



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
Campus Ensenada



Tesis para obtener grado de Maestro en Administración Pública:
“Costos para las Instituciones de salud de medicamentos no
utilizados: El caso de Ensenada, B. C.”

Presenta:

C.P. Marina Contreras Hermosillo

Director de Tesis:

Dr. Cuauhtémoc López Guzmán



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

Estudio de caso:

**“Costos para las Instituciones de salud de
medicamentos no utilizados”: El caso de Ensenada**

C.P. Marina Contreras Hermosillo

Director de estudio de caso:

Dr. Cuauhtémoc López Guzmán

Ensenada, Baja California, diciembre 2006



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
-------------------	---

CAPITULO I

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
1.1 Formulación del problema.....	8
1.2 Sistematización del problema.....	8
1.3. Justificación del problema de investigación.....	8
1.4. Hipótesis	10
1.5. Objetivos	11
1.6 Método de Estudio.....	11
1.7 Limitaciones del Estudio.....	11
1.8 Definición de Términos.....	12

CAPITULO II

2. DESARROLLO CONCEPTUAL.....	14
LA SEGURIDAD SOCIAL.....	14
2.1 Panorama histórico general.....	14
2.2 Evolución histórica de la seguridad social.....	15
2.3 Aspectos básicos de la seguridad social.....	16
2.4 Previsión social.....	19
2.5 Cotizantes y beneficiarios.....	22



3 NUEVA GESTIÓN PÚBLICA.....	29
3.1 Diferencias entre la definición tradicional de administración pública y la nueva gestión pública.....	29
3.2 Propuestas u opciones para fomentar valor público en este estudio de caso.....	33
4. ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS PÚBLICOS.....	33
4.1 Importancia conceptual del enfoque de readministración en este estudio de caso.....	33
4.2 Conceptos o categorías del pensamiento estratégico.....	34
5. INSTITUCIONES DE SALUD.....	36

CAPITULO III

INSTRUMENTOS DE ANÁLISIS.....	37
-------------------------------	----

CAPITULO IV

III. RESULTADOS	41
-----------------------	----

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.....	47
Anexos.....	49
Referencias Bibliográficas.....	80



INTRODUCCIÓN

“Costos para las Instituciones de salud de medicamentos no utilizados”: El caso de Ensenada

Partiendo de la observación y experiencias a diario, sobre los costos y el trabajo que representa mantener al 100 % los inventarios en las farmacias, el siguiente estudio de caso muestra el sondeo realizado en la Ciudad de Ensenada, sobre aquellos medicamento que no utilizo el afiliado por diferentes motivos.

Ya que el objetivo es generar información sobre los costos de los medicamentos no utilizados por los afiliados a los servicios del sector salud. Se seleccionaron como trazadores aquellos medicamentos más comunes para los enfermos crónico degenerativos como hipertensión y diabetes, los tipos de medicamentos a sondear fueron: a) Analgésicos b) Antiinflamatorios c) Antibióticos d) Antihipertensivos e) Hipoglicemiantes.

En la parte de metodológica anoté el fundamento teórico que me permitió realizar una intervención exitosa. Tanto en los costos unitarios por cada tipo de medicamento que se encontró en posesión de la familia encuestada. Se procesaron los datos en una hoja de cálculo para identificar los tipos de medicamentos encontrados así como los costos

Resultados. Los hallazgos indican que la Institución del sector salud que más medicamento tiene en su hogar son los afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), después le sigue el Seguro Popular y en tercer lugar el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).



Los hallazgos encontrados en las demás Instituciones no tienen relevancia significativa.

Conclusiones. A partir de la información generada se sugiere replantear los procesos de prescripción de medicamentos, organización y asignación de recursos, en función de demandas para cada trazador. Asimismo, se sugieren acciones para propiciar ahorro económico en la utilización de recursos y en el uso más eficiente de los mismos.

Espero que el presente estudio de caso además de cumplir con su objetivo primordial pueda servir de base a futuros estudios, de ser así estaré aun más satisfecha del trabajo realizado.



CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“Costos para las Instituciones de salud de medicamentos no utilizados”: El caso de Ensenada

La necesidad de eficiencia en el uso de los recursos, la transformación estructural, contra la transición demográfica y el cambio epidemiológico, que sufren las Instituciones de Salud, rebasan la capacidad para poder brindar un servicio oportuno y completo. Por lo tanto, urge emprender cambios para mejorar, involucrando la participación de los derechohabientes.

La seguridad social, y refiriéndome esencialmente a los servicios de salud, representa para la ciudadanía un patrimonio, un tesoro, por lo cual es de suma importancia cuidarla, buscando la eficiencia en todos los servicios. En especial satisfacer oportunamente las necesidades de medicamentos.

Esta preocupación a ocupado a muchos interesados en el bienestar integral de los derechohabientes, sin embargo el desabasto de medicamentos es un problema ya de mucho tiempo, que se presenta en diferentes Instituciones de salud y en diferentes épocas.

“...existe desabasto de medicamentos en México, por lo que el Presidente Ernesto Zedillo Ponce de León dispuso de 100 millones de pesos para remediarlo y ampliar la cobertura...”¹

¹ MEXICO, D.F., Ago. 14 (SUN).] “Existe desabasto de medicamentos en México, reconoce De la Fuente” **GUADALAJARA JALISCO MEXICO 15 de Agosto de 1996, EL INFORMADOR, DIARIO INDEPENDIENTE.**



Este comunicado lo publicó un diario independiente el 15 de agosto de 1996, y como éste, se presenta todo los años, la crisis de desabasto de medicamento en las Instituciones de Salud, en el Estado.

El caso más reciente se presentó, desde finales del año 2005 y los primeros 20 días del 2006, y que a la fecha aun no se ha normalizado.

“Alrededor de 180 mil derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Ensenada, resultan afectados por el desabasto de medicamentos... Hasta el momento, faltan las medicinas de “alto movimiento” o demanda..Los fármacos faltantes tienen la característica de ser solicitados en distintas áreas médicas que atienden al grupo de derechohabientes de todo el municipio, ... en la Unidad Médica Familiar número 25 del IMSS se vive la carencia, siendo en promedio hasta 700 las recetas que fueron rechazadas durante el mes de diciembre”.²

En la ciudad de Ensenada, contamos con la asistencia a la salud de ISSTE, ISSTECALI, MARINA, SEDENA, Hospital General, IMSS, Seguro Popular.

La repartición de medicamentos, entre todos los derechohabientes afiliados a las unidades, la escasez de estos, los proveedores que no cumplen con los contratos establecidos, las licitaciones que se declaran desiertas, los pacientes que recibieron su medicamento, cuando aun cuentan con cantidad de este mismo en sus hogares, etc.

Para saber que él suficiente o insuficiente medicamento que estas instituciones dan a sus derechohabientes, están siendo utilizados, concientemente de una manera responsable y sin desperdicios, es necesario, saber cuales y que cantidad de los medicamentos cubiertos, no es consumida.

² Publicado por El Vigía > Noticias > Información general. “Sin medicinas en el IMSS”

Por Luis Miguel Ramírez /EL VIGÍA 2006-01-17 14:16:07Ensenada, B.C. –



1.1 Formulación del Problema

¿Qué costo tiene para las instituciones del sector salud (IMSS, ISSSTE, ISTECALI, etc.) el medicamento que no consumió el derechohabiente por interrumpir un tratamiento prescrito por él médico familiar en enfermedades crónico-degenerativas, en la Ciudad de Ensenada, B. C.?

1.2 Sistematización del problema

- ¿Qué cantidad de medicamento tienen los pacientes, en su domicilio?
- ¿Qué costo financiero representa?
- ¿Qué institución pierde más recursos, por sus afiliados, al no consumir completo su tratamiento?

1.3 Justificación del Problema de Investigación

El aumento de la población asegurada, los cambios epidemiológicos, la industria farmacéutica con ganancias cada día más altas, hacen necesario buscar urgentemente estrategias para que los recursos del Estado y del pueblo, sean optimizados, en busca de alternativas, para la cobertura oportuna de los medicamentos, de lo contrario no habrá recursos suficientes, para cubrir a la población derechohabiente.

“Este año el bloque formado por la Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, PEMEX y hospitales estatales invertirá 2 mil millones de dólares en comprar medicamentos..., pero es insuficiente para atender siquiera al 70 por ciento de los derechohabientes.”³

³ **MERCADO COMPRIMIDO**, 27 de junio de 2005, **José González Méndez**



La organización y la provisión de cuidados de la salud hacen necesario promover un mecanismo que indique como se resuelven las necesidades de la comunidad, o como se debería resolver dentro de una política consistente de salud, con líneas de investigación que conduzcan a la consolidación de diseños y nuevas formas de organización de los servicios con mayor eficiencia y sin renunciar al objetivo de asegurar la equidad dentro del sistema.

En los últimos tiempos se ha tratado de incrementar la calidad de los servicios mejorando la organización y las políticas. Dándose un proceso de cambio fundamental en los procedimientos técnicos de prestación de los servicios, en el uso de las tecnologías disponibles, en la investigación de los conocimientos, en la forma de utilización de los recursos y en la manera de concretar la participación social; facilitando el desarrollo de nuevos modelos de atención.

Una buena gerencia trae como consecuencia que se obtenga el logro de una cobertura total, equitativa y eficiente, con capacidad operativa de los servicios y la racionalización del gasto improductivo.

“El renglón de erogaciones por concepto de medicamentos es tan importante que en algunos hospitales suele representar 20% del costo de hospitalización. En lo que se refiere a la atención en la consulta externa, éste es mucho mayor, pues a veces comprende 70 a 80% del costo de esa prestación, y por eso hay muchas instituciones en las que no se proporciona el medicamento o se hace con descuentos que varían de 20 a 80% del costo comercial”.⁴

⁴ Barquin Calderón Manuel, Dirección de Hospitales, editorial Mc Graw Hill.1984.



El siguiente trabajo responde a la interrogante descrita en los primeros párrafos, por investigar el comportamiento del consumo de medicamentos, entre los derechohabientes, y así estar en posibilidades de brindar una opinión, para mayor eficacia en la distribución, oportuna y completa, en vía de mejorar la calidad de vida de la población.

Por lo tanto, el propósito de este estudio es conocer el costo del medicamento que no es consumido al no concluir un tratamiento completo prescrito por medicina familiar.

1.4 Hipótesis

- a) Los pacientes de las instituciones del sector salud (IMSS, ISSSTE, ISTECAI, Seguro Popular, etc.) de la Ciudad de Ensenada, B. C. consumen su medicamento tal como se lo prescribió él medico familiar en enfermedades crónico-degenerativas.
- b) Los pacientes de las instituciones gubernamentales del sector salud (IMSS, ISSSTE, ISTECAI, Seguro Popular, etc.) de la Ciudad de Ensenada, B. C. interrumpen su tratamiento, ocasionando gasto improductivo a las instituciones.

1.5 Objetivo General

Determinar cantidad y costo de medicinas encontradas en los hogares de los derechohabientes que no fueron consumidas, pertenecientes a las diferentes fuentes para su obtención.



Objetivos

- Determinar si el costo de los medicamentos encontrados no consumidos es significativo, de manera global en la ciudad.
- Determinar en que institución se expidieron mas medicamento no consumidos.
- • Identificar costo del medicamento no consumido por los derechohabientes.

1.6 Método de estudio

Es Transaccional con alcance Exploratorio en la ciudad, en el momento actual, puesto que el caso de estudio que me ocupa es nuevo o poco conocido.

Dirigida a: padres de familia afiliados o no a instituciones gubernamentales.
Investigación secundaria, Revisar INEGI, Concentración De Investigación Censal y de Estadística Vitales.

1.8 Limitaciones del estudio

- La Investigación Se Realizara en el Área Geográfica de Ensenada, B. C.
- Duración: De 8 Meses, a partir de marzo 2006
- Diseño Muestral: Se Tomara Una Muestra Del 0.8% de la Población.



1.9 Glosario de términos

Concepto de salud.- Este concepto se relaciona íntimamente con el proceso de salud y enfermedad, el cual a su vez lo está con el diagnóstico y tratamiento. Para comprenderlo y para los determinantes sociales se deben tomar en cuenta las teorías, así como la historia natural de la enfermedad y la producción social de salud, que dan lugar al derecho a la salud dentro de un contexto de salud y desarrollo, en el cual son indispensables la equidad, la universalidad, la suficiencia de recursos, la cobertura, la oportunidad y el trato humano de pacientes.

