



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
ADMINISTRACIÓN  
PÚBLICA, A.C.

INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

---

---

**MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

**RVOE 871360**

**“ANÁLISIS DE LAS ADQUISICIONES EN LA SECRETARÍA DE  
SALUD. LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE ABASTO DE  
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA REGIÓN SUR DE MÉXICO  
(2012-2014)”**

**TRABAJO PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL GRADO  
DE MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

**PRESENTA  
Rufino Luna Gordillo**

**DIRECTORA: Doctora María de Jesús Alejandro Quiroz**

Ciudad de México

Marzo 2017

ÍNDICE	PÁG.
<b>Introducción.....</b>	<b>4</b>
<b>Capítulo 1. El quehacer del Estado en materia de Salud. El proceso de adquisición de insumos.....</b>	<b>6</b>
1.1 El Estado como garante del derecho a la salud.....	6
1.2 La Administración Pública Federal y el Sistema Nacional de Salud.....	13
1.2.1 La Administración Pública Federal.....	13
1.2.2 El Sistema Nacional de Salud y la Secretaría de Salud.....	17
1.2.3 Organización de la Secretaría de Salud.....	23
1.2.4 Formas de organización administrativa en la APF.....	32
1.2.5 Descentralización en la Secretaría de Salud .....	34
1.2.6 El Seguro Popular como ente financiador.....	40
1.3 El Proceso de adquisiciones de insumos en la SS.....	47
1.3.1 Artículo 134 de la CPEUM.....	47
1.3.2 LAASSP.....	51
1.3.3 Abasto de insumos en la Secretaría de Salud.....	59
<b>Capítulo 2. El Programa de Planificación Familiar en México (1970-2012).....</b>	<b>62</b>
2.1 La Planificación Familiar.....	62
2.2 Plan Nacional de Desarrollo y Programa Sectorial de Salud 2013-2018.....	77
2.3 El Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018.....	80
2.4 Abasto de métodos anticonceptivos en México.....	88
2.5 Financiamiento para la adquisición de anticonceptivos. Ramo 12.....	94
<b>Capítulo 3. Análisis del proceso de abasto de métodos anticonceptivos en la región sur (2014-2015).....</b>	<b>97</b>
3.1 La región sur de México.....	97

3.2 El proceso de adquisición de insumos.....	101
3.3 El procedimiento de abasto de insumos anticonceptivos en los estados del sur.....	107
3.4 Indicadores como herramienta de evaluación del abasto.....	116
3.5 Propuesta de mejora en el procedimiento de abasto de anticonceptivos.....	123
Conclusiones.....	127
Fuentes de Información.....	131

## **Introducción.**

El presente trabajo de investigación está dirigido al proceso de adquisición de métodos anticonceptivos para asegurar el acceso de la población a servicios de salud reproductiva. Se analiza dicho proceso desde la perspectiva del Estado como garante de derechos, incluyendo el derecho a la planificación familiar a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud que propone las políticas nacionales en materia de salud reproductiva, incluyendo planificación familiar, cáncer cérvico uterino y mamario, de atención materno infantil, de salud perinatal, de equidad de género, y de prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres como un problema de salud pública y que, entre sus atribuciones, se encarga de proponer o definir, según sea el caso, los mecanismos que permitan el control en el suministro y distribución oportuna, suficiente y de calidad de los insumos utilizados en los programas a su cargo, en coordinación con las unidades administrativas competentes.

El Programa de Acción Específico (PAE) Planificación Familiar y Anticoncepción, 2013-2018, tiene como finalidad contribuir a que la población disfrute de su vida sexual y reproductiva de manera informada, libre, satisfactoria, responsable y sin riesgos, mediante el desarrollo de estrategias y líneas de acción interinstitucionales en los tres órdenes de gobierno, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud, por ello, el análisis de los componentes de este PAE proporcionan una visión más completa sobre las acciones a realizar por el Estado en materia del aseguramiento de insumos anticonceptivos.

El PAE de Planificación Familiar y Anticoncepción reconoce los avances obtenidos a la fecha y plantea alcanzar al final de la Administración tres objetivos para atender los principales rezagos en este campo de la salud pública: 1) incrementar el acceso efectivo a servicios y mejorar la calidad de la atención en planificación familiar y anticoncepción; 2) atender las necesidades específicas de planificación familiar y anticoncepción de la población, particularmente en grupos en situación de desventaja social, y 3) incentivar la

paternidad activa y elegida y la responsabilidad del hombre en la planificación familiar y la anticoncepción.

Para cumplir lo anterior, es indispensable realizar la adquisición de anticonceptivos en tipo y cantidad suficiente que permita a la población identificar aquel que mejor le convenga bajo la orientación del personal de salud, para conocer la suficiencia en estos insumos se utilizan diversas medidas entre la que se encuentra la cobertura anticonceptiva y la disponibilidad de métodos; pese a que existen diversas fuentes de financiamiento que pueden ser utilizadas para su compra, ésta no se lleva a cabo de la mejor manera por las entidades federativas, ocasionando desabasto de uno o más métodos anticonceptivos, lo que produce menoscabo a la garantía que el Estado debe cumplir.

Debido a lo anterior, desde el 2014, se realizó por primera vez en la historia de la Secretaría de Salud, una compra a nivel federal que centralizó los recursos estatales provenientes del financiamiento que provee el Seguro Popular y se logró la adquisición de una amplia gama de métodos anticonceptivos.

En virtud de lo anterior, se hizo un análisis del estado que guardaba el abasto de insumos anticonceptivos desde el 2012 hasta el proceso de adquisición centralizada que se alcanzó a finales del 2014. Debido a la alta complejidad de análisis de este proceso en las 32 entidades federativas, se optó por evaluar dicho proceso en la región sur del país que comprende los estados de Oaxaca, Chiapas y Guerrero a través de la identificación de indicadores para realizar una comparativa con el resto de estados.

Para la elaboración de este trabajo de investigación se realizó la lectura de libros, textos oficiales, bases de datos, archivos especializados, documentos de internet y la normatividad relativa al aseguramiento de insumos y su proceso de adquisición.

El aporte de esta investigación a la Administración Pública centra su objetivo en proponer la ampliación de este modelo de compra centralizada a otros insumos que se consideran estratégicos en los diversos programas de salud pública y que asegurarían las acciones de prevención de enfermedades.

## **Capítulo 1. El quehacer del Estado en materia de Salud. El proceso de adquisición de insumos**

### **1.1 El Estado como garante del derecho a la salud**

El derecho administrativo considera al Estado como una realidad jurídico-político-social. Al hablar del Estado necesariamente tenemos que referirnos a la sociedad, puesto que aquél constituye un producto de la creación del hombre. Para poder sobrevivir, el ser humano se asocia con sus semejantes, por ello, Aristóteles afirmaba que el hombre no nace ni puede vivir aislado, sino solamente en sociedad.

Sánchez Agesta<sup>1</sup> en su deliberación sobre el Estado considera que debe ser comprendido como un todo, como una comunidad perfecta a la que nada le falta para cumplir su fin o –cuerpo místico- y que debe ser concebido como unidad orgánica. Es “...una comunidad organizada en un territorio definido, mediante un orden jurídico servido por un cuerpo de funcionarios y definido y garantizado por un poder jurídico, autónomo y centralizado que tiende a realizar el bien común, en el ámbito de esa comunidad”

En consecuencia, el Estado viene a constituir una especie del género sociedad, que representa la máxima agrupación de convivencia humana; es decir -la institución de las instituciones-.

