía primaria se transformó en una economía próspera en el norte de Sinaloa, enfrentando enfermedades endémicas como de otras regiones del país por las migraciones.

Capítulo **2**

Análisis del sector salud desde diferentes enfoques

Los servicios de salud como sistema integral

Recientemente se ha generado un movimiento de reorientación de los servicios de salud de diferentes países del mundo. En América Latina es evidente el proceso de renovación de la Atención Primaria de Salud (APS) Giraldo y Vélez (2013: p. 385). En el caso de Brasil goza de una larga tradición en la prestación de cuidados básicos de salud, basada en la organización de los procesos de trabajo bajo la lógica de los “programas de salud” del adulto, infantil y de la mujer. En los equipos tradicionales participaban médicos, pediatras, ginecobstetras y salubristas, así como enfermeras, trabajadores sociales y otros profesionales; actualmente este modelo está muy criticado por su carácter rígido, burocrático y fragmentado; todavía no se ha reconocido el impacto en la salud de esta práctica de atención social Carneiro y Gené (2011: pp. 612-613).

Cuando un sistema de salud no puede brindar a sus usuarios atención continua e integral, puede ser un producto de la fragmentación entre el aseguramiento y la prestación de los servicios (Ocampo, Betancourt, Montoya y Bautista, 2013, p. 116). Diversos eventos se han presentado para que la sociedad pueda acceder a la prestación de servicios de salud; con base en las consideraciones que se desarrollaron como parte de los diversos procesos o disposición existente para la conformación y acceso a la atención de los servicios de salud, Alvaro, Morlans, de la Peña, Gómez y Garrido (2001, p. 23) hacen referencia que la fundación y donación dependía de todas aquellas personas que su poder adquisitivo les permitía colaborar en la causa o por aquellos que su buena voluntad y solidaridad con los pobres les motivaba a realizar una buena obra social.

De acuerdo con la sofisticación de procesos referidos a los hospitales se da la oportunidad no solo a la infraestructura, sino al funcionamiento; en el transcurso de la historia de los procesos que se requieren desarrollan en los servicios y sistemas de salud; la arquitectura en hospitales conforme Martínez, Ballester, Bernabeu, Castejón y Perdiguero (2012: pp. 97-98) queda a modo de inmensas moles blancas, que se muestran como grandes ingenios mecánicos capaces de vencer la enfermedad desde su pulcra perfección geométrica y técnica.

Los complejos problemas que enfrentan las organizaciones de salud

han llevado en los últimos años a profesionalizar los cargos directivos y administrativos, con profesionales de las ciencias médicas y de otras disciplinas. En este contexto, el presente estudio propone una metodología de Detección de análisis de capacitación, válida, confiable y oportuna. Se utiliza el modelo de Gestión por Competencias, ya que, constituye una herramienta eficaz para desarrollar a las personas. Conocido es el adagio que dice: “La clave de una gestión acertada está en la gente que en ella participa” (Segovia, 2012, p. 23).

Todavía México enfrenta grandes problemas. El más importante es que el Sistema de Salud, el cual; continúa como un conjunto de subsistemas distintos, cada uno con diferentes niveles de atención, dirigido a diferentes grupos, con precios diferentes y con resultados diferentes. La afiliación a un subsistema no está determinada por la necesidad, sino por el empleo de la persona. Junto con esta inequidad, existen muchas ineficiencias en el sistema Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico ([OCDE], 2016: p. 3).

El concepto de acceso a servicios de salud ha tenido múltiples interpretaciones y tampoco está desprovisto de valores sobre los cuales se han estructurado los respectivos sistemas de salud Arrivillaga, Aristizabal, Pérez y Estrada (2016: p. 416). La tecnificación de los servicios de salud, la prioridad por la eficiencia y el control del costo, han hecho que el personal de salud anteponga aspectos administrativos, financieros y procedimentales a la prestación de un servicio de salud orientado al ser humano (Correa, 2016, p. 1227). Los seguros de salud permiten atender de manera eficiente las necesidades de salud de los individuos afiliados al reducir la probabilidad de incurrir en gastos excesivos asociados a los pagos de bolsillo (Puentes, Sesma y Gómez, 2005, p. 23).

Los procesos de reforma del sector de la salud se han concentrado principalmente en los cambios estructurales, financieros y de organización de los sistemas de salud, así como en los ajustes realizados con respecto a la prestación de los servicios de asistencia al público de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud ([OPS/OMS] 2002, p. 3). Existen padecimientos de salud que requieren de la atención en una infraestructura que brinde garantía y seguridad al problema que la persona enfrenta, (Solá, 1821) en Herre-

ra (2006, p. 23) menciona que los establecimientos de la Beneficencia pública deben seguir existiendo, aunque descarga algunas críticas sobre la asistencia hospitalaria, como por ejemplo: en los hospitales es difícil combatir la pobreza, se rompe la unidad familiar y las costumbres domésticas al sacar al enfermo de su domicilio.

México alcanzará la cobertura universal en salud según estudios realizados en el año 2012; evidencia que el seguro nacional de salud denominado Seguro Popular, introducido en 2003, garantiza el acceso a un paquete de servicios de salud integrales con protección financiera a más de 50,000,000 de mexicanos previamente excluidos de la seguridad social. La cobertura universal en México es sinónimo de protección social en salud. Este informe analiza el camino hacia la cobertura universal en sus tres dimensiones de protección: a) contra riesgos para la salud, b) de los pacientes a través de la garantía de calidad de la atención a la salud y c) contra las consecuencias financieras de la enfermedad y las lesiones Knaul, et al. (2013: p. 207).

En cuanto al apoyo al mejoramiento de la calidad y al fortalecimiento del sistema de salud, al igual que con las investigaciones sobre políticas y sistemas de salud, de las que la investigación sobre la implementación de políticas es una forma, el problema central reside en la formulación de preguntas que sean pertinentes a los retos que se plantean Organización Mundial de la Salud y Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud ([OMS/AIPSS], 2014, p. 23).

La función de la investigación científica no consiste únicamente en crear conocimientos científicos sino en aplicarlos en beneficio de toda la comunidad. La ciencia debe cumplir con esa función social, el investigador tiene el compromiso ineludible en la práctica de poner la evidencia científica al servicio de todos los seres humanos (Medina, Medina y Merino, 2015, pp. 141-142).

Enfoque de organización en el sistema nacional

Reconocer el impacto que han generado las organizaciones en la humanidad, y ser parte de ese complejo sistema; el cual está rodeado dentro de las funciones constantes con tendencia a innovar, evolucionar, reno-

varse y generar un orden social, en el caso de tratarse de un sistema de orden público implica elementos axiológicos que deben considerar el bien común, ante ello los servicios brindados en el contexto de salud sea evaluado en forma permanente al que se incluyen indicadores de salud que permiten observar el comportamiento y el desempeño de los procesos que permitan tomar acciones en forma oportuna; ya no se puede estar administrando para el bien de unos pocos o al interior de las instituciones deben generar apertura e inclusión.

Al revisar teorías desde el enfoque de Organización Pública (OP); Rondono y Flores (2006, p. 74) consideran la influencia de la organización y su desarrollo, se da a través de la actividad organizadora y de normas de organización que se rige por actos jurídicos desde el enfoque legislativo que actúa a partir de procedimientos normativos formalmente editados.

La administración es un acto de coordinación humana (individual y grupal) para alcanzar objetivos. El ser humano requirió mayor y mejor coordinación con los demás cuando comenzó a vivir en comunidades y, en consecuencia, socializar, para lo cual se vio en la necesidad de mejorar sus habilidades administrativas al momento de realizar una tarea en conjunto, como cazar, mover una roca o recolectar alimentos. Hoy en día, es considerada la disciplina que estudia los procesos productivos con el fin de generar la mayor eficiencia y eficacia del trabajo humano posibles para obtener los mejores beneficios en relación con los recursos disponibles: financieros, tecnológicos y humanos dicho por Hernández (2011, p. 3).

En lo referente a la Gestión Pública (GP) el análisis inicia con la evolución que ha sufrido la gestión pública donde Ospina (1993: p. 39) “fue criticada por Estados Unidos, con el resurgimiento de la fe en la mano invisible del mercado como fuerza para corregir los problemas de eficacia”. Según Quijano (1994: p. 87) la democracia y desarrollo no se han dado ni pueden darse por separado.

Existen expresiones de autores como Montaña (2005: pp. 477-478) quien incorpora el elemento de democracia, participación y eficiencia interna de la organización; pero identifican que no siempre se ha actuado atendiendo las necesidades sociales y los resultados no siempre resultan favorables. Para Ahme y Brunsson (2005, p. 528) la mayor parte del or-

den global es creado por organizaciones y elementos organizacionales, de los cuales los de mayor importancia son las reglas y pautas explícitas de conducta que las personas.

Martínez (2005, pp. 14-15) menciona que en los diferentes procesos de reforma que ha vivido el sector público a escala mundial se encuentra la aplicación de una amplia variedad de técnicas gerenciales orientadas al cliente, procesos de privatización, así como una mayor aplicación de tecnologías de información y distintos mecanismos del mercado, como la competencia y los contratos.

Además, la sociedad moderna permeada de reglas, tanto en el ámbito nacional como en el global. López, Arias y Rave (2006, p. 147) dicen que, las organizaciones han venido evolucionando y transformándose aceleradamente, y ahora se colocan frente a nuevas formas o modelos de actuación. Para Bejarano (2016, p. 84) el funcionamiento óptimo de las organizaciones del mundo impacta en cada aspecto importante de las sociedades, siendo estos económicos, políticos, sociales, tecnológicos y ambientales, a nivel local, nacional y global, por tanto, la magnitud e impacto de estas las hace sumamente importantes, motivo por el cual el estudio de ellas es básicamente trascendental.

León (2007, p. 253) dice que hablar de GP es referirse, al papel que juegan las instituciones y los organismos de gobierno en la vida social de un país y, en particular, de quienes se encuentran al frente de los mismos, como relevo generacional de la administración, mismo que, se argumenta, encuentra su origen en la necesidad de contar con instrumentos adecuados para el análisis de una realidad en constante movimiento, resultado de la gran cantidad de transformaciones que han caracterizado las últimas décadas. La pérdida de credibilidad del sector público como gestor del bienestar ciudadano viene acompañado de manifestaciones que exigen y obligan a que las instituciones públicas actúen aplicando principios de economía, eficiencia y eficacia, según García (2007: p. 38).

La GP en las organizaciones del mundo con el transcurso del tiempo ha tenido una serie de procesos de transformaciones en profundos aspectos entre las personas y su espacio, como resultado de las discusiones y conversaciones en torno al grado de participación del Estado en las economías; hasta el día de hoy está atravesando por profundas modifi-

caciones junto a las actividades cotidianas en un ánimo por responder a las crecientes demandas de una ciudadanía más informada y que exige la provisión de bienes públicos que respondan a criterios de calidad, eficiencia y eficacia, junto con una mayor transparencia y equidad en el ejercicio de la función pública Zerillo (2014: p. 1).

Entre tanto Morejón (2016: p. 131) cita que el poder público y la naturaleza del estado, particularmente para la obtención de sus objetivos requiere de diversas actividades sobre las personas. Donde el estado y las formas de administrar tienden a participar en procesos gubernativos relacionales a efecto de gobernar por sobre decisiones basadas en sí y para sí mismos según Quintero (2017, p. 41).

El estudioso Omar Guerrero (2008: p. 36) dice que a la Administración Pública (AP) le corresponde ser el medio a través del cual la sociedad ha de acceder al consumo de los bienes y servicios otorgados por el Estado para satisfacer sus necesidades más apremiantes, de cuyo grado de satisfacción ha de derivar el grado de legitimidad otorgado a las acciones no solo administrativas del Estado, sino también, de conducción social ejercida mediante sus actos de gobierno.

Tafari y Tafari (2010, p. 17) mencionan que en las empresas públicas el propietario es el Estado que representa a los habitantes. Encinas y Manjarrez (2012, p. 95) reconocen que la gestión ha pasado a lo largo de los años por múltiples enfoques desde el proceso de producción, las personas, la estrategia y actualmente hay una fuerte corriente hacia el cliente o usuarios. Para Araya, Burgos y Ganga (2012, p. 1) la Gestión Política es clave para alcanzar una gestión operativa eficaz.

Para Díaz de León (2013, p. 179) las acciones gubernamentales ante su diversificación y problemática en la prestación de los servicios que le han sido encomendados, se han visto en la necesidad de hacer uso de entes no gubernamentales que los últimos años han demostrado su capacidad y eficiencia, con lo que surge la gestión y la gerencia pública en Estados Unidos de Norteamérica. Por otra parte, Martínez (2009, p. 200) dice que “en México es posible identificar acciones emprendidas por los gobiernos para cambiar la lógica funcional de la burocracia y reformar la administración pública, tanto a nivel federal como estatal”.

La evaluación de la gestión gubernamental organiza diferentes ele-

mentos según su naturaleza, con el propósito de hacer una valoración cuantitativa a través de indicadores, que dan cuenta sobre la capacidad de una institución para transformar sus insumos en resultados orientados al cumplimiento de sus objetivos estratégicos y metas institucionales (Calvo, Pelegrín y Gil, 2018).

Para competir con éxito en entornos dinámicos ya no se considera suficiente la realización de una serie de tareas predeterminadas de antemano en la descripción del puesto de trabajo, sino que la ventaja competitiva reside en aquellos empleados que se implican en roles más abiertos e interdependientes, según Beltrán, Escrig, Bou y Roca (2013, p. 221).

La solidez y el buen desempeño de las instituciones gubernamentales tienen como base las mejores prácticas administrativas emanadas de la permanente revisión y actualización de las estructuras organizacionales y sistemas de trabajo, del diseño e instrumentación de proyectos de innovación y del establecimiento de Sistemas de Gestión de Calidad Secretaría de Salud e Instituto de Salud del Estado de México, ([SGCSS/ ISEM], 2010).

Sin descartar el aporte que brindó Hood (2013, p. 48) al término que logró acuñar hacia la Nueva Gestión Pública (NGP) donde hace un planteamiento y ofrece una llave maestra para proveer mejores servicios públicos. Sin ser del todo aceptada ya que llega a caer en contradicción por los valores de equidad y eficiencia. La NGP ha sido considerada como una de las tendencias internacionales más destacadas en la administración pública.

Para Bañón y Carrillo (1997, p. 9) la Nueva Administración Pública (NAP) es una apuesta por el futuro, el producto de un compromiso de renovación de los conceptos de administración y gestión públicas. Es claro que la mayoría de los procesos de reforma gubernamental que se han llevado a cabo en gran parte de los países del mundo a lo largo de las últimas tres décadas, están inspirados en las ideas, técnicas y metodologías, postulados por la corriente de la Nueva Gestión Pública según Cabrero (2005: pp. 18-21). Para Pereira y Jaráiz (2005: p. 74) las nuevas formas de experimentación y desarrollo del concepto, surge un importante debate entre dos paradigmas claramente enfrentados, la NGP o el Nuevo Servicio Público (NSP).

Esto vértebra la construcción y desarrollo de los conceptos de gestión pública, servicio público y ciudadanía, así como las relaciones entre los ciudadanos y las administraciones públicas. Para Arellano y Cabrero (2005, p. 601) las consecuencias de desarrollar la NGP son enormes si se habla sobre organización, moral, administración y ética, para lo cual es necesario analizar con sumo cuidado, haciendo uso de fórmulas que han empleado algunos gobiernos de todo el mundo y les ha funcionado; al redefinir y reformar sus estructuras y mecanismos para abordar los problemas sociales.

Asimismo, Christensen y Laegreid (2007, p. 548) dicen que existe *heterogeneidad en relación con los grandes participantes en el medio, incluidos actores privados*. Otros como Klingner (2007, 571) interesados en el fortalecimiento de la capacidad de la gerencia pública global podemos esperar la invención de un Sistema de Posicionamiento Global del Desarrollo (SPGD) que responderá de una manera más fácil, clara y exacta a las preguntas sobre el mundo de la administración pública.

García (2007, p. 37) señala se persigue la creación de una administración eficiente y eficaz, es decir, una administración que satisfaga las necesidades reales de los ciudadanos al menor coste posible, favoreciendo para ello la introducción de mecanismos de competencia que permitan la elección de los usuarios y a su vez promuevan el desarrollo de servicios de mayor calidad. Todo ello rodeado de sistemas de control que otorguen una plena transparencia de los procesos, planes y resultados, para que, por un lado, perfeccionen el sistema de elección, y, por otro, favorezcan la participación ciudadana.

Una tendencia común en la aplicación de las ideas de la NGP es que el control político de los líderes ejecutivos políticos está disminuyendo mientras los líderes administrativos y técnicos están fortaleciendo su posición Penagos (2008, p. 13). En él están presentes las preocupaciones fundamentales y las respuestas más novedosas que desde la administración se dan a los retos de la denominada sociedad posmoderna.

Para Ramírez y Tabares (2011, p. 101) la NGP es un modelo de administración pública que postula la introducción de las herramientas, técnicas y fundamentos organizativos utilizados en el sector privado, al sector público, a fin de conseguir mayor eficiencia en el funcionamiento de este último. Este modelo ha guiado los cambios operados en la última década en la administración municipal, la cual muestra en la actualidad

un perfil más técnico y gerencial, que hace énfasis en la cogestión y coadministración con otros actores de la ciudad, promoviendo la horizontalidad, la cooperación, el trabajo en red y la transparencia en la gestión.

Para Cejudo (2013, p. 17), la NGP ha seguido la ruta usual de las novedades administrativas: gran entusiasmo inicial que encuentra críticas y resistencias; difusión de términos, prácticas y estrategias de reforma; resultados mixtos (algunas iniciativas tienen éxito y son emuladas, otras fracasan); intentos por explicar sus alcances y, finalmente, su normalización, al volverse parte del repertorio habitual (ya sin expectativas desbordadas) de instrumentos de gestión, no obstante, los numerosos llamados a decretar su obsolescencia.

En este debate de la NGP Díaz de León (2013, p. 178) refiere que, las nuevas formas procesales para dar mayor eficiencia y eficacia a la gestión gubernamental ha modificado la perspectiva de abordaje del estudio en el campo disciplinario de la administración pública... la problemática del crecimiento de los Estados y el cumplimiento de sus obligaciones administrativas los han enfrentado a una nueva realidad en sus acciones de gobierno, haciendo que la administración pública como se venía desarrollando sea inaccesible de comprender y estructurar.

En tanto que Culebro (2014, p. 54) para describir el término de la NGP conforme el enfoque que se tenga al abordaje del fenómeno y/u objeto de estudio:

A todas luces es un movimiento multidimensional que desde sus orígenes en la década de 1980 ha incorporado una gran variedad de principios y herramientas en el gobierno de muchos países; primero en el mundo anglosajón, después en los países desarrollados hasta las naciones del tercer mundo con el apoyo de diversos organismos internacionales.

Además, para Aguilar y Jaime (2014, p. 26) el uso de la NGP en los diferentes niveles gubernamentales es recurrente. Se ha perfilado como una opción viable para establecer orientaciones y prácticas encaminadas a contrarrestar los problemas de agencia del aparato administrativo del Estado. Al comparar instrumentos de gestión del sector público Verger y Normand (2015, pp. 599-601), refieren que la NGP:

Es un programa de reforma del sector público que aplica conocimientos e instrumentos de la gestión empresarial y de disciplinas afines... se espera del Estado que, más que proveer servicios públicos de manera directa, fortalezca su rol de regulador, evaluador y distribuidor de incentivos a los proveedores autónomos de dichos servicios

El Sector Salud en México bajo el modelo neoliberal

Lo referente Sector Salud México (SSM) surge con mayor formalización a través del empleo del modelo neoliberal, implantado en el en las épocas de los ochenta, con las nuevas ideologías políticas que se encontraban en boga, siendo retomadas de otras latitudes y sembradas en el pueblo mexicano y dando frutos no apropiadas dentro de la sociedad existente. Donde las reformas del Sistema Nacional de Salud (SNS).

En México, la reforma de salud tenía como eje central aumentar lo que realmente le corresponde al individuo (bienes en salud) y con esto regular que no cuente con otro beneficio para la salud, o sea otra institución que le brinde la atención médica. La Reforma en sus 10 años de primicia, se encaminaba a crear vías idóneas al incursionismo del ámbito privado en las prestaciones de salud. La Reforma del sistema nacional de salud, se enfocó en dos ejes temáticos y fueron los pensionados y por el otro lado las prestaciones de servicios. Los pensionados en 1992, se modificaron sus pensiones, mientras en 1997 se decreta la innovación de los servicios de salud.

Además, el Sistema Nacional de Salud se moderniza y esto se plasma en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, el cual plantea modificar el bienestar de la sociedad y se justifica en el aumento de la población mayor y sus enfermedades que lo dañan. La Reforma alcanza su punto máximo en el año 1997, viéndose reflejado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Aunado al cambio de régimen de contratación, permanencia y jubilación para los trabajadores, la descentralización de recursos que requieren las instituciones públicas para la operación.

Programas de Apoyo Social y en Salud Pública

Este modelo también se manifiesta en nuestro objeto de estudio, dado que se ha recortado el presupuesto público al sistema de salud. La globalización neoliberal marco un ritmo en la Reforma de la Salud y se dio en un clima donde la economía estaba muy precaria. El Seguro Nacional de Salud se asignó el nombre de Seguro Popular de Salud. Este seguro se basa en etapas, la primera es aquella dirigida a la sociedad que no tiene el acceso al bienestar social y se encuentra en ciudades con una explosión demográfica mayor a 100,000 habitantes. El perfil selectivo de esta sociedad se debió a la “ubicación geográfica y su capacidad parcial de pago” (Soberón, 2001, p. 45).

De igual manera, para que el sistema estuviese en movimiento la población rural jugaría un papel importante, ya que un paquete básico de salud lo respaldaría. En el Programa de Reforma del sector salud 1995–2000, este paquete básico se define como las intervenciones —clínicas, de salud pública y de promoción de la salud— factibles de instrumentar, de bajo costo y de alto impacto (Poder Ejecutivo, 1995).