Definición de salud.- En términos generales, se afirma que la salud es más que una simple ausencia de enfermedad, o funcionamiento armónico de todo el organismo, tanto desde el punto de vista físico como mental y social; el término “salud” significa así como “integridad” o “bienestar”, lo cual implica que un individuo perfectamente saludable debe estar ajustado por completo a sí mismo y al medio que lo rodea.

Sistemas: definición.- “conjunto de unidades entre las que existen relaciones”. Así, un sistema está compuesto por dos elementos críticos: las unidades, objetos o elementos, y las relaciones entre esas unidades. Y lo más importante es las relaciones entre ellas.

Asegurado El término asegurado se aplica a la persona protegida en forma directa, el de beneficiarios a sus dependientes, y a ambos el de derechohabientes.

Fármaco: toda sustancia químicamente pura, que presenta una acción biológica, lo cual no significa que pueda ser siempre utilizada con fines terapéuticos; y puede proceder bien de fuentes naturales –materia prima de



origen vegetal, animal o, incluso mineral- o bien ser un producto sintetizado en un laboratorio.

Medicamentos: todo fármaco cuya actividad biológica se utiliza ya sea para fines terapéuticos. Es decir, no todos los fármacos pueden ser empleados como medicamentos, lo cual tiene una fácil explicación ya que muchos fármacos, aunque tengan una actividad biológica apropiada para ciertos fines, pueden presentar unos efectos secundarios en absolutos deseables para el hombre o los animales a los que fueran destinados. Además un medicamento puede estar constituido por uno o varios fármacos.

Analgésicos: que suprime o disminuye la sensación de dolor.

Antiinflamatorio: termino genérico que agrupa el conjunto de sustancias medicamentosas capaces de oponerse a los fenómenos inflamatorios, sea cual sea su naturaleza y su causa. Los mas conocidos y más utilizados de los antiinflamatorios son los derivados de la aspirina y los corticoides.

Antibióticos: en el uso común, un antibiótico es un medicamento que mata o inhibe el crecimiento de ciertas clases de bacterias, pero que normalmente es inofensivo para el huésped y que se utiliza para tratar una infección.

Antihipertensivos: medicamento que disminuye la presión sanguínea.



CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

“Costos para las Instituciones de salud de medicamentos no utilizados”: El caso de Ensenada

LA SEGURIDAD SOCIAL

Mientras que las personas tienen edad de trabajar, cuenta con un trabajo, están sanas, puede valerse por sí mismo y lo único que necesitan es que el Estado les brinde protección en el mantenimiento del orden público.

Cuando alguna de estas condiciones falta, necesitamos ayuda para poder subsistir. En las sociedades primitivas esta ayuda es facilitada por la familia o la comunidad.

En las sociedades modernas, el estado ha asumido la tarea de remediar las situaciones de desprotección del ciudadano y de su familia. Esta función es realizada por la seguridad social.

2.1 Panorama Histórico General

Los seguros sociales se originaron en Alemania en el siglo pasado: primero con la ley del seguro obligatorio de enfermedades, del 15 de junio de 1883, y, después, con la Ley del Seguro de Accidentes del trabajo de los obreros y empleados de las empresas industriales, del 6 de julio de 1884, y, finalmente, con la Ley del Seguro Obligatorio de invalidez y vejez, del 22 de junio de 1889, inspirados, fundamentalmente, por el pensamiento que al respecto tuvo Bismarck.



2.2 Evolución histórica de la seguridad social.

Como antecedentes del sistema de seguridad social pueden mencionarse algunos sistemas de garantía que todavía subsisten en parte y complementan su cobertura. Entre estos sistemas figuran la caridad o beneficencia pública o privada (individual o de instituciones seculares y religiosas); la previsión individual o colectiva, por la que el sujeto detrae parte de sus rentas para ser frente a riesgos futuros (históricamente aparece en la edad media europea a través del mutualismo); y el seguro, en el que el asegurado, mediante el pago de algunas determinadas cantidades, obtiene del asegurador (perceptor de esas cantidades o cuotas) la cobertura de uno o varios riesgos.

A partir de la revolución industrial (siglo XVIII) se hizo evidente que las medidas mencionadas no podían hacer frente al ingente y creciente número de situaciones de desvalimientos que la masa trabajadora de las ciudades había creado. Sin embargo, fue necesario esperar a mediados del siglo XIX para que se abandonase la política liberal del *laissezfaire* y se iniciase una política legislativa orientada a la protección del trabajador.

El seguro social surgió de dos formas diferentes: en el Reino Unido y en los países latinos europeos se implantó el seguro libre subsidiado por el Estado, mientras que en Alemania y Europa Central el seguro social se estableció por medio de la ley. A la larga fue el sistema alemán el que prevaleció, aceptándose que el estado al que compete facilitar por los medios a su alcance el cumplimiento de esta función social.

La seguridad social obligatoria se creó por primera vez en Alemania en 1883, y a partir de esa fecha pueden distinguirse sucesivos periodos.



Hasta 1911, muchos estados siguieron el ejemplo de Alemania, pero con alcance más limitado (reparación por los accidentes sufridos). Así, se promulgaron leyes de reparación Australia, Bélgica, Dinamarca, Francia, el Reino Unido, Hungría, Italia, Japón, los países bajos, Nueva Zelanda, Suecia, etc. En 1911, el Reino Unido implanta un sistema de seguridad social en el que se englobaba los riesgos de enfermedad, invalidez, accidentes y desempleos, que fue considerado el más avanzado de su época.

El segundo periodo (1919-1939) marcó un ascenso en la doctrina del deber social del estado que quedó plasmado, por ejemplo, en la constitución española de 1931 y en la Alemana del Weimar. Características del tercer periodo iniciado tras la Segunda Guerra Mundial es el auge internacional de la seguridad social, reconocido en la carta del atlántico de las Naciones Unidas, en la que se determina que todos sus miembros deben establecer la máxima colaboración al objeto de garantizar a todos los ciudadanos condiciones más favorables de trabajo, progreso y seguridad social.

Se desbordan por tanto, los campos de aplicación de los seguros sociales y se extienden los beneficios de la seguridad social a trabajadores, estudiantes, funcionarios públicos, y en general a toda la población, con lo que desaparece la relación entre actividad profesional y causa del riesgo o de la carga.

2.3 Aspectos básicos de la seguridad social.

Los aspectos fundamentales de la seguridad social se pueden considerar como los riesgos que han de protegerse, la población que puede disfrutar de la correspondiente cobertura, los criterios que hayan de seguirse para la selección del beneficiario, los niveles que puedan alcanzar los beneficios, las formas en que



deban financiarse los programas de la seguridad social, y los procedimientos de gestión y administración.

Los riesgos protegidos dependen en cada país de las prioridades económicas, sociales y políticas marcadas por los poderes ejecutivos y legislativos del Estado. Los programas que proporcionan protección contra los accidentes laborales son, sin embargo, casi universales. No ocurre con la protección contra la vejez, la invalidez, la enfermedad y la muerte del padre de familiar, y la protección contra el desempleo es todavía más limitada. En líneas generales puede decirse que la protección es más amplia en los países desarrollados que en los países en desarrollo, y más en los países comunistas que en los capitalistas.

Un programa amplio de protección de riesgos abarca (1) asistencia sanitaria del trabajador o persona con derecho a las prestaciones y su familia, tanto en ambulatorios como en hospitales, incluidas medicinas; (2) prestación económica por incapacidad laboral, en proporción al salario y al tiempo de cotización y que abarca tanto la incapacidad transitoria como la permanente para una profesión determinada o para todo trabajo; (3) protección económica a la familia con hijos menores de determinada edad (generalmente 18 años); (4) jubilación, consistente en una pensión fijada en función del salario y de un determinado número de años y en los que durante su vida haya cotizado el trabajador; (5) pensión de viudedad o orfandad, en función de sueldo o pensión del causante; (6) subsidio de desempleo, generalmente de carácter temporal, por el que el trabajador desempleado percibe una cantidad en función del último período trabajado y de la cotización; (7) protección especial a minusválidos en centros asistenciales o en forma de ayuda económica a los padres.



La población que disfruta de la cobertura varía según los países pero la tendencia es que alcance el mayor número posible de personas. Un campo de aplicación amplio comprendería a los trabajadores por cuenta ajena, a los trabajadores por cuentas propias o autónomas (pequeños empresarios), a los socios trabajadores de cooperativas de producción, a los estudiantes, a los militares y los funcionarios públicos.

Los criterios de selección se atienen a tres requisitos principales. Primero, que se presente el riesgo (vejez, muerte, desempleo, maternidad, etc.). Segundo, que haya transcurrido (no en todas las legislaciones) un tiempo mínimo de cotización (cuotas pagadas por el empresario y el trabajador). Y tercero, en el caso del desempleo, que el trabajador este dispuesto a aceptar el empleo que se le ofrezca.

El nivel que pueden alcanzar los beneficios sociales depende principalmente de la renta nacional, global y per cápita. Como consecuencia, los países desarrollados están en condiciones de conceder prestaciones más altas y variadas que los que disponen de recursos económicos escasos.

La financiación se consigue por un sistema mixto en el que de alguna parte empresarios o empleadores pagan una cuota en proporción al salario del trabajador, y esta otra, también basada en el mismo parámetro, pero de menor cuantía; de otra parte, figuran las aportaciones del estado con cargo a los presupuestos generales, y por tanto obtenidas a través del sistema impositivo.

Los sistemas de gestión y administración seguidos en los distintos países son muy diferentes, ya que dependen del sistema político y de las complejas



interrelaciones existentes entre el gobierno central, las administraciones regionales y los

municipios. En algunos países, por ejemplo, el sistema de ayudas a desempleados se atribuye al gobierno central, mientras que la asistencia sanitaria es competencia de los gobiernos regionales. En cuanto al funcionamiento, los dos sistemas fundamentales son la gestión y administración según las personas a las que va dirigido el programa, o según los tipos de riesgos. Al primero se le concede la ventaja de su adaptación a las necesidades individuales, pero se le achaca la multiplicidad de los programas a que da lugar. Al segundo se le atribuye una mayor eficacia pero una menor sensibilidad ante los problemas individuales.

2.4 Previsión social

La seguridad social colectiva pretende la completa satisfacción de las necesidades económicas de todos los seres humanos.

La provisión social es reivindicadora de cierta clase de personas o de grupos sociales, proletarios y hasta económicamente débiles; en tanto que el derecho sustantivo de la seguridad social colectiva, es reivindicador de todos los seres humanos, sin distinción de ningún género; La provisión social tutela los derechos de los que viven de su trabajo; el derecho sustantivo de la seguridad social colectiva ampara los intereses de todos los miembros de la comunidad.

Aquí es donde se halla la diferencia que existe entre el sistema que sigue la previsión social y la idea que entraña y persigue el derecho sustantivo de la seguridad social colectiva, independientemente de los mecanismos sociopolíticos que emplea cada una de estas instituciones para alcanzar sus sendas finalidades, las cuales, naturalmente, tienen que ser distintas.



Y entre ambos sistemas, el que debe prevalecer, es el del derecho sustantivo de la seguridad social colectiva, que en lo económico, en lo político en lo social ya no

planifica con miras a la desigualdad, sino con base en una redistribución de todo lo existente en tales aspectos, para así llegar a la plena real dignificación del hombre como persona humana que es. En nuestros días el bienestar del hombre, y no solo del trabajador, debe ser el principio rector que guíe el naciente derecho sustantivo de la seguridad social colectiva.

En la idea de la socialización de la medicina, y en la idea de la protección económica a la familia, porque la seguridad social es una política de reparto y de bienestar: un intento de crear una economía de garantías, por oposición a las economías de catástrofe y crisis a que aspira reemplazar.

En casi todos los países, la seguridad social a lo que atendió primero fue a liberar de los riesgos sociales a los trabajadores y a los empleados particulares, y a todos aquellos que de manera general estaban sujetos a un contrato de trabajo o a una relación de subordinación laboral.

Así fue como nació la idea de la seguridad social colectiva, misma que por tal virtud se presento bastante deficiente ya que sus fines y sus alcances fueron sumamente limitados.

Mas tarde, la seguridad social se establece para beneficiar no a uno ni a unos cuantos, sino a todos los empleados particulares.

Recientemente, cuando la seguridad social se dirigió a amparar en contra de los infortunios sociales a los servidores públicos se llevo a conocer a la misma como seguridad social del estado.