De acuerdo con lo anterior, Humberto Delgadillo<sup>2</sup> considera que el Estado representa lo siguiente:

- a) Una comunidad social asentada establemente dentro de un territorio determinado;
- b) Un orden jurídico unitario;
- c) Un poder jurídico, autónomo y centralizado, que se manifiesta como soberano hacia el exterior e independiente hacia el interior;
- d) Tanto el poder como el orden jurídico tienden a la realización del bien común de la población que integra la comunidad social del Estado.

---

<sup>1</sup> Luis Sánchez Agesta. Los orígenes de la teoría del Estado en el pensamiento español del siglo XVI.

<sup>2</sup> Luis Humberto Delgadillo. Compendio de Derecho Administrativo. Primer Curso. Editorial Porrúa. 2008

De acuerdo con la definición de Serra Rojas<sup>3</sup>, el Estado es un producto social, una obra humana que se integra a lo largo de un proceso histórico, pletórico de luchas sociales y de intensa transformación de los grupos. El determinar lo que el Estado pueda hacer, es materia de disciplinas diversas que corresponden la totalidad de la vida humana. Es necesario, por tanto, la determinación de cuál debe ser la extensión y los modos para concretar y realizar los fines del Estado.

Es claro que el Estado fue creado para ciertos fines, sin embargo, desde sus orígenes estos han sido ampliamente discutidos y cuestionados, a pesar de ello, existe una corriente disciplinaria que considera que el Estado tiene una causa final, que en términos generales es la consecución de los fines humanos. De acuerdo con Delgadillo<sup>4</sup>, este fin último recibe el nombre de “bien común” y ha sido definido como “la común felicidad temporal, o sea la perfecta suficiencia de vida, debidamente subordinada a la bienaventuranza eterna; el buen vivir humano o la armónica plenitud de los bienes humanos, el bien humano en la plenitud y, según la proporción que requiera la naturaleza humana, el -bien común- perfecto en cuanto puede tenerse en este mundo”.

El Estado no debe ser una facción que gobierna con exclusividad, ni una organización al servicio de grupos privilegiados. Su finalidad es servir a todos sin excepción, procurando mantener el equilibrio y la justa armonía de la vida social. La idea del interés público es determinante en las instituciones políticas. Favorecer a un grupo con detrimento de otro, es crear profundas desigualdades sociales, que el Estado debe empeñarse en hacerlas desaparecer o al menos atenuarlas.

Por ello, Serra Rojas<sup>5</sup> considera que el Estado no debe tener otros fines que los de la sociedad, aunque ciertos fines forman tareas u operaciones técnicas de su actividad para facilitar o preparar el cumplimiento de los fines que se llevan a cabo en forma exclusiva o de facultades concurrentes con los particulares.

---

<sup>3</sup> Andrés Serra Rojas, Derecho Administrativo. Primer Curso. Ed. Porrúa. México, D.F. 1959.

<sup>4</sup> Luis Humberto Delgadillo, Op.Cit. Pág. 27

<sup>5</sup> Andrés Serra Rojas, Op.Cit. Pág. 23

Sin embargo, la satisfacción de las necesidades individuales de la población no le corresponde sólo al Estado, a través de sus funciones, sino que sólo facilita los medios idóneos para que se satisfagan. Al Estado le corresponde colmar las necesidades que han sido elevadas al rango de públicas, bien sea por incapacidad de los particulares para hacerlo, o por el hecho de ser inherentes a su soberanía.

Una necesidad es Pública, según José Ortiz Díaz<sup>6</sup>, “cuando el interés de todos los miembros de la colectividad personificados en el Estado, requiere que se provea de la misma por él. Por eso debe decirse que la Administración, más que satisfacer necesidades de interés general o colectivo, satisface necesidades públicas, aquellas previamente consideradas así por el legislador”.

La actividad del Estado se origina en el conjunto de operaciones, tareas y facultades para actuar, jurídicas, materiales y técnicas, que le corresponden como persona jurídica de derecho público y que realiza por medio de los órganos que integran la Administración Pública, tanto federal como local y municipal.

Las actividades jurídicas del Estado están encaminadas a la creación y cumplimiento de la ley, las actividades materiales son simples desplazamientos de la voluntad y las actividades técnicas son las acciones y aptitudes subordinadas a conocimientos técnicos, prácticos, instrumentales y científicos, necesarios para el ejercicio de una determinada actividad que capacitan al hombre para mejorar su bienestar.<sup>7</sup>

Tradicionalmente, la Doctrina ha clasificado a los fines del Estado en dos tipos: Los esenciales, superiores primarios o jurídicos; y los no esenciales, accidentales, secundarios o sociales.

Los primeros constituyen un mínimo de necesidades para que el Estado pueda subsistir, tales como defensa exterior, seguridad interior, obtención de medios económicos (actividad financiera, relaciones exteriores, etc.). Los segundos,

---

<sup>6</sup> José Ortiz Díaz, El Bien Común y la Administración Pública, en Estudios dedicados al profesor García Oviedo con motivo de su jubilación. Vol. I. Derecho Administrativo, pág. 465

<sup>7</sup> Andrés Serra Rojas, Derecho Administrativo, Primer Curso. Ed. Porrúa. Primera Ed. 1959, México. D.F.



por su parte, son aquellos que asume el Estado para lograr mejores condiciones de vida en sociedad.<sup>8</sup>

La sociedad conserva un campo extenso de actividades bajo vigilancia y estímulo del Estado. Esa Inmensa actividad privada, se puede resumir diciendo que el individuo, dentro del orden jurídico, puede hacer todo, con excepción de lo que la ley le prohíbe. Su capacidad general es la regla, la prohibición, el límite de su acción.

Es por esta razón por la que el funcionario es limitado en sus actividades, y no puede hacer otra cosa que lo que la ley le permite. Su incapacidad de obrar es estricta y subordinada al interés general.

El concepto de fin es un elemento necesario para determinar si el ideal contenido en la norma constitucional no se desvirtúa en el orden jurídico imperante, y realiza un propósito no implicado en la norma suprema. Se llama *desviación de poder*, cuando el funcionario se aparta de la finalidad que encierra la ley.

La vida social está en constante evolución y exige la intervención del Estado en formas cada vez más complejas, para orientar el desarrollo social. El Estado ejerce una función rectora de la vida social, pero la sociedad es la que finalmente imprime sus propias modalidades a las instituciones en general. Desde que aparecen las primeras formas de organización política, mucho antes que el propio Estado, surge la administración como acción cotidiana, incesante y renovándose en forma constante, anterior a la legislación y a la jurisdicción. El aumento de población extiende e intensifica las necesidades colectivas y reclama su satisfacción por los órganos públicos. Hoy el Estado lo ha invadido todo y nos hace pensar hasta qué punto el hombre puede prescindir de su intimidad humana.

En resumen, el bien común es el fin de toda sociedad; y el bien público es el fin específico de la sociedad estatal.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Luis Humberto Delgadillo, Op.Cit. pág. 28

<sup>9</sup> Andrés Serra Rojas. Op Cit. pág. 25

Según Humberto delgadillo<sup>10</sup>, para alcanzar los fines que se ha fijado, el Estado actúa de muy diversas maneras y en diferentes campos. Es por ello que se le encuentra realizando diversos hechos o actos materiales, actos jurídicos, acciones y procedimientos, los cuales efectúa ejerciendo sus facultades o atribuciones que el ordenamiento jurídico le ha conferido.