Este movimiento trata sobre los costos en las familias y que no dañe sus bolsillos. Para ubicar la población objetivo, se analizó la capacidad de pago de las familias y se diseñó un sistema de subsidios escalonados para evitar los “efectos adversos” en el bolsillo de dichas familias. Para este diseño se estableció como marco de costos el Seguro de Familia del IMSS y se calcula que el gobierno federal tendrá que erogar 17 mil millones de pesos, lo que corresponde a 0.29 % del PIB y demuestra la viabilidad de la propuesta Soberón, (2001, pp. 46-47).

El mérito de este programa es poner en afinidades el acceso y pago al bienestar social de la diferente clase población, ya sea ricos o pobres, clase trabajadora, teniendo como sello particular la calidad y eficacia (Hernández, 2001: p. 61). Ante ello, son teorías ideológicas y políticas retomadas de otros países y al momento de ponerlas en práctica, no dan los resultados esperados, quienes se ven afectados es la sociedad, la cual pago los platos rotos por las estrategias aplicadas por los mandatarios del país. Este proceso se ve envuelto en el beneficio de la clase dominante, aquellos que tienen el poder y la suficiente economía.

La reforma al sistema nacional de salud ha traído cambios laborales, dentro de las instituciones, se ha incrementado el número de pacientes y la carga de trabajo se ha acumulado en los trabajadores de salud, al grado de emplear a personal de contrato con un sueldo no apto a las circunstancias laborales. Es a partir de los años noventa etapa que origina mecanismos de contratación diversificada y subrogada como practicas exclusivas del sector público que orienta a las instituciones de salud a disponer de personal subcontratado para los servicios generales (lavantería, intendencia y vigilancia) bajo el modelo laboral de tercerización; pero la provisión de recursos tecnológicos, físicos y mantenimiento ha sido realizada por empresas externas previa licitación.

La cobertura del seguro popular brinda la atención aquellas personas carentes de un beneficio patrono laboral, siendo atendidos y el costo de sus medicamentos en ocasiones no son cubiertos en su totalidad, siendo afectado el bolsillo del derechohabiente en su atención médica. El seguro popular seguirá siendo el refugio de muchas personas de bajos recursos, aunque no cubra del todo en las enfermedades, pero si para calmar y mitigar el dolor de la sociedad carente de una atención de calidad.

Dentro de la búsqueda de propiciar el involucramiento de la población hacia prácticas saludables de auto regulación en la búsqueda de la prevención de enfermedades de la población infantil. Han existido esfuerzos desde la década de los setenta, a través de cumbres mundiales que han puesto de manifiesto las voluntades e iniciativas que buscan proteger la salud de la población del mundo, tratando de articular los actores sociales, gubernamentales y económicos; que potencien la calidad de vida de las personas a través del acceso a servicios de salud, desde el enfoque de la prevención de enfermedades y promoción de la salud; donde se reduzcan los costos de insumos y recursos médicos, a través la Atención Primaria de la Salud (APS) como pieza clave que abandera desde el primer nivel de atención.

El Sistema de Salud mexicano ha tenido en forma permanente, avances importantes que requiere de lograr elevar la calidad en los procesos de intervención; ante esa situación no desmerece su quehacer, ya que se ha adquirido el reconocimiento a nivel América Latina, donde la medicina mexicana mantiene un alto prestigio basado en la producción científica y en el desarrollo de recursos humanos para la salud (SS, 2015).

A pesar de que se han realizado esfuerzos en este sentido, tanto en instituciones públicas como privadas, se ha carecido de una estrategia que permita dar coherencia e impulso a estas acciones. Ante ello, surge la necesidad de establecer una estrategia nacional que, como una verdadera cruzada, rescate de manera sistematizada el valor de la calidad y lo arraigue en la cultura organizacional del sistema y de cada uno de los prestadores de Servicios de Salud (2002).

Según Laurell (2011, p. 2797) este sistema cuenta con dos características básicas comprendidas en su alto grado de segmentación e importante peso de las instituciones públicas en la prestación de servicios. La segmentación del sistema se deriva de una política social que concibió la construcción del bienestar social, este modelo fue exitoso hasta los años ochenta. Sin embargo, a partir del "ajuste estructural" iniciado en 1983, se frenó la disminución de la población objetivo de la Secretaría de Salud —la no asegurada o "abierta"— por el crecimiento del desempleo y el empleo informal.

El Programa Nacional de Solidaridad Nacional denominado Solidaridad se estableció durante el periodo del presidente Carlos Salinas de Gortari en el periodo de 1988-1994. Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá) se desarrolló durante el periodo del presidente Ernesto Zedillo Ponce de León durante 1994 y 2000. Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (Oportunidades) se establece en el año 2002 durante la presidencia de Vicente Fox Quezada quien gobernó durante el periodo 2000-2006.

El presidente Felipe Calderón Hinojosa quien presidió entre 2006-2012, adopta el Programa Oportunidades y lo refuerza en el 2007. En el año 2014 el presidente Enrique Peña Nieto anunció la transición del Programa Oportunidades a Prospera como programa de Inclusión Social. Existen transformaciones, reestructuración y transición que han sufrido el Estado, el Sistema de Salud, la Promoción de la Salud y los Programas de Apoyos Sociales. México quiere y requiere un mejor sistema de salud (ver figura 1). De la buena salud de la población depende la prosperidad económica, el bienestar social y la estabilidad política. No puede haber desarrollo humano sin un sistema de salud y seguridad social que atienda las legítimas aspiraciones del pueblo mexicano (SS, 2001, p. 8).

En el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se plasman los tres retos principales que se afrontarán en el sector: equidad, protección financiera y calidad. En este último se inscribe la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, como instrumento para elevar la calidad y la eficiencia de los servicios de salud de las instituciones, con enfoque en la mejora de la calidad técnica y la calidad percibida (SS, 2002). Durante los últimos años, ha prevalecido un modelo sobre la calidad de los servicios de salud, que empieza a ser sustituido. Este modelo se basa en los supuestos que consideran que “la calidad está implícita”, “cantidad es sinónimo de calidad”, “no importa el costo para ofrecer calidad”, “la manera de garantizar la calidad es supervisando el trabajo de los demás” y “el paciente es un ente pasivo”.

Se suma por primera vez a nivel nacional, en la historia mexicana a un seguro médico, público y voluntario, dirigido a poblaciones sin acceso a servicios de salud. En su fase piloto el Seguro Popular fue capaz de afiliar a más de un millón de personas entre 2001 y 2003; “la necesidad de una reforma financiera en las instituciones públicas de salud se hizo patente y en el 2001 se dieron los primeros pasos para diseñar e implantar políticas de largo plazo” de acuerdo con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud/Seguro Popular ([CNPSS/SP], s.f.: p. 1).

En 2016 el Gobierno de la República (GR) y la Secretaría de Salud (SS), (a partir de los programas gubernamentales nacionales e internacionales) realizaron el compendio que de acuerdo con el esquema de responsabilidad en el componente de salud realizan la propuesta siguiente:

En relación con los apoyos sociales se encuentran dentro del modelo neoliberal

- Programa Nacional de Solidaridad Nacional. (Solidaridad)
- Programa de Educación, Salud y Alimentación. (Progresas)
- Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. (Oportunidades)
- Se refuerza el Programa Oportunidades.
- Programa de Inclusión Social (Prospera)

En lo referente al sistema de salud público y los programas de implantados por la Secretaría de Salud (SSa), se encuentran:

- Programa de Seguro Popular
- Seguro Médico XXI
- Componente de Salud del programa de Inclusión Social (Prospera)
- Embarazo Saludable
- Arranque parejo por la vida
- Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos en Salud
- Programa México Sin Hambre
- Protección Social Indígena

Cabe mencionar que el modelo neoliberal no es el único recurso estructural para desarrollar las políticas de un país, lo cual queda evidenciado en la historia social y humana de México, ante lo cual la propuesta de trabajo e impulso que le brinda al Proyecto de Nación que propone el actual presidente de la Nación el Lic. Andrés Manuel López Obrador el que debe ser implantado en el periodo de 2018-2024 donde se busca “alcanzar el objetivo de la reconstrucción nacional. Para el año 2024 queremos vivir en un México justo, democrático, soberano, pacífico y transparente” (López, 2017, pp. 3-5), con la participación activa de la Comisión de Desarrollo Social (CDS) quien establece dentro de sus ejes principales del proyecto de gobierno:

...una nueva visión del país y presenta proyectos y propuestas en materia económica, política, social y educativa que tienen por objeto generar políticas públicas que permitan romper la inercia de bajo crecimiento económico, incremento de la desigualdad social y económica y pérdida de bienestar para las familias mexicanas, tendencias que han marcado a México en los últimos 35 años, y emprender un cambio de rumbo”

A través de la secretaria de salud de Sinaloa se viene implementando el Sistema de Gestión de Calidad (SGC) apegados a la Norma de Organización Internacional de Estandarización, (ISO, siglas en inglés) 9001:

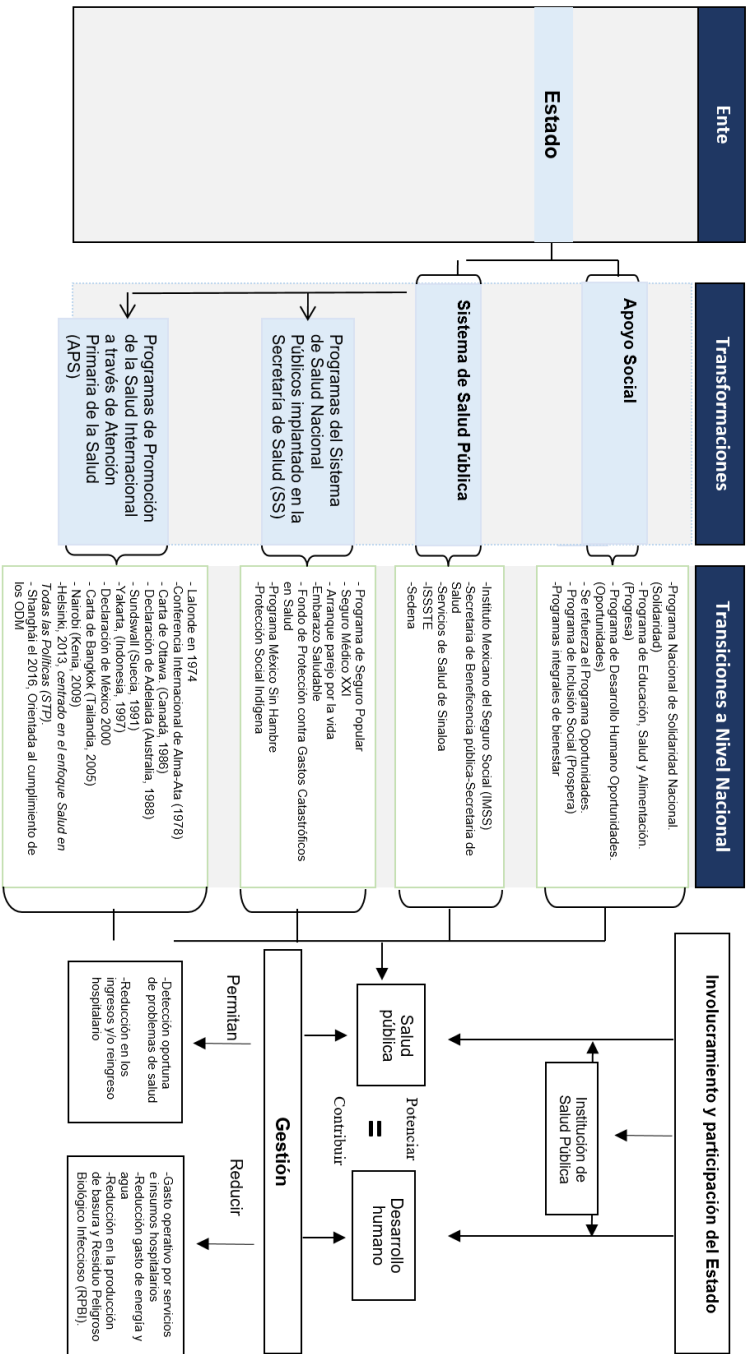
2008; el contar con estas normas permiten basarse en procesos, accede a la búsqueda de mejorar la calidad y calidez de los servicios prestados a los pacientes. Incluye que se han estado realizando trabajos de remodelación en el área de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), además de poner en marcha una campaña interna titulada “Juntos por el General” con la que se busca fortalecer las acciones para mejorar la atención al público y en la que intervendrán tanto los trabajadores del hospital como los integrantes del Sindicato de Trabajadores de la Secretaría de Salud (SNTSA).

Dentro de los Sistemas de Salud existen tres niveles de atención; en el primero se llevan a cabo acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención ambulatoria a la morbilidad más frecuente brindada por médicos generales y personal de enfermería, con el apoyo de la comunidad. El segundo nivel de atención brinda las especialidades básicas en hospitales generales o de especialidad y cuenta con servicios de apoyo diagnóstico de imagenología y laboratorio.

En México existen elementos que representan el “núcleo duro de la política social y a la vez de salud” históricamente están condicionados por el modelo de desarrollo, lo cual implica dos grandes momentos ligados al papel del Estado: el modelo Fordista y el Neoliberal. El primero asociado al periodo de construcción de las grandes instituciones de salud (i.e. IMSS, ISSSTE, Cardiología, DIF, entre otros.), a una economía cerrada y el segundo a las políticas focalizadas, en el marco de una economía abierta.

El primero temporalmente referido al siglo XX y el segundo desde finales del XX hasta la actualidad. Las entidades públicas no han estado rígidas ni estáticas, han denotado un cambio, interés y transición en lo referente a programas sociales y de atención médica desde la década de los años ochenta lo que ha generado acceso a los servicios y cobertura institucional haciendo posible cumplir con las recomendaciones internacionales, en este proceso solo existe un programa que busca en forma significativa dar protección, solución y respuesta a los prevención de riesgos a la salud del niño y daño al medio ambiente; y el Programa de Atención Primaria de la Salud Nacional (PAPSN) que ha sido implantado en los dos primeros niveles de atención para el Sistema de Salud Público (SSP).

Figura 1. Transformaciones del Estado en programas de apoyo social y el sistema de salud público.



Fuente. Diseño propio a partir de datos recopilados del documento denominado esquema de corresponsabilidad en el componente de salud, propuesto por el Gobierno de la República (GR) y la Secretaría de Salud (SS); y entre otros.

Por otro lado, la participación del desarrollo de Programas de Promoción de la Salud Internacional a través de Atención Primaria de la Salud (APS), suele resultar una oportunidad para intervenir en situaciones de salud en forma preventiva no remediable ante ello los esfuerzos que han desarrollado algunos países del mundo se ven reflejados al momento con nueve conferencias internacionales, desde el orden gubernamental surgida de Conferencias Internacionales de Salud Pública donde destacan los grandes determinantes de la salud donde los individuos o de las poblaciones, que tienen que ser el resultado de acciones en conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales.

Desde el estudio presentado por Marc Lalonde en 1974, donde revelo luego de su estudio epidemiológico las causas de muerte y enfermedad de los canadienses, dividido en cuatro grandes determinantes que son: medioambiente, estilos de vida, biología humana y atención sanitaria; a pesar de los adelantos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, son las acciones de prevención integral las más activas para conseguir una vida sana y digna. Al desarrollar prácticas de promoción y protección, prevención de la enfermedad y restauración de la salud; además de la rehabilitación Villar (2011, pp. 237-240).

Existieron diversas Conferencias y Recomendaciones que se establecieron en la Primer Conferencia Internacional sobre APS desarrolladas por la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) desde Alma-Ata, donde se reconoce que la atención primaria, y se adquiere un significado político y social; a la vez que constituye el núcleo del sistema nacional de salud, la cual, forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad (OMS/UNICEF, 1978).

En la carta de Ottawa, Canadá, donde se incorpora el concepto de Promoción de la Salud (PS), cristalizado en 1986, surgió como respuesta a la necesidad de buscar un nuevo acercamiento a los múltiples problemas de salud que exigían solución en todas las partes del globo. Presentó los enfoques, estrategias y proposiciones fundamentales que los participantes consideraron indispensables para avanzar de forma significativa en el progreso y la promoción de la salud. Acerca de las acciones que se han de realizar para alcanzar la Salud Para Todos en el año 2000 y en adelante Duncan y Maceiras (2001, p. 19).

Para el caso de la Declaración de Adelaida, sobre la salud en todas las políticas; se busca el involucramiento de los diversos niveles de gobierno: internacional, nacional y regional para la consecución de los objetivos orientados a la salud y el bienestar como componente esencial de la formulación de políticas. Esto es así porque las causas de la salud y el bienestar están fuera del ámbito del sector de la salud y tienen una génesis económica y social. Aunque muchos sectores ya contribuyen a mejorar la salud, todavía hay lagunas importantes. Pero perfila la necesidad de un nuevo contrato social entre todos los sectores para hacer avanzar el desarrollo humano, la sostenibilidad y la equidad, así como para mejorar los resultados sanitarios dicho por el Gobierno del Sur de Australia y OMS (2010, p. 1).

En forma subsecuente se suma a esta serie de conferencias la desarrollada en 1989 en Ginebra sobre la PS en los países en desarrollo, Sundswall (1991, pp. 1-5) como llamamiento a la acción y reforzar la acción social en pro de una responsabilidad mundial, donde se propone entornos propicios para el otorgamiento de servicios de salud, lo referente a la conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud, del año 1997 se efectuó en Yakarta, Indonesia (1997, pp. 1-11) se puntualizan factores determinantes de la salud como nuevos desafíos, en esta conferencia se conglomeran nuevos actores privados como primer caso; buscando afrontar los retos mundiales.

Posteriormente, la SS menciona que se desarrolló la Declaración de México 2000 (SS, 2014): sitio donde se estableció un compromiso para posicionar a la promoción de la salud como una estrategia fundamental en la agenda política y de desarrollo de los países, compromiso reafirmado en la Carta de Bangkok en 2005 (OMS, 2005, pp. 1-6) se convirtió en un parteaguas donde se establecen las medidas, compromisos y promesas necesarias para abordar los factores determinantes de la salud en un mundo globalizado. La séptima conferencia, tuvo lugar en Nairobi (Kenia) en 2009, se plantearon estrategias clave y los compromisos que deben cumplirse urgentemente para subsanar las deficiencias en la ejecución en la esfera de la salud y el desarrollo, haciendo uso de la promoción de la salud para lograrlo. El llamamiento establece más de 70 acciones encaminadas a subsanar las deficiencias en la promoción de la salud (Salud, Promoción de la Salud, 2014).

La octava conferencia se celebró en Helsinki, Finlandia en el 2013, (OMS, 2018) estuvo centrada en el enfoque Salud en Todas las Políticas (STP), teniendo en cuenta que la salud viene determinada en gran medida por factores externos al ámbito sanitario, una política sanitaria eficaz debe atender a todos los ámbitos políticos, especialmente las políticas sociales, las fiscales, aquellas relacionadas con el medioambiente, con la educación y la investigación.

Y la novena conferencia realizada en Shanghái el 2016 (China), promueve la salud mediante la adopción de medidas encaminadas al cumplimiento de todos los ODS, además de estar orientada a la adopción de decisiones políticas audaces en pro de la salud y exhortar a la buena gobernanza (OMS, 2018), donde dirigentes de gobiernos y organizaciones de las Naciones Unidas, alcaldes y expertos en salud de todo el mundo han sellado dos compromisos históricos para promover la salud pública y erradicar la pobreza, organizada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Comisión Nacional de Salud y Planificación Familiar de la República Popular China se celebra en Shanghái.

Preeminencia de la Salud Pública

Desde cualquier punto de vista sin salud, ninguna persona puede aspirar a vivir plenamente o desarrollar sus planes de vida en conformidad con sus propios deseos. A nivel social, el derecho a la salud y su adecuada garantía representan una medida del avance de los países en lo dicho por Carbonell y Carbonell (2013: p. 26). El Gobierno de la República Mexicana (GRM) plantea en el Plan Nacional de Desarrollo ([PND], 2013–2018) hacer de México una sociedad de derechos, en donde todos tengan acceso efectivo a los derechos que otorga la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; teniendo como objetivo primordial de llevar a México a su máximo potencial. Alcocer (2018) propuso en el Plan Nacional de Desarrollo ([PND], 2018–2024) como objetivo general busca: *hacer efectivo el artículo 4º constitucional a toda la población. Y en los objetivos específicos señalo que esto se puede lograr al brindar servicios de salud y medicamentos gratuitos, además de llevar a federalizar los sistemas estatales de salud, implementar el modelo de Atención*

Primaria de la Salud, reorganizar la regulación sanitaria y fortalecer la industria farmacéutica nacional e investigación innovadora.

La población de la República Mexicana, muestra hoy profundas transformaciones que afectan su crecimiento y su estructura por edad. La disminución en la mortalidad infantil, los nuevos patrones de causa de muerte, la mayor esperanza de vida al nacer, el aumento del uso de métodos anticonceptivos modernos y la intensificación de las migraciones, son responsables directos de estos cambios, entre otros factores Consejo Nacional de Población y Secretaría de Gobernación ([CONAPO/SEGOB], 2014: p. 10). El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 estableció que las oportunidades de progreso son escasas, pues el 46.2 % de la población vive en condiciones de pobreza y el 10.4 % en pobreza extrema (Gobierno de la República, 2018, p. 16).

Las instituciones de seguridad social se financian con contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador y las de los propios empleados, en ese sentido, el Seguro Popular (SP) se financia por una cuota social que cubre el gobierno federal por cada individuo afiliado; la aportación solidaria, cubierta por el estado y la federación; y las cuotas de los afiliados, las cuales son una proporción fija determinada por nivel de ingreso de las familias y de las cuales están exentas todas las que se ubican familias con ingreso más bajos⁴ Secretaria de Salud ([SSa] 2016: p. 8).