Por tanto, es a los empleados particulares a quienes se debe el establecimiento de la seguridad social como medio idóneo del funcionamiento de la seguridad social, ya que dicho seguro es una forma de capitalización colectiva, producto de la más

alta expresión de la lucha del hombre contra la adversidad y de la solidaridad humana.

Sobre el particular cabe agregar que los seguros sociales existen a condición de que las cargas inherentes al riesgo sean repartidas proporcionalmente entre el estado, la industria y los interesados. Dicho lo mismo en otros términos: es necesario que las consecuencias que siguen al cumplimiento del riesgo que se desea proveer, dejen de ser soportadas exclusivamente por el asegurado, y que la idea de la responsabilidad individual que se tiene, pase a la más amplia idea de la responsabilidad colectiva.

Al respecto, es de decirse que mientras la ley no impone esta distribución equitativa, lo que solamente ha hecho es reglamentar el seguro mercantil o privado, sin haberle dado un contenido de carácter social.

Este planteamiento permite compartir él apenas insinuado pensamiento de González Posadas, según el cual la provisión de nuestros días será el resultado de la idea de la asistencia pública, es decir de la fusión de los elementos técnicos y políticos que encontraremos animando el funcionamiento de las instituciones de la seguridad en un futuro ya muy próximo.

La experiencia aun no terminada de los seguros sociales demostró hace ya algún tiempo que el derecho a la vida y a la estabilidad económica, no podía ni puede seguir siendo el resultado de un contrato, ni tampoco la posibilidad de celebrarlo, porque tales derechos no deben ser objeto de disputas ni de negociación.



De dicha experiencia ha surgido para el futuro la idea de que el poder público debe hacerse cargo de todos los estados de necesidad del ser humano, y que en la aplicación de este principio ha de admitirse genero alguno de excepciones.

Es así como estas nuevas ideas están eliminando toda forma de desigualdad y diferencias frente a la desgracia y a la adversidad, y en el plano jurídico, la idea del servicio público ha empezado a sustituir a la del contrato, y en otro orden de consecuencias, la era de la justicia conmutativa de los seguros sociales esta

siendo seguida de un nuevo periodo basado en la justicia distributiva, en la equidad y en la racionalidad del reparto.

Seguimos en crisis económica y social, también en crisis política, parece haber encontrado la vía correcta para salir de la crisis, sin embargo, no es lo mismo estar en el camino correcto o pensar que sé esta en el camino correcto que haber superado la crisis.

En donde se debe situar el análisis? El análisis de los sistemas de seguridad social y su impacto en los sectores económicos y financieros, debe situarse en una intersección que muchas veces no parece evidente: El cruce del reto económico y del reto social.

¿El camino a seguir en materia social y, en particular, en materia de seguridad social? En donde estamos? ¿Hacia donde vamos? ¿Adónde es deseable ir? ¿Hacia donde es posible ir? ¿Hacia donde queremos ir?

2.5 Cotizantes y beneficiarios:



⁵En una forma muy rudimentaria podríamos catalogar a los participantes en un sistema de seguridad social en dos grupos: el grupo de la cotizantez o activos y el grupo de los beneficiarios.

Los mecanismos a los que se encuentran sujetos los sistemas de seguridad social cuando se consideran estos dos grupos varían si se trata de beneficios de corto (atención médica) o largo plazo. (Jubilaciones y pensiones).

Mecanismos de corto plazo

El asegurado efectúa sus cotizaciones y cuando lo necesite se convierte en beneficiario, una característica es que influyen en el sistema de financiamiento es

que no se generan pasivos hacia el futuro, es decir, que los costos del año son iguales a los gastos totales del año.

Otra característica importante es que el hecho de recibir el beneficio no implica que se pierda la calidad de asegurado ni, sobre todo, de cotizante. Por otro lado, los beneficios sujetos a mecanismos de corto plazo son de fácil y automática evaluación por parte de los participantes, quienes se encuentran en capacidad de juzgar la calidad y oportunidad de los beneficios cuando estos son recibidos.

Mecanismos de largo plazo:

En los mecanismos de largo plazo se tienen varias etapas. Una primera etapa de cotización o de contribución al sistema por parte de los asegurados y

⁵ Clemente Ruiz Duran Sistemas de Seguridad Social en el Siglo XXI, Fundación Luís Donaldo Colosio A.C., Editorial diana



generalmente por parte de los empleadores y de los gobiernos, y una segunda etapa en la que se reciben los beneficios.

La mecánica de las prestaciones de largo plazo implica por su propia naturaleza que haya un lapso prolongado entre el inicio de la etapa de cotización y de aseguramiento por parte del sistema de seguridad social y el inicio de la etapa en que se empieza a recibir los beneficios.

La existencia de este lapso entre el inicio de la etapa de aseguramiento y el inicio y la duración de la etapa de recibir beneficios, implica necesariamente que la institución de seguridad social adopte un plan.

Si consideramos que la vida de una persona es de aproximadamente 45 años (iniciando a los 20 y jubilándose a los 65 por ejemplo, esto significa que el plan se ha mantenido y respetado por algo así como 10 administraciones gubernamentales y por un gran número de representaciones sindicales y empresariales.

⁶La atención médica y básica a la salud es una imperiosa necesidad social, el sistema de atención a la salud se define como todas las estructuras, las organizaciones y los servicios destinados a proporcionar servicios profesionales de atención a la salud para los consumidores. Weinerman (1971) definió al sistema de servicios de salud como todas las actividades de una sociedad orientadas a proteger o restablecer la salud, sea que se enfoque en el individuo, en la comunidad o en el ambiente. Fuchs (1966) y Kovner (1990)

⁶ Diane Huber, Liderazgo y Administración en enfermería, Mc Graw-hill Interamericana.



desarrollaron definiciones operativas para los servicios de salud que incluyen servicios de personal contratado para labores médicas, de planta física, de capital y otros bienes y servicios. Roemer (1986) observó que cada sistema de atención a la salud tiene cinco componentes principales: producción de recursos, estructura organizativa, dirección, apoyo económico y prestaciones de servicios.

Kovner (1990) identificó cinco tipos principales de organizaciones para la salud: hospitalarias, de atención ambulatoria, de atención a largo plazo, de servicios domiciliarios de salud mental, cuando se identifican y discuten los tipos de organizaciones de atención a la salud se hace evidente el amplio panorama de los servicios, más allá de la atención hospitalaria, en que se ofrece atención a la salud y la enfermedad de los pacientes.

Las organizaciones sanitarias se pueden diferenciar:

1. Por su foco de atención (p. Ej., quirúrgico, de hospicio o maternidad).
2. Por el área geográfica que atiende (p. Ej. Hospital comunitario, centro médico regional o servicio nacional de salud pública estatal)
3. Por la clase de propietario (p. Ej. Público o privado)
4. Por su estructura física (p. Ej., si se considera para propósitos de impuestos como lucrativo o no lucrativo).



Todas las organizaciones de atención a la salud atienden su trabajo, la prestación de servicios a la salud, y lo estructuran en una organización formal que de alguna manera define las funciones de trabajadores, directores y servicios de apoyo.

Una organización existe con el propósito de alcanzar una meta o un grupo de metas. Por ejemplo en la atención a la salud las metas obvias podrían ser reducir los costos, aumentar la eficiencia y ofrecer atención de mayor calidad.

En la Ciudad de Ensenada encontramos tres grupos de usuarios que reciben atención médica:

- a) Los afiliados a la seguridad social IMSS, ISSSTE, ISSTECALI, Fuerzas armadas.
- b) Los no asegurados que asisten a la secretaria de salud y al seguro popular
- c) Una pequeña parte que acude a la atención privada.



El artículo 4º, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el cuarto párrafo, versa “*toda persona tiene derecho a la protección de la salud*”,⁷ en Ensenada los responsables de brindar ese derecho social esta a cargo de la Secretaría de Salud con el Sistema Nacional de Salud, como son el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, todas ellas como instituciones públicas, financiadas por cuotas obrero patronales y una aportación del gobierno. (Tripartita).

¿Cómo se pagan las cuentas en la atención a la salud en México?

De dos maneras:

El cliente paga, o bien un tercero se encarga de la cuenta.

El patrón, el estado y el trabajador.

3. Pensamiento estratégico.

“ En consecuencia, el planteamiento estratégico promueve un proceso de reflexión sobre la misión de las organizaciones y, solo una vez realizado, sobre los procesos, acciones y métodos.”⁸

La misión del sector salud, se ve en muchas ocasiones quebrantado por un sin fin de circunstancias, internas y del entorno que los rodea, ya que brindar servicios de salud de una manera integral, con calidad en todas sus acciones, no es siempre el servicio que el derechohabiente recibe.

⁷ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Editorial trillas.

⁸ Bazaga Fernández, Isabel. Universidad Complutense de Madrid. Instituto universitario Ortega y Gasset.



“El planteamiento estratégico es el proceso mediante el cual una organización define su futuro y los procedimientos necesarios para alcanzarlo”...“El enfoque estratégico no presume iguales condiciones en el presente, sino que parte de la construcción de un sueño o visión estratégica y realiza la aproximación a ella con la definición de distintos escenarios de acercamiento.”⁹

No cabe duda que, los líderes encargados de mejorar los servicios de salud, buscan cubrir de una manera integral y preventiva, todos los aspectos que el derechohabiente, vive, en la casa, en el trabajo, en general en su vida diaria, y estas acciones implementadas traen como consecuencia una población mas sana, disfrutando de una mejor calidad de vida, ya que no es suficiente larga vida, sino de que manera se vive esa vida, ha sido siempre su visión.

“Se puede utilizar la posibilidad de actuar sobre la estructura organizativa para aprovechar las oportunidades de adecuación al entorno: centralización o descentralización por servicios y funciones, según las estrategias y los aspectos donde resida la ventaja competitiva”¹⁰.

Los servicios de salud, viven muchos cambios tecnológicos, y como ejemplo tenemos al IMSS, que recientemente se efectuó la entrada a medicina familiar de equipos de computo, que agilizan, codifican y resguardan la información de cada uno de los derechohabientes, desde el inicio de su padecimiento o inclusive, desde su control preventivo antes de presentarse alguna enfermedad. Otro ejemplo de estrategias, tenemos las campañas permanentes de vacunación, los grupos de ayuda a niños, jóvenes, mujeres y hombres en vida productiva, así como adultos mayores.

⁹ Bazaga Fernández, Isabel. Universidad Complutense de Madrid. Instituto universitario Ortega y Gasset.

¹⁰ Bazaga Fernández, Isabel. Universidad Complutense de Madrid. Instituto universitario Ortega y Gasset.



“El gobierno de la República tiene el compromiso de seguir desarrollando los sistemas de salud, de forma tal que se extiendan a la totalidad de la población, eviten la duplicación de esfuerzos, ahorren recursos y prevengan las enfermedades. Las estrategias que se plantean buscarán, por lo tanto, unificar los esfuerzos de las principales instituciones y sistemas de salud que existen en el país, el desarrollo de criterios uniformemente aplicados relativos a los fármacos y a los servicios sanitarios y epidemiológicos, y el apoyo para el mejoramiento de las instalaciones, equipamiento y material de los hospitales, las clínicas y las instituciones de salud en general. El esfuerzo deberá desembocar en una mejoría clara en la atención médica y en el trato que recibe la población.”¹¹

El sector salud se encuentra constantemente reforzándose, en busca de la eficiencia de los servicios, optimización de los costos, con una mayor cobertura a la población de México.

Este modelo presentado por PND 2001-2006, surge debido a las demandas de la población que pide a gritos una reforma en sus estructuras y políticas de atención. Desde 1940, se le nombra la población con derechos como asegurada, estos derechohabientes dependían de las Institución donde prestaran sus servicios. Cuatro décadas después surgen otras reformas dirigidas a cubrir parte, de la otra parte, de la población no asegurada, la más humilde.