Siguiendo el camino que ha señalado la Doctrina, podemos mencionar las siguientes formas que asume la intervención estatal, en cumplimiento de las políticas económicas y políticas.

- a) Acción de ordenamiento. Alude al establecimiento del orden jurídico nacional, tanto federal como local;
- b) Acción de regulación. El Estado influye activamente en el mercado con diversos instrumentos financieros;
- c) Acción de sustitución. El Estado protagonista del proceso económico, o sea, una participación directa en organizaciones que producen bienes y servicios en el mercado.
- d) Acción de orientación y coordinación. Plan Nacional de Desarrollo y Planes particulares y específicos de actividad económica. El Estado Rector de la Economía Nacional.

El Estado en su doble carácter de gobierno y administración concreta sus fines, cometidos o competencias, en sus órganos jurídicos que forman una estructura especial. Son funcionarios y empleados públicos y los propios particulares, los que desarrollan la actividad del Estado encaminada a satisfacer las necesidades generales o de una manera general, todos los fines de la vida social.<sup>11</sup>

Toda esta actividad que desarrolla el Estado, es decir, lo que puede o debe hacer, por variada que sea, se puede resumir en tres formas esenciales, que se caracterizan por la naturaleza de la decisión adoptada.

En primer lugar, tenemos aquellos actos jurídicos y procedimientos que traen como consecuencia que la actividad del Estado se manifieste como expresión

---

<sup>10</sup> Luis Humberto Delgadillo Gutiérrez, Op.Cit. pág. 29

<sup>11</sup> Andrés Serra Rojas. Op. Cit. pág. 26

creadora de normas jurídicas. Por otro lado, se presentan aquellos actos o hechos jurídicos y procedimientos a través de los cuales actúa administrando los diferentes medios con los que cuenta, para que de una manera concreta, directa y continua satisfaga las necesidades públicas. Por último, existen también actos jurídicos y procedimientos con los cuales el Estado actúa resolviendo los conflictos de intereses, suscitados entre los miembros de la colectividad, o de ellos con el Estado.

Esta forma que reviste la actividad estatal constituye lo que tradicionalmente se ha conocido como “funciones del Estado”, y que son designadas, de acuerdo con la Teoría de la División de Poderes, como función legislativa, función administrativa y función jurisdiccional o judicial, respectivamente.

De acuerdo con tal teoría, el poder del Estado se expresa en esas tres formas, a través de los órganos que para tal efecto han sido creados, con funciones que le son atribuidas directamente por la Constitución. Así, tenemos a un Congreso al que se le asigna la creación de normas generales, impersonales, abstractas y obligatorias, para regular la actuación de los propios órganos y la de los sujetos que están sometidos al Estado. También se crea una organización judicial, cuya principal función será la solución de las controversias que se generen con la aplicación del Derecho; y, finalmente, el establecimiento de una Administración Pública, que se encargará de administrar los diferentes medios con los que cuenta, ejecutando las normas y proveyendo en la esfera administrativa a su exacta observancia, para que de manera concreta, directa y continua satisfaga las necesidades públicas.<sup>12</sup>

Es necesario, de acuerdo con lo anteriormente expuesto, estudiar la actividad del Estado en su función Ejecutiva, dado que a través de ésta es cómo el Estado proveerá efectivamente de las condiciones suficientes que den atención a las necesidades del colectivo.

Para lograr su cometido, el Estado debe ejercer sus funciones a través de la competencia, atribuciones o cometidos. Entre las funciones, la administrativa se define según Serra Rojas como “*la actividad que normalmente corresponde*

---

<sup>12</sup> Luis Humberto Delgadillo. Op.Cit. pág. 29

*al Poder Ejecutivo, se realiza bajo el orden jurídico y limita sus efectos a los actos jurídicos concretos o particulares y a los actos materiales, que tienen por finalidad la prestación de un servicio público o la realización de las demás actividades que le corresponden en sus relaciones con otros entes públicos o con los particulares, reguladas por el interés general y bajo un régimen de policía o control".*<sup>13</sup>

Desde el punto de vista formal, la función administrativa es la actividad que normalmente realiza el poder ejecutivo. La Administración Pública es la principal actividad que corresponde desarrollar al poder ejecutivo para la prestación de los servicios públicos. Los entes del poder público encargados de coordinar los recursos de diversa índole para el logro de ciertos objetivos constituyen la materia que integra a la Administración Pública. Por ello, a la Administración Pública también se le considera como aquella en que se tienen en cuenta los fines que ella persigue, los cuales pueden ser, a modo de ejemplos, lograr el bien común, satisfacer las necesidades colectivas, mantener la hegemonía de un grupo social, alcanzar la justicia social, hacer posible la vida en sociedad, garantizar la libre empresa.

Por todo lo anterior, se considera que la Administración Pública es la actividad del Estado que le permite cumplir las necesidades de la comunidad de forma directa, por ello, la Administración Pública debe ser desarrollada cumpliendo adecuadamente los preceptos legales que le permiten funcionar, dicho cumplimiento por parte de los funcionarios hará que el bienestar común sea una realidad ya que, de lo contrario, el menoscabo en la provisión de bienes y servicios por una inadecuada administración condicionará graves consecuencias en salud, educación, desarrollo social, seguridad pública, etc.

---

<sup>13</sup> Andrés Serra Rojas. Op. Cit. pág. 26

## 1.2 La Administración Pública Federal y el Sistema Nacional de Salud

### 1.2.1 Administración Pública Federal

Como ya lo abordamos anteriormente, el Estado encuentra en el Gobierno la representación del poder público, sin embargo, la actuación del Gobierno es realizada a través de la Administración Pública, por lo tanto, ha sido considerada como el Gobierno en acción, es decir, la materialización de las actividades que llevarán finalmente a cubrir las necesidades de la sociedad se dará precisamente a través de la Administración Pública.

Con base en lo anterior, Omar Guerrero<sup>14</sup> considera que la *Administración Pública constituye la actividad del Estado que está encaminada a producir las condiciones que facilitan la perpetuación de la sociedad y crear las capacidades de desarrollo de los elementos que la constituyen*. Se ha discutido sobre las condiciones que llevaron a la sociedad a conformarse en un Estado, entre estas se encuentran la necesidad de control por parte de una autoridad, a la cual le ceden parte de sus libertades para organizar la vida de los individuos de tal manera que la convivencia humana sea posible y por otro lado la necesidad de contar con ayuda mutua. Estas condiciones dieron pie a que Omar Guerrero definiera a la Administración Pública de dos formas:

*En sentido lato, administración pública es la actividad encaminada a acrecentar el poder del Estado y expandir sus fuerzas interiores al máximo; es decir, lo hace formidable. Constituye una capacidad que produce poder.*

*En sentido estricto, administración pública es la actividad que desarrolla la vida asociada a través del orden, la seguridad y la subsistencia; es decir, auspicia la convivencia civilizada. Consiste en una capacidad que produce civilidad.*

El concepto de administración se refiere a cualquier actividad pública o privada. En el concepto tradicional, el administrador decide los gastos, estudia, comprueba, recauda los productos de los bienes cuya gestión se le encomienda. En su acepción pública, considera la idea de pertenecer a todo el pueblo, lo que es o debe ser común a todo el pueblo. La administración pública

---

<sup>14</sup> Omar Guerrero. Principios de Administración Pública. Exposición realizada en el Aula Máxima de la Escuela Superior de Administración Pública ,ESAP, Santa Fe de Bogotá, D. e., septiembre 8 de 1997

o conjunto de instituciones administrativas, comprende toda actividad estatal, salvo las funciones legislativas, judicial o la de gobierno. La administración pública es una entidad constituida por los diversos órganos del Poder Ejecutivo Federal, que tienen por finalidad realizar las tareas sociales, permanentes y eficaces del interés general, que la Constitución y las leyes administrativas señalan al Estado para dar satisfacción a las necesidades generales de una nación.<sup>15</sup>

La forma en que la administración se organiza es aquella en que los diversos elementos que forman parte de la misma se coordinan en el ejercicio de sus funciones y determinan las relaciones que surgen con motivo de esa coordinación.