Con la finalidad de otorgar atención en materia de salud a la población carente de Seguridad Social, el Sistema de Protección Social en Salud (SiPSSa) se consolida, como el financiador de servicios de salud, mediante un esquema público de aseguramiento que actualmente atiende a más de 57,000,000 de afiliados, lo que permite avanzar en el cumplimiento

⁴ Secretaria de Salud (2016, pp. 8-9) señala que el programa de Seguro Popular (PSP) asigna a los estados una cantidad fija de recursos por individuo afiliado, para que se brinde atención a la población cubierta. Los estados también financian estas actividades mediante una cuota solidaria. Los recursos físicos y humanos con que cuentan las diferentes instituciones de salud varían tanto en números absolutos como en relación con el número de afiliados que tienen, lo cual repercute en la calidad y oportunidad de la atención. La producción de servicios de salud se caracteriza por el empleo intensivo de una amplia gama de recursos humanos y materiales, información y conocimiento. En la medida en que estos recursos se generen y distribuyan de manera racional y equitativa se garantizará una prestación de servicios de salud de calidad.

de los objetivos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Actualmente el principal reto del SiPSSa, es mantener la cobertura ofertada a los afiliados y ampliarla de acuerdo con las posibilidades financieras, considerando las necesidades de salud del país, mediante atenciones enfocadas a: la prevención de enfermedades, atención de los padecimientos, rehabilitación de secuelas y cuidados paliativos Secretaría de Salud/Seguro Popular (SiSa/SP, 2016, p. 29).

El Sistema Nacional de Salud (SiNSa) ha tenido avances significativos que se han visto reflejados en un incremento importante en la esperanza de vida. Sin embargo, persisten retos que superar, en particular con la población que vive en condiciones de vulnerabilidad según la Secretaría de Salud ([SSa] 2015, p. 9). En la SS se conoce claramente que para lograr la cobertura no es suficiente con financiamiento para la operación, es necesario construir la infraestructura (edificios, equipos tecnológicos y personal) necesaria en los diferentes niveles de atención para garantizar la entrega de servicios de acuerdo con Durán, Salinas, Granados y Martínez (2012, p. 553).

Capítulo **3**

Hospital General de Los Mochis

Datos sociodemográficos

Al tomar elementos de la Secretaría de Relaciones Exteriores ([SER], 2014) menciona datos estructurales, demográficos y económicos tales como a continuación se describen:

Nombre oficial: Estados Unidos Mexicanos. La capital de México es el Distrito Federal (Ciudad de México), donde tienen sede los Poderes de la Unión (Ejecutivo, Legislativo y Judicial).

Idioma oficial: El español y cuenta con más de 66 lenguas amerindias.

Moneda: peso mexicano.

Territorio: México abarca una extensión territorial de 1,964,375 km², de los cuales 1,959,248 km² son superficie continental y 5,127 km² son superficie insular. A este territorio debe añadirse la Zona Económica Exclusiva de mar territorial, que abarca 3, 149,920 km², por lo que la superficie total del país es de 5,114,295 km². Las coordenadas extremas que enmarcan el territorio mexicano son:

- Norte: 32° 43' 06'' latitud norte, en el Monumento 206, en la frontera con los Estados Unidos de América (3 152.90 kilómetros).
- Sur: 14° 32' 27'' latitud norte, en la desembocadura del río Suchiate, frontera con Guatemala (1 149.8 kilómetros).
- Este: 86° 42' 36'' longitud oeste, en el extremo suroeste de la Isla Mujeres.
- Oeste: 118° 27' 24'' longitud oeste, en la Punta Roca Elefante de la Isla de Guadalupe, en el Océano Pacífico.
- Con Estados Unidos de América, se extiende una línea fronteriza a lo largo de 3,152 km desde el Monumento 258 al noroeste de Tijuana hasta la desembocadura del río Bravo en el golfo de México. Son estados limítrofes al norte del país: Baja California, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas.
- Con Guatemala la frontera tiene una extensión de 956 km, siendo estados limítrofes: Chiapas, Tabasco, Campeche y Quintana Roo.
- Con Belice la frontera terrestre es de 193 km y el límite marítimo es de 85.266 km, la Bahía de Chetumal. El estado fronterizo con Belice es Quintana Roo.
- La división política de México se compone de 32 entidades federativas: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur,

Campeche, Coahuila, Colima, Chiapas, Chihuahua, Durango, Distrito Federal, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán, y Zacatecas.

Fronteras: La República Mexicana tiene fronteras con: Estados Unidos de América, Guatemala y Belice a lo largo de un total de 4,301 kilómetros distribuidos de la siguiente forma:

Vías de comunicación: Terrestre, férrea, aérea y marítima.

Nombre: Sinaloa (ver figura 2)

Sus coordenadas son: 25° 7' - 22° 20' N -107° 0' 109° ' O

Capital: Culiacán

Extensión: 58,328 km²

Municipios: 18

Límites: Al Norte con los estados de Chihuahua y Sonora; al Sur con el estado de Nayarit y el océano Pacífico; al Este con los estados de Durango y Nayarit; al Oeste con el Mar de Cortés y el estado de Sonora.

Figura 2.

Entidad Federativa número 25 Sinaloa, México.



Fuente. Imagen proporcionada por Travelby México en 2017. Se encuentra en: <http://mr.travelbymexico.com/735-estado-de-sinaloa/>.

Población: México cuenta con una población de 103,263,388 habitantes, de acuerdo con el censo del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2005), que representan el 1.6 % de la población mundial. De ellos, 53.0 millones son mujeres y 50.3 millones son hombres.

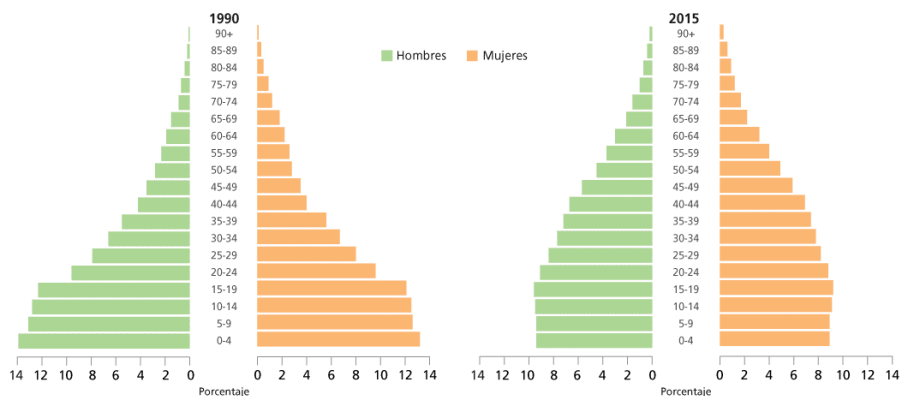
Régimen Político: La forma de organización política de México es la de una República representativa, democrática, federal, compuesta de estados libres y soberanos en todo lo concerniente a su régimen interior, pero unidos en una federación.

A través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las Américas, describen desde un contexto general a México, denominado oficialmente Estados Unidos Mexicanos; es una república democrática y representativa compuesta por 2,456 municipios agrupados en 32 estados federativos autónomos. La Ciudad de México, que recientemente se constituyó en el 32° estado del país, es la sede de los poderes de la Unión y la capital nacional. El país limita al norte con los Estados Unidos de América y al sur con la República de Guatemala y Belice (OPS/OMS, 2018).

Entre los años 1990 y 2015, la población mexicana creció 48,4 %, con una pronunciada expansión de los grupos mayores de 15 años y una reducción en los grupos menores de esa edad. Esto evidencia el envejecimiento de la población, debido a la disminución de la fecundidad y la mortalidad en las dos últimas décadas datos revelados por la OPS/OMS (2018). Entre el 2010 y el 2015 la población se incrementó en 7 millones de habitantes, lo que representa un crecimiento promedio anual de 1,4 %. En las zonas urbanas se concentra 77,8 % de la población y los estados con mayor densidad poblacional son el Estado de México, Ciudad de México y Veracruz. En el 2015, los menores de 15 años representaban 27,0 % de la población y se estima que para el 2050 esa proporción será de 20,7 %. Actualmente, la población de 65 años o más constituye 7,2 % y la proyección para el 2050 es de 21,5 % (ver figura 3).

Figura 3.

Estructura de población según edad y sexo. México, 1990 y 2015.



A causa de la transición epidemiológica se puede observar dentro de las características demográficas, para 2018 se contaba con 124,737,789 en la república mexicana, de los cuales 60,802,375 eran hombres y 63,935,414 mujeres. La esperanza de vida al nacer, de 73 años para los hombres y 78 para las mujeres. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía ([INEGI], 2018) hace referencia sobre el número de habitantes durante el año 2018, en Sinaloa el 73 % de la población vive en zona urbana y el 27 % corresponde a la zona rural. Con una densidad de 52 personas por kilómetro cuadrado (km^2) en relación a nivel nacional la población se sitúa en 61 personas km^2 . En Sinaloa hay 805,854 viviendas particulares, de las cuales, el 83.5 % disponen de agua entubada dentro de la vivienda, el 99.2 % cuentan con energía eléctrica y 84.0 % de los ocupantes de las viviendas disponen de drenaje conectado a la red pública. Los hogares están conformados por personas que pueden ser o no familiares, que comparten la misma vivienda y se sostienen de un gasto común, del cual el 32 % tienen jefatura femenina, es decir, son dirigidos por una mujer y el 68 % son dirigidos por un hombre (ver tabla 1).

Para el año 2016 en Sinaloa se registraron 53,247 nacimientos y 16,127 defunciones (muertes), las principales causas de muerte son: enfermedades del corazón, las derivadas de agresiones, accidentes de transporte y otras y tumores malignos. El grado promedio de escolaridad de la

población de 15 años y más es de 9.6, lo que equivale a poco más de secundaria concluido, a nivel nacional, la población de 15 años y más tiene 9.2 grados de escolaridad en promedio, lo que significa un poco más de la secundaria concluida. De cada 100 personas de 15 años y más el 4.7 no tienen ningún grado de escolaridad, el 48.2 tienen la educación básica terminada, el 23.9 finalizaron la educación media superior, el 23 concluyeron la educación superior, y el 0.2 es no especificado.

Las proyecciones de población son estimaciones del tamaño y composición futura de una población, cuya finalidad es proveer indicadores y brindar escenarios acerca del crecimiento y la evolución de los componentes del cambio demográfico, bajo los supuestos de que determinadas pautas en los fenómenos demográficos se mantendrán durante un periodo de tiempo. Dichos supuestos incorporan tanto las tendencias observadas en el pasado reciente, como las metas posibles de alcanzar mediante la instrumentación de políticas públicas, las cuales buscan armonizar el desarrollo económico, social y humano CONAPO/SEGOB (2014, p. 5).

Tabla. 1.

Indicadores demográficos de México y Sinaloa, 2018.

Datos sociodemográficos	República mexicana	Sinaloa
Población media total (ambos sexos)	124,737,789	3,059,322
Población media hombres	60,802,375	1,508,018
Población media mujeres	63,935,414	1,551,304
Nacimientos anuales	2,234,261	53,721
Defunciones	728,507	17,869
Emigrantes internacionales anuales	384,716	4,985
Inmigrantes internacionales anuales	84,923	1,502
Emigrantes interestatales anuales	902,252	28,707
Inmigrantes interestatales anuales	902,252	20,280
Crecimiento natural anual	1,505,754	35,852
Crecimiento social total anual	-299,793	-11,910
Crecimiento total anual	1,205,961	23,942
Esperanza de vida al nacimiento de hombres	73.01	73.77
Esperanza de vida al nacimiento de mujeres	78.05	78.88
Esperanza de vida al nacimiento total (ambos sexos)	75.47	76.26

Datos sociodemográficos	República mexicana	Sinaloa
Migración neta interestatal anual	0	-8 427
Migración neta internacional anual	-299 793	-3 483
Tasa de mortalidad infantil hombres (por cada mil nacimientos)	12.2	9.73
Tasa de mortalidad infantil mujeres (por cada mil nacimientos)	9.92	7.91
Tasa mortalidad infantil total (por cada mil nacimientos)	11.09	8.84
Tasa bruta de mortalidad (por cada mil habitantes)	5.84	5.84
Tasa bruta de natalidad (por cada mil habitantes)	17.91	17.56
Tasa de crecimiento natural (por cada cien habitantes)	1.21	1.17
Tasa de crecimiento social total (por cada cien habitantes)	-0.24	-0.39
Tasa de crecimiento total (por cada cien habitantes)	0.97	0.78
Tasa de emigración interestatal (por cada cien habitantes)	0.72	0.94
Tasa de inmigración interestatal (por cada cien habitantes)	0.72	0.66
Tasa de migración neta interestatal (por cada cien habitantes)	0	-0.28
Tasa de migración neta internacional (por cada cien habitantes)	-0.24	-0.11
Tasa global de fecundidad	2.15	2.17

Fuente. Indicadores demográficos de México. Consejo Nacional de Población, Gobierno de la República. (CONAPO/GOB).

Diagnóstico Organizacional para Instituciones de Salud (DOIS)

La organización cambia permanentemente, en congruencia con las transformaciones de su entorno, y suponer que no lo ha hecho equivale a caminar a ciegas, creyendo que se conoce el camino Rodríguez (2015). Se ha hallado que, en organizaciones de gran tamaño, muy jerarquizadas y formalistas, sus integrantes experimentan alienación y poco compro-

miso con su trabajo; en empresas de menor tamaño, el trato se hace más personalizado y solidario Orbegoso (2010, p. 559). Estudio del Sistema de Salud por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos ([OCDE] 2016, p. 7) examina las razones de por qué la estructura y la organización del sistema puede estar fallando en atender las necesidades de salud de los mexicanos y hace recomendaciones para la construcción de un sistema más sólido, justo y sostenible. Un reto fundamental es que la atención de salud en México se proporciona a través de un conglomerado de subsistemas desarticulados entre sí.⁵

Patlán (2016, p. 121) menciona que el trabajo, además de ser una actividad económica, representa un espacio de desarrollo y desenvolvimiento del trabajador, el cual le permite aplicar sus habilidades, obtener un ingreso remunerado y realizar aportaciones en beneficio de la sociedad. La población ocupada que ingresa al rango del trabajo decente tiene las oportunidades para desplegar sus capacidades y competencias en condiciones dignas, tanto en ingresos como en prestaciones sociales para Gálvez, Gutiérrez, Picazzo y Osorio (2016, p. 82). A partir de una economía globalizada contar con un marco jurídico internacional sobre derechos sociales se convierte en un requisito imprescindible para establecer condiciones de igualdad Rodríguez (2009, p. 21).

El ambiente laboral en que se desarrollan los procesos de salud, se ve influenciado por el clima organizacional prevaleciente en las instituciones hospitalarias, de tal forma que un clima favorable beneficia el entorno de trabajo y, con ello, el compromiso y el desempeño de los empleados referido por Bernal, Pedraza y Sánchez (2015, p. 17). La prevalencia de las diferentes enfermedades puede variar en diferentes poblaciones por diversas razones (dieta, genética, ocupación y entorno) Marión, Peiró, Márquez y Meneu (1998, p. 384).

La cobertura universal de salud fue propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como política para asegurar que todas las personas reciban los servicios de salud que necesiten, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos González, Figueroa, García y Alarcón

⁵ Cada subsistema ofrece diferentes niveles de atención, a precios distintos, con diferentes resultados. El acceso a cada subsistema está determinado por la condición laboral (OCDE, 2016, 7).

(2016, p. S23). A su vez el Seguro Popular (SP) fue diseñado como un seguro voluntario con tres fuentes de financiamiento: federal, estatal y familiar, Nigenda, Juárez, Ruiz y Herrera (2013, p. 45).

Para discernir los procesos de gestión y simultáneamente atender las exigencias sociales en materia de servicios de salud, se requiere poner en práctica tareas establecidas en programas determinados por instituciones gubernamentales aunado al involucramiento, en forma coordinada, de los diversos actores que constituyen los sistemas de salud que permita cumplir con las expectativas del desarrollo en habilidades estratégicas gerenciales durante la intervención de la toma de decisiones.

Para el desarrollo del diagnóstico se retoma en forma parcial el instrumento Diagnóstico Organizacional para Instituciones de Salud (DOIS) rediseñado de dos instrumentos vertidos desde la secretaría de salud a partir del instructivo de llenado DEP/97 Diagnóstico Situacional para Unidades Médicas Sedes, Subsedes y de Rotación de Campo Receptoras de Médicos Residentes y el instructivo de llenado plan de mejora continua de la calidad en salud el cual se agregó como anexo 1.

Identificación de la institución de salud

El hospital General de Los Mochis Dr. Jesús Kúmate Rodríguez es una Institución pública de segundo nivel de atención, brinda servicios médicos en cuatro servicios básicos, los cuales son: cirugía, pediatría, medicina interna y ginecología las 24 horas del día, cada día del año, cuenta con seis horarios de jornadas laborales reconocidas.

Categoría actual de la unidad

El Estado de Sinaloa es la Entidad Federativa número 25, de acuerdo con el catálogo de Zonas económicas del Gobierno Federal; según oficio emitido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y la Subsecretaria de Egresos en la Unidad Política y Control Presupuestario; cuenta con 13 municipios instalados en la zona II donde se sitúa Ahome y los cinco restantes son parte de la zona III; de acuerdo con la vigencia del 01 de enero de 2011 Medina (2011, p. 45).

Secretaría de Hacienda y Crédito Público

Subsecretaría de ingresos

Cédula de Identificación Fiscal

Clave de Registro Federal de Contribuyentes: Servicios de Salud de Sinaloa

Nombre de denominación o razón social: Sinaloa

Hospital General de Los Mochis, Dr. Jesús Kúmate Rodríguez

Blvd. Macario Gaxiola No. 1449 sur

Col. Raúl Romanillo. Cp. 81248

Los Mochis, Sinaloa.

RFC: SSS961023-1Y3

Domicilio: Está ubicado en el medio urbano de la Ciudad de Los Mochis, Ahome, Sinaloa; por el Boulevard Macario Gaxiola No. 1449 Sur, en la Colonia Raúl Romanillo, Código Postal 81248 (ver figura 4).

Boulevard: Macario Gaxiola

Tels. Lada: 01668-8161400/816-14-07.

Fax +52(668)8161400.

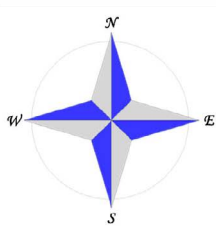
e-mail: <http://www.saludsinaloa.gob.mx>

hmochis@prodigy.net.mx

ense2013.mochis@gmail.com

Calle: Las Palma

Boulevard: Macario Gaxiola



Calle: Enero

Calle: Monterrey

Figura 4.

Entrada principal del Hospital General Los Mochis “Dr. Jesús Kúmate Rodríguez”.



Fuente. Foto especial de la redacción de la Revista Proceso. 25 julio, 2017. Disponible en: <https://www.proceso.com.mx/496232/muere-bebe-en-hospital-general-los-mochis-suman-siete-en-una-semana>.

Antecedentes del Hospital General de Los Mochis

El Hospital General se denominó en sus inicios en 1950 como: “Hospital Ejidal” tiene su nacimiento en las épocas del Mochis viejo, su edificación estaba ubicado de las oficinas de la SICAE (Sociedad de Interés Colectivo Agrícola Ejidal “Emancipación Proletaria”), por las calle Zaragoza, espalda a *boulevard* Rosendo G. Castro entre las calles Vicente Guerrero y Gabriel Leyva, debido al fracaso de esta compañía, ahí se asienta el primer nosocomio de los Mochis, atendiendo a la pequeña población que en esos tiempos vivían. Teniendo como primer director del sanatorio al Dr. de la Parra, de acuerdo con los relatos de algunas enfermeras y médicos fundadores; las aportaciones económicas eran directas de la compañía azucarera y de los ejidatarios quienes fueron sus principales beneficiarios de aquí su nombre (Hospital Ejidal), posteriormente pasó a las oficinas de la compañía azucarera frente a la plazuela 27 de septiembre.

Ya perteneciente a la S.S.A. (Secretaría de Salubridad y Asistencia) y con el paso del tiempo adquiere otra ubicación, por la calle Inés y

Constitución, colonia Bienestar, brindando atención de salud a la población de la ciudad y campos circunvecinos, además a gente de escasos recursos económicos de la periferia, parte serrana de Choix, Sinaloa de Leyva y Chihuahua, el funcionamiento se encontraban laborando con personal de enfermería, doctores, administrativos e intendencia a marchas forzadas y con una cantidad mínima de elementos, los cuales requerían de más personal para sacar adelante el trabajo que se presentaba.

El día 05 de noviembre de 1995, se generan las condiciones para el traslado del equipo de salud y a los pacientes que se encontraban hospitalizados, al domicilio actual que se encuentra en: Avenida Monterrey y *Boulevard* Macario Gaxiola no. 1449 sur, en la colonia Raúl Romaniño, cuenta con reconocido prestigio en la zona norte del estado de Sinaloa, además brinda cobertura de salud a los habitantes de la parte norte del estado de Sinaloa y colindancia con Sonora, Chihuahua y Durango. Actualmente el Hospital General de los Mochis de acuerdo con los Servicios de Salud de Sinaloa/Secretaría de Salud/Diario Oficial de la Federación ([SSS/SS/DOF], 2013), proporciona servicios de atención médica especializada, comprometidos con el bienestar de la sociedad de manera solidaria.