¹¹ Plan Nacional de Desarrollo, <http://pnd.presidencia.gob.mx/index.php?idseccion=32>



NUEVA GESTIÓN PÚBLICA

3.1 Diferencia entre la definición tradicional de Administración Pública y la Nueva Gestión Pública (Cabrero, 1998; Moore, 1998; Aguilar, 2000; Olías, 2000, CLAD)

Aunque a primera impresión diría que son sinónimos pero una vez analizadas me doy cuenta de las diferencias, la Nueva Gestión Pública es el cambio que se necesita en la administración actual, a medida que las instituciones van creciendo, madurando, se va infiltrando o implementando los postulados de la NGP, a mi punto de vista la NGP tiene un campo de acción, con muchas posibilidades de éxito, puesto que las nuevas políticas institucionales son permitir la apertura de las herramientas o metodologías que utiliza el sector privado para hacerlas más eficientes, efectivas y además que aporte valor a la comunidad, esto no es nada fácil, puesto que si bien es verdad, que las herramientas que se están implementando, como la gestión estratégica de que con los mismos recursos hacer más y mejor, con nuevas alternativas de acción, existe una fuerte negativa por parte de los sindicatos, en el que aun piensan que primero son sus beneficios y sus derechos por encima del servicio o razón de ser del Instituto, para ejemplificar esto, le contare que en conversación con el chofer de la Unidad, que además es también líder sindical, me pregunta..... que cuando contaran con el 100 % del área física de la cocineta para uso de los compañeros sindicalizados?, --la sala de pláticas que originalmente era cocineta, --.....yo le explicaba que entendía que había ciertas horas en que la cocineta no podían ocuparla debido a sesiones y grupos de ayuda para adultos y jóvenes, pero que primero debemos de pensar en el derechohabiente, que la atención no es únicamente la consulta, que la atención integral va acompañada de la orientación y educación, y ellos los derechohabientes son lo principal, que estamos para servir y brindar una atención de calidad, por que de ellos depende nuestro trabajo, nuestro salario, y que ya



deberíamos de cambiar ese pensamiento de primero nosotros, primero es el derechohabiente y después nosotros, que cada que hay revisión de Contrato Colectivo de Trabajo llevan una larga lista de lo que se quiere, mas no de lo que se ofrece a cambio, en fin, como este ejemplo pudiera citar muchos;

Pero lo que sí es un hecho, y que ya tiene tiempo implementado en el Instituto Mexicano del Seguro Social, son las mejoras a los procesos, como la invitación que el IMSS a Nivel Nacional hace a todas las Unidades incluyendo hospitales, Unidades de Medicina Familiar, Guarderías, Tiendas, Centros Vacacionales, Unidades de Seguridad Social, a que participen en el “Modelo de Gestión de Calidad”, donde cada vez mas unidades están trabajando con estándares de calidad en el que pueden medirse con otras Instituciones de prestigio;

Otro cambio por mencionar es que la SSA, al IMSS, no le realizaba auditorias y ahora necesitamos aviso de funcionamiento de la Unidad, licencia sanitaria para operar nuestras farmacias, licencia para operar nuestro laboratorio así como los servicios de Rayos x, registro de responsables de cada licencia etc. Todo esto con el fin de operar correctamente, con los mismos requisitos que necesita la iniciativa privada, y cada vez estar en posibilidades de brindar un servicio de primera, poder competir con calidad y oportunidad.

También otro punto de resistencia por parte del Sindicato, que aun se encuentra en algunos miembros es.... que el Instituto me dé todo, es su obligación....en la Unidad no teníamos cañón (proyector de imagen en pantalla) para nuestra sala de juntas, o para nuestra capacitación, realizamos rifas, cooperaciones, vendimos sodas etc.



Para recaudar fondos y poderlo comprar, hubo muchos comentarios,....que el Instituto no permite que en su área se realicen esos tipos de eventos, que esta prohibido...., pero bueno entonces yo digo, propongan otras alternativas, o de que manera vamos a contar con ese tipo de cosas si, el Instituto no compra desde hace algunos años mas que lo mas indispensable, “lo necesario en caso de poner en riesgo la vida del derechohabiente”, entonces la adquisición del proyector tenemos que hacerla de nuestra bolsa? No, pero si de nuestros eventos para recaudar fondos.

Una vez que todos los integrantes de las Instituciones incluyendo directivos, mandos medios y trabajadores en general, entendamos la necesidad de cambio, haciendo a un lado intereses particulares, estaremos listos para ofrecer un servicio de calidad mejor o igual que las organizaciones privadas; Ya que el cambio sé esta dando poco a poco en toda la Organización, en lo más difícil que es nuestra forma de pensar, nuestra actitud y nuestro sentido común..., aplicar las propuestas y postulados que menciona Olías de Lima, Moore, Aguilar, es y será lo mas fácil, en este camino de transición de las Instituciones Gubernamentales.

Moore, explica con ejemplos como la Gestión estratégica utilizada por los directivos de las Instituciones pueden dar valor público, ayudando a su comunidad, como la directora de la biblioteca con los niños, o el presidente municipal con la basura etc. de igual manera espero ayudar con mi estudio de caso a mejorar uno de los procesos principales, como es la prescripción de medicamentos, uso y destino final, en el que intervienen los procesos de abasto, consulta, farmacia.



Esta investigación traerá (espero) un ahorro de recursos para el Instituto, y por consiguiente una mejor utilización de las aportaciones de los ciudadanos, brindar un servicio oportuno, confiable, con calidad y que éste recurso tanpreciado y en ocasiones tan complicado y tardado para conseguir, sea utilizado lo mejor posible, así se le da un valor publico, una mejora a los servicios involucrados y además mejorar su imagen ante la Ciudadanía, aportando información confiable que sirva de base y ayude a la toma de decisiones de los directivos.

Claro que mi Investigación no se refiere a los insumos No terapéuticos, pero todo está enlazado, la adquisición de una repercute en la otra, la repartición de medicamentos, entre todos los derechohabientes afiliados a la unidad, no esta optimizada totalmente puesto que hay pacientes que no alcanzaron medicamento por la escasees de estos y hay pacientes que recibieron su medicamento, pero que en sus hogares de ese mismo medicamento que les entrego farmacia tienen algunas cajas! Entonces que es lo que sucede por que el derechohabiente recibe mas medicamento del que se toma? Porque aquel derechohabiente que si se lo toma y lo necesita a la hora de ir a la farmacia ya no alcanzo? Entonces mi propuesta es investigar, para que el derechohabiente tenga lo que necesita de esos medicamentos y ese recurso tan necesario para su salud sea aprovechado donde de verdad sea necesitado, hay personas que llegan con unas bolsas grandísimas de medicina de su papá, de su tía, que no se tomo por alguna causa, algunos ya caducados, cuanto se perdió en dinero? Pero lo más grave es que ese medicamento le hizo falta a otra persona, y que se vio mermada su salud por ese motivo, el trabajo que me espera es mucho, pero espero, que con mi Investigación aporte valor publico.



3.2 Propuestas u opciones para fomentar valor público en este estudio de caso

- Que los derechohabientes cuenten con medicamento oportunamente
- Que sus aportaciones (\$), sean mejor administradas
- Que los derechohabientes recobren la confianza en el Instituto
- Brindar información confiable a los directivos, para posibles reestructuraciones en los procesos de consulta.
- Reducir costos.
- Optimizar recursos.

ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS PÚBLICOS

4.1 Importancia conceptual del enfoque de readministración en este estudio de caso

Al terminar mi investigación, espero que sirva de base para iniciar alguno de estos enfoques novedosos, al hacer un análisis profundo del proceso del consumo de medicamentos desde donde nace este proceso, hasta el usuario que lo consume, esperando contar con el apoyo de la dirección y poder ver el fruto de mi trabajo y sobre todo poder ver aunque sea a largo plazo el beneficio que de a la gente. Yo creo que al modificar algún proceso de la administración tradicional, y poner en marcha los nuevos enfoques de reingeniería y de readministración se viene en cadena una serie de cambios positivos e innovadores, y sobre todo enfocados a beneficiar a los derechohabientes, participando los diferentes niveles y procesos encargados de la salud.

Estos cambios se van dando conforme las organizaciones maduran, inclusive en el Instituto Mexicano del Seguro Social, hay algunas unidades que sobresalen a pesar de regirnos por las mismas normas y procedimientos, cada directivo le da su enfoque muy particular a la dirección de estas.



4.2 Conceptos o categorías del pensamiento estratégico (Bazaga, 1997)

Básicamente el pensamiento estratégico de mi tema de investigación es brindar a largo plazo una mejor atención y tratamiento médico que repercute en una comunidad más sana, mejor atendida y por consiguiente para los mexicanos, unas Instituciones Mexicanas, más eficiente con calidez en su atención, eficaz y eficiente.

Retomar, la esencia de los Institutos, ir más allá de nuestras misiones, ¿para qué estamos? Para brindar Seguridad Social, derecho de todos los Mexicanos.

INSTITUCIONES DE SALUD

“La Organización Mundial de la Salud, el organismo de las Naciones Unidas especializado en salud, se creó el 7 de abril de 1948. Tal y como establece su Constitución, el objetivo de OMS es que todos los pueblos puedan gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr”.¹²

En México 5 años antes, durante el gobierno del Presidente de la República Manuel Ávila Camacho (1943) nace el Instituto Mexicano del Seguro Social, con una composición tripartita, integrado, por representantes de los trabajadores, de los patrones y del Gobierno Federal. Sin embargo 26 años antes en la Constitución Política de 1917, en su Artículo 123 establece, las responsabilidades de los patrones en riesgos de trabajo, enfermedades profesionales, y medidas legales sobre higiene y seguridad.

¹² <http://www.who.int/about/es/>



El primero de diciembre de 1940, el Presidente Ávila Camacho anunció:

"...todos debemos asumir desde luego el propósito, que yo desplegaré con todas mis fuerzas, de que un día próximo las leyes de seguridad social protejan a todos los mexicanos en las horas de la adversidad, en la orfandad, en la viudez de las mujeres, en la enfermedad, en el desempleo, en la vejez, para sustituir este régimen secular que por la pobreza de la nación hemos tenido que vivir".¹³

Como ya se mencionó en párrafos anteriores los afiliados (derechohabientes) de las instituciones de seguridad social cuentan con un seguro prepagado tripartita (trabajadores, empresas y Estado), que protege al trabajador y a su familia, incluyen los gastos de atención médica, estudios de laboratorio y gabinete, así como los medicamentos prescritos por los sus médicos.

¹³ http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS_SITIOS/IMSS_06/Institucion/SG/imss_tiempo



CAPITULO III

**“Costos para las
Instituciones de salud
de medicamentos no utilizados”: El caso
de Ensenada**

INSTRUMENTOS DE ANÁLISIS

PLAN PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS

Planteamiento

Objetivo: Determinar cantidad y costo de medicinas encontradas en los hogares de los derechohabientes que no fueron consumidas, pertenecientes a las diferentes fuentes para su obtención.

Pregunta: ¿Qué costo tiene para las instituciones del sector salud (IMSS, ISSSTE, ISTECAI, etc.) el medicamento que no consumió el derechohabiente por interrumpir un tratamiento prescrito por él medico familiar en enfermedades crónico-degenerativas, en la Ciudad de Ensenada, B. C.?



Plan

¿Cuáles son las fuentes?

Padres de familias de la Ciudad.

¿Dónde se localizan?

En la Ciudad de Ensenada, Baja California.

¿A través de que método se recolectaran los datos?

Encuesta, utilizando un cuestionario que será aplicado por el entrevistado capacitado.

¿De que forma se prepararan los datos para que puedan analizarse?

Matriz de datos.

El municipio de Ensenada cuenta con 24 delegaciones, con un total de población de 305,557, ¹⁴ según último censo del 2000, Se aplicaron encuestas únicamente en la ciudad de Ensenada, con 192,550 habitantes, distribuida entre 108 colonias de diferentes estratos sociales, divididas en 3 Sectores Y consistió en lo siguiente:

¹⁴ <http://www.e-local.gob.mx/work/templates/enciclo/bajacalifornia/index2.html> La población de 1970 en la zona urbana era de 77,687 y para el 2000, de 305,557 reflejando un crecimiento de 227,870 habitantes, incrementándose cuatro veces en esas tres décadas, mientras que para la zona rural, en el mismo período el crecimiento fue de 24,437 habitantes; Casi dos veces más que la población en el mismo período.



El total de encuestas a aplicar se obtuvo del programa Stats CD incluido en el libro de Roberto Hernández Samperieri, el programa nos calcula el tamaño de la muestra necesaria:

Tamaño de la población: 192 550 habitantes.

Numero de personas aproximadamente que habitan en los hogares: 4

Por lo tanto se dividió el total de habitantes entre los cuatro miembros que integran una familia.

Tamaño del Universo:	48,137
Error máximo aceptable:	5%
Porcentaje estimado de la muestra	50 %
Nivel deseado de confianza:	95%
Tamaño de la muestra	381

La encuesta se muestra en anexos.



Como las características de las zonas son muy similares en algunas áreas geográficas, Se dividió la ciudad en 3 sectores, cada sector cubre las siguientes colonias de Ensenada.