De acuerdo con el régimen del Estado Federal Mexicano, la administración pública se desenvuelve en varias importantes administraciones, entre ellas la administración pública federal, la de las entidades federativas y las administraciones municipales.<sup>16</sup>

La organización administrativa se presenta bajo diversas modalidades, pero los tipos a los que éstas pueden reducirse son fundamentalmente dos: el régimen de centralización y el régimen de descentralización.

El régimen de centralización administrativa se caracteriza porque los órganos se agrupan colocándose unos respecto de otros en una situación de dependencia tal que entre todos ellos existe un vínculo que, partiendo del órgano situado en el más alto grado de ese orden, los vaya ligando hasta el órgano de ínfima categoría, a través de diversos grados en los que existen ciertas facultades.

La relación jurídica que liga a los diversos órganos constituye lo que se denomina relación de jerarquía, la cual explica cómo se mantiene la unidad del Poder Administrativo a pesar de la diversidad de los órganos que lo forman, es decir, la conservación de la unidad está garantizada por la concentración del poder de decisión y del de mando.

---

<sup>15</sup> Andrés Serra Rojas. Op. Cit. pág. 79

<sup>16</sup> *Ibid.* Pág. 91.

La concentración del poder de decisión consiste en que no todos los empleados que forman parte de la organización administrativa tienen facultad de resolver, de realizar actos jurídicos creadores de situaciones de derecho, ni de imponer sus determinaciones. En la organización centralizada existe un número reducido de órganos con competencia para dictar esas resoluciones y para imponer sus determinaciones.<sup>17</sup>

La organización de la Administración Pública Federal, Centralizada y Paraestatal se encuentra descrita en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal<sup>18</sup>, a través de la cual se define que la Oficina de la Presidencia de la República, las Secretarías de Estado, la Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal y los Órganos Reguladores Coordinados integran la Administración Pública Centralizada y los organismos descentralizados, las empresas de participación estatal, las instituciones nacionales de crédito, las organizaciones auxiliares nacionales de crédito, las instituciones nacionales de seguros y de fianzas y los fideicomisos, componen la administración pública paraestatal.

Así mismo, en el Artículo 3° se describe que el Poder Ejecutivo de la Unión se auxiliará en los términos de las disposiciones legales correspondientes, de entidades de la administración pública paraestatal como los organismos descentralizados, empresas de participación estatal, instituciones nacionales de crédito, organizaciones auxiliares nacionales de crédito e instituciones nacionales de seguros y de fianzas, y Fideicomisos.

En el Título Segundo que corresponde a la Administración Pública Centralizada se define en el Capítulo I lo concerniente a las Secretarías de Estado. Dentro de este Capítulo, el Artículo 16 hace la descripción a la forma de organización para la atención de los asuntos propios de cada Secretaría de Estado como se menciona a continuación: “Corresponde originalmente a los titulares de las Secretarías de Estado el trámite y resolución de los asuntos de su competencia, pero para la mejor organización del trabajo podrán delegar en los funcionarios a que se refiere el artículo 14 de esta Ley, cualesquiera de sus

---

<sup>17</sup> Gabino Fraga. Derecho Administrativo. Primera Ed. 1934. Ed. Porrúa. pág. 166. México, 1966

<sup>18</sup> Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Últimas Reformas DOF 30-12-2015

facultades, excepto aquéllas que por disposición de ley o del reglamento interior respectivo, deban ser ejercidas precisamente por dichos titulares.

Los propios titulares de las Secretarías de Estado también podrán adscribir orgánicamente las unidades administrativas establecidas en el reglamento interior respectivo, a las Subsecretarías, Oficialía Mayor, y a las otras unidades de nivel administrativo equivalente que se precisen en el mismo reglamento interior.”

La distribución de los asuntos de la competencia de cada Secretaría se encuentra descrita en el Artículo 17: “Para la más eficaz atención y eficiente despacho de los asuntos de su competencia, las Secretarías de Estado podrán contar con órganos administrativos desconcentrados que les estarán jerárquicamente subordinados y tendrán facultades específicas para resolver sobre la materia y dentro del ámbito territorial que se determine en cada caso, de conformidad con las disposiciones legales aplicables.”

Para el logro de sus atribuciones, cada Secretaría de Estado definirá en su propio Reglamento Interior las condiciones bajo las cuales se procederá a ejecutar las acciones que lleven al cumplimiento de sus obligaciones, tal y como lo definen los artículos 18 y 19 de esta Ley:

Artículo 18. En el reglamento interior de cada una de las Secretarías de Estado que será expedido por el Presidente de la República, se determinarán las atribuciones de sus unidades administrativas, así como la forma en que los titulares podrán ser suplidos en sus ausencias.

Artículo 19. El titular de cada Secretaría de Estado expedirá los manuales de organización, de procedimientos y de servicios al público necesarios para su funcionamiento, los que deberán contener información sobre la estructura orgánica de la dependencia y las funciones de sus unidades administrativas, así como sobre los sistemas de comunicación y coordinación y los principales procedimientos administrativos que se establezcan. Los manuales y demás instrumentos de apoyo administrativo interno, deberán mantenerse permanentemente actualizados. Los manuales de organización general deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación. En cada una de las



dependencias y entidades de la administración pública federal, se mantendrán al corriente los escalafones de los trabajadores, y se establecerán los sistemas de estímulos y recompensas que determine la ley y las condiciones generales de trabajo respectivas.

### **1.2.2 El Sistema Nacional de Salud y la Secretaría de Salud**

Nuestro sistema de salud tiene casi 60 años de vida. Su fundación data de 1943, año en el que se crearon la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud (SSA), el IMSS y el Hospital Infantil de México, considerado el primero de los Institutos Nacionales de Salud.

Más tarde nacieron el Instituto Nacional de Cardiología, en 1944; el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, en 1946; el Instituto Nacional de Cancerología, en 1950; el ISSSTE, en 1960; y el Instituto Nacional de Neurología, en 1964.

Con las nuevas instituciones surgió la primera generación de reformas en salud, que buscó responder a las demandas del desarrollo industrial mediante el cuidado de la población obrera, atendida en los institutos de seguridad social.

Mientras tanto, la SSA se responsabilizó de la salud de los grupos campesinos y urbanos que no eran derechohabientes.