Al ser una institución pública de segundo nivel de atención es porque se brindan los servicios de especialidades e intervenciones quirúrgicas de mediana complejidad a través de la canalización en referencia del trabajo que realiza el primer nivel de atención, donde ambas instituciones brindan servicios a dos tipos de población derechohabiente del seguro popular y población abierta; no exclusivo para sus propios pobladores que son como parte fundamental e inicial de cobertura médica para los municipios de Ahome, El Fuerte y Choix, con el mismo presupuesto se incorpora a las personas procedentes del sur del estado de Sonora y parte importante del área serrana del estado de Chihuahua; teniendo cada uno diversidad cultural, prácticas ancestrales para sobrellevar sus estilos de alimentación. Además, en particular lo referente al segundo nivel de atención se incorpora en forma subrogada la población derechohabiente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

En el año 2012 de acuerdo con datos revelados por las Televisoras de Grupo Pacífico Noticias (TGN) el nombre con el cual fue bautizado el Hospital General de Los Mochis es: “Dr. Jesús Kúmate Rodríguez”: “... en honor a quien fuera secretario de salud en el sexenio de Carlos Salinas de Gortari, y que incluso llegó a ser presidente de la organización mundial de salud en 1994 y 1995. El investigador nacido en Mazatlán Sinaloa hace 88 años, no pudo ocultar su emoción en el evento, y agradeció a las autoridades que determinaron bautizar con su nombre el hospital”.

Por su parte el gobernador del estado Mario López Valdez indicó: “el nombramiento es solamente un acto de justicia y que el honor es para quienes forman parte de un hospital, llevar el nombre de alguien que ha dado su vida entera a la investigación de la salud. Jesús Kúmate es médico cirujano egresado de la escuela médico militar, también fue secretario de salud y presidente de la OMS (Organización Mundial de la Salud), miembro del consejo consultivo de la UNICEF (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia, en castellano)”.

Un paso hecho por los gestores de la institución de salud, de suma importancia en su historia fue la construcción del edificio propio en el año 1957; ubicado por la Calle Inés entre Niños Héroes y Constitución, extendió sus servicios médicos a la población urbana de escasos recursos además de la población rural contó con 60 camas, 3 médicos, 6 auxiliares de enfermería, y personal para cubrir las otras áreas como administración, cocina, lavandería, etc. Durante el gobierno municipal 1962-1964 dejó de ser Hospital Ejidal para constituirse en un Hospital General dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en 1975 su capacidad de atención se vio drásticamente reducida por la apropiación que hace la escuela de enfermería local de más de la mitad de sus instalaciones.

Al crecer la población sus servicios se volvieron dramáticamente insuficientes; en 1988 surge otro hecho importante en la historia del hospital al llegar a la dirección el Dr. Macario Arao Matzuda en cuya administración se cristalizaron los anhelos de un nuevo hospital. En 1991 se firma el convenio entre el gobierno Federal y el gobierno de Argentina para iniciar la construcción con recursos de este país siendo secretario de Salud el Dr. Jesús Kúmate Rodríguez en la administración del presidente Carlos Salinas de Gortari. Se termina su construcción en

1995 sin embargo su principal gestor no pudo ver concluida su obra ya que su vida llegó a su fin justo después de poner la primera piedra del mismo.

Dejando un vacío que solo pudo ocuparlo otro personaje como lo fue el Dr. Javier Enrique Peñuelas Cota quien tuvo el honor de cortar el listón e inaugurar en compañía del secretario de Salud Dr. Juan Ramón de la Fuente el día 20 de marzo de 1996 una de las primeras tareas realizadas por la misión de poner sobre su personal la responsabilidad de dicha tarea. Contrata a más enfermeras y a más médicos y a personal técnico especializado como rayos X, ultrasonido, laboratorio, entre otros.

Debido al desempeño de la dirección el hospital y su personal se han recibido varios reconocimientos a nivel estatal y nacional. Uno de los más notables fue el de ser nombrado hospital amigo de la madre y el niño como resultado de los programas de lactancia materna, implantados desde el año 1993. En reconocimiento a la labor directiva desarrollada por nueve años por el Dr. Javier E. Peñuelas Cota, este fue llamado a colaborar en los servicios de Salud en el estado para la implantación de un proyecto para elevar la calidad de los servicios de urgencias que prestan los hospitales generales del estado.

Su lugar lo ocupó el Dr. Marco Julio Carlón Rivero médico ginecólogo quien prestó sus servicios en esta área desde 1989; en forma inicial ocupando el puesto de jefe de servicio de ginecología desde que se trasladaron al nuevo edificio hasta antes de ocupar la dirección a partir del 16 de febrero del 2002; para el 28 de enero del 2011 el Dr. Jesús Abdón Grande Rivera; rindió protesta como nuevo director del Hospital General de Los Mochis en sustitución del también Dr. Marco Julio Carlón Rivero, luego de 9 años de permanencia en el cargo, en un evento donde el secretario de Salud del gobierno del estado, Ernesto Echeverría Aispuro le tomó la protesta. El Dr. Javier Salcido Castro funge como director del periodo enero 2017 a enero del 2018 posteriormente asume la responsabilidad de director en el periodo vigente el Dr. Gabriel Gámez Castro hasta llegar el año 2019.

En 2016 el Hospital General de Los Mochis formó parte del Modelo de Gestión de Calidad dentro de una selección de 78 hospitales generales y de especialidad a nivel nacional y uno de los tres en el estado de Sinaloa;

lo que pone en manifiesto las transformaciones del estado en programas de apoyo social y el sistema de salud público (SS, 2017).

Infraestructura: distribución de áreas y vías de acceso

Las administraciones públicas se han lanzado a la búsqueda de novedosas fórmulas que les permitan afrontar el ingente coste organizativo, gestor y financiero que exige la puesta en marcha y el mantenimiento de los nuevos hospitales y centros sanitarios Larios y Lomas (2008: p. 2). El inmueble del hospital general de Los Mochis, Dr. Jesús Kúmate Rodríguez, está distribuido en una superficie de 29,000 m², siendo 15,000 m² correspondiente a edificación que en su construcción es mixta, es una propiedad de la Ssa cerrada con barda perimetral. El hospital cuenta con señalización donde se especifica la ruta de evacuación, salida de emergencia, punto de reunión, señal de hidrante, extintor, botiquín y para procedimientos, que se toma como ruta de evacuación durante siniestros; pero no figura la señalización para ruta del transporte para los Residuos Biológicos Peligrosos Infecciosos (RPBI).

La arquitectura hospitalaria incorporaba criterios funcionales de las máquinas para mejorar el confort y la salud de los usuarios, llegando a parecer un gran electrodoméstico que crece en busca del sol y las vistas, mientras la ciencia médica se equipaba de máquinas sofisticadas que alcanzan las profundidades microscópicas para vencer las enfermedades. En medio siglo se había pasado de una asistencia sanitaria voluntariosa a un sistema nacional público, del tipo de hospital extensivo al intensivo Martínez, Ballester, Bernabeu, Castejón y Perdiguero (2012, pp. 97-98).

La Secretaría de Salud ([SS] 2013, p. 4) establece en Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Esta norma tiene por objeto establecer las características mínimas de infraestructura y equipamiento para los hospitales, así como para los consultorios de atención médica especializada.

El trabajador de salud está distribuido en seis turnos conforme el área física, para ello, se cuenta con cuatro niveles básicos (ver tabla 3)

a fin de otorgar servicios de acuerdo con las necesidades del paciente, familia y comunidad. Existe en el hospital, departamentos de estudios de diagnóstico médico, oficinas administrativas, almacén, cuartos de máquina, mantenimiento, lavandería, estacionamientos, jardines entre otros; cada uno de ellos desempeñan en forma distintiva según las funciones y responsabilidades a manera preestablecida y normativa; cada espacio está equipado e interconectado, se cuenta con servicios de agua, teléfono (interno), drenaje, luz, planta generadora de electricidad y toma de oxígeno, dos cuartos de máquina, manejo de basura y manejo de almacenamiento para RPBI, ventilación, oxígeno, succión y videovigilancia.

Tabla 3.

Departamentos y horarios para prestar servicios al paciente, familia y comunidad.

Departamento, oficina, servicio y/o área	Horarios de trabajo					
	Matutino	Vespertino	Nocturno A*	Nocturno B**	Guardia especial diurna***	Guardia especial nocturna****
Farmacia externa	X	X	X	X	X	X
Informes	X	X				
Trabajo social	X	X	X	X	X	X
Seguro popular	X	X			X	
Archivo	X	X			X	
Programación y control de citas	X	X				
Epidemiología	X	X				
Consulta externa	X	X				
Informática	X	X	X	X	X	X
Control de personal	X	X			X	
Jefatura de recursos humanos	X	X				
Hemodiálisis	X	X			X	
Albergue	X	X			X	
Acabamiento	X	X	X	X	X	X
RPBI	X	X			X	
Patología	X	X				
Oficina FIGLOS	X	X				

Departamento, oficina, servicio y/o área	Horarios de trabajo					
	Matutino	Vespertino	Nocturno A*	Nocturno B**	Guardia especial diurna***	Guardia especial nocturna****
Intendencia	X	X	X	X	X	X
Confección	X	X				
Lavandería	X	X	X	X	X	X
Sindicato	X	X				
Almacén	X	X				
Servicios generales	X	X				
Mantenimiento	X	X	X	X	X	X
Cocina-comedor	X	X	X	X	X	X
Ceye	X	X	X	X	X	X
Oficina de Subdirección medica	X	X	X	X	X	X
Oficina de Supervisión de enfermería	X	X	X	X	X	X
Oficina de Anestesiología	X	X				
Servicio de terapia intensiva	X	X	X	X	X	X
Quirófanos	X	X	X	X	X	X
Recuperación de quirófano	X	X	X	X	X	X
Tococirugía	X	X	X	X	X	X
Recuperación de ginecología	X	X	X	X	X	X
Sala de labor	X	X	X	X	X	X
Valoración	X	X	X	X	X	X
Urgencias pediátricas	X	X	X	X	X	X
Urgencias adultos	X	X	X	X	X	X
Consultorios de urgencias	X	X	X	X	X	X
Área de rayos X	X	X	X	X	X	X
Laboratorio	X	X	X	X	X	X
Banco de sangre	X	X	X	X	X	X
Clínica de catéteres	X					

Departamento, oficina, servicio y/o área	Horarios de trabajo					
	Matutino	Vespertino	Nocturno A*	Nocturno B**	Guardia especial diurna***	Guardia especial nocturna****
Clínica de heridas	X					
Informática	X					
Oficina de jefatura de pediatría	X					
Trabajo social de pediatría	X	X				
Cuarto de residentes	X	X	X	X	X	X
Departamento de pediatría	X	X	X	X	X	X
Área de terapia intensiva pediátrica (UCIP)	X	X	X	X	X	X
Cuarto de máquinas (computadoras e impresión)	X	X	X	X	X	X
Filtro de vigilancia	X	X	X	X	X	X
Jefatura de ginecología	X					
Trabajo social de ginecología	X	X				
Cuarto de médicos	X	X	X	X	X	X
Departamento de neonatología	X	X	X	X	X	X
Terapia intensiva neonatología (UCIN)	X	X	X	X	X	X
Área de ginecología	X	X	X	X	X	X
Dirección médica	X					
Jefatura de enfermería	X					
Sub-dirección	X					
Jefatura de administración	X					
Oficinas administrativas	X					
Cubículos para presupuesto	X					

Departamento, oficina, servicio y/o área	Horarios de trabajo					
	Matutino	Vespertino	Nocturno A*	Nocturno B**	Guardia especial diurna***	Guardia especial nocturna****
Cubículos para presupuesto	X					
Departamento de calidad	X					
Departamento de enseñanza	X	X				
Área de jefatura de medicina interna	X					
Trabajo social por medicina interna	X	X				
Cuarto de residentes	X	X	X	X	X	X
Departamento de medicina interna	X	X	X	X	X	X
Cuarto de máquinas (computadoras e impresión)	X	X	X	X	X	X
Departamento de cirugía	X	X	X	X	X	X
Cuarto de máquinas	X	X	X	X	X	X
Jefatura de cirugía	X					
Trabajo social por cirugía	X	X				
Cuarto de residentes	X	X	X	X	X	X
Departamento de cirugía	X	X	X	X	X	X

Fuente. Diseño propio resultado de entrevista a líderes de primera línea de mando de la organización, mayo de 2018. Nota: *Turno Nocturno A: comprende los días lunes, miércoles y viernes. **Turno Nocturno B: comprende los días martes, jueves y/o sábado-domingo. ***Turno Guardia Especial Diurna: corresponde a sábado, domingo y días festivos de día. ****Turno Guardia Especial Nocturna: corresponde a sábado, domingo y días festivos de noche.

En la planta baja, existen puertas que permiten ingreso y egreso al hospital; por el *Boulevard* Macario Gaxiola se encuentra la entrada principal; por la calle Monterrey y por calle Las Palmas existen tres vías de acceso;

en la última calle se cuenta con escalera alterna para urgencia de evacuación, la cual está cercana a una rampa que se utiliza principalmente para el acceso al carro de ropa sucia, manejo de basuras y material de RPBI en conexión al estacionamiento y jardín con área de personal para personal fumador; en forma alterna se encuentra el departamento de albergue (exclusivo para familiares de pacientes), hemodiálisis que cuenta con estancia para el trabajo asistencial-administrativo de enfermería y médicos; área de control para ingreso del paciente, preparación de medicamentos y control de ropa, cuarto séptico para cómodos, orinales, ropa sucia y basura.

Se cuenta con estacionamiento en forma interna exclusivo para el personal, además de una plaza cívica y jardinería. La farmacia externa al hospital es fuente de provisión de insumos a la población derechohabiente del seguro popular; por la entrada principal se encuentra el área de informes, oficina de trabajo social (donde se instala la jefatura de trabajo social) y seguro popular; se cuenta con un baño compartido y mixto para el personal considerado como usuario interno.⁶

Por otro lado, se cuenta con la distribución de 147 áreas para baños, sanitarios y vestidores (ver tabla 4) de los cuales, 70 es para el personal de salud y en aéreas específicas exclusivas de pacientes que incluyen cuartos aislados, los que están distribuidos en 27 sanitarios individuales y 43 compartidos, además se cuenta con 48 áreas para regaderas y 29 vestidores.

En el primer nivel se encuentran distribuidos en forma estandarizada en su diseño existen baños según sea el diseño individual o mixto; para usuarios internos y externos; se cuenta con estancia para el trabajo asistencial-administrativo de enfermería y médicos; área de vestidor, control y/o preparación de medicamentos y control de ropa, cuarto séptico para cómodos, orinales, ropa sucia, basura y extintores. Siguiendo la secuencia de manecillas de reloj esta la oficina de jefatura de pediatría y trabajo social, cuarto de residentes, departamento de pediatría (con tres cuartos aislados), área de terapia intensiva pediátrica (UCIP) existe un cuarto de máquinas (computadoras e impresión) con escalera lateral y acceso a la

⁶ Usuario interno, Es la persona dentro de una institución, este debe tener información para entender la labor que debe llevar a cabo desde su punto de vista de la institución y del paciente/usuario, además de proporcionar información importante que surja de su trato con el usuario externo como de los servicios, con el fin de mejorar su labor (Muños-Rojas, 2017).

rampa; hacia abajo se conecta al jardín-área de fumadores y estacionamiento; hacia arriba está el servicio de medicina interna.

Asimismo, en la planta baja, se puede encontrar un baño para hombres y otro para mujeres para los visitantes del hospital (usuario externo⁷ como paciente, familiar y/o acompañante); adjunto se encuentra archivo (está instalado el jefe de archivo en área anexa), enfrente se encuentra el área de programación y control de citas médicas, a seguir se encuentra el área de epidemiología y consultorios médicos de consulta general y especialidades (está instalado el jefe de consulta externa), los que cuentan con ventanas con cristal de un costado de piso a techo y dos de media pared.

Tabla 4.
Distribución de baños, sanitarios y vestidores.

Piso	Distribución por áreas y/o departamentos	Composición de baño			
		Individual*	Compar-tido**	Área de baño con regadera	Vestidor
Planta Baja	Farmacia externa		1		
	Trabajo social		1		
	Seguro popular				
	Archivo		1		
	Pasillo	2			
	Consulta externa	2			
	Pasillo	3		3	1
	Hemodiálisis	2	1		1
	Albergue	2		4	2
	Ceye				1
	Servicio de terapia intensiva		1		2
	Quirófanos		2	6	2
	Recuperación de quirófano				
	Tococirugía				

⁷ Usuario externo Es la persona que no pertenece a la institución y que utiliza, y/o demanda atención en salud. En torno a él se organizan todos los servicios que se prestan dentro de un hospital (Muños-Rojas, 2017).

Piso	Distribución por áreas y/o departamentos	Composición de baño			
		Individual*	Compartido**	Área de baño con regadera	Vestidor
	Recuperación de ginecología				
	Valoración				
	Sala de labor	2	1	1	1
	Pasillo de urgencias	1			
	Urgencias pediátricas	1		1	
	Urgencias adultos	1		1	
	Área de rayos X	1			
	Laboratorio	1			
	Banco de sangre				
Primer Nivel	Cuarto de residentes		1	1	1
	Departamento de pediatría	1	4	4	4
	Área de terapia intensiva pediátrica (UCIP)		1		1
	Cuarto de médicos		1	1	1
	Departamento de neonatología				1
	Terapia intensiva neonatología (UCIN)				1
	Área de ginecología	1	6	6	4
	Dirección médica	2	1		
	Subdirección				
	Jefatura de administración				
	Oficinas administrativas				
	Cubículos para presupuesto				
	Departamento de calidad				
	Jefatura de enfermería	1			
	Departamento de enseñanza	2			
	Cuarto de residentes de medicina interna		1	1	1
	Departamento de medicina interna	1	9	8	

Piso	Distribución por áreas y/o departamentos	Composición de baño			
		Sanitario		Área de baño con regadera	Vestidor
		Individual*	Compartido**		
	Departamento de cirugía	1	10	10	4
	Cuarto de residentes de cirugía		1	1	1
	Total	27	43	48	29

Fuente. Diseño propio resultado de entrevista a líderes de primera línea de mando de la organización del periodo anterior y actual, mayo de 2018. Nota: El sitio de construcción y el diseño de los baños no cuentan con ventilación. *En lo referente al uso de baño individual es en relación con el género. **Lo referente al uso de baño compartido, es para ambos géneros (cada uno tiene nula ventilación).

Además, se cuenta con tres vestidores dos para hombres y uno para mujeres. El departamento de informática y archivo, control de personal con el área destinada para el jefe de recursos humanos; esta área se deriva a la salida del estacionamiento; por un lado se encuentra el departamento de hemodiálisis y albergue y por otro lado está el departamento de cuarto de RPBI, cuarto de acabamiento, patología (está instalado el responsable de patología), oficina de Fideicomiso Global del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud (FIGLOS)⁸ cercano al desagüe. Además de estar las oficinas de la jefa de intendencia y lavandería, confección, lavandería (emiten ruido permanente), sindicato (está instalado el líder del sindicato), almacén, servicios generales, mantenimiento con sus respectivos jefes en el área; siguiendo en el área física está el cuarto de máquinas; donde conecta a una de las puertas para reingresar al hospital seguido por oficina de jefa, almacén y área que pertenece a cocina y comedor.

En el centro del hospital existe un tragaluz que permite contar con iluminación durante el día (sin hacer uso de luz artificial lo que no sucede con el resto de la institución) acondicionado con plantas, permite contar con los pasillos cubiertos por vidrio con parcial polarizado. Además podremos encontrar el departamento de ceye que es el área exclusiva para

⁸ El FIGLOSNTSA Sinaloa es un esfuerzo conjunto de la organización sindical y sus sindicalizados para generar beneficios sociales y económicos adicionales a las conquistas sindicales y a los que por derecho legalmente corresponden a sus agremiados según el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud. ([SNTSA] 2017, p. 2).

el personal de enfermería y a partir de aquí se pueden encontrar estancias de trabajo con su vestidor sin baño (sanitario) cuenta con delimitación de espacios clasificados de rojo, verde y azul; estancia para el trabajo asistencial-administrativo de enfermería; área de para equipo y material, ropa en estado limpio, estéril y sucio; espacio delimitado para basura; además de cumplir el personal bajo una normatividad en su uniforme en forma general pero en ciertas áreas hacen uso de ropa, gorro y zapatos que incorporan accesorios protectores de protección de bioseguridad.

En cada servicio se cuenta con estancias de enfermería para el trabajo asistencial-administrativo exclusivo para enfermeros y médicos (ver tabla 5), además se cuenta con un espacio para la preparación de medicamentos, cuarto de ropa y séptico donde se guardan y desinfectan cómodos, orinales, ropa sucia y basura, de ellas existen 4 áreas con necesidades de instalación para limpieza y desinfección y 17 cuartos que requieren de la instalación de campana con succión de partículas en el proceso de preparación de medicamentos.

Tabla 5.
Áreas complementarias para desarrollo de actividades administrativas y asistenciales de médicos y enfermeros.

Piso	Áreas y/o departamentos	Trabajo administrativo y asistencial para médicos y enfermeras					
		Estancia con monitores cardio-pulmonar		Área para curación y limpieza de material e instrumental	Área séptica ropa sucia	Cuarto para preparar el medicamento	Área con computadora e impresora
		Si	No				
Planta baja	Consulta externa			N*	N*		X
	Hemodiálisis		X	X	X	X	X
	Patología						X
	Ceye			X	X		X
	Servicio de terapia intensiva	X		X	X	N*	X
	Quirófanos	X		X	X	N*	X
	Recuperación de quirófano	X		X	X	N*	X

Piso	Áreas y/o departamentos	Trabajo administrativo y asistencial para médicos y enfermeras					
		Estancia con monitores cardio-pulmonar		Área para curación y limpieza de material e instrumental	Área séptica ropa sucia	Cuarto para preparar el medicamento	Área con computadora e impresora
		Si	No				
	Tococirugía		X	X	X	N*	X
	Recuperación de ginecología	X		X	X	N*	X
	Valoración	X		X	X	N*	X
	Sala de labor	X		X	X	N*	X
	Urgencias pediátricas			X	X	N*	X
	Urgencias adultos			X	X	N*	X
	Consultorios de urgencias			X	X		X
	Área de rayos X			N*	N*		X
	Laboratorio			N*	N*		X
	Banco de sangre			N*	N*		X
Primer nivel	Departamento de pediatría			X	X	X	X
	Área de terapia intensiva pediátrica (UCIP)	X		X	X	N*	X
	Departamento de neonatología	X		X	X	X	X
	Área de ginecología	X		X	X	N*	X
Segundo nivel	Departamento de medicina interna	X		X	X	N*	X
	Departamento de cirugía	X		X	X	N*	X

Fuente. Diseño propio resultado de entrevista a líderes de primera línea de mando de la organización del periodo anterior y actual, mayo de 2018. Nota: *N= necesidades.