Sector		
1 azul	2 verde	3 naranja
20 de noviembre	28 de agosto	17 de abril
3er ayuntamiento	3 de octubre	2 de septiembre
Acapulco fracc.	Alisos	89 popular
Arboledas	Bahía ensenada	Aguajito
Azteca	Bahía frac.	Aguajito Ampl..
Camilo flores	Bonifaz popof	Bellavista
Ignacio Altamirano	Bronce	Benito Juárez
Juan D. residencial	Buenaventura Ampl..	Carlos salinas de Gortari
La joya hussongs	Buenaventura	Ejido Ruiz cortinez
Las fincas	California	Emiliano zapata
Las palmas II	Carlos pacheco	Empleados
Las palmas III	Comercial misión	Francisco villa
Loma dorada	Costa azul	Granjas el gallo
Loma dorada brisas	Costa bella	Ignacio allende
Lomas de san marino	Ctro. Comercial parían	Industrial
Lomas del mar	Cuauhtemoc	Jalisco
Modema	Delgado	La esperanza
Modema ampliación	Ecólogos	La joyita
Modema oeste	Hidalgo	Las flores
Nueva ensenada	independencia	Las margaritas
Playa ensenada	Jesús Murguía	Las peñitas
Playa hermosa	Las rosas	Lázaro cárdenas I sec.
Playitas club del mar	Lomas de valle verde	Lázaro cárdenas II sec.
Quintas santa lucia	Los laureles	Libertad
San marino	Los olivares	Loma linda
Sección p. centro	Luis Echeverría	Lomitas
Territorio sur	Maestros	Lomitas de relotificación
Valle dorado	México	Mar
Valle dorado 7 lagos	Misión	Márquez de león
Valle dorado z. Ríos	Piedras negras	Morelos
Vermar	Popular valle verde	Rancho bonito
Zona playitas	Reforma	Sexto ayuntamiento
Loma linda saad	Reforma ampliación	Terrazas el gallo
Chapultepec ampliacion.	Revolución	Villa bonita
Chapultepec	Revolución Ampl..	Los olivos
	Ulbrich	
	Valle verde	
	Foviste II,II,IV	



Procedimiento: Se diseño un cuestionario. Los cuestionarios se aplicaron por entrevistadoras a una muestra de sujetos adultos, padres de familia.

Población: todos aquellos sujetos hombres o mujeres de mas de 18 años de edad, de preferencia padres de familia que vivan en un departamento o casa propio o rentado de la ciudad.

Diseño por racimos: se utiliza la estrategia de muestrear por racimos y se recurre al uso de un mapa actualizado de la ciudad, el cual muestra que en la ciudad se encuentran localizadas 108 colonias, las colonias se utilizaran como racimos, es decir, como unidades muéstrales.

Sector	Numero colonias	Numero de hogares entrevistados
1	35	127
2	38	127
3	35	127
Total:	108	381



CAPITULO IV

RESULTADOS

“Costos para las Instituciones de salud de medicamentos no utilizados”: El caso de Ensenada Se analizaron las cantidades de medicamentos encontrados en los hogares que no fueron consumidos por cualquier integrante de la familia prescritos por su medico familiar, perteneciente a ocho Instituciones medicas, de las cuales siete pertenecientes a seguridad social y asistencia social y una a cualquier Institución medica privada.

Es importante mencionar que en la formulación del problema planteado en este estudio de caso el costo que buscamos es dirigido al sector público, pero al realizar el sondeo en la Ciudad, también aparecen pacientes del sector privado, por tal motivo es importante que se mencionen los hallazgos encontrados.

Contestando la primer pregunta del planteamiento del problema tenemos:

- **¿Qué cantidad de medicamento tienen los pacientes, en su domicilio?**

A partir de la muestra de usuarios (n=381) pertenecientes a un Universo de 48,137 habitantes a la delegación Ensenada. El 85 % de los medicamentos encontrados pertenecen a filiados del IMSS, el 6 % al Seguro Popular, 5% al ISSSTE y solo el 2 % ISSTECALI, así como 2% a los pacientes de las Instituciones privadas, los resultados obtenidos en la MARINA, SEDENA Y SSA, no son significativos, pues presentan menos de 1 %.

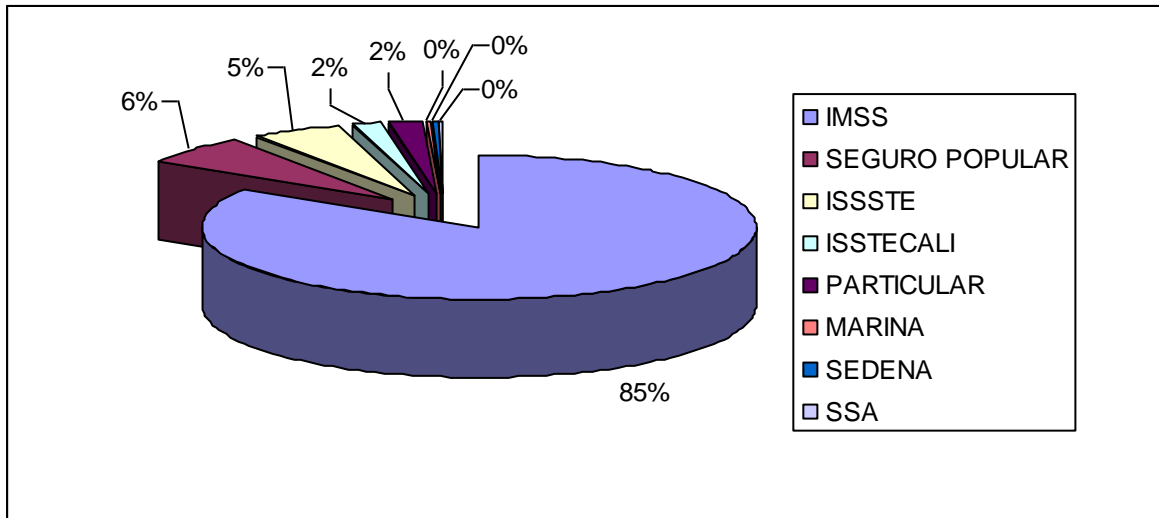


De las 381 encuestas realizadas se encontró que en 199 domicilios respondieron que sí tenían al menos un medicamento en su hogar, sin determinar que tipo, que representa el 52% del personal encuestado.

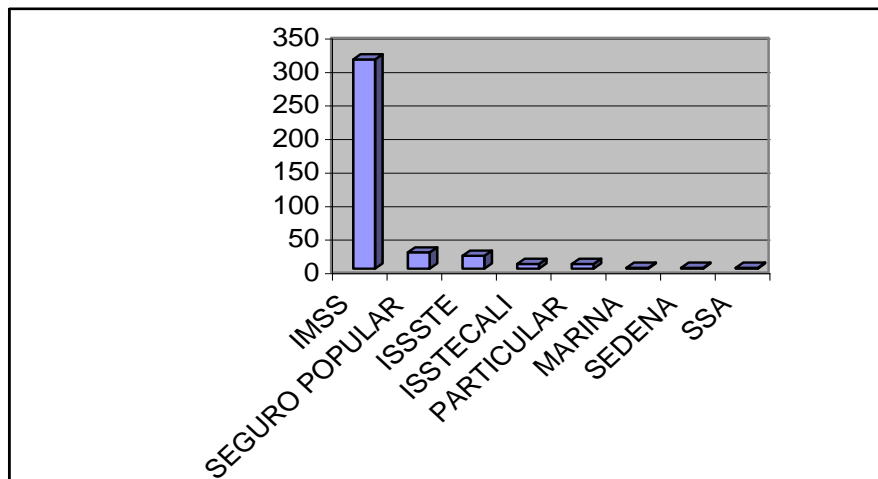
La distribución que se encontró en relación a la Institución de donde acuden nuestros encuestados a atender sus problemas de salud fue de la siguiente manera:

Institución	No. de encuestas	%
IMSS	196	51
Seguro Popular	117	30
Particular	55	
ISSSTE	7	1.8
SEDENA	3	.7
SSA	3	.7
Total:	381	100

La encuesta no obtuvo información sobre la cantidad original que le prescribió su médico, cuando se les pregunto el motivo por el cual suspendieron su tratamiento algunas personas contestaban que se aliviaron, otras contestaban que por que les había caído mal, algunos que simplemente les sobro, otros pocos contestaron que su familiar había fallecido.



Porcentaje de medicamento encontrado en la Ciudad, por Institución obtenido de las encuestas aplicadas



Cantidad de medicamento encontrado en la Ciudad, por Institución obtenido de las encuestas aplicadas



DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS			
Categoría	Frecuencia	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
IMSS	312	83.9	83.9
SEGURO POPULAR	24	6.5	90.3
ISSSTE	19	5.1	95.4
ISSTECALI	7	1.9	97.3
PARTICULAR	7	1.9	99.2
MARINA	1	0.3	99.5
SEDENA	1	0.3	99.7
SSA	1	0.3	100.0
TOTAL	372	100.0	

Prácticamente es el IMSS el que presenta mas de tres cuartas partes del total de medicamentos encontrados, con 312 medicamentos de diferentes cantidades, llama la atención que MARINA SEDENA Y SSA, no cuentan con medicamento.

Encontré que de las 381 encuestas 199 manifestaron contar con al menos alguna cantidad de medicamento que no tomaron y que tenían en su domicilio como sobrante, esto representa el 52 % de los entrevistados.

También se determino el numero máximo de medicamentos que un solo paciente contaba fue de tres tipos (analgésico, antiinflamatorio y antibiótico).

¿ Qué costo financiero representa?

El gasto en medicamento se entiende como la cantidad de dinero que la Institución paga para la adquisición de los mismos.

Las estimaciones del gasto en medicamentos se realizaron tomando en consideración el costo por caja en las farmacias particulares, que correspondió al



periodo de la encuesta, es decir, de los meses de junio a septiembre (4 meses) de 2006.

Trazador	Medicamento	Costo
1	Analgésicos	\$ 9,236.67
2	Antiinflamatorios	\$ 6,972.25
3	Antibióticos	\$ 9, 218.72
4	Antihipertensivos	\$ 7,112.6
5	Hipoglicemiantes	\$ 6,710.00
Totales		\$ 39, 250.24

El medicamento que predominó en los domicilios de los encuestados fueron los analgésicos, en segundo lugar los antiinflamatorios en tercer lugar los antibióticos y pocos significativos los antihipertensivos y los hipoglicemiantes.

- **¿Qué institución pierde más recursos, por sus afiliados, al no consumir completo su tratamiento?**

La institución que en las encuestas se detectó con medicamentos en su domicilio correspondió al Instituto Mexicano del Seguro Social, esto debido probablemente a que la mayoría de la población cuenta con un empleo formal que les proporciona los servicios en esta institución, en segundo lugar al Seguro Popular, forma parte de la estrategia gubernamental para mantener a la población sin empleo formal y de bajo recursos con esta institución para solventar sus problemas de salud.



El Instituto Mexicano Del Seguro Social en los encuestados que no consumieron o terminaron su tratamiento representó a \$ 19,491 pesos el haber otorgado el medicamento y no haberlo consumido.



CAPITULO V

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

“Costos para las Instituciones de salud de medicamentos no utilizados”: El caso de Ensenada En la mayoría de los países en desarrollo, el acceso a medicamentos es uno de los principales problemas, ya que solo el 25% de estos tiene acceso a los medicamentos.

Lograr la utilización en cantidades suficientes, de buena calidad en presentaciones adecuadas y al menor costo posible y lograr que se utilice en forma racionada.

Por tal motivo algunos autores mencionan el abuso en la prescripción de medicamentos como analgésicos, antiinflamatorios o antibióticos, etc. en la demanda de servicios médicos de primer nivel de atención.

Por consiguiente coincide lo que la literatura nos dice con los hallazgos reflejados en nuestro trabajo.

La población que se encontró que tiene mas medicamento es su hogar esta afiliada al Institución Mexicano Del Seguro Social y esta institución es la que mas recursos perdió por sus afiliados al no consumir en su totalidad los medicamentos prescritos por su medico.

Otro aspecto importante que resulta es el comprobar que los padecimientos agudos son los que los pacientes no concluyen el tratamiento ya que los



analgésicos antiinflamatorios y antibióticos fueron los que mas se encontraron; en los padecimientos crónicos y degenerativos fueron los que consumieron su tratamiento y fueron los medicamentos menos encontrados en este estudio de caso.