Para finales de los sesenta este modelo llegó a sus límites. El costo de los servicios se incrementó como resultado del aumento en el volumen e intensidad de la atención, y el sistema, que tenía prestaciones de universalidad, seguía sin dar cabida a gran número de familias de escasos recursos.

En los años setenta surgió la segunda generación de reformas, con la finalidad de crear un sistema nacional de salud. Así, en 1979 se creó el Programa IMSS-COPLAMAR (que en 1989 se transformó en IMSS-Solidaridad), dirigido a la población en el campo.

Años más tarde, la SSA instrumentó el Programa de Atención a la Salud para Población Marginada en Grandes Urbes, dirigido a las zonas de miseria urbana.

Con el objetivo de constituir la eventual integración de los servicios, en 1983 emergieron nuevas iniciativas, entre ellas el reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud y la promulgación de la Ley General de Salud. En este contexto comenzaron la descentralización de los servicios de salud dirigidos a la población no asegurada y un proceso de modernización administrativa de la SSA.<sup>19</sup>

El sistema mexicano de salud comprende dos sectores, el público y el privado. Dentro del sector público se encuentran las instituciones de seguridad social [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 (SP)]. El sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa.

De acuerdo con el artículo 4° de la Constitución Política de México, que prevé lo siguiente “...*Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general...*”. Donde la protección de la salud es un derecho de todos los mexicanos. Sin embargo, no todos han podido ejercer de manera efectiva este derecho. El sistema mexicano de salud ofrece beneficios en salud muy diferentes dependiendo de la población de que se trate.

En el país hay tres distintos grupos de beneficiarios de las instituciones de salud:

- Los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias;
- Los autoempleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, y sus familias, y

---

<sup>19</sup> [http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/gaceta/gaceta\\_010702/hoja7.html](http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/gaceta/gaceta_010702/hoja7.html)

- La población con capacidad de pago.

Los trabajadores del sector formal de la economía, activos y jubilados, y sus familias son los beneficiarios de las instituciones de seguridad social, que cubren a 48.3 millones de personas. El IMSS cubre a más de 80% de esta población y la atiende en sus propias unidades con sus propios médicos y enfermeras. El ISSSTE da cobertura a otro 18% de la población asegurada, también en unidades y con recursos humanos propios.

Por su parte, los servicios médicos para los empleados de PEMEX, SEDENA y SEMAR en conjunto se encargan de proveer de servicios de salud a 1% de la población con seguridad social en clínicas y hospitales de PEMEX y las Fuerzas Armadas, y con médicos y enfermeras propios. El segundo grupo de usuarios incluye a los auto-empleados, los trabajadores del sector informal de la economía, los desempleados y las personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, así como sus familiares y dependientes. Se trata de la población no asalariada, que debe distinguirse de la población que trabaja en el sector informal de la economía, que es sólo una parte de aquel universo.

Tradicionalmente, este sector de la población había recurrido, para resolver sus necesidades de salud, a los servicios de la SSa, los SESA y el IMSS-O, y recibía servicios sobre una base asistencial.

En la primavera de 2003, el Congreso aprobó una reforma a la Ley General de Salud que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y su brazo operativo, el SP. Este seguro entró en operación el 1° de enero de 2004 y cubre a los mexicanos que habían quedado excluidos de la seguridad social convencional.

Junto con sus familias, estos mexicanos representaban aproximadamente a la mitad de la población del país. En 2008, el SP contaba con más de 27 millones de afiliados. Estas cifras nos indican que en México todavía hay más de 30 millones de personas sin protección social en salud.

Esta población recurre, para atender sus necesidades de salud, a los servicios de la SSa, los SESA e IMSS-O. Alrededor de 24 millones se consideran

responsabilidad de la SSa y los SESA, y alrededor de siete millones se atienden en las unidades del programa IMSS-O.

Finalmente está la población que hace uso de los servicios del sector privado, a través de planes privados de seguro o pagos de bolsillo. Cabe destacar que tanto las personas con seguridad social como los pobres del campo y la ciudad que regularmente hacen uso de los servicios de la SSa, los SESA o IMSS-O, utilizan también los servicios de salud del sector privado, en particular los servicios ambulatorios.<sup>20</sup>

La Secretaría de Salud forma parte de las dependencias del Poder Ejecutivo formadas para el despacho de los asuntos del orden administrativo consignadas en el Capítulo II De la Competencia de las Secretarías de Estado y Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal en su Artículo 26.

Los asuntos que corresponde atender a la Secretaría de Salud se encuentran definidos en el Artículo 39 de la LOAPF<sup>21</sup> y que son los siguientes:

I.- Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; y coordinar los programas de servicios a la salud de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen.

II.- Crear y administrar establecimientos de salubridad, de asistencia pública y de terapia social en cualquier lugar del territorio nacional y organizar la asistencia pública en el Distrito Federal;

III.- Aplicar a la Asistencia Pública los fondos que le proporcionen la Lotería Nacional y los Pronósticos para la Asistencia Pública; y administrar el patrimonio de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal, en los términos de las disposiciones legales aplicables, a fin de apoyar los programas de servicios de salud;

---

<sup>20</sup> Octavio Gómez Dantés, Sergio Sesma, Víctor M. Becerril, Felicia M. Knaul, Héctor Arreola, Julio Frenk. Sistema de salud de México. Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S220-S232.

<sup>21</sup> Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Últimas Reformas DOF 30-12-2015

IV.- Organizar y vigilar las instituciones de beneficencia privada, en los términos de las leyes relativas, e integrar sus patronatos, respetando la voluntad de los fundadores;

V.- Administrar los bienes y fondos que el Gobierno Federal destine para la atención de los servicios de asistencia pública;

VI.- Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer a la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud. Asimismo, propiciará y coordinará la participación de los sectores social y privado en dicho Sistema Nacional de Salud y determinará las políticas y acciones de inducción y concertación correspondientes;

VII.- Planear, normar y controlar los servicios de atención médica, salud pública, asistencia social y regulación sanitaria que correspondan al Sistema Nacional de Salud;

VIII.- Dictar las normas técnicas a que quedará sujeta la prestación de servicios de salud en las materias de Salubridad General, incluyendo las de Asistencia Social, por parte de los Sectores Público, Social y Privado, y verificar su cumplimiento;

IX.- Organizar y administrar servicios sanitarios generales en toda la República;

X.- Dirigir la policía sanitaria general de la República, con excepción de la agropecuaria, salvo cuando se trate de preservar la salud humana;

XI.- Dirigir la policía sanitaria especial en los puertos, costas y fronteras, con excepción de la agropecuaria, salvo cuando afecte o pueda afectar a la salud humana;

XII.- Realizar el control higiénico e inspección sobre preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación y circulación de comestibles y bebidas;

XIII.- Realizar el control de la preparación, aplicación, importación y exportación de productos biológicos, excepción hecha de los de uso veterinario;

XIV.- Regular la higiene veterinaria exclusivamente en lo que se relaciona con los alimentos que puedan afectar a la salud humana;

XV.- Ejecutar el control sobre preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación y distribución de drogas y productos medicinales, a excepción de los de uso veterinario que no estén comprendidos en la Convención de Ginebra;

XVI.- Estudiar, adaptar y poner en vigor las medidas necesarias para luchar contra las enfermedades transmisibles, contra las plagas sociales que afecten la salud, contra el alcoholismo y las toxicomanías y otros vicios sociales, y contra la mendicidad;