En la unidad de cuidados intensivos (UCI), se cuenta con la política interna para limitar el acceso en forma restringida para el usuario externo (ver tabla 6) de igual manera están los servicios colindantes que es la oficina de subdirección médica, anestesiología y subjefatura de enfermería de turno.

Tabla 6.
Áreas hospitalarias limitadas para el acceso del usuario externo.

Piso	Áreas y/o departamentos	Delimitación de áreas para usuario externo		
		Clasificación de áreas		Acceso limitado-controlado con tiempo
		Si	No	
Planta baja	Consulta externa		X	X
	Hemodiálisis		X	X
	Patología		X	X
	Ceye	X		X
	Servicio de terapia intensiva		X	X
	Quirófanos	X		X
	Recuperación de quirófano	X		X
	Tococirugía	X		X
	Recuperación de ginecología	X		X
	Valoración	X		X
	Sala de labor	X		X
	Urgencias pediátricas		X	X
	Urgencias adultos		X	X
	Consultorios de urgencias		X	X
	Área de rayos X		X	X
	Laboratorio		X	X
	Banco de sangre		X	X

Piso	Áreas y/o departamentos	Delimitación de áreas para usuario externo			
		Clasificación de áreas		Acceso nulo	Acceso limitado-controlado con tiempo
		Si	No		
Primer nivel	Departamento de pediatría		X		X
	Área de terapia intensiva pediátrica (UCIP)	X		X	X
	Departamento de neonatología	X		X	X
	Área de ginecología		X		X
Segundo nivel	Departamento de medicina interna		X		X
	Departamento de cirugía		X		X

Fuente. Diseño propio resultado de entrevista a líderes de primera línea de mando de la organización del periodo anterior y actual, mayo de 2018.

En el mismo nivel se encuentra el filtro de vigilancia, un área es compartida para la jefatura de ginecología, trabajo social y cuarto de médicos con su respectivo baño mixto, lo que no sucede con el departamento de neonatología en el existe vestidor, estancia de enfermería, subdivisión de incremento de peso del recién nacido y terapia intensiva neonatología (UCIN). Ahí mismo, se encuentra el área de ginecología con sus especificaciones e interconexiones hacia arriba está el área de cirugía; con salida lateral por escalera al jardín; en lo referente a esa misma área están las oficinas administrativas de primer línea; dirección médica, jefatura de enfermería, subdirección, jefatura de administración, oficinas administrativas y cubículos para presupuesto, con un baño para hombre y otro para mujer, y una pequeña área destinada para cafetería; a seguir el departamento de calidad y enseñanza con sus respectivas aulas (tres), biblioteca y una dos oficinas correspondientes a los jefes de enseñanza médico y enfermería.

En el segundo nivel se encuentran distribuidos en forma estandarizada en su diseño existen baños según sea el diseño individual o mixto; para usuarios internos y externos; se cuenta con estancia para el trabajo

asistencial-administrativo de enfermería y médicos; cuarto para control y/o preparación de medicamentos y control de ropa, séptico para cómodos, orinales, ropa sucia, basura y extintores. Siguiendo la secuencia de manecillas de reloj está compartiendo el área de jefatura de medicina interna, trabajo social, cuarto de residentes, departamento de medicina interna, cuarto de máquinas (computadoras e impresión); en forma descendente es el área de pediatría con acceso por escalera lateral y rampa y en la parte superior se encuentra el cuarto de máquinas.

En forma continuada está el departamento de cirugía lo referente hacia abajo existe conexión con el área de ginecología con acceso por escalera y hacia arriba se encuentra el cuarto de máquinas; en el mismo nivel se encuentra en forma compartida el área de jefatura de cirugía, trabajo social, cuarto de residentes. El departamento de cirugía cuenta con 36 camas y dos cuartos aislados, área destinada para el cuarto de máquinas (computadoras e impresión).

Se puede mencionar lo correspondiente a lavado, limpieza, exhaustivos, esterilización y desinfección de insumos reutilizables y equipo quirúrgico además de áreas hospitalaria y quirúrgica se realiza siguiendo protocolos establecidos por la institución, en apego a Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.⁹

Lo referente al tercer nivel se encuentra el cuarto de máquinas y azotea con acceso limitado y exclusivo al personal de mantenimiento. Por otro lado, en lo referente a la conservación, restauración y mantenimiento al inmueble se efectúa en forma permanente; lo referente al inmueble, mobiliario quirúrgico y equipo electro médico; lo referente a pintura, remodelación o suplencia de equipo sanitario, nuevo equipo quirúrgico, maquinaria específica, computadoras, archiveros, mesas u otros objetos; esto se realizan a través de la gestión financiera ya establecida por los líderes del hospital vigente desde hace más de 20 años; realizado a través

⁹ La Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, en su objetivo: establece la clasificación de los residuos peligrosos biológico-infecciosos, así como las especificaciones para su manejo. Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria para los establecimientos que generen residuos peligrosos biológico-infecciosos y los prestadores de servicios a terceros que tengan relación directa con los mismos Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales ([SEMARNAT] 17 de febrero de 2003).

de oficios de requisición y es en diversas instancias las generadoras de sustituir o asignar los recursos solicitados. o hay área para el trabajo administrativo exclusivo de enfermería... durante los cerca de 23 años que tiene el actual hospital se han realizado modificaciones importantes en las áreas de quirófanos, tococirugía, recuperación de ginecología, cirugía ambulatoria, neonatología, pediatría, terapia intensiva adulto, pediátrica y de neonatología; en fecha reciente: el mes de febrero de 2019 se hizo entrega de la remodelación del área de tococirugía, quirófanos, y central de equipo y esterilización (Ceye) ubicados en la planta baja.

Misión

Somos un hospital de segundo nivel que brinda servicios médicos de calidad mediante la innovación, capacitación y mejora continua de los procesos cubriendo las necesidades y expectativas de las personas y prestadores de servicio en un enfoque de seguridad.

Visión

Ser el mejor hospital de la zona norte a través de la actualización constante del personal y la mejora continua de los procesos de atención, manteniéndose a la vanguardia en la tecnología y en la salud, superando las expectativas de nuestra población.

Valores

- Trabajo en equipo
- Responsabilidad
- Innovación
- Tolerancia
- Honestidad
- Humildad
- Amabilidad
- Compromiso
- Respeto

Marco Jurídico

La Secretaría de Salud (2015), “en el Gobierno de la República se ha adoptado un enfoque proactivo en materia de transparencia y apertura gubernamental. En esta sección se encuentra la información que contribuye a una gestión pública abierta y que rinde cuentas”.

- La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917, última reforma publicada en DOF 09-02-2012.

Artículo 4º

Artículo 123, Apartado “A” Fracción XXIX.

- Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de mayo de 1945, vigente al 04-06-2012.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
- Reglamento Interior de Salud.
- Ley General de Salud.
- Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018.
- Programa Nacional de Salud 2013 – 2017.
- Plan Integral de Salud del Estado de Sinaloa.
- Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, última reforma publicada en DOF 07-06-2012.
- Artículos 61, 62, 64 y 67 a 70.

Artículo 3º

- Ley Federal del Trabajo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1º de abril de 1970, última reforma publicada en DOF 09-04-2012.
- Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de enero de 2000, última reforma publicada en DOF 16-01- 2012.
- Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servi-

dores Públicos. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 13 de marzo de 2002, última reforma publicada en DOF 15-06-2012.

- Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y Gubernamental, nueva ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de junio de 2002, última reforma publicada en DOF 08-06-2012.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986, última reforma el 04-12-2009.
- Contrato Colectivo de Trabajo.
- Condiciones Generales del Trabajo: Condiciones generales de trabajo 2016-2019
- Normatividad derivada de las condiciones generales de trabajo.
- Reglamento de Becas.
- Reglamento de Asistencia.
- Reglamento de Capacitación.
- Reglamento de Escalafón.
- Reglamento de Productividad.
- Reglamento de Seguridad e Higiene.
- Reglamento de Vestuario y Equipo.
- Manual para Prevenir Riesgos y Otorgamiento de Derechos Adicionales.
- Reglamento de Prestaciones Médicas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2006.
- Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud publicado en Diario Oficial de la Federación el 22 de junio de 2011.
- Reglamento Federal de Seguridad e Higiene y Medio Ambiente de Trabajo, publicado en el Diario Oficial de la Federación 28 de enero de 1997.
- Reglamento de Servicios Médicos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de junio de 1997, y sus reformas y adiciones del 30 de septiembre del 2000 y 20 de agosto del 2002.
- Reglas de integridad 2015.

- Lineamientos generales 2015.
- Código de ética 2015.
- Código de conducta 2015.
- Lineamientos para la Integración, Manejo y Conservación del Expediente Único de Personal, 2017.
- Reglas Internas de Operación del Consejo Interno de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, 2017.
- Acuerdo por el que se establece la Integración y el Funcionamiento del Consejo Interno de la Comisión Nacional contra las Adicciones de la Secretaría de Salud, 2017.
- Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se regula la Integración y el Funcionamiento del Consejo Interno de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública de la Secretaría de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de junio de 2013, 2017.
- Reglas de Operación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, 2016.
- Manual de Organización Específico de la Dirección General de Promoción de la Salud, 2017.
- Manual de Procedimientos de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, 2017.
- Acuerdo por el que se crea el Comité para la Igualdad Laboral y No Discriminación de la Secretaría de Salud, se establecen los Lineamientos de Operación del mismo y se emite la Política de Igualdad Laboral y No discriminación, así como el Mecanismo de Prevención y Atención de Prácticas de Discriminación y Violencia Laboral, 2017.

Normas Oficiales Mexicanas

- Norma Oficial Mexicana NOM-002-SSA2-19993 para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria del servicio de Radioterapia”.
- NOM-103-STPS-1994, Seguridad-extintores contra incendios a base de agua con presión contenida.
- NOM-003-SEGOB/2002, instalación y operación de la fármaco-vigilancia.

- NOM-040-SSA2-2003, en materia de información en salud.
- Para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y control de las infecciones nosocomiales NOM-045-SSA2-2005.
- Reglamento de la Ley General de salud en materia de prestación de servicio de atención médica.

Indicadores vigentes al 2017

- Indicador de prevención de Caídas a pacientes hospitalizados.
- Indicador de menstruación de Medicamentos vía oral.
- Indicador de ministración de Medicamentos Intravenosos.
- Indicador registros clínicos y notas de Enfermería.
- Indicador de Trasfusión.
- Indicador de Hiperbilirrubinemia.
- Indicador de vigilancia y control de Venoclisis instaladas.
- Indicador de trato Digno por Enfermería.
- Indicador de prevención de infecciones de Vías Urinarias en pacientes con sonda vesical instalada.
- Indicador de lavado de manos.
- Indicador Ulceras por Presión.
- Indicador Procedimientos invasivos.
- Indicador Residuo Peligroso Biológico Infeccioso (RPBI).

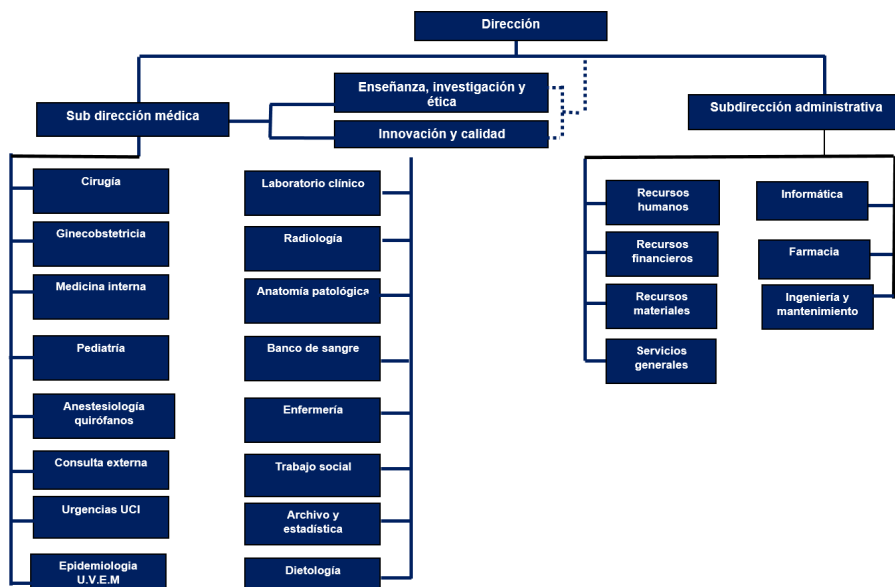
Autoridad

La autoridad dentro del hospital tiene una figura jurídica como director del hospital, quien es jefe del cuerpo de gobierno, Dr. Gabriel Gámez Castro, él cuenta con la especialidad como Médico especialista en Anestesiología.

Organigrama

La institución de salud cuenta con el organigrama publicado en las oficinas de gobierno, donde se muestran el liderazgo general y particular por las diversas áreas con las que cuenta el Hospital General de Los Mochis Dr. Jesús Kúmate Rodríguez (ver figura 6).

Figura 6.
Organigrama de Hospital General de Los Mochis “Dr. Jesús Kúmate Rodríguez”.



Fuente. Publicación en oficina de Dirección Médica.

Recurso humano

Para García, Díaz, Ávila y Cuzco (2015, pp. 7-8) los recursos humanos de salud constituyen un elemento fundamental en la producción de servicios de salud; su contribución a la ejecución efectiva de políticas de salud y a la estructuración de sistemas de salud y de servicios adecuados es ampliamente reconocida como esencial.

En la medida que avanza el siglo XXI, varias tendencias económicas y demográficas están causando un gran impacto en la cultura organizacional. Estas nuevas tendencias y los cambios dinámicos hacen que las organizaciones de salud y particularmente los hospitales, tanto públicos como privados, enfrenten la urgente necesidad de orientarse hacia los avances tecnológicos en diagnóstico, tratamiento, información y gerencia; la cultura organizacional de los Hospitales Generales de Alta Especialidad (HRAE), sirve como marco de referencia a los directivos, médicos, enfermeras, técnicos y operativos de la organización y da las pautas acerca

de cómo las personas deben conducirse en esta. Además de ser incluso un ejemplo a seguir por otras instituciones hospitalarias (Frenk, 2006).

Al contar con el panorama del recurso humano que se requiere, se añade el nivel de atención que se brinda, la clasificación de las instituciones y las acciones que le competen realizar en cada una de ellas; aunado al desempeño del rol que les compete realizar de acuerdo con la protocolización de acciones, actividades y necesidades que demanda la población, para ello; cabe resaltar que los gestores de las instituciones de salud pública, deben contar con el perfil congruente en la triangulación del desempeño del rol donde está presente: perfil académico, función y salario, aparejada la identidad profesional como gremio de enfermería.

Plazas presupuestadas para el personal de salud, donde la Secretaría de Hacienda y Crédito Público a través de la subsecretaría de Egresos, establecen el catálogo de zonas económicas del gobierno federal II y III; para el caso de Sinaloa correspondiente a la Entidad Federativa 25, y para el Municipio de Ahome la Zona II (SHCP, 2011, 45); y la subsecretaría de Administración y Finanzas, a través de la Dirección General de Recursos Humanos, menciona que dentro de la Secretaría de Salud existen dentro de las ramas médica, paramédica, afín y afín administrativa; del personal operativo de base y confianza; lo cual describe de acuerdo con el código funcional y el puesto según la categoría y el tipo de rama, lo que se presenta en la siguiente tabla en forma extendida (ver tabla 7)

Tabla 7.

Catálogo de puestos para personal que labora en la Secretaría de Salud. Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 2011.

01 Rama médica		01 Rama médica	
Código	Puesto	Código	Puesto
M01002	Médico especialista en área normativa	M01009	Médico general "C"
M01003	Médico general en área normativa	M01010	Médico especialista "B"
M01004	Médico especialista "A"	M01011	Médico especialista "C"
M01005	Cirujano dentista especializado	M01012	Cirujano maxilo facial
M01006	Médico general "A"	M01014	Cirujano dentista "B"
M01007	Cirujano dentista "A"	M01015	Cirujano dentista "C"
M01008	Médico general "B"		

Tabla 7.

Catálogo de puestos para personal que labora en la Secretaría de Salud. Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 2011.

02 Rama paramédica		02 Rama paramédica	
Código	Puesto	Código	Puesto
M02001	Químico "A"	M02022	Prod. en prod. control e invest. de biol. y reac
M02002	Biólogo "A"	M02023	Técnico especialista en biológicos y reactivos
M02003	Técnico laboratorista "A"	M02024	Técnico en biológicos y reactivos
M02004	Técnico laboratorista de bioterio	M02025	Enfermera especialista en área normativa
M02005	Aux. de laboratorio y/o bioterio "A"	M02029	Paramédico en área normativa
M02006	Técnico radiólogo o en radioterapia	M02031	Enfermera jefa de servicio
M02007	Técnico en electro diagnóstico	M02032	Coord. de enseñanza de enfermería
M02008	Supervisor de manif. de prótesis val.	M02034	Enfermera especialista "A"
M02009	Técnico de prótesis valvulares	M02035	Enfermera general titulada "A"
M02010	Supervisor de terapistas	M02036	Auxiliar de enfermería "A"
M02011	Terapeuta especializado	M02037	Subjefe de farmacia
M02012	Terapeuta	M02038	Oficial y/o prep. Despachador de farmacia
M02013	Técnico protesista y ortesista	M02040	Trabajadora social en área médica "A"
M02014	Técnico en optometría	M02041	Técnico gericultista
M02015	Psicólogo clínico	M02042	Técnico en odontología
M02016	Citotecnólogo "A"	M02043	Iatrotécnico
M02017	Técnico de lab. De optoaudiometría	M02044	Subjefe de dietética
M02018	Técnico anestesista	M02045	Dietista
M02019	Técnico histopatólogo	M02046	Cocinero jefe de hospital
M02020	Espec. en prod. control e invest. de biol. y reac	M02047	Cocinero en hospital
M02021	Supervisor en prod. control e invest. de biol. y reac	M02048	Aux. De cocina en hospital

02 Rama paramédica		02 Rama paramédica	
Código	Puesto	Código	Puesto
M02049	Nutricionista	M02074	Laboratorista "A"
M02050	Técnico en nutrición	M02075	Inhaloterapeuta
M02051	Ecónomo	M02076	Auxiliar de protesista y ortesista
M02054	Jefe de brigada en programas de salud	M02077	Químico jefe de secc. De lab. De análisis clínicos "A"
M02055	Jefe de sector en programas de salud	M02078	Profesional en comunicación humana
M02056	Jefe de distrito en programas de salud	M02079	Técnico en saneamiento básico y ambiental
M02057	Jefe de estadística y archivo clínico	M02080	Técnico en verificación sanitaria
M02058	Técnico en estadística en área medica	M02081	Enfermera general titulada "B"
M02059	Aux. De estadística y archivo clínico	M02082	Auxiliar de enfermería "B"
M02060	Jefe de admisión	M02083	Enfermera general técnica
M02061	Auxiliar de admisión	M02084	Supervisora de trabajo social en área médica "B"
M02062	Psicólogo especializado	M02085	Trabajadora social en área médica "B"
M02063	Ayudante de autopsias	M02086	Técnico en trabajo social en área médica "B"
M02064	Auxiliar técnico de diagnóstico y/o tratamiento	M02087	Enfermera especialista "B"
M02065	Masajista	M02088	Químico "B"
M02066	Técnico en trabajo social en área médica "a"	M02089	Químico "C"
M02067	Operador clínico de primer nivel	M02090	Químico jefe de secc. de lab. de análisis clínicos "B"
M02068	Técnico en atención primaria a la salud	M02091	Químico jefe de secc. de lab. de análisis clínicos "C"
M02069	Técnico en salud en unidad auxiliar	M02092	Biólogo "B"
M02072	Supervisora de trabajo social en área médica "A"	M02093	Biólogo "C"
M02073	Técnico en programas de salud	M02094	Laboratorista "B"

02 Rama paramédica		03 Rama afín	
Código	Puesto	Código	Puesto
M02095	Técnico Laboratorista "B"	M03001	Ingeniero biomédico
M02096	Aux. de laboratorio y/o bioteriorio "B"	M03002	Veterinario "A"
M02097	Citotecnólogo "B"	M03003	Técnico puericultor
M02098	Microscopista dx. paludismo	M03004	Promotor en salud
M02100	Pasante de psicólogo	M03005	Afanadora
M02101	Pasante de licenciatura en trabajo social	M03006	Camillero
03 Rama afín		04 Rama afín administrativa	
Código	Puesto	Código	Puesto
M03007	Físico en hospital	M03018	Apoyo administrativo en salud - A8
M03008	Educadora en área medica	M03019	Apoyo administrativo en salud - A7
M03009	Veterinario "B"	M03020	Apoyo administrativo en salud - A6
M03010	Veterinario "C"	M03021	Apoyo administrativo en salud - A5
M03011	Lavandera en hospital	M03022	Apoyo administrativo en salud - A4
M03012	Operador de calderas en hospital	M03023	Apoyo administrativo en salud - A3
M03013	Técnico operador de calderas en hospital	M03024	Apoyo administrativo en salud - A2
		M03025	Apoyo administrativo en salud - A1
CF Confianza administrativo afín		CF Confianza médica	
Código	Puesto	Código	Puesto
CF40001	Soporte administrativo "D"	CF41001	Jefe de unidad de atención médica "A"
CF40002	Soporte administrativo "C"	CF41002	Jefe de unidad de atención médica "B"
CF40003	Soporte administrativo "B"	CF41003	Jefe de unidad de atención médica "C"
CF40004	Soporte administrativo "A"	CF41004	Jefe de unidad de atención médica "D"