Propuestas

1. Establecer una cuota de recuperación para algunos medicamentos, que su costo sea elevado (analgésicos, antiinflamatorios, antibióticos) y que fueron los que no se consumieron en su totalidad
2. Las presentaciones de los medicamentos ya están predeterminadas, 20,30 40,50 pastillas en cajas cerradas, si se contara con medicamento a granel y envasado en las farmacias seria más posible otorgar solo la cantidad necesaria que se requiere y no como se utiliza actualmente que es todo el contenido de la presentación en la caja.
3. Educar a la población, que no consumir un antibiótico por un tiempo ya establecido necesario para resolver la situación infecciosa del paciente, lo que lograra es provocar que ese medicamento no seria útil al ser utilizado para otra infección pues causa una resistencia.

Más importante aun en la educación, es la prevención en donde algunos padecimientos, no es necesario un medicamento para mantener el estado de salud de las personas.

Recordemos que este estudio de caso es exploratorio, que servirá de base a otros.



Anexos:

- A** Mapa de la Ciudad de Ensenada; Satélite y por colonias

- B** Densidad de Población Municipio de Ensenada por Delegaciones

- C** Diseño de la Encuesta aplicada

- D** Precios de medicamentos más comunes.

- E** Desglose de medicamentos por medicamentos

- F** Graficas de Resultados por Instituciones

- G** Tablas de Excel



Anexos A

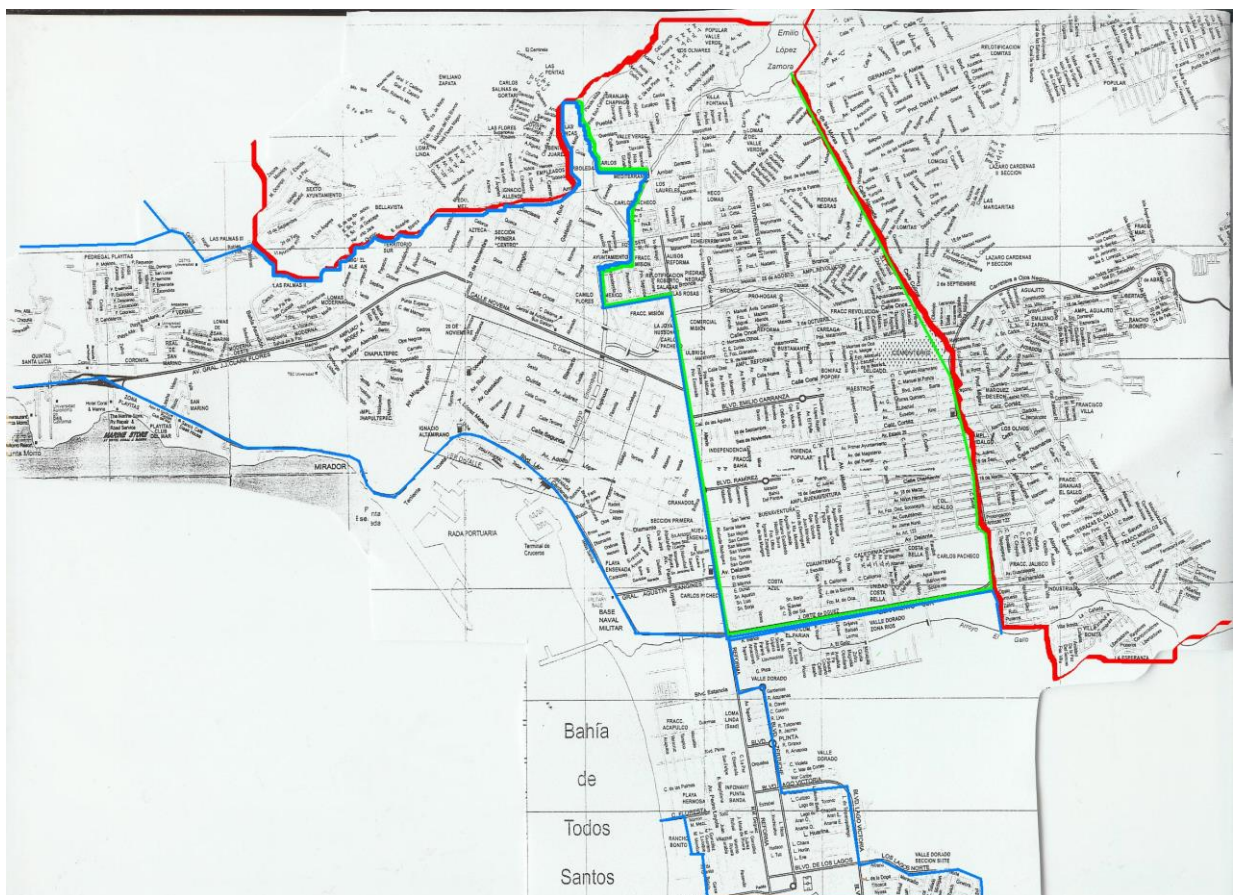
Mapas de la Ciudad de Ensenada



Mapa de la Ciudad de Ensenada, vía satélite.



Mapa de la ciudad de Ensenada, dividida por sectores.



MAPA DE LA CIUDAD DE ENSENADA, DONDE MUESTRA LOS TRES SEGMENTOS EN QUE SE DIVIDIÓ LA CIUDAD PARA LA APLICACIÓN DE ENCUESTAS CON LA DISTRIBUCIÓN POR COLONIAS.



Anexos B

Densidad de Población del Municipio de Ensenada por Delegaciones

Densidad de Población Municipio de Ensenada por Delegaciones

Delegación	Habitantes	KM ²	Densidad
Ensenada	192,550	325.00	592.46
La Misión de San Miguel	733	171.92	4.26
El Porvenir	1,434	184.19	7.78
Francisco Zarco	3,189	597.90	5.3
Real Del Castillo (Ojos Negros)	1,141	3,985.18	0.28
El Sauzal de Rodríguez	7,278	205.72	35.38
San Antonio de Las Minas	632	97.54	6.48
Chapultepec	290	82.48	3.57
Rodolfo Sánchez T. (Maneadero)	15,692	568.41	27.60
Santo Tomas	405	650.3	0.62
Eréndira	1,097	190.54	5.76
San Vicente	3,669	1,380.05	2.66
Valle de La Trinidad	2,982	3,227.07	0.92
Punta Colonet	2,155	2,488.38	0.87
Camalú	6,651	237.39	28.02
Vicente Guerrero	10,635	189.83	5.69
San Quintín	5,132	1,625.89	3.16
El Rosario de Arriba	2,122	6,632.13	0.33
Puertecitos	78	7,050.89	0.01
Guayaquil (El Mármol)	80	5,808.95	0.01
Punta Prieta	151	5,231.44	0.03
Bahía de los Ángeles	543	4,440.51	0.12
Villa Jesús María	410	6,353.00	0.06
Isla de Cedros	1,721	367.50	4.68



En la delegación de Ensenada se cuenta con una población de 192,550 habitantes en un área territorial de 325.00 kilómetros.

La distribución porcentual de la población por grupo de edad y sexo para el 2000 fue como se representa:

Municipio	Sexo	0-14 Años	15-64 Años	65 y Más
Ensenada	Hombres	50.6	56.3	3.8
	Mujeres	49.94	50.2	50.8

La edad mediana de la población del municipio es de 24 años, es decir, la mitad de la población tiene 0 y 24 años. La esperanza de vida de la población registrada en el Estado ha llegado a 76.34 años; siendo para los hombres de 74.26 años y para las mujeres de 78.42 años. El ritmo de crecimiento presentado en la década de 1980-1990 fue de 4.1%, disminuyendo a 3.9% anual en 1995-2000, por lo que de mantener este ritmo de crecimiento, su población podría duplicarse en 17.9 años aproximadamente.¹⁵

Esta información de crecimiento demográfico, y esperanza de vida, unida al desempleo creciente, que en Ensenada coexisten tanto enfermedades de la pobreza como infecciones intestinales, respiratorias agudas, muertes por cáncer en nuestras mujeres, y otras relacionadas con la longevidad o estilos de vida como las enfermedades crónico degenerativas, padecimientos mentales, agregando además las de drogadicción.

¹⁵ <http://www.e-local.gob.mx/work/templates/enciclo/bajacalifornia/index2.html>



Anexo D

Costos de las sustancias

Analgésicos		Costos/ farmacias particulares
	Sustancia	
1	naproxeno y paracetamol	62.00
2	Ibuprofeno	17.67
3	paracetamol	36.50
4	acetaminofen	46.20
5	celecoxib	250.00

Antiinflamatorios		Costos/ farmacias particulares
	Sustancia	
1	Naproxeno sódico	62.00
2	Diclofenaco	110.00
3	Piroxicam	75.00
5	Bencidamina	87.00

Antibióticos		Costos/ farmacias particulares
	Sustancia	
1	sulfato de amikacina ampollita	251.10
2	acido clavulanico	105.00
3	ampicilina 500 mg.	122.00
4	clorhidrato de ciprofloxacino	213.00
5	trimetropina con sulfametazol	132.00



Antihipertensivos		Costos/ farmacias particulares
Sustancia		
1	Captopril	518.00
2	Enalapril	224.50
3	Amlodipino	422.00
4	Nifedipino	124.00
5	Termisartan	328.00

Hipoglicemiantes		Costos/ farmacias particulares
Sustancia		
1	Glibenclamida	108.00
2	Metformina	80.00
3	Insulina	264.00
4	Acarbosa	158.00



Anexo E

Desglose de medicamentos por las tres Instituciones sobresalientes por tipo y cantidad.

IMSS	Cantidades		
	1 caja	½ caja	¼ caja
Medicamento			
Analgésicos	63	36	35
Antiinflamatorios	54	22	9
Antibióticos	41	11	8
Antihipertensivos	12	4	0
Hipoglicemiantes	11	0	0
Otros	5	0	1
Totales	186	73	53

Seguro Popular	Cantidades		
	1 caja	½ caja	¼ caja
Analgésicos	10	3	2
Antiinflamatorios	5	0	0
Antibióticos	0	0	0
Antihipertensivos	5	1	0
Hipoglicemiantes	0	0	0
Otros	10	0	0
Totales:	30	4	2

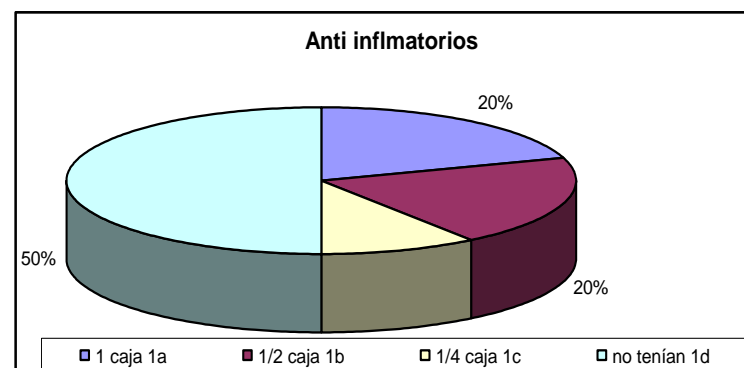
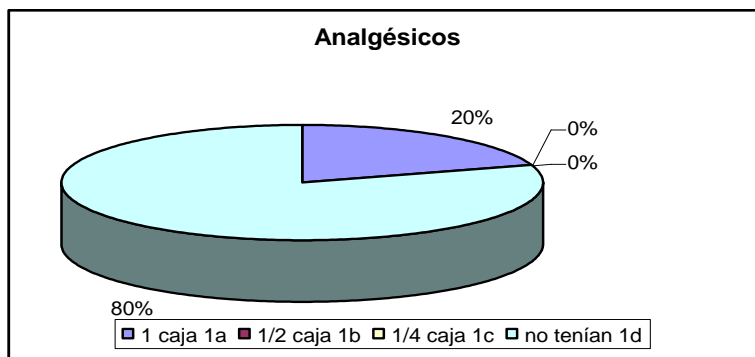
ISSSTE	Cantidades		
	1 caja	½ caja	¼ caja
Medicamento			
Analgésicos	2	6	1
Antiinflamatorios	2	2	1
Antibióticos	1	1	0
Antihipertensivos	0	0	0
Hipoglicemiantes	0	0	0
Otros	3	0	0
Totales	9	9	2