XVII.- Poner en práctica las medidas tendientes a conservar la salud y la vida de los trabajadores del campo y de la ciudad y la higiene industrial, con excepción de lo que se relaciona con la previsión social en el trabajo;

XVIII.- Administrar y controlar las escuelas, institutos y servicios de higiene establecidos por la Federación en toda la República, exceptuando aquellos que se relacionan exclusivamente con la sanidad animal;

XIX.- Organizar congresos sanitarios y asistenciales;

XX.- Prestar los servicios de su competencia, directamente o en coordinación con los Gobiernos de los Estados y del Distrito Federal;

XXI.- Actuar como autoridad sanitaria, ejercer las facultades en materia de salubridad general que las leyes le confieren al Ejecutivo Federal, vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables y ejercer la acción extraordinaria en materia de Salubridad General;

XXII.- Establecer las normas que deben orientar los servicios de asistencia social que presten las dependencias y entidades federales y proveer a su cumplimiento, y

XXIII.- Establecer y ejecutar con la participación que corresponda a otras dependencias asistenciales, públicas y privadas, planes y programas para la asistencia, prevención, atención y tratamiento a los discapacitados;

XXIV.- Las demás que le fijen expresamente las leyes y reglamentos.

Del listado anterior, cabe destacar que en la fracción I, la Secretaría de Salud se encarga de lo relativo a definir lo conducente en los servicios médicos y salubridad general, contando entre éstos, a los servicios de planificación familiar, además de coordinar estos programas en la Administración Pública Federal. Otra fracción de suma importancia para el estudio de interés se refiere a lo expuesto como proveer a la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud descrito en la fracción VI. De igual manera, la atribución de planear, normar y controlar los servicios de atención médica y salud pública, entre otros, que le confiere la fracción VII le permite intervenir directamente en la forma en que se llevará a cabo la prestación de los servicios médicos y de salud pública incluida la planeación de los insumos.

Todo lo anterior es posible realizarlo en coordinación con las entidades federativas bajo lo descrito en la fracción XX que le otorga facultades a la Secretaría de Salud para coordinar los servicios con éstas.

Por todo lo anterior, la Secretaría de Salud se ha organizado de tal manera que cuenta con la infraestructura, recursos humanos y financieros para dar respuesta a las necesidades de la población en materia de servicios de salud y salud pública como a continuación se describe.

### **1.2.3 Organización de la Secretaría de Salud**

Durante el siglo pasado e inicios del actual, no se concebía aún un sistema público de prestación de servicios de salud, toda vez que el gobierno de la República se limitó a llevar a cabo acciones de control epidemiológico, fundamentalmente en puertos y fronteras. La asistencia social se manifestaba en acciones aisladas que prestaban las organizaciones eclesiásticas, las instituciones de beneficencia privada y los particulares, de manera desarticulada y casuística. Posteriormente, la desamortización de los bienes del clero dio lugar a que las instituciones de asistencia en el Distrito Federal

quedaran bajo el control del gobierno federal, con ello, la autoridad ejercía la vigilancia de los establecimientos asistenciales administrados por el ayuntamiento, a través de la Secretaría de Gobernación.<sup>22</sup>

En 1846 se creó el Consejo Superior de Salubridad, el cual en 1872 fue transformado. Poco después se crearon Juntas de Salubridad en cada uno de los estados, así como Juntas de Sanidad en los Puertos. El primer Código Sanitario se expidió en 1894, el cual concedió facultades al Ejecutivo Federal sobre puertos, fronteras y asuntos migratorios. En 1899 entró en vigor la Ley de Beneficencia Privada para el Distrito Federal y Territorios Federales, la cual establecía una Junta para promover y vigilar los establecimientos. Sin embargo, cabe destacar que, en la segunda mitad del siglo pasado, el estado no asumió la responsabilidad de prestar atención médica conforme a un criterio de universalidad. Las acciones efectuadas de prevención y restauración de la salud, en su mayoría, se constituían en expresión de algunos grupos y sistemas sociales preocupados por el bienestar de ciertos núcleos de población desprotegidos.

La segunda etapa se inició con la publicación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el 5 de febrero de 1917 cuyo artículo 73 previó la creación del Departamento de Salubridad y del Consejo de Salubridad General, y concluyó en 1982 en donde dicho ordenamiento establece las bases fundamentales de la seguridad social de los trabajadores.

En 1934 entró en vigor la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad, que previno la celebración de convenios entre el Departamento de Salubridad y los Gobiernos de los Estados para que se crearan los Servicios Coordinados de Salud Pública, órganos regionales de competencia coordinada y concurrente, para así sumar los esfuerzos de los niveles de gobierno y lograr la unificación técnica de los servicios.

En 1937 se creó la Secretaría de Asistencia, la cual, en 1943, se fusionó con el Departamento de Salubridad para constituir la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

---

<sup>22</sup> Manual de Organización General de la Secretaría de Salud. DOF: 17/08/2012



En 1947 se publicó la Ley de Secretarías y Departamentos, la cual otorgó a la Secretaría de Salubridad y Asistencia facultades para organizar, administrar, dirigir y controlar la prestación de servicios de salud; la asistencia y la beneficencia pública. Ese mismo año, se confió a la Secretaría de Salubridad y Asistencia la administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.

En 1954 se creó la Comisión Nacional de Hospitales. Por decreto se encomendó, a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la tarea de orientar los programas de construcción y organización de unidades hospitalarias y se declaró de interés y beneficio social la campaña para erradicar el paludismo.

En 1977, con base en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, se estableció el Sector Salud, entendido como el agrupamiento administrativo de entidades paraestatales bajo la coordinación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, para asegurar la coordinación operativa y el control de las entidades que actuaron en el campo de la salud.

En 1978 se instituyó la Comisión Intersecretarial de Saneamiento Ambiental, para apoyar la coordinación de las acciones que en materia de mejoramiento del ambiente llevaban a cabo las distintas dependencias y entidades competentes. Por lo tanto, esta segunda etapa se caracterizó por la centralización de los servicios de salud. Se desarrollaban acciones importantes, pero que no estaban programadas en forma integral, lo que generaba la dificultad de definir en esta etapa un Sector Salud formalmente constituido.

Entre las primeras acciones que se emprendieron, en la tercera etapa destacó la adición al párrafo penúltimo del artículo 4º. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de 1983, en la que se estableció el derecho a la protección de la salud como una garantía social.<sup>23</sup>

Asimismo, fue reformado el Código Sanitario para establecer lo que era responsabilidad de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. En este sentido, se reformó también la fracción I del artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, para enriquecer la atribución normativa y

---

<sup>23</sup> Manual de Organización General de la Secretaría de Salud. DOF: 17/08/2012

coordinadora de la Secretaría, al encargarse de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, y de coordinar los programas de servicios de salud de la administración pública federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que se determinen.

De esta manera, el Sector Salud quedó integrado por todas las entidades e instituciones de la Administración Pública Federal que desarrollaban funciones en la materia, teniendo como coordinadora a la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

El 30 de agosto de 1983, se expidió el Decreto mediante el cual el Ejecutivo Federal estableció las bases a las que se sujetó el programa de descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, con el cual se dio inicio la descentralización. Con base en este Decreto, en febrero de 1984 los gobiernos federal y estatal, en el marco del Convenio Único de Desarrollo, acordaron promover la descentralización de la vida nacional y fortalecer las bases del régimen federal, así como realizar conjuntamente las acciones necesarias para llevar a cabo la integración programática de los servicios de salud en los estados y, posteriormente, la integración orgánica de los servicios de salud a población abierta a cargo de la SSA, del IMSS-COPLAMAR y de la propia entidad.