CF Confianza médica		CF Confianza médica	
Código	Puesto	Código	Puesto
CF41006	Subdirector médico "B" en hospital	CF41014	Jefe de unidad en hospital
CF41007	Subdirector médico "C" en hospital	CF41015	Coord. Medico en área normativa "A"
CF41008	Subdirector médico "D" en hospital	CF41016	Coord. Medico en área normativa "B"
CF41009	Subdirector médico "E" en hospital	CF41017	Jefe de laboratorio regional
CF41010	Subdirector médico "F" en hospital	CF41018	Jefe de laboratorio clínico
CF41011	Asistente de la dirección del hospital	CF41022	Jefe de psicología clínica
CF41012	Jefe de división	CF41023	Jefe de enfermeras de primer nivel
CF41013	Jefe de servicios	CF41024	Jefe de enfermeras "A"
CF Confianza		CF Confianza	
Código	Puesto	Código	Puesto
CF41025	Jefe de enfermeras "B"	CF41039	Coord. Municipal
CF41026	Jefe de enfermeras "C"	CF41040	Supervisor Médico en área normativa
CF41027	Jefe de enfermeras "D"	CF41041	Investigador en ciencias médicas "D"
CF41028	Jefe de enfermeras "E"	CF41042	Investigador en ciencias médicas "E"
CF41030	Jefe de registros hospitalarios	CF41043	Investigador en ciencias médicas "F"
CF41031	Jefe de farmacia	CF41044	Investigador en ciencias médicas "A"
CF41032	Jefe de dietética	CF41045	Investigador en ciencias médicas "B"
CF41036	Inspector o dictaminador sanitario "C"	CF41046	Investigador en ciencias médicas "C"
CF41037	Supervisor Sanitario	CF41047	Ayudante de investigador en cienc. Med. "A"
CF41038	Supervisor de acción comunitaria de P.A.P.A.	CF41048	Ayudante de investigador en ciencias médicas "B"

CF Confianza médica		CF Confianza médica	
Código	Puesto	Código	Puesto
CF41049	Ayudante de investigador en ciencias médicas. "C"	CF41061	Verif. o dictaminador sanitario "C"
CF41050	Inspector o dictaminador médico	CF41062	Verif. o dictaminador especializado "A"
CF41052	Subjefe de enfermeras	CF41063	Verif. o dictaminador especializado "B"
CF41054	Jefe de trabajo social en área medica	CF41064	Verif. o dictaminador especializado "C"
CF41055	Auxiliar de verificación sanitaria	CF41065	Verif. o dictaminador especializado "D"
CF41056	Tecnico en verificador de saneamiento "A"	CF41074	Supervisor paramédico en área normativa
CF41057	Tec. en verif. dict. o saneamiento "B"	CF41075	Coord. Paramédico en área normativa "A"
CF41058	Tec. en verif. dict. o saneamiento "C"	CF41076	Coord. Paramédico en área normativa "B"
CF41059	Verif. o dictaminador sanitario "A"	CF50000	Jefe de depto. En área médica "A"
CF41060	Verif. o dictaminador sanitario "B"	CF51000	Jefe de depto. en área médica "B"

Fuente. Elaboración propia a partir de datos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2011, 34).

La plantilla laboral que conforma la parte del talento humano, están comprometidos con el bienestar de la sociedad de manera solidaria, centrada en la seguridad del paciente y del prestador de servicio; reconocer que el campo de acción en gran medida está orientado a la prestación de servicios a la persona, familia y comunidad, a partir de valores axiológicos, conocimiento tácito, actitudes y aptitudes; inmersos en una cultura institucional orientada hacia la mejora en la prestación de cuidados. El acto humano de ver y entender el mundo, enfrentando retos, desafíos y actitudes que ponen entredicho el ser humano complejo al actuar con ética y voluntad a partir de asumir responsabilidades y aceptación del entorno y el grupo con el cual se interactúa (ver tabla 8).

Especialidades	Médicos generales odontólogo y especialistas	Médicos en adies-tramiento	Enfermeras con el contacto con el paciente	Enfermeras en otras actividades	Otro personal Prof. (incluye pasantes)	Personal técnico	Otro personal	Total, plantilla	Observaciones (pasantes)
Médicos esp. Otorrinolaringo.	1							1	
Médicos esp. Patólogo	2							2	
Médicos esp. Pediatría	12							12	
Médicos esp. Proctólogo	1							1	
Médicos esp. Radiólogo	3							3	
Médicos esp. Urgenciólogo	2							2	
Médicos esp. Urologo	2							2	
Pasante en medicina					62			62	62
Médicos residentes		15						15	15
Médicos generales	18							18	
Nutriólogo					15			15	11

Especialidades	Médicos generales odontólogo y especialistas	Médicos en adies-tramiento	Enfermeras con el contacto con el paciente	Enfermeras en otras actividades	Otro personal Prof. (incluye pasantes)	Personal técnico	Otro personal	Total, plantilla	Observaciones (pasantes)
Psicólogo					4			4	
Químicos					17			17	9
Técnico en estadística						2		2	
Técnico en laboratorio						14		14	
Técnico en nutrición						4		4	
Técnico radiólogo					17	14		31	17
Trabajo social					16	17		33	1
Total	139	15	283	20	417	59	15	948	220
Total, de plantilla								948	
Total, de pasantes								220	
Total de plazas ocupadas								728	

Hospitalización

En este apartado es necesario describir el área del hospital donde se asigna el paciente de acuerdo al padecimiento e intervención requerida según su diagnóstico de salud, se hace necesario mencionar el total de camas, porcentaje de ocupación y distribución de camas de acuerdo a las áreas hospitalarias. La distribución de las áreas hospitalarias cuenta con 183 camas distri-

buidas como 120 camas censables¹⁰ y 63 no censables¹¹ (ver tabla 9); se cuenta con quirófanos, con salas quirúrgicas, recuperación de quirófano, tococirugía (valoración, labor, expulsión y quirófano de ginecología) y recuperación de ginecología. El área de shock se encuentran dos camas no censables (solo alterno a los departamentos de urgencias pediátricas y urgencias adultos con sus respectivos consultorios donde se cumplen funciones sustantivas e interconexión con los demás departamentos; Morera (2014, p. 110) menciona que una cama hospitalaria es uno de los recursos más importantes del sistema hospitalario de cualquier institución de salud. Para lo cual se emplea la fórmula: el promedio de días de estancia hospitalaria según la SSA a través de la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED).

$$\text{Porcentaje de ocupacion} = \left(\frac{(\text{Total de egresos}) (\bar{x} \text{días de estancia hospitalaria})}{(\text{Total de camas hospitalarias})(365)} \right) \times 100$$

$$\text{Promedio de días estancia hospitalaria} = \frac{\text{Número total de días de estancia en el hospital}}{\text{Total de egresos hospitalarios}}$$

De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD, 2013), considera como nivel óptimo del indicador un valor de 85 %; y cifras superiores a 90 % se considera que se compromete la capacidad del hospital para reaccionar adecuadamente a picos súbitos de demanda, además de poner en riesgo la seguridad de

¹⁰ Camas censables, Cama en servicio instalada en el área de hospitalización, para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica del paciente. El servicio de admisión la asigna al paciente en el momento de ingreso al hospital para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento. Es la única que produce egresos hospitalarios sobre los cuales se genera información estadística de ocupación y días estancia (NORMA Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004)

¹¹ Camas no censables. cama que se destina a la atención transitoria o provisional, para observación del paciente, iniciar un tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos. También es denominada cama de tránsito y su característica fundamental es que no genera egresos hospitalarios. Aquí se incluyen las camas de urgencias, de terapia intensiva, de trabajo de parto, corta estancia, camillas, canastillas, cunas de recién nacido (NORMA Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004).

los pacientes, en caso de contar con cifras muy bajas también denotan ineficiencia en la asignación y uso de recursos, ante lo cual la institución de salud cuenta con porcentaje ocupación¹² según el servicio (ver tabla 10). El porcentaje ocupación se incrementa al 100 %; durante los meses de julio, agosto, septiembre y octubre para las áreas de ginecología donde se ubica a valoración, labor, tococirugía, recuperación de ginecología y ginecología hospital con extensión a neonatología; por ser meses de incremento en paridad.

Tabla 9

Distribución de camas censables y no censables.

Servicio	Distribución de camas censables		Cama no censable	Total
	Cama hospitalaria	Cama de cuarto aislado		
Pediatría	21	3		24
Ginecología	30	2		32
Medicina interna	24	2		26
Cirugía	36	2		38
Urgencias pediátricas			6	6
Urgencias adulto			9	9
Unidad cuidados intensivos (UCI) adulto			6	6
Quirófanos			3	3
Tococirugía			11	11
Recuperación de ginecología			6	6
Recuperación de quirófano			6	6
Cirugía ambulatoria			6	6
Unidad cuidados intensivos (UCI) neonatal			3	3

¹² Porcentaje ocupación Hospitalaria: Representa la relación existente entre los días de cama que ofrece el hospital y la utilización en días, que hace el paciente de la cama que ocupa. Indica el grado de utilización del recurso cama disponible en el periodo sujeto a estudio (Vargas-González y Hernández-Barrios, 2007).

Servicio	Distribución de camas censables		Cama no censable	Total
	Camata hospitalaria	Camata de cuartito aislado		
Neonatos			4	4
Unidad cuidados intensivos (UCI) pediátrica			3	3
Total	111	9	63	183

Fuente. Resultado de la entrevista con el jefe de estadística y archivo clínico, mayo 2018. Nota: Tipo de contratación¹³ se realiza por el número de camas censables. No se cuantifican la cuna térmica, incubadora y bacinete distribuidos en los servicios de gineco-pediatria.

Tabla 10

Ingresos hospitalarios, porcentaje ocupación día-estancia-cama, 2017.

Servicio	Ingresos hospitalarios	Porcentaje ocupación	Día estancia
Pediatría	3, 744	42.74	3.77
Ginecología	7, 411	63.45	1.73
Neonatos	2, 551	63.54	8.56
Medicina interna	5, 563	59.62	4.80
Cirugía	10, 965	79.06	6.54
Porcentaje ocupación anual 2017	30, 234	69.03	3.56

Fuente. Resultado de la entrevista con el jefe de estadística y archivo clínico, mayo 2018. Nota: las camas que son incorporadas como el porcentaje ocupación son aquellas que generan ingreso y egreso hospitalario.

Además, en lo referente a los meses de noviembre, diciembre, enero, febrero y parte de marzo se incrementa el porcentaje ocupación por encima del 100 % para los servicios de medicina interna, urgencias adultos,

¹³ contratación según camas censables. Hospitalaria: Grado de utilización de las camas censables en las unidades hospitalarias del sector público a partir de 360 días considerados como hábiles por año, siendo también una forma de medir la eficiencia en la utilización de los recursos hospitalarios, dado que informa sobre la capacidad utilizada o subutilizada en los hospitales (Secretaría de Salud, sf).

urgencias pediátricas, neonatos, pediatría y terapia pediátrica. Con esta situación que enfrenta la institución de salud, se compromete la capacidad del hospital para reaccionar adecuadamente a picos súbitos de demanda, además de poner en riesgo la seguridad de los pacientes y el equipo multidisciplinario de salud por sobrecarga laboral.

Auxiliares de diagnóstico

El área destinada para estudios diagnósticos, se encuentra: mastografía, rayos X, tomografía, estancia y oficina de radiología, departamento de ultrasonido, área de control de citas radiológicas separados por sala de espera y en subsecuente está el área de control de citas para laboratorio, laboratorio de análisis clínico y banco de sangre y laboratorio; para terminar la planta baja esta la clínica de catéteres y heridas, además de informática; cabe resaltar que existen áreas y servicios específicos que requieren accesorios y uniformes y equipos de protección personal en forma complementaria (ver tabla 11).

Tabla 11

Uso de equipo de protección de seguridad

Piso	Áreas y/o departamentos	Delimitación uso de equipo de seguridad					
		Uni- forme	Zapa- tos	Gorro	Guan- tes	Cu- bre- bocas	Pro- tector ocular
Planta baja	Consulta externa	X	X		X	X	
	Hemodiálisis	X	X		X	X	X
	Lavandería				X	X	
	Intendencia				X	X	
	RPBI				X	X	
	Cocina	X	X	X	X	X	
	Patología	X	X		X	X	
	Ceye	X	X	X	X	X	X
	Servicio de terapia intensiva	X	X		X	X	X
	Quirófanos	X	X	X	X	X	X

Piso	Áreas y/o departamentos	Delimitación uso de equipo de seguridad					
		Uni- forme	Zapa- tos	Gorro	Guan- tes	Cu- bre- bocas	Pro- tector ocular
	Recuperación de qui- rúfano	X	X	X	X	X	X
	Tococirugía	X	X	X	X	X	X
	Recuperación de gi- necología	X	X	X	X	X	X
	Valoración	X	X	X	X	X	
	Sala de labor	X	X	X	X	X	
	Urgencias pediátricas	X	X	X	X	X	
	Urgencias adultos	X	X	X	X	X	
	Consultorios de ur- gencias	X	X		X	X	
	Área de rayos X	X	X		X	X	
	Laboratorio	X	X		X	X	X
	Banco de sangre	X	X		X	X	X
Pri- mer nivel	Departamento de pe- diatría	X	X		X	X	
	Área de terapia in- tensiva pediátrica (UCIP)	X	X		X	X	X
	Departamento de neo- natología	X	X		X	X	
	Área de ginecología	X	X		X	X	
Se- gundo nivel	Departamento de me- dicina interna	X	X		X	X	X
	Departamento de ci- rugía	X	X		X	X	X

Fuente. Diseño propio resultado de entrevista a líderes de primera línea de mando de la organización del periodo anterior y actual, mayo de 2018.

Para acceder a cada uno de los niveles se cuenta con señalamiento que permite la orientación e identificación de recursos en caso de siniestros; el usuario interno (personal) lo puede realizar a través de escalera o cual-

quiera de los dos elevadores más aún cuando trasportan recursos o hacen uso de carro de alimentos, carretilla de medicamento, equipo portátil de rayos X, caja de hemoderivados, papelería y ropa limpia. Los usuarios externos (paciente, familia y acompañantes) pueden realizar su acceso por su propio pie o utilizar dispositivos médicos tal como: camillas con barandales, silla de rueda, incubadora (recién nacido) complementando de requerirse con oxígeno portátil y/o soporte de oxígeno dispositivo manual para proporcionar ventilación con presión positiva (ambú).

Disposición final de insumos: manejo de residuos

Al asumir la responsabilidad de la gestión en instituciones gubernamentales, cuyo reto es cumplir con los compromisos que esta tarea implica, los líderes de la institución deben realizar con el enfoque estratégico, para poder ir más que solo cumplir con un pacto formal protocolizado de trabajo-salario; debe trascender hacia ver al trabajador que va más allá de la prestación de servicios; de acuerdo con las necesidades que tienen con la sociedad con trascendencia hacia el bien social (Peláez, García, Solarte y Azuero, 2014, p. 15; Camacho, 2015, p. 5).

Aunque de gran importancia y significado para la sostenibilidad, en términos humanos, sociales, gubernamentales y medioambientales, el proceso de auditoría social se ha trasladado hacia el actual concepto de responsabilidad social para de Lima, Cosenza y Llena (2015, p. 86). Cubriendo aspectos desde lo individual como persona, donde el trabajador tiende a cumplir múltiples roles y funciones globales; para lo cual de las prestaciones serán incluyentes desde el desarrollo pleno desde el cuidado de la salud, la seguridad y el bienestar de los trabajadores son de fundamental importancia para los propios trabajadores y sus familias, y también para la productividad, la competitividad y la sostenibilidad (OMS/OPS, 2010, p. 1), al potenciar la productividad de la institución de salud. La forma extensiva que implica la responsabilidad de prestar servicios de salud, Toca (2017, p. 396) desde el punto de vista ético, al tomar en cuenta que todos somos responsables por todos.

En busca de hacer cumplir manejo Residuos Biológicos Peligrosos Infecciosos (RPBI) de la Norma Oficial Mexicana Nom-087-Ecol-

SSA1-2002, protección ambiental-salud ambiental-residuos peligrosos biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo, donde se señala la importancia que tiene para los trabajadores de la institución de salud, considerado un espacio generador de Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos (RPBI) estos se conocen como: material generad durante la prestación de servicios de atención médica que contengan agentes biológico-infecciosos y que puedan ser causa de efectos nocivos a la salud y al medioambiente (Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH] 2003; Procuraduría Federal de Protección al Ambiente [PROFEPA] 2020).

Dentro de los criterios que señala la PROFEPA el hospital General de Los Mochis, Jesús Kúmate Rodríguez es un establecimiento donde se generan más de 100 kilogramos al mes, resultado de servicios de salud que se brindan en la institución, la cual opera las 24 horas del día, los 365 días del año, lo que deriva en la generación de RPBI. De acuerdo al nivel por el volumen de sus operaciones y especialización se encuentra en el Nivel III al ser una institución con más de más de 60 camas, es hospital escuela, cuenta con laboratorios clínicos y bancos de sangre donde se toman más de 200 muestras al día para realizar análisis clínicos.

De acuerdo con los componentes de los RPBI generados por el manejo de los componentes y características de la sangre, cultivos, muestras biológicas, cepas, tejidos, órganos, recipientes desechables o reutilizables que contengan sangre, esputo, secreciones pulmonares, material punzocortante, entre otros cuyas características físicas y biológicas infecciosas que se generan por los recursos e insumos médicos, en las áreas hospitalarias, es necesario desde el primer contacto donde se encuentran profesionales de la salud, quienes son responsables de la separación, envasado, almacenamiento temporal, recolección y transporte externo, tratamiento y disposición final, en este contexto se sitúa la institución de la salud.

Autores señalan, a fin de minimizar el riesgo a la salud humana y el medioambiente durante cada una de las etapas que conlleva el manejo de los RPBI en los entornos hospitalarios, se requieren cumplir una serie de procesos sistemáticos para el adecuado manejo, conservación y tratamiento hasta la llegada final del residuo hospitalario, situación que

dependerá del tipo de residuo generado, que estará sujeto al proceso que requiere para la inactivación de agentes patógenos-infecciosos, sustancia química, material biológico peligroso, que se convierten en nocivos para la salud, que necesita ser tratado utilizando tratamiento químico o biológico, incineración, esterilización o desinfección (Vinueza y Vasco, 2023, p. 91).

A fin de generar conciencia y sumar a las competencias profesionales que tienen los profesionales de la salud inmersos en las áreas hospitalarias, es importante contribuir con el desarrollo de habilidades y el manejo adecuado del manejo, clasificación, tratamiento, transporte y eliminación de los RPBI a través de la capacitación permanente sobre la gestión de residuos sanitarios, que permita entornos de trabajo seguro (Vela, Coronel y Palomino, 2021).

Ante la nueva forma de gestionar y desarrollar la gestión conforme a la Responsabilidad Social Corporativa (RSC), a fin de buscar que las operaciones donde las instituciones san sostenibles en el enfoque económico, social y ambiental Pérez, Lara y Gómez (2014, p. 106). La transición que han vivido diversas organizaciones ha pasado de tener responsabilidades económicas y legales a ser corresponsables de los problemas sociales, Vargas y Vaca (2005, p. 245) comentan que vale la pena acotar, que las entidades que sepan integrar adecuadamente la RSC en su estrategia y posteriormente en el nivel operativo, tendrán grandes posibilidades de conseguir ventajas competitivas en un mercado globalizado González, Rodríguez y Herrera (2015, pp. 152-153).

Sistema de gestión hospitalaria

El reto para los equipos de dirección es usar los Sistemas de Información y Control de la Gestión (SICG) para fomentar la cooperación y una gestión más coordinada de las actividades, que reduzca la tensión entre el cumplimiento de los objetivos planificados y el fomento de la flexibilidad y la autonomía Naranjo (2016, p. 288). El interés por los análisis de eficiencia en las organizaciones públicas, tanto a nivel nacional como internacional, ha sido creciente en los últimos años Cabello e Hidalgo (2014, p. 148). La eficiencia es un elemento central del desempeño de

cualquier sistema de salud y, específicamente, el nivel de eficiencia de las hospitalizaciones de pacientes constituye el mayor componente del quehacer hospitalario Morera (2015, p. 2).

La inversión pública en el Sistema de Salud mexicano ha aumentado de 2.4 % a 3.2 % del producto interno bruto (PIB) entre 2003 y 2013. Sin embargo, está en duda si estos recursos se están traduciendo en beneficios para la salud tangibles -indicadores clave sugieren que el Sistema de Salud mexicano no está trabajando de la forma más eficaz o eficiente como podría hacerlo (OCDE, 2016, p. 7). La estructura de financiamiento de los sistemas de salud desempeña un papel importante en el logro de la cobertura universal de salud, particularmente en el modo en que los esquemas basados en la solidaridad son financiados y puestos en práctica Titelman, Cetrángolo y Acosta (2014, p. 68).

La gestión de procesos busca reducir la variabilidad que aparece habitualmente cuando se producen o prestan determinados servicios y trata de eliminar las ineficiencias asociadas a la repetitividad de las acciones o actividades y al consumo inapropiado de recursos Hernández, Nogueira, Medina y Marqués (2013, p. 740). Un modelo de gestión es un esquema conceptual y propuesta funcional- operativa que representa la articulación de todos los procesos que conducen al logro de la misión y objetivos de un establecimiento de atención a la salud SSa (2006, p. 21). Los indicadores de gestión hospitalaria, así son un instrumento de cambio en la estructura de la institución y mide el cumplimiento de los objetivos institucionales Sánchez (2005, p. 132).