Anexo F

GRAFICAS DE RESULTADOS POR INSTITUCIONES

ISSTECALI



Analgésicos

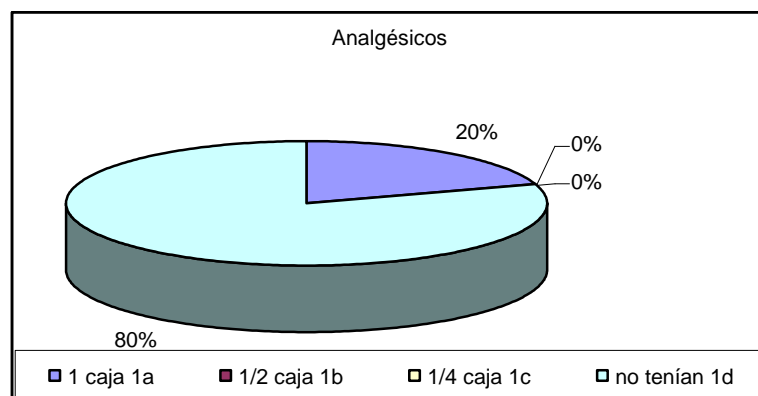
Categoría	Código	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 caja	1a	1	20.0	20.0
1/2 caja	1b	0	0.0	20.0
1/4 caja	1c	0	0.0	100.0
no tenían	1d	4	80.0	
total		5	100%	

Antiinflamatorios

Categoría	Código	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 caja	1a	2	20.0	40.0
1/2 caja	1b	2	20.0	50.0
1/4 caja	1c	1	10.0	100.0
no tenían	1d	5	50.0	
total		10	100%	



MARINA

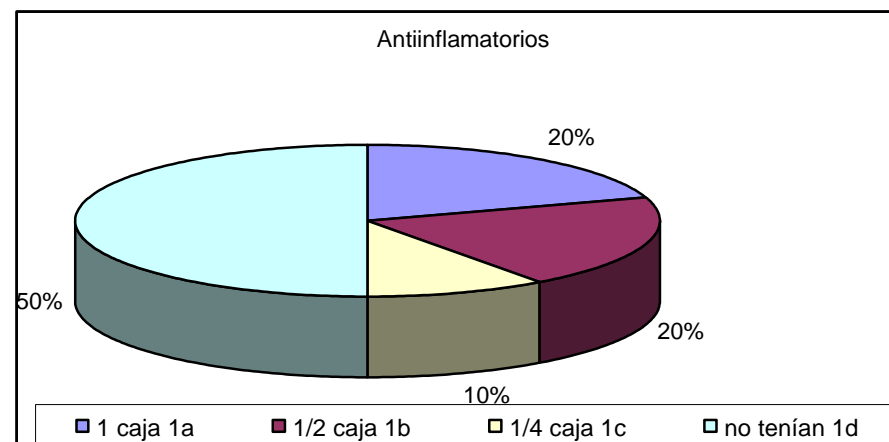
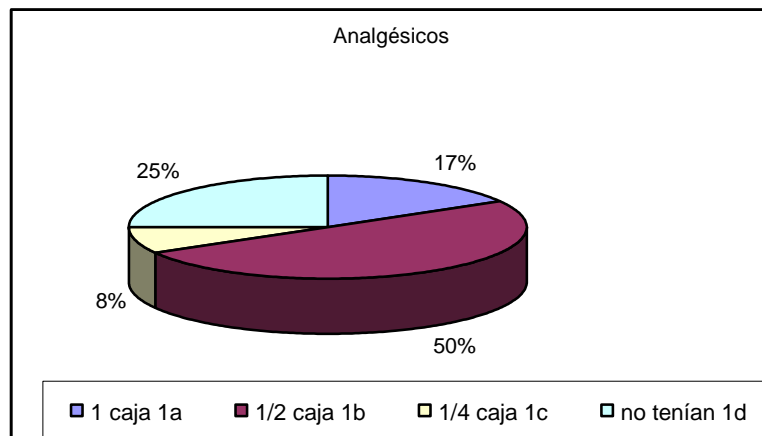


Analgésicos

Categoría	Código	Frecuencia	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
1 caja	1a	1	20.0	20.0
1/2 caja	1b	0	0.0	20.0
1/4 caja	1c	0	0.0	100.0
no tenían	1d	4	80.0	
total		5	100%	



ISSSTE

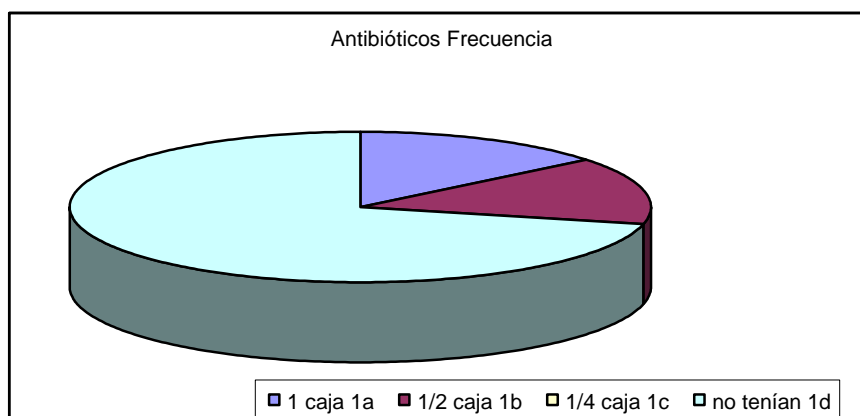


Analgésicos

Categoría	Código	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 caja	1a	2	16.7	66.7
1/2 caja	1b	6	50.0	75.0
1/4 caja	1c	1	8.3	100.0
no tenían	1d	3	25.0	
total		12	100%	

Antiinflamatorios

Categoría	Código	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 caja	1a	2	20.0	40.0
1/2 caja	1b	2	20.0	50.0
1/4 caja	1c	1	10.0	100.0
no tenían	1d	5	50.0	
total		10	100%	

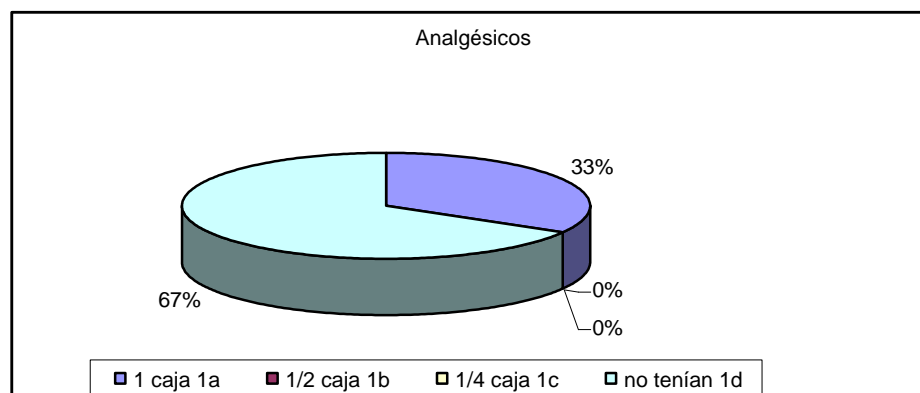


Antibióticos

Categoría	Código	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 caja	1a	1	14.3	28.6
1/2 caja	1b	1	14.3	28.6
1/4 caja	1c	0	0.0	100.0
no tenían	1d	5	71.4	
total		7	100%	



SEDENA

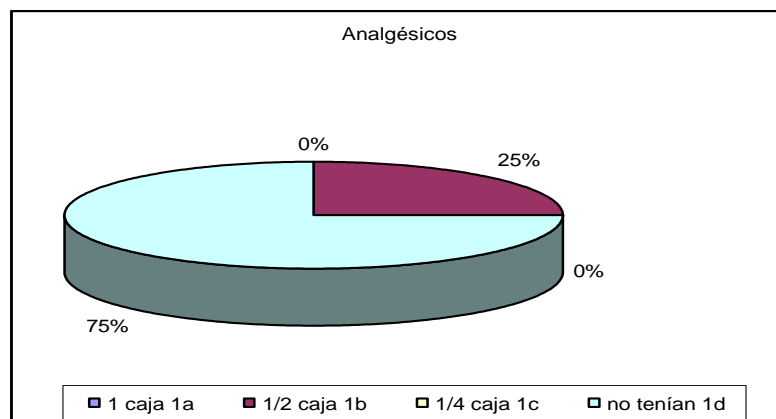


Analgésicos

Categoría	Código	Frecuencia	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
1 caja	1a	1	33.3	33.3
1/2 caja	1b	0	0.0	33.3
1/4 caja	1c	0	0.0	100.0
no tenían	1d	2	66.7	
total		3	100%	



SSA

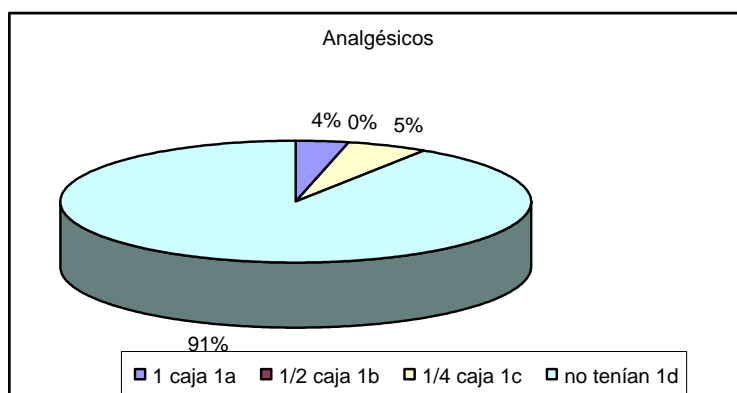


Analgésicos

Categoría	Código	Frecuencia	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
1 caja	1a	0	0.0	25.0
1/2 caja	1b	1	25.0	25.0
1/4 caja	1c	0	0.0	100.0
no tenían	1d	3	75.0	
total		4	100%	

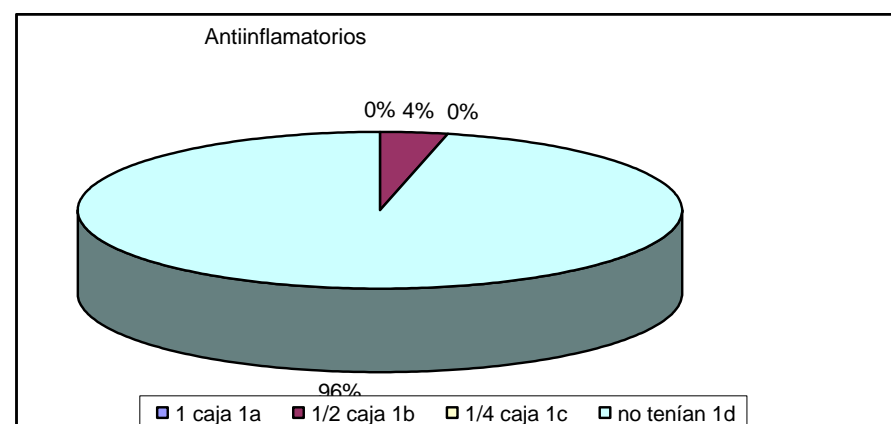


PARTICULAR



Analgésicos

Categoría	Código	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 caja	1a	2	3.6	3.6
1/2 caja	1b	0	0.0	9.1
1/4 caja	1c	3	5.5	100.0
no tenían	1d	50	90.9	
total		55	100%	

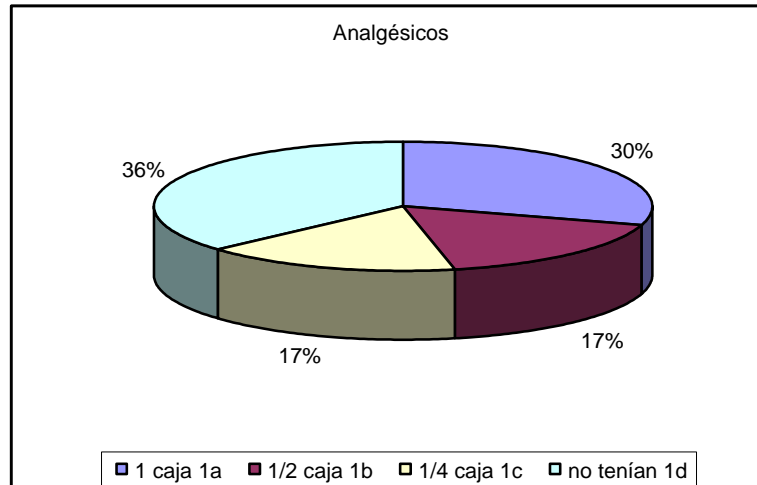


Antiinflamatorios

Categoría	Código	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 caja	1a	53	96.4	96.4
1/2 caja	1b	2	3.6	3.6
1/4 caja	1c	0	0.0	100.0
no tenían	1d	0	0.0	
total		55	100%	