El 7 de febrero de 1984 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Ley General de Salud, que definió la naturaleza y composición del Sistema Nacional de Salud, así como las facultades y atribuciones de la Secretaría en su carácter de coordinadora de dicho Sistema.

La Ley General de Salud<sup>24</sup> estableció las atribuciones en salubridad general; atención médica, salud pública y asistencia social y redistribuyó, con intenciones descentralizadoras, la competencia sanitaria entre la federación y las entidades federativas, como lo dispuso la enmienda constitucional. Igualmente, definió la naturaleza del derecho a la protección de la salud e

---

<sup>24</sup> Ley General de Salud. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. Texto vigente. Últimas reformas publicadas DOF 01-06-2016

instituyó los mecanismos que utilizó el estado para disponer de las condiciones que aseguraron su cumplimiento creciente.

El Ejecutivo Federal expidió el 8 de marzo de 1984, el Decreto por el que se descentralizan a las entidades federativas los servicios que prestaban la Secretaría en los estados y los que, dentro del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, denominado IMSS-COPLAMAR, proporcionaba el IMSS. El 7 de agosto de 1984 fue aprobado por el Ejecutivo Federal el Programa Nacional de Salud. Este programa se articuló a partir de las estrategias básicas de descentralización, sectorización, modernización administrativa, coordinación intersectorial y participación de la comunidad.

El 16 de agosto de 1984 se publicaron en el Diario Oficial de la Federación las bases de coordinación para la integración y descentralización de los servicios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Departamento del Distrito Federal. La expedición de los instrumentos jurídico-administrativos referidos con antelación, derivaron en modificaciones substanciales acontecidas al interior de la Secretaría. A partir de 1982 y en atención a la nueva concepción de organización y prestación de los servicios de salud a población abierta, se llevaron a cabo cambios de fondo en el esquema de organización y funcionamiento de la dependencia, a efecto de conformar la infraestructura administrativa necesaria que sustentó el desarrollo de las nuevas facultades y funciones conferidas a la Secretaría. Asimismo, esta etapa se caracteriza por un esfuerzo de descentralizar los servicios a población abierta, así como un intento de la simplificación y racionalización de las estructuras, procedimientos y sistemas de gestión.

El 21 de enero de 1985, se reformó la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, con lo cual la Secretaría de Salubridad y Asistencia cambió su nombre por Secretaría de Salud. En el periodo de 1988-1994, la entonces Secretaría de Programación y Presupuesto emitió las políticas de racionalización de recursos. Con base en lo anterior la Secretaría de Salud modificó su estructura orgánica en 1988, al realizar cambios importantes, en atención a las necesidades existentes.

Por su importancia, merece destacar en esta etapa la elaboración del Programa Nacional de Salud 1990-1994, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de enero de 1991.

Una de las acciones importantes realizadas el 14 de junio de 1991, fue la referente a las modificaciones a la Ley General de Salud, en las materias de planificación familiar, efectos del ambiente en la salud, control sanitario de medicamentos, estupefacientes, psicotrópicos, publicidad, control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, así como de autorizaciones sanitarias y sanciones administrativas.

Asimismo, merece destacarse que en julio de 1991 se estableció un nuevo esquema de organización de la Secretaría que atendió a las reformas legislativas y a las necesidades del país en materia de salud.

Para el periodo 1994-2000 y en cumplimiento con la política de racionalización del presupuesto federal, se creó la Dirección General de Normas, Supervisión y Desarrollo de los Servicios de Salud, con el propósito de establecer la normatividad para la operación y desarrollo de los servicios de atención médica, en coordinación con las unidades competentes. De la fusión de las Direcciones Generales de Atención Materno Infantil y de Planificación Familiar, se creó la Dirección General de Salud Reproductiva con el propósito de verificar criterios y dar seguimiento a los programas de planificación familiar y de atención materno infantil.

El 25 de septiembre de 1996 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud en las 31 entidades federativas, concretándose en 1997 con la firma de los convenios correspondientes para su creación como organismos públicos descentralizados.

Asimismo, la Secretaría de Salud en apego al Convenio de Coordinación para la Descentralización de los Servicios de Salud para la Población Abierta del Distrito Federal, transfiere al gobierno del Distrito Federal los recursos humanos, materiales y financieros que integraban la Dirección General de

Salud Pública en el Distrito Federal, así como los correspondientes al Hospital General de Ticomán.

En un segundo momento de esta etapa, el 1º. de julio de 1997, se presentaron cambios importantes en la estructura orgánica de la Secretaría, motivados por la necesidad de modificar el modelo organizacional con que se operaba, ya que como resultado de la descentralización de los servicios de salud, esta Dependencia se ubicó en un marco de operación eminentemente normativo y coordinador, razón por la cual se realizaron diversos cambios.

De esta manera, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el nuevo Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y el Acuerdo de Adscripción de sus Unidades Administrativas, con fechas 6 de agosto y 18 de diciembre de 1997, respectivamente, los cuales reflejaron los cambios en la estructura orgánica.

Desapareció la Subsecretaría de Planeación y se creó la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades a la que se le adscribieron las Direcciones Generales de Salud Reproductiva, de Promoción a la Salud y de Estadística e Informática, así como los órganos desconcentrados Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA y la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, integrada por la Dirección Adjunta de Epidemiología, el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, el Laboratorio Nacional de Salud Pública, el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA) y el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC).

El 15 de septiembre de 2000 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el nuevo Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y el 31 de octubre del mismo año, el Acuerdo de Adscripción Orgánica de las Unidades Administrativas de la Secretaría de Salud, que reflejaron los siguientes cambios en su estructura orgánica.

De la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, dependieron las siguientes áreas:

- Dirección General de Salud Reproductiva;

- Dirección General de Promoción de la Salud;
- Dirección General de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino;

Con la publicación del Reglamento Interior en el Diario Oficial de la Federación el 5 de julio de 2001, la Secretaría de Salud entró en su cuarta etapa, y cambió su estructura, de la siguiente manera:

La Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades cambió su denominación por Subsecretaría de Control y Protección de la Salud y se adscribieron a su tramo de control las siguientes áreas:

- Dirección General de Salud Reproductiva;
- Dirección General de Promoción de la Salud;
- Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica;
- Centro Nacional para la Atención de la Infancia y Adolescencia, y el
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA.

En esta Subsecretaría se canceló la Dirección General de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino, cuyas atribuciones y funciones pasaron a la Dirección General de Salud Reproductiva.

El reordenamiento tuvo como propósito contar con una estructura organizacional que coadyuvó al logro de los objetivos institucionales, sectoriales y del gobierno federal, a través del fortalecimiento de las funciones sustantivas que garantizaron un eficiente desarrollo de los programas asignados a cada una de las áreas que conformaron esta estructura y que respondieron a las necesidades reales de operación y productividad en beneficio de los usuarios, dentro de un esquema de optimización de recursos existentes en la Secretaría de Salud.

El inicio de la quinta etapa se puede considerar a partir de la aprobación por parte del H. Congreso de la Unión de las reformas y adiciones a la Ley General de Salud publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2003, mismas que representan un paso trascendental y un avance significativo para responder a la demanda de servicios de salud de la población mexicana.