Mejora de la gestión de procesos

La Planeación Estratégica (PE) consiste en el desarrollo de un proceso flexible, holístico y permanente, mediante el cual es posible visualizar el porvenir de las decisiones que se toman en la organización, a partir del análisis de las causas y efectos de las funciones y actividades que se emprenden en una organización con apego a las leyes, y que están encaminadas al logro de las metas, objetivos y planes trazados; el proceso de planeación fomenta una filosofía organizacional y permite a la alta dirección contar con una herramienta administrativa cuyo conocimiento

y aplicación por parte de los colaboradores es prioritaria Hernández y Alcántara (2015, p. 11).

Además, Ramírez (2009, p. 54) menciona que la PE permite a una organización aproximarse a la visualización y construcción de su futuro, y se puede conceptualizar como un proceso para determinar los mayores propósitos de una organización y las estrategias que orientarán la adquisición, uso y control de los recursos, para realizar esos objetivos. Es conveniente tomar como referencia las funciones que deberían tener los ministerios de salud o su órgano equivalente en cada país y distinguirlas de las que le corresponden al Sistema Nacional de Salud; la Coordinación de los Servicios de Salud identificó tres: la atención médica, la salud pública y la asistencia social Soberón (1987, p. 131).

Conclusiones

La construcción de un sistema de salud público en Sinaloa fue una labor de décadas, este, se desarrolló junto con el crecimiento económico que el estado generó, ese desarrollo requirió más mano de obra que eran personas que no llegan solas sino con sus familias, esto acrecentaba la necesidad de atención en muchos aspectos, pero el más importante el de salud junto con la educación, correspondió al estado apoyar.

En el recorrido histórico del sistema de salud en Sinaloa se analizó las diferentes posiciones políticas de los gobernadores y cómo estos invertían el recurso público para maximizar en el mayor beneficio posible en atención a la población, la primera mitad del siglo pasado la mayor inversión era para el municipio de Culiacán, el desarrollo del sur exigía también espacios que brindaran atención en salud situación que fue considerada por los gobernadores en turno y representaría una respuesta la necesidad de la población.

El norte del estado que contempla al municipio de Ahome y su cabecera municipal Los Mochis fue distinguida en la década de los noventa el modelo del hospital general siguió vigente hasta el 2022, y se ajustó como en los países de América Latina, a las necesidades socioeconómicas que vivieron los países en vías de desarrollo, y los modelos de gobierno que llegaban al poder.

Durante la década de los noventa se registró una fuerte movilización de médicos que pedían entrara en operación el hospital nuevo mismo que en 1995 inicia la atención aún sin ser inaugurado oficialmente, esto demuestra la necesidad que representaba en ese momento los nuevos espacios para los sectores más vulnerables.

Se puede concluir que el sector salud en Sinaloa se refuerza en virtud a las necesidades tanto económicas como sociales, el gobierno actúa mediante las necesidades que se imponen para que siga el desarrollo del estado y si en esta necesidad está la atención de salud a sectores vulnerables, los realiza, en ocasiones esto viene en paralelo a exigencias de cuerpos de médicos que se vuelven parte de la opinión pública a favor de incrementar en la salud pública, y nacen esquemas de salud como lo era el hospital general de Los Mochis.

Las formas de organización al interior del hospital son con base en normas internacionales y nacionales se crea una cultura de atención bajo protocolos que brindan certeza que será un trato eficiente, se siguen lineamientos oficiales de políticas de trato a los pacientes como personas, y se han creado departamentos de apoyo para que asesoren de manera humana a los mismos.

Es relevante la idea de que el servicio de salud público en Sinaloa cada vez más sea mejora en su desempeño, a lo que la meta es llegar a la eficiencia, eficacia y calidad, pero se agrega calidad humana, es en el trato digno a la persona que sufre una enfermedad la situación perfecta para demostrar esa calidez que todo profesionista de la salud tiene como vocación.

El ambiente laboral que se mantiene en los centros de trabajo dentro de los procesos de salud se ve influenciado por el clima organizacional, y construye la cultura de la institución hospitalaria por ello las prácticas y rutinas que se deben formar y heredar deben ser favorables y benéficas al entorno de trabajo.

Para crear una organización con estos ideales a alcanzar se impulsa el trabajo bajo el Diagnóstico Organizacional para Instituciones de Salud (DOIS) a lo que el hospital general de Los Mochis implementa en su accionar la idea de lograr ser más que un espacio de trabajo sino un espacio para desarrollarse como profesional y personal donde se aporte a la sociedad con una atención humana.

Referencias

- Aguilar-Miranda, A.A.P., y Jaime-Romero, B. (2014). Nueva Gestión Pública y arreglo organizacional en el gobierno Municipal de Texcoco. Gestión y estrategia, *Departamento de Administración*, (46), 26. <http://zaloamati.azc.uam.mx/bitstream/handle/11191/2639/nueva-gestion-publica-y-arreglo-organizacional-en-el-gobierno-municipal-de-texcoco.pdf?sequence=7>
- Ahme, G., y Brunsson, N. (2005). La regulación suave desde una perspectiva organizacional. *Gestión y Política Pública*, 15(3), 528.
- Alcocer-Varela, J.C. (2019). *Plan Nacional de Salud 2019–2024*. Proyecto. Secretaria de Salud. https://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/Plan_Nacional_Salud_2019_2024.pdf
- Álvaro-Barra, M.P., Morlans-Loriente, M.J., de la Peña-Tejeiro, E., Gómez-Galán, R. y Garrido-González, J. (2001). La estructura hospitalaria, los cuidados y cuidadores en los hospitales extremeños en la baja edad media. *Cultura de los cuidados*, 5(9).
- Araya-Moreno, E., Burgos-Bravo, D., y Ganga-Contreras, F. (2012). Coincidencias y diferencias de la oferta y la demanda en la formación de directivos públicos: Una mirada al caso chileno. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, (53), 1.
- Arellano, D., y Cabrero E. (2005). La Nueva Gestión Pública y su teoría de la organización: ¿son argumentos antiliberales? Justicia y equidad en el debate organizacional público. *Gestión y Política Pública*, 14(3), 601.
- Arrivillaga, M., Aristizabal, J.C., Pérez, M., y Estrada, V.E. (2016). Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos. *Revista Elsevier España*, 30(6), 416. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.008>.
- Artaza, B.O. (2012). La pediatría hospitalaria: futuro desde nuestra historia. *Revista Chilena de Pediatría*, 13(3), 213. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v83n3/art01.pdf>
- Ascencio-Vargas, A., Campo-Ramírez, J., Ramírez-Roldán, A., y Zapata-Cardona, L. (2016). Importancia de la planeación estratégica en las áreas de gestión humana de las organizaciones. *Revista Funda-*

- ción Universitaria Luis Amigó (histórico)*, 3(1), 116–122. <https://doi.org/10.21501/23823410.1899>
- Banco Mundial. (2017). Indicadores de Desarrollo Mundial: Dinámica Mundial. <http://wdi.worldbank.org/table/2.1#>
- Bañón R., y Carrillo E. (1997). *La nueva Administración Pública*. Alianza Universidad Textos. Alianza Editorial, S. A., Madrid. España. 9. https://negociacionytomadadecisiones.files.wordpress.com/2015/06/10005_la-nueva-administracion-publica.pdf
- Bejarano-Lugo, B.Y. (2016). Análisis de las Teorías Organizacionales por la metáfora del organismo y la Evolución de Lamarck. *FAREM-Estelí. Medio ambiente, tecnología y desarrollo humano*, 20 (5), 84.
- Beltrán-Martín, I., Escrig-Tena, A.B., Bou-Llusar, J.C., y Roca-Puig, V. (2013). Influencia de las prácticas de recursos humanos en la flexibilidad de los empleados. *Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa CEDE*, 16(4), 221. DOI: 10.1016/j.cede.2012.10.002
- Bernal-González, I., Pedraza-Melo, N.A. y Sánchez-Limón, M.L. (2015). El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico. *Estudios Gerenciales*. 31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.estger.2014.08.003>
- Bonnefoy, J.C., y Armijo, M. (noviembre del 2005). *Indicadores de desempeño en el sector público*. Publicación de las Naciones Unidas. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social – ILPES. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Bustamante, M.E. (1983). Historia de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Seminario en conmemoración del XL aniversario de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Salud Pública en México*, 25(5), 463.
- Cabrero-Mendoza, E. (2005). La nueva gerencia pública y los procesos de reforma gubernamental en municipios de América Latina: ¿avance o retroceso para una gobernanza democrática?. *X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*. 18-21; Santiago, Chile.
- Calvo-Rojas, J., Pelegrín-Mesa, A., y Gil-Basulto, M.S. (2018). Enfoques teóricos para la evaluación de la eficiencia y eficacia en el primer nivel de atención médica de los servicios de salud del sector público. *Retos*

- de la Dirección*, 12(1), 96-118. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-91552018000100006&lng=es&tlng=es
- Camacho-Solís, J.I. (2015). Las normas de responsabilidad social. Su dimensión en el ámbito laboral de las empresas. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, (20), 5.
- Carbonell, José y Carbonell, Miguel. (2013). El derecho a la salud: una propuesta para México. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas
- Carneiro-Junior, N., y Gené-Badia, J. (2011). La atención primaria catalana vista desde la reforma brasileña de salud. *Elsevier España*, 43(11), 612-613. DOI:10.1016/j.aprim.2010.12.015
- Cejudo, GM. (2013). La nueva gestión pública. Una introducción al concepto y a la práctica. En Cejudo, GM. (Compilador), *Nueva gestión pública* (p. 17). México, D.F. Siglo XXI editores, S.A. de C.V.
- Christensen, T., y Laegreid, P. (2007). Reformas post nueva gestión pública Tendencias empíricas y retos académicos. *Gestión y Política Pública*, 16(2), 548. <http://www.redalyc.org/pdf/133/13316209.pdf>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (17 de febrero de 2003). Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental- Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico infecciosos. Clasificación y especificaciones de manejo. Marco normativo. <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR14.pdf>
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud y Seguro Popular (s.f.). *Información General del Sistema Nacional de Protección Social en Salud*. http://www.salud.gob.mx/transparencia/inform_adicional/InfoGralSP.pdf
- Consejo Nacional de Población y Secretaría de Gobernación ([CONAPO/SEGOB], 2014
- Consejo Nacional de Población. (2017). Indicadores demográficos de Sinaloa, en el año 2017. http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Mapa_Ind_Dem18/index.html
- Consejo Nacional de Población. (2017). Indicadores demográficos de México de 1950-2050. Indicadores demográficos de la República

- Mexicana. http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Mapa_Ind_Dem18/index_2.html
- Consejo Nacional de Población. (2017). Indicadores demográficos de México de 1970-2050. Indicadores demográficos de Sinaloa. http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Mapa_Ind_Dem18/index.html
- Consejo Nacional de Población. (2017). Indicadores demográficos de la República Mexicana, en el año 2017. http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Mapa_Ind_Dem18/index_2.html
- Correa-Zambrano, M.L. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista cuidarte*, 7(1), 1227. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>
- Culebro-Moreno, J.E. (2014). Modernización administrativa y post-nueva gestión pública. De los dilemas y tensiones hacia las nuevas formas de coordinación y regulación. *Revista Mexicana de Análisis Político y Administración Pública Departamento de Gestión Pública y Departamento de Estudios Políticos y de Gobierno*, 3(1), 54. <http://www.remap.ugto.mx/index.php/remap/article/viewFile/69/63>
- Diagnóstico Situacional para Unidades Médicas Sedes, Subsedes y de Rotación de Campo Receptoras de Médicos Residentes (
- Díaz de León-Gómez, C.G. (2013). Nueva Gestión Pública y Gobernanza: Desafíos en su Implementación. *Daena: Revista Internacional de Buena Conciencia*, 8(1) 178. [http://www.spentamexico.org/v8-n1/A14.8\(1\)177-194.pdf](http://www.spentamexico.org/v8-n1/A14.8(1)177-194.pdf)
- Duncan, K. y Maceiras, L. (2001). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. *Salud pública educación y salud*, 1(1): 19.
- Durán-Arenas, Luis, Salinas-Escudero, Guillermo, Granados-García, Víctor, Martínez-Valverde, Silvia. (2012). La transformación del sistema de salud con base en la atención primaria. Instituto Politécnico Nacional. México
- Encinas-Orozco, C., y Manjarrez-Peñúñuri, C. (2012). Gestión de la información de los usuarios para el aprendizaje organizacional en el sector público. Caso: Administración pública descentralizada del estado de Sonora, México. *Sotavento MBA*, (20), 95. <https://revistas.uexternado.edu.co/index.php/sotavento/article/view/3353/3003>

- Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud. (1997). Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf
- Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J.P., y García-Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Revista de salud pública de México*, 57(2), 181. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v57n2/v57n2a14.pdf>.
- Ferrelli, R.M. (2015). Cohesión social como base para políticas públicas orientadas a la equidad en salud: reflexiones desde el programa Euro-social. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38(4), 276. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n4/272-277/es>.
- Frenk, J. (2006). Secretaría de Salud. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/docsal7848.pdf>
- Gálvez Santillán, Elizabeth, Gutiérrez Garza, Esthela, Picazzo Palencia, Esteban y Osorio Calderón, Jesús. (2016). El trabajo decente, una alternativa para reducir la desigualdad en la globalización: el caso de México. *Región y sociedad* / año xxviii / no. 66. Pp. 55-94
- García-Cabrera, H.E., Díaz-Urteaga, P., Ávila-Chávez, D., y Cuzco-Ruiz, M.Z. (2015). La Reforma del Sector Salud y los recursos humanos en salud. *An Fac Med*, 76, 7-8 / DOI:10.15381/anales.v76i1.10966.
- García-Matamoros, L.V. (2004). Los derechos sociales desde la perspectiva de los derechos fundamentales. *Revista Opinión jurídica*, 3(6), 61. <http://revistas.udem.edu.co/index.php/opinion/article/view/1315/1296>.
- García-Sánchez, I.M. (2007). La nueva gestión pública: evolución y tendencias. Presupuesto y Gasto Público. *Secretaría General de Presupuestos y Gastos*, 8(1), 38.
- García-Sánchez, I.M. (2007). *La nueva gestión pública: evolución y tendencias*. Presupuesto y Gasto Público. 47, 37-64. [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/B1168625381F1AE705257B-CA00165978/\\$FILE/47_GarciaSanchez.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/B1168625381F1AE705257B-CA00165978/$FILE/47_GarciaSanchez.pdf)
- García-Sánchez, IM. (2007). *La nueva gestión pública: evolución y tendencias*. Presupuesto y Gasto Público, Secretaría General de Presupuestos y Gastos Instituto de Estudios Fiscales. Universidad de

- Salamanca. 47, 37-38. <https://docplayer.es/126446-La-nueva-gestion-publica-evolucion-y-tendencias.html>
- Giraldo-Osorio, A., y Vélez-Álvarez, C. (2013). La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. *Revista de Atención Primaria*, 45(7), 385. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.12.016>.
- Gobierno de la República. (2018). *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. Programa Sectorial de Salud. México, D.F. http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf
- Gobierno de México. (18 de octubre de 2021). *Dirección General de Promoción de la Salud. Secretaría de Salud*. <https://www.gob.mx/salud/documentos/direccion-general-de-promocion-de-la-salud>
- Gomes-Temporão, J., y Faria, M. (2014). Reformas de los sistemas de salud en Sudamérica: una oportunidad para UNASUR. *Revista de Lima, Perú Medicina Exp Salud Pública. Instituto Nacional de Salud*, 31(4), 740 <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2014.v31n4/740-746/es>.
- Gómez-Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V.M., Knaul, F.M., Arreola, H. y Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53 (Supl. 2), s224.
- González-Block MA, Figueroa A, García-Téllez I, Alarcón J. (2016). *Asignación financiera en el Sistema de Protección Social en Salud de México: retos para la compra estratégica*. *Salud pública de México / vol. 58, no. 5, septiembre-octubre de 2016*: pp. 522-532
- González-Millán, J.J., Rodríguez-Díaz, M.T., y Herrera-Rodríguez, J.M. (2015). Prácticas de responsabilidad social y gobierno corporativo. Un análisis para el sector bancario de Sugamuxi. *Revista de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas*, 16(2),152-153.
- Guerrero-Olvera, M. (2008). *La Nueva Gestión Pública: un modelo privatizador del proceder del estado alcances y consecuencias*. México, D.F., Instituto de Administración Pública del Estado de México. 36. <https://docplayer.es/77975942-La-nueva-gestion-publica-un-modelo-privatizador-del-proceder-del-estado-alcances-y-consecuencias-miguel-guerrero-olvera.html>
- Hernández-Nariño, A., Nogueira-Rivera, D., Medina-León, A., y Marqués-León M. (2013). Inserción de la gestión por procesos en institu-

- ciones hospitalarias. Concepción metodológica y práctica. *Revista de Administración de São Paulo, Brasil*, 48(4), 740-751. DOI: 10.5700/rausp1118.
- Hernández-y Rodríguez S.J. (2011). *Introducción a la administración. Teoría general administrativa: origen, evolución y vanguardia*. Impreso en Corea. Edición Quinta Mc-Graw- Hill-Interamericana Editores, S.A. de C.V., México, D.F. Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, ISBN: 978-607-15-0617-7. p. 3.
- Herrera-Rodríguez, F. (2006). El debate sobre la calidad asistencial en la España del siglo XIX. *Cultura de los Cuidados*, 10(20). https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/860/1/culturacuidados_20_3.pdf
- Hood, C. (2013). ¿Una gestión pública para todo momento? http://www2.df.gob.mx/virtual/evaluadf/docs/estudios/ingp_eap.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). Encuesta Intercensal 2015. http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/proyectos/enchogares/especiales/intercensal/2015/doc/eic_2015_presentacion.pdf
- Klingner, D. (2007). Reseña de "Construyendo capacidades de gobernabilidad en la administración pública global: "el camino no tomado" (Reseña de tres libros). *Gestión y Política Pública*, 16(2), 571. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13316211>
- Knaul, F.M. (2013). Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *Revista de salud pública de México*, 55(2), 207. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2013.v55n2/207-235/es>
- Larios-Risco, D., y Lomas-Hernández, V. (2008). *Construcción y gestión de infraestructuras sanitarias a través de modelos de colaboración público-privada*. Trabajo galardonado con el 2º premio del centro de estudios financieros (Madrid, 2008) en la modalidad de derecho administrativo.
- Laurell, AC. (2011). Los seguros de salud mexicanos: cobertura universal incierta. *Ciencia y Salud Colectiva*, 16(6), 2797.
- León-Corona, B. (2007). La nueva gestión pública y el estilo personal de gobernar. *Sociológica*, 22(65), 253.
- López, M.E., Arias-Montoya, L., y Rave-Arias, S.N. (2006). Las organizaciones y la evolución administrativa, *Científica y técnica*, 12(31), 147.
- López-Obrador, A.M. (2017). Proyecto de Nación 2018-2024.

- renabc.org/wp-content/uploads/2017/11/Plan-de-Nacion-de-* Marión Buen J, Peiró S, Márquez-Calderón S, Meneu de Guillerma R. (1998). Variaciones en la práctica médica: importancia, causas, implicaciones. *Med Clin (Barc)* Morena.pdf
- Martínez-Medina, A., Ballester-Añón, R., Bernabeu-Mestre, J., Castejón-Bolea, R., y Perdiguero-Gil, E. (2012). *Arquitectura para la salud y la enfermedad: del hospital pabellonario (extensivo) al hospital en bloque (intensivo)*. *Salud y Enfermedad en la Sociedad Alicantina Contemporánea*. Fuentes, Resultados y Perspectivas en el Contexto de la Historia Local. Museo arqueológico provincial de Alicante. Instituto Alicantino de Cultura Juan Gil-Albert. Grupo Gadea. Programa Prometeo. Generalitat Valenciana: 97-98. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/35095/1/2012_MtezMedina_ArquitecturaSalud.pdf
- Martínez-Vilchis, J. (2005). Nueva Gerencia Pública: análisis comparativo de la administración estatal en México. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, 12(39), 14-15.
- Martínez-Vilchis, J. (2009). La nueva gerencia pública en México. Una medición de su intensidad e impactos en las entidades del país. *Convergencia. UAEMex. Revista de Ciencias Sociales*, 16(49), 199-227.
- Medina, M.L., Medina, M.G., y Merino, L.A. (2015). La investigación científica como misión académica de los hospitales públicos universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(1), 141-142. <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2015.v41n1/o12/es>.
- Merino, M. (2009). *Los programas de subsidios al campo (colección de documentos de Trabajo del CIDE)*. 229, 1-80. <http://www.cide.edu.mx/publicaciones/status/dts/DTAP%20229.pdf>
- México real. (2023). Estado de Sinaloa de la República Mexicana. Travel By México, S.A. C.V. <https://mr.travelbymexico.com/735-estado-de-sinaloa>
- Montaño-Hirose, L. (2005). Organización y sociedad. Un acercamiento a la administración pública mexicana. *Gestión y Política Pública*, 15(3), 477-478.
- Morejón-Santistevan, M.E. (2016). La teoría organizacional: análisis de su enfoque en una administración pública y su diferencia en una administración privada. *Enfoques: Ciencia Política y Administración Pública*, 14(25), 131.