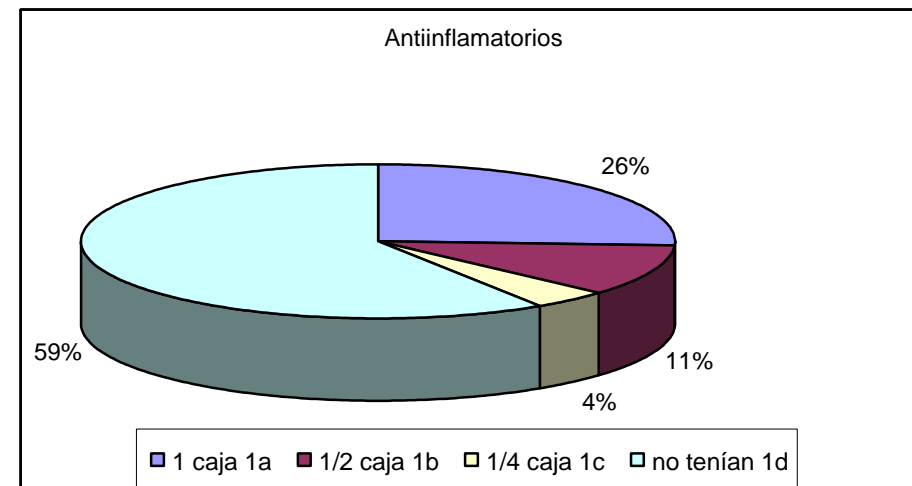


IMSS



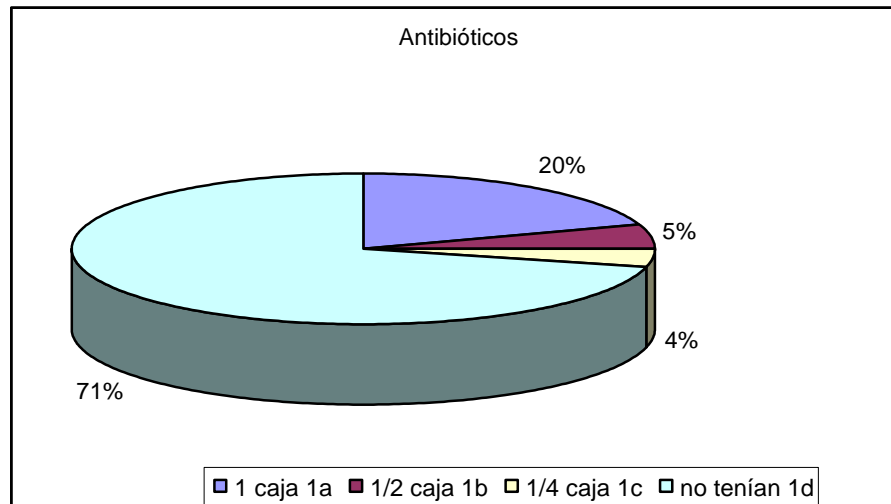
Analgésicos

Categoría	Código	Frecuencia	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
1 caja	1a	63	29.7	46.7
1/2 caja	1b	36	17.0	63.2
1/4 caja	1c	35	16.5	100.0
no tenían	1d	78	36.8	
total		212	100%	



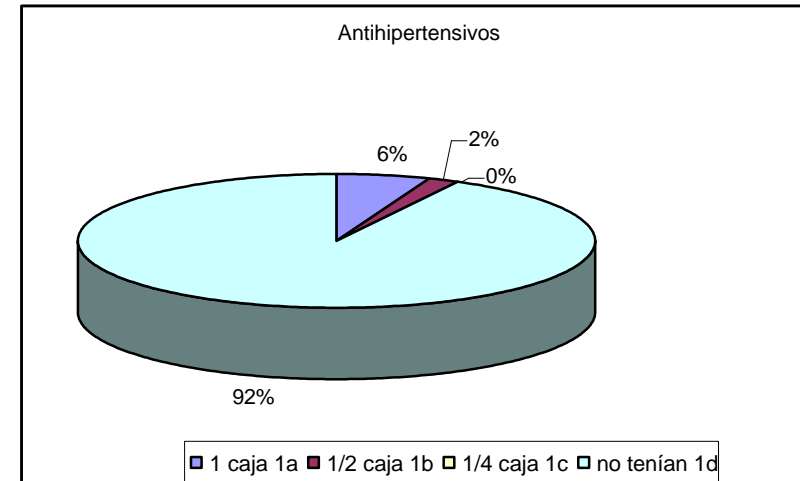
Antiinflamatorios

Categoría	Código	Frecuencia	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
1 caja	1a	54	26.0	36.5
1/2 caja	1b	22	10.6	40.9
1/4 caja	1c	9	4.3	100.0
no tenían	1d	123	59.1	
total		208	100%	



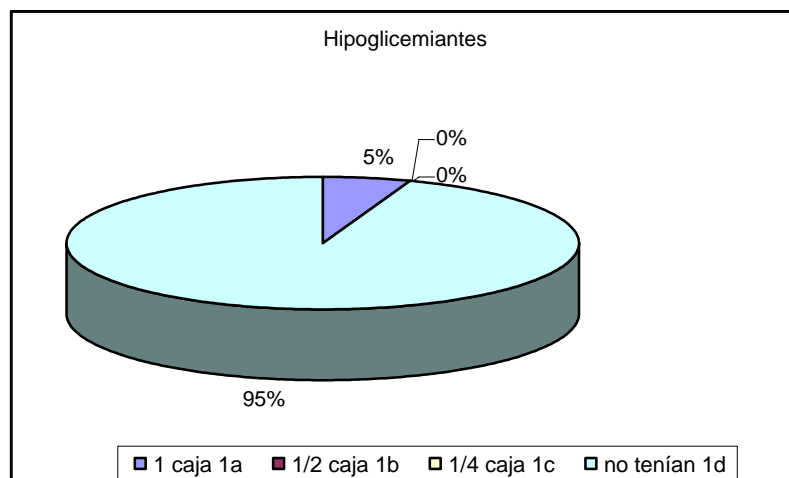
Antibióticos

Categoría	Código	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 caja	1a	41	19.7	25.0
1/2 caja	1b	11	5.3	28.8
1/4 caja	1c	8	3.8	100.0
no tenían	1d	148	71.2	
total		208	100%	



Antihipertensivos

Categoría	Código	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 caja	1a	12	5.9	7.8
1/2 caja	1b	4	2.0	7.8
1/4 caja	1c	0	0.0	100.0
no tenían	1d	189	92.2	
total		205	100%	

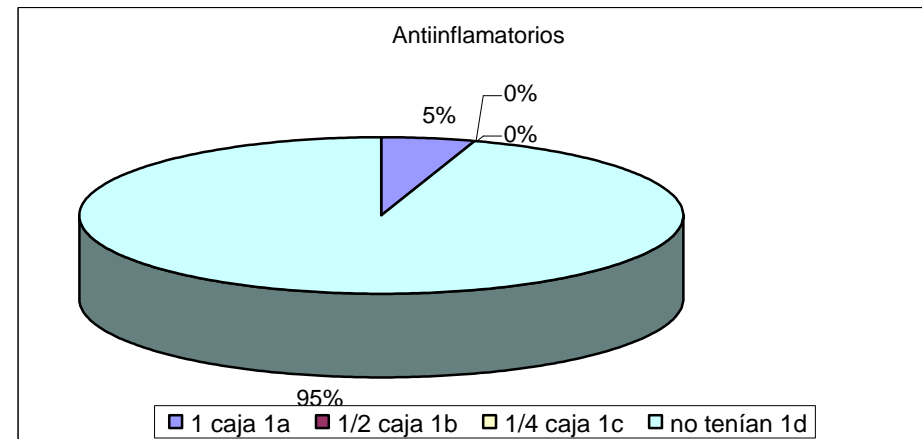
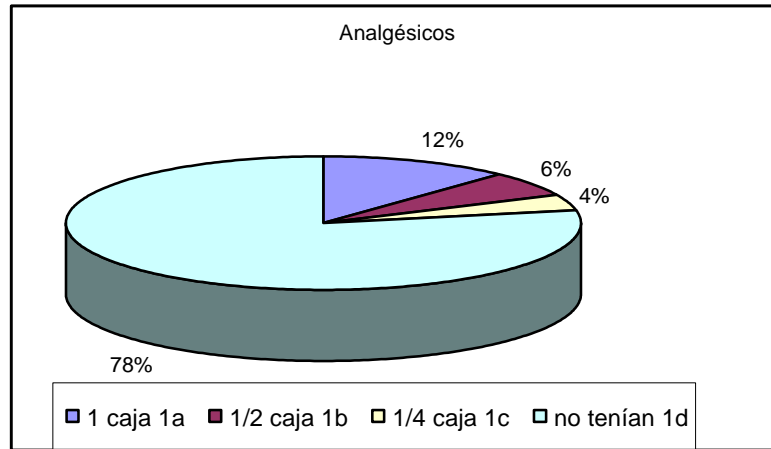


Hipoglicemiantes

Categoría	Código	Frecuencia	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
1 caja	1a	11	5.5	5.5
1/2 caja	1b	0	0.0	5.5
1/4 caja	1c	0	0.0	100.0
no tenían	1d	190	94.5	
total		201	100%	



SEGURO POPULAR



Analgésicos

Categoría	Código	Frecuencia	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
1 caja	1a	6	12.0	18.0
1/2 caja	1b	3	6.0	22.0
1/4 caja	1c	2	4.0	100.0
no tenían	1d	39	78.0	
total		50	100%	

Antiinflamatorios

Categoría	Código	Frecuencia	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
1 caja	1a	5	5.1	5.1
1/2 caja	1b	0	0.0	5.1
1/4 caja	1c	0	0.0	100.0
no tenían	1d	94	94.9	
total		99	100%	

















Bibliografía

1. Barquin Calderón Manuel, Dirección de Hospitales, Editorial Mc Graw Hill.1984.
2. Delgado Moya Rubén, Ley del Seguro Social, Comentada y una idea en torno a la seguridad social., Editorial ISTA.
3. Ruiz Duran Clemente, Sistemas de Seguridad Social en el Siglo XXI, Fundación Luís Donaldo Colosio A.C., Editorial diana. 1997.
4. Huber Diane, Liderazgo y Administración en enfermería, Mc Graw-hill Interamericana.1999
5. Enciclopedia, Hispánica, Barcelona, Buenos aires. Madrid, México, Panamá, Río de Janeiro, Sao Paulo. Tomo 13 Romel, Edwin Teotihuacan.
6. Rojas Soriano Raúl, Guía Para Investigaciones Sociales, Editores Plaza Y Valdés, 2002.
7. Rojas Soriano Raúl, métodos para la investigación social, una proposición dialéctica, Editores Plaza Y Valdés, 2002.
8. Tamayo y Tamayo Mario, diccionario de la investigación científica, editorial, Noriega. 1988. México.
9. Mercado H Salvador. ¿Cómo Hacer Una Tesis?, Limusa Noriega Editores, 2000.
10. Douglas A. Lind, Robert D. Mason, William G. Marchal, Estadística Para Administración Y Economía, Editorial Irwin Mcgraw-Hill. 2001.
11. Martínez H Ifigenia. Algunos Efectos De La Crisis En La Distribución Del Ingreso En México. Editorial Diana, 1989.
12. Olías De Lima Gete Blanca, la nueva gestión publica, editorial prestige hall.
13. A tu salud, revista de medicina preventiva, numero 12, febrero 2005, editada y publicada por el instituto mexicano del seguro social.



-
14. Cuestión social, revista mexicana de Seguridad Social no. 41 verano 1997 editada por la coordinación general de comunicación social.
 15. Ley del Seguro Social, octava edición, ediciones delma, 2004.
 16. Weber Max, sobre la teoría de las ciencias sociales, Ediciones Coyoacan, 2003.
 17. bunge Mario, la ciencia, su método y su filosofía, editorial nueva imagen, 1989.
 18. Essen teoría del conocimiento, editores mexicanos unidos 2000.
- Enciclopedia Hispánica Tema pedía tomo II enciclopedia, Hispánica, Barcelona, Buenos aires. Madrid, México, Panamá, Río de Janei