En ella se establecen las bases para desarrollar nuevos mecanismos de acceso integral a los servicios de salud públicos bajo un sistema de aseguramiento universal en salud para quien no tiene acceso a la seguridad social. La expresión concreta es la creación de un Sistema de Protección Social en Salud que establece las bases equitativas para la aportación y concurrencia de recursos destinados a la atención a la salud.

Para cumplir lo anterior la Secretaría de Salud contempla la necesidad de contar con una adecuada estructura orgánica que permita extender la protección social antes señalada, así como la capacidad administrativa y gerencial que es requerida para instrumentar las reformas.

La reestructuración integral de la Secretaría de Salud de acuerdo al nuevo enfoque organizacional que presenta, es reorientar a la Estructura Orgánica Básica con el propósito de enfrentar los retos de equidad, calidad y protección financiera, con una correspondencia efectiva entre las prioridades del Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud.

Para esto, la Secretaría de Salud define los siguientes principios rectores para la reestructuración organizacional:

- Otorgar a la Secretaría de Salud la rectoría para conducir la política de salud y el Sistema Nacional de Salud.
- Delimitar las funciones de rectoría de la prestación de servicios de salud.
- Garantizar la eficiencia operacional y optimizar los recursos, eliminando duplicidad de funciones.
- Privilegiar el funcionamiento de las áreas sustantivas, reduciendo áreas administrativas.
- Percibir la modificación de la estructura orgánica de la Secretaría de Salud como un proceso permanente, en función de los tiempos técnicos, las restricciones presupuestales y el dinamismo de los cambios del contexto.

Los movimientos realizados a la estructura básica de la Secretaría de Salud constan de cambios de denominación y adscripción, así como cancelación y

creación de plazas como la creación como órgano desconcentrado de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, a la cual se le adscribe como establecimiento la Dirección General de Protección Financiera en Salud. Dicha comisión, es la encargada de establecer los criterios y políticas para la conducción del Sistema de Protección Social en Salud.

La Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud cambia su denominación por Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

La Dirección General de Salud Reproductiva, cambia su denominación por Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, convirtiéndose en órgano desconcentrado por función. Dicho órgano se encarga de los programas Mujer y Salud y Arranque Parejo en la Vida entre otros.

Cabe mencionar, que los cambios y modificaciones de esta reestructuración están soportados por el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud publicados el 19 de enero de 2004 en el Diario Oficial de la Federación.

#### **1.2.4 Formas de organización administrativa en la Administración Pública Federal**

La Administración Pública Federal se organiza de tal manera que los recursos para que los bienes y servicios necesarios para la prestación de acciones en salud se lleven a cabo de forma eficiente. En este sentido, la Secretaría de Salud distribuye recursos a las entidades federativas a través de diferentes fuentes de financiamiento, una de éstas es a través del Ramo 12 en la cual el recurso que llega directamente al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) es remitido con base en las prioridades de los programas federales a cada estado; sin embargo, la mayor cantidad de recurso es a través del Anexo IV del Seguro Popular que, conforme la Ley General de Salud en su Artículo 77 BIS-10 Fracción II está obligado a verificar que se provea "...de manera integral los servicios de salud, los medicamentos y demás insumos para la salud asociados, siempre que los beneficiarios cumplan con sus obligaciones".



Es así que en el Capítulo III de esta misma Ley se determina lo conducente a las aportaciones para el Sistema de Protección Social en Salud que en su Artículo 77 BIS-11 señala “El Sistema de Protección Social en Salud será financiado de manera solidaria por la Federación, las entidades federativas y los beneficiarios...”, lo que da una idea de la aportación solidaria entre estas tres partes para sustentar el recurso suficiente y necesario para la prestación de los servicios de salud, incluyendo el abasto de medicamentos.

En 2014 la Ley General de Salud presentó una reforma que permitió desde ese año el envío de recursos a las entidades federativas a través del Seguro Popular en forma de métodos anticonceptivos y no solo como recursos financieros de acuerdo al Artículo BIS-15 que a la letra dice “El Gobierno federal transferirá a los gobiernos de las entidades federativas, los recursos que por concepto de cuota social y de aportación solidaria le correspondan con base en las personas afiliadas, que no gocen de los beneficios de las instituciones de seguridad social, validados por la Secretaría de Salud.

La transferencia de recursos a la que se refiere el párrafo anterior, podrá realizarse en numerario directamente a las entidades federativas, en numerario mediante depósitos en las cuentas que constituyan los Regímenes Estatales de Protección en Salud en la Tesorería de la federación, o en especie, conforme a los lineamientos que para tal efecto emitan la Secretaría de Salud y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en el ámbito de sus respectivas competencias...

III. Los recursos en especie se entregarán a los servicios estatales de salud, quedando obligados a dar aviso de dicha entrega a la tesorería de su entidad para los efectos contables y presupuestarios correspondientes...”.

Bajo estas consideraciones, la Secretaría de Salud Federal, con la aportación financiera del Seguro Popular, realiza la adquisición de los métodos anticonceptivos los cuales son entregados a las entidades federativas para su distribución y uso en la población.

### **1.2.5 Descentralización en la Secretaría de Salud**

Al lado del régimen de centralización existe otra forma de organización administrativa: la descentralización, que en términos generales, consiste en confiar la realización de algunas actividades administrativas a órganos que guardan con la Administración central una relación que no es la de jerarquía.

La descentralización es uno de los temas más debatidos en los últimos años, a pesar de que no es un tema nuevo y desde hace varios años se ha discutido, en fechas recientes, no solo es objeto de debates, sino también corresponde a un proceso buscado por cualquier tipo de administración, dadas las exigencias administrativas actuales. Sin embargo, los procesos de descentralización no cuentan con una orientación única y comprenden múltiples aspectos, sobre todo por la complejidad y dinamismo bajo los cuales los gobiernos deben atender las necesidades y demandas sociales.<sup>25</sup>

Debe distinguirse la descentralización de la desconcentración en que ésta última consiste en atribuir facultades de decisión a algunos órganos de la Administración que, a pesar de recibir tales facultades, siguen sometidos a los poderes jerárquicos de los superiores.<sup>26</sup>

La administración pública está conformada por un conjunto de instituciones y de organizaciones de carácter público que disponen de la misión de administrar y gestionar el estado y algunos entes públicos.

Esas instituciones u organizaciones se encuentran dirigidas por individuos y cuentan con una planta de personal notable que facilita el funcionamiento de las diversas áreas en las que normalmente se encuentra dividida.

Como su denominación nos lo anticipa, al tratarse de una administración pública le corresponde hacer de nexo directo entre los ciudadanos y el poder político de turno y por supuesto atender y satisfacer todas las demandas que los ciudadanos puedan acercar.

---

<sup>25</sup> La descentralización de los servicios de salud: experiencias en los estados de Guanajuato, San Luis Potosí y Zacatecas. Instituto Nacional de Administración Pública. Mayo 2000.

<sup>26</sup> Gabino Fraga. Op. Cit. Pág. 168

Básicamente, podríamos decir que a la administración pública le compete todo aquello que implique el orden público.

Cabe destacarse que es el poder ejecutivo nacional es quien la regula y también existen algunos organismos especiales que se ocupan de ejercer su contralor.

Dentro del vasto universo de la administración pública nos encontramos con los empleados de las diversas secretarías