- Muños-Rojas, L. (2017). Protocolo de trato al usuario interno y externo. <https://www.sscoquimbo.cl/gob-cl/mais/files/06-12-2017/participacion/PROTOCOLO%20DE%20TRATO%20AL%20USUARIO%20MP%20CAREN%20Y%20POSTAS.pdf>
- Narváez, C., Rivas, L.A. y Chávez, A. (2015). Modelos de gestión de la calidad en instituciones públicas de salud en México. *Innovaciones de Negocios*, 12 (24), 178.
- Nigenda-López, G. H., Juárez-Ramírez, C., Ruiz-Larios, J. A., & Herrera, C. M. (2013). Participación social y calidad en los servicios de salud: la experiencia del aval ciudadano en México. *Revista de Saúde Pública*, 47(1), 44-51. [fecha de Consulta 29 de Diciembre de 2023]. ISSN: 0034-8910. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240204007>
- Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004. (2004). En materia de información en salud. https://www.ucof.mx/content/cms/13/file/NOM/NOM-040-SSA2-2004_DOF28-09-2005.pdf
- Ocampo-Rodríguez, M.V., Betancourt-Urrutia, V.F., Montoya-Rojas, J.P., y Bautista-Botton, D.C. (2013). Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12(24), 116. <http://www.redalyc.org/pdf/545/54526806016.pdf>
- Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (1978). *Alma-Ata 1978 Atención Primaria de la Salud*. Ginebra, Suiza. <https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2011/06/declaracion-de-almaata.pdf>
- Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. (1991). *III Conferencia internacional sobre promoción de la salud entornos propicios para la salud* (Declaración de Sundsvall, Suecia). http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/4_declaracion_de_Sundsvall.pdf
- Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (1978). *Alma-Ata 1978 Atención Primaria de la Salud*. Ginebra, Suiza. <https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2011/06/declaracion-de-almaata.pdf>
- Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas

- para la Infancia. (1978). *Alma-Ata 1978 Atención Primaria de la Salud*. Ginebra, Suiza. <https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2011/06/declaracion-de-almaata.pdf>
- Organización Mundial de la Salud y el Gobierno del sur de Australia. (2010). Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. Tener en cuenta la salud significa un gobierno más eficaz, un gobierno más eficaz significa una mejora de la salud (Informe de la reunión internacional sobre la salud en todas las políticas, Adelaida, 2010). http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Atención primaria de salud*. Oficina Regional para las Américas. <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>
- Organización Mundial de la Salud, Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. Investigación sobre la implementación de políticas de salud: Guía práctica. Capítulo 2 ¿cómo se utiliza la investigación sobre la implementación de políticas? ISBN 978 92 4 350621 0. Editado por: David H. Peters, et al. Ginebra, Suiza, 2014: 23. http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/Implementation_Research_SP.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*. Bangkok, Tailandia. http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/Bangkok_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*. Bangkok, Tailandia. http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/Bangkok_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Nota de orientación técnica. Fomentar la inclusión de la salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño (SRMRN) en las notas conceptuales para el Fondo Mundial. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144874/WHO_RHR_14.25_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Base de datos mundial de

- la OMS sobre el crecimiento y la malnutrición infantil. <http://www.who.int/nutgrowthdb/en/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Promoción de la Salud. 9.^a Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Shanghai 2016. Promover la salud, promover el desarrollo sostenible: salud para todos y todos para la salud. <http://www.who.int/healthpromotion/conferencias/9gchp/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Promoción de la salud. Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud*. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Reducción de la mortalidad en la niñez (Centro de Prensa). <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). Perfil del sistema de servicios de salud México. Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud división de desarrollo de sistemas y servicios de salud organización panamericana de la salud. http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Mexico_2002.pdf
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos. (2016). Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México. Resumen ejecutivo y recomendaciones 2016. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en>. L. 3 y 7.
- Ospina-Bozzi, SM. (1993). Gestión, política pública y desarrollo social: hacia la profesionalización de la gestión pública. Fondo Aleph. Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C. Historia. *Revista gestión y política pública*, 2(1), 39.
- Patlán Pérez, J., (2016). Derechos laborales: una mirada al derecho a la calidad de vida en el trabajo. CIENCIA ergo-sum, Revista Científica Multidisciplinaria de Prospectiva, 23(2), 121-133. [fecha de Consulta 29 de Diciembre de 2023]. ISSN: 1405-0269. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10446094004>
- Peláez-León, J.D., García-Solarte, M., y Azuero-Rodríguez, A.R. (2014). La relación estratégica entre gestión humana y la responsabilidad social empresarial: avances de una explicación en un caso colombiano. *Elsevier Doyma. Suma de Negocios*, 5(11), 15-28.

- Penagos-García, S. (2008). La reconversión de los procesos gubernamentales en México con un enfoque hacia la mejora, el desempeño y los resultados. En Ramos J.M., et al. (Consejo Editorial), *Mejora de la Gestión Pública* (p. 43). México, D.F., Instituto Nacional de Administración Pública, A.C., *Revista de administración pública nueva época*, 117.
- Pereira-López, M., y Jaráiz-Gulías, E. (2015). El Nuevo Servicio Público (NSP), un paradigma para la construcción de nuevos modelos metodológicos para el análisis de la administración pública. *RIPS. Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*, 14(2), 74.
- Pérez-Luque, M.C. (2017). Entrevista. *Antecedentes del Hospital General de Los Mochis*.
- Pérez-Sosa, F., Lara-Gómez, G., y Gómez-Bobadilla, A. (2014). Responsabilidad social corporativa y sostenibilidad financiera en la industria del cemento en México. *Revista CIMEXUS*, 9(1), 106.
- Procuraduría Federal de Protección al Ambiente. (12 de diciembre de 2022). Manejo integral de los RPBI. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/profepa/articulos/manejo-integral-de-los-rpbi?idiom=es>
- Procuraduría Federal de Protección al Ambiente. (27 de abril de 2020). Profepa verifica el correcto manejo de los Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos (RPBI). Gobierno de México. <https://www.gob.mx/profepa/articulos/profepa-verifica-el-correcto-manejo-de-los-residuos-peligrosos-biologico-infeciosos-rpbi?idiom=es/>
- Programa de Acción Específico. (2014). *Entornos y Comunidades Saludables*. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Primera edición. México, D.F.
- Puentes-Rosas, E., Sesma, S., y Gómez-Dantés, O. (2005). Estimación de la población con seguro de salud en México mediante una encuesta nacional. *Revista de salud pública de México*, 47 suplemento 1, 23. <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4685/4533>.
- Quijano A. (1994). América Latina en la economía mundial. *Ecuador Debate*. 87.
- Quintero-Castellanos, C.E. (2017). Gobernanza y teoría de las organizaciones. *Perfiles Latinoamericanos. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, sede México*, 25(50), 41. DOI: 10.18504/pl2550-003-2017

- Ramírez Alcántara, H. T. (2020). Estrategia de innovación como ventaja competitiva. *Repositorio De La Red Internacional De Investigadores En Competitividad*, 13, 1380–1396. <https://riico.net/index.php/riico/article/view/1857>
- Ramírez-Brouchoud, M. F., y Tabares-Quiroz, J. (2011). La incidencia de la nueva gestión pública en la reconfiguración de las funciones de los concejales de la ciudad de Medellín. *Reflexión política*, 13 (26), 103.
- Revista Proceso. (25 de julio de 2017). *Muere otro bebé en el Hospital General de Los Mochis; suman siete en una semana*. <https://www.proceso.com.mx/nacional/estados/2017/7/25/muere-otro-bebe-en-el-hospital-general-de-los-mochis-suman-siete-en-una-semana-188348.html>
- Reyes-Barribas, L.E. (2017). Entrevista. *Antecedentes del Hospital General de Los Mochis*.
- Rodríguez, C. A. (2009). *Los convenios de la OIT sobre seguridad y salud en el trabajo: una oportunidad para mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo*. Centro Internacional de Formación de la Organización Internacional del Trabajo.
- Rotondo-Tornaría, F., y Flores-Dapkevicius, R. (2006). Consideraciones generales sobre organización administrativa. *Revista de derecho de la universidad de Montevideo*, 71-88.
- Secretaría de Gobernación. Publicado por Diario Oficial de la Federación. (2014). DECRETO por el que se adicionan y reforman diversas disposiciones de la Ley General de Salud; de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del artículo 123 Constitucional; de la Ley del Seguro Social; de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, y de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5339161&fecha=02/04/2014
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2011). Oficio No. 307-A-0744. México, D.F. http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/PrevAtnViol/Convocatoria17/2_CatalogodeZonas.pdf
- Secretaría de la función pública. (2018). Evaluación de la gestión gu-

- bernamental. México, D.F. <https://www.gob.mx/sfp/documentos/evaluacion-de-la-gestion>
- Secretaría de Salud e Instituto de Salud del Estado de México. (2018). Base normativa que regula las contrataciones de los bienes y servicios del ISEM. http://salud.edomex.gob.mx/isem/base_normativa
- Secretaría de Salud. (13 de septiembre de 2007). *Beneficencia Pública*. <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgapbp/Antecedenteshistoricos.htm>
- Secretaría de Salud. (2001). Acciones hoy, para el México del futuro. Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud. (Primera edición). http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/pns_2001-2006/pns2001-006.pdf
- Secretaría de Salud. (2002). *Reglas de operación específicas e indicadores de gestión y evaluación de la cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud*. http://www.funcionpublica.gob.mx/scagp/dgorcs/reglas/2002/r12_salud/completos/ro_cruzadanalsalud_2002.htm
- Secretaria de Salud. (2012). *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60111/libro_02.pdf
- Secretaría de Salud. (2012). *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia*. http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/calidad_atencion_salud_enMexico_12experiencia.pdf
- Secretaria de Salud. (2014). *Promoción de la salud*. México, D.F. <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html>
- Secretaria de Salud. (2015). *Boletín de información estadística del periodo 2014-2015*. http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/Boletxn_InformacixnEstadxstica_14_15.pdf
- Secretaria de Salud. (2016). *Boletín de información estadística del periodo 2015-2016*.
- Secretaria de Salud. (sf). Indicador 47: Porcentaje de ocupación hospitalaria. <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/indicadores/notas/indicador47.pdf>
- Segovia-Díaz, S. C. (2012). Modelo de gestión por competencias aplicado al proceso de capacitación en una institución de salud pública de la

- quinta región de Chile. *Boletín Científico Sapiens Research*, 2(1), 23. <http://www.srg.com.co/bcsr/index.php/BCSR/article/view/12/149>.
- Segredo-Pérez, A. M, García-Milian, A.J., López-Puig, P., León-Cabrera, P., y Perdomo-Victoria, I. (2015). Enfoque sistémico del clima organizacional y su aplicación en salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 4(1), 116.
- Seguí-Gómez, M., Toledo-Atucha, E. A., y Jiménez-Moleón J. J. (2018). *Sistemas de salud. Modelos*. Capítulo 57. Conceptos de salud pública y estrategias preventivas. 2013, 420. <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/biblio-basica-3.3.1.pdf>.
- Servicios de Salud de Sinaloa. (2013). Servicios. Hospital General de Los Mochis. Secretaria de Salud. Diario Oficial de la Federación. <http://hgmochis.saludsinaloa.gob.mx/>
- Soberón-Acevedo G. (1987). El cambio estructural en la salud I. Estructura y funciones de la Secretaría de Salud, del Sector Salud y del Sistema Nacional de Salud. *Revista de salud pública*, 29(2), 127-140.
- Tafari, R., y Tafani, M. L. (2010). Gestión y Gerencia Pública. *Salud Pública*, 14(2), 17.
- Televisoras de Grupo Pacífico Noticias (2012). Las Noticias TGP, 2000-2011. <http://www.tvpacifico.com.mx/news/noticia-display.php?nota=87573¶m=1>
- Titelman, D., Cetrángolo, O., y Acosta O. L. (2015). La cobertura universal de salud en los países de América Latina: cómo mejorar los esquemas basados en la solidaridad. *Revista Médica Suplemento*, 17, 68. <http://www.medigraphic.com/pdfs/medicreview/mrw-2015/mrws151n.pdf>.
- Toca-Torres, C. E. (2017). Aportes a la responsabilidad social. Universidad Nacional Autónoma de México. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 62(230), 396.
- Vargas-González, V., Hernández-Barrios, E. (2007). Indicadores de gestión hospitalaria. *Revista de Ciencias Sociales*, 13(3).
- Vargas-Sánchez, A., y Vaca-Acosta, R. M. (2005). Responsabilidad Social Corporativa y cooperativismo: Vínculos y potencialidades. ISSN: 0213-8093. CIRIEC-España, *Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, (53), 245.

- Vela-Saavedra, R., Coronel-Alarcón, A., y Palomino-Alvarado, G. del P. (2021). Disposición final de residuos sólidos hospitalarios. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(3), 2622-2646. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i3.478
- Verger, A., y Normand, R. (2015). Nueva gestión pública y educación: elementos teóricos y conceptuales para el estudio de un modelo de reforma educativa global. *Educación y Sociedad*, 36(132), 599-601.
- Villar-Aguirre, M. (2011). *Factores determinantes de la salud: importancia de la prevención*. *Acta Médica de Perú*, 28 (4), 237-240.
- Vinueza-Villarés, V.V., y Vasco-Yáñez, S.A. (2023). Gestión de residuos hospitalarios. *Revista de Investigación Talentos*, 10(1), 91-103. <https://doi.org/10.33789/talentos.10.1.184>
- Zerillo-García., K.D. (2014). La innovación en la gestión pública. XXVII Concurso del CLAD sobre Reforma del Estado y Modernización de la Administración Pública "La Innovación en la Gestión Pública", Caracas, 2014. <http://siare.clad.org/fulltext/0076528.pdf>
- Zúñiga-Fajuri A. (2010). Una teoría de la justicia para el cuidado sanitario: La protección de la salud en la Constitución después de la reforma AUGE. 2010] *Revista de Derecho*, 23(2), 113. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/revider/v23n2/art06.pdf>

Archivo

- Delgado, Alfredo. (1936) Proyecto de trabajo. Alfredo Delgado Ibarra. Informe de gobierno del estado de Sinaloa. (1938). Alfredo Delgado Ibarra.
- Informe de gobierno del estado de Sinaloa. (1941). Rodolfo t. Loaiza.
- Informe de gobierno del estado de Sinaloa. (1943). Rodolfo t. Loaiza.
- Informe de gobierno del estado de Sinaloa. (1944). Rodolfo t. Loaiza.
- Informe del gobierno del estado de Sinaloa. (1949). Pablo E. Macías Valenzuela.
- Informe de gobierno del estado de Sinaloa. (1958). Gabriel Leyva Velázquez.
- Informe de gobierno del estado de Sinaloa. (1961). Gabriel Leyva Velázquez.

- Informe de gobierno del estado de Sinaloa. (1963). Leopoldo Sánchez Celis.
- Informe de gobierno del estado de Sinaloa. (1965). Leopoldo Sánchez Celis.
- Informe de gobierno del estado de Sinaloa. (1968). Leopoldo Sánchez Celis.
- Informe de gobierno del estado de Sinaloa. (1969). Alfredo Valdés Montoya.
- Informe de gobierno del estado de Sinaloa. (1970). Alfredo Valdés Montoya.
- Informe de gobierno del estado de Sinaloa. (1971). Alfredo Valdés Montoya.
- Informe de gobierno del estado de Sinaloa. (1973). Alfredo Valdés Montoya.
- Informe de gobierno del estado de Sinaloa. (1975). Alfonso G. Calderón.
- Informe de gobierno del estado de Sinaloa. (1979). Alfonso G. Calderón.
- Informe de gobierno del estado de Sinaloa. (1981). Antonio Toledo Corro.
- Informe de gobierno del estado de Sinaloa. (1982). Antonio Toledo Corro.
- Informe de gobierno del estado de Sinaloa. (1983). Antonio Toledo Corro.
- Informe de gobierno del estado de Sinaloa. (1984). Antonio Toledo Corro.
- Informe de gobierno del estado de Sinaloa. (1985). Antonio Toledo Corro.
- Informe de gobierno del estado de Sinaloa. (1987). Francisco Labastida Ochoa.
- Informe de gobierno del estado de Sinaloa. (1988). Francisco Labastida Ochoa.
- Informe de gobierno del estado de Sinaloa. (1989). Francisco Labastida Ochoa.
- Informe de gobierno del estado de Sinaloa. (1991). Francisco Labastida Ochoa.
- Informe de gobierno del estado de Sinaloa. (1992). Francisco Labastida Ochoa.

Anexo

Diagnóstico Organizacional para Instituciones de Salud (DOIS)

Constituido por 15 capítulos, 53 subcapítulos, 17 apéndices y un resumen ejecutivo que contiene cinco apartados que permite ser presentado como reporte sintético.

Capítulo I. Identificación

- 1.1. Nombre completo de la institución de salud
- 1.2. Categoría actual de la unidad
- 1.3. Domicilio completo
- 1.4. Antecedentes históricos
 - 1.4.1. Historia de la secretaria de salud
 - 1.4.2. Historia del hospital general
- 1.5. Infraestructura
- 1.6. Vías de acceso
- 1.7. Misión
- 1.8. Visión
- 1.9. Valores
- 1.10. Marco jurídico

Capítulo II. Autoridades

- 2.1. Nombre completo del director y números telefónicos
- 2.2. Nombre completo del jefe o encargado de enseñanza

Capítulo III. Organigrama

Capítulo IV. Población

- 4.1. Datos sociodemográficos

Capítulo V. Recurso humano, técnico, auxiliar en el diagnóstico y equipo electro médico.

- 5.1. Recurso humano
 - 5.1.1. Plazas presupuestadas en las disciplinas y tercerización.
 - 5.1.2. Médicos por especialidad
- 5.2. Recurso técnico
 - 5.2.1. Describir la existencia de manuales, planes, programas e indicadores en las áreas de gestión, departamentos y hospitalarias.

5.3. Recurso auxiliar en el diagnóstico

5.3.1. Describir la existencia de áreas destinadas como laboratorios, banco de sangre, radiología y patología, si existiera en la institución de salud.

5.4. Equipo electro médico

5.4.1. Describir la existencia por área y en general de equipo electro médico asignado a las áreas de hospitalización.

Capítulo VI. Área de enseñanza, investigación y ética

6.1. Recursos de especialización

6.2. Aulas y auditorios

6.3. Bibliothemeroteca

6.4. Equipo didáctico

6.5. Áreas de descanso para residentes

6.6. Área de Comedor

6.7. Área de Alimentación

6.8. Total de residentes

6.9. Comité de becas

6.10. Nacionalidad de los residentes

6.11. Información de los profesores

6.12. Total de residentes en el último año y especialidades

6.13. Actividades de investigación

6.14. Periodicidad de sesiones por servicio

Capítulo VII. Consulta externa

7.1. Consultorios y especialidades que brindan atención durante el año de estudio

Capítulo VIII. Hospitalización

8.1. Total de camas y porcentaje de ocupación

8.2. Camas, porcentaje ocupación y personal asignado al servicio

8.3. Quirófanos

8.4. Cirugías, partos y procedimientos anestésicos

8.5. Auxiliares de diagnóstico y tratamientos

8.6. Equipo electo medico

Capítulo IX. Comités

9.1. Comités con los que cuenta la institución

Capítulo X. Otros servicios

10.1. Servicios complementarios con los que cuenta la institución

Capítulo XI. Morbilidad hospitalaria

- 11.1. Servicios prestados por consulta médica
- 11.2. Servicios prestados por urgencias médicas
- 11.3. Egreso hospitalario

Capítulo XII. Morbi-Mortalidad

- 12.1. Total de defunciones hospitalarias
 - 12.1.1. Mortalidad por especialidad

Capítulo XIII. Etapa de planeación

- 13.1. Planear
 - 13.1.1. Definir los principales problemas
 - 13.1.2. Diagnostico situacional
 - 13.1.3. Características del área de oportunidad
- 13.2. Analizar causas de los problemas a mejorar
 - 13.2.1. Identificar las causas probables
 - 13.2.2. Priorizar los procesos a intervenir
- 13.3. Selección de los proyectos de mejora
 - 13.3.1. Diseñar el programa de ejecución
- 13.4. Ejecución de acciones
 - 13.4.1. Comunicar el plan de mejora
 - 13.4.2. Pilotear el proyecto y registrar la información que surja de la ejecución.
 - 13.4.3. Recolectar los datos generados durante el pilotaje y/o ejecución del proyecto

Capítulo XIV. Verificación de resultados

- 14.1. Documentar las mejoras
- 14.2. Identificar efectos adicionales

Capítulo XV. Actuar sobre resultados

- 15.1. Estandarizar acciones de mejora
- 15.2. Difundir los logros del proyecto de mejora
- 15.3. Reconocer al equipo de trabajo que participo en el proyecto de mejora

Referencias

Resumen ejecutivo

Introducción

Apartado a. Problematicación

Apartado b. Objetivo general

Apartado c. Objetivos específicos

Apartado d. Hipótesis

Apartado e. Justificación

Nota: Con el apoyo de instrumentos normativos que propone la Secretaría de Salud (SS), el presente instrumento se rediseñó dentro del programa de Doctorado en Gestión de las Organizaciones (DGO), el cual fue validado por docentes de tres universidades: Universidad Autónoma de Sinaloa, Universidad Autónoma de Nayarit y Universidad Autónoma Juárez de Durango. La implementación está sujeta a probación de líderes de la institución de salud lo que necesita de consentimiento de aceptación e informado para la disposición de información dentro de organizaciones de salud.

La salud pública en Sinaloa. Un acercamiento a su historia y pertinencia social.

Se terminó de imprimir en diciembre de 2023

en los talleres de Astra Ediciones

Av. Acueducto No. 829

Colonia Santa Margarita, C. P. 45140

Zapopan, Jalisco, México.

33 38 34 82 36

E-mail: edicion@astraeditorial.com.mx

www.astraeditorialshop.com

Impresión digital con interiores en papel bond 75g

El tiraje consta de 300 ejemplares.

Aquí se aborda desde una mirada histórica, el cómo ha logrado implementarse, en Sinaloa, un sistema de salud que atienda no solo a los derechohabientes que tienen una actividad laboral y cuentan con seguridad social sino también a los sectores vulnerables que no tienen ese derecho, se observa con la investigación a los archivos en particular, de los informes de gobierno desde la década de los treinta a 1995, la visión de cada gobierno por el cuidado de la salud a los más pobres.

Y después, se abordan los referentes a la política nacional de cómo se ha organizado los problemas de salud y como se han atendido en los diferentes niveles de atención se pone de manifiesto que los modelos económicos establecidos por el gobierno en turno involucran la forma de cómo invertirá en los sectores más vulnerables ya que estos no pueden erogar en esos aspectos, en niveles de enfermedad más grave.

ISBN: 978-84-19799-91-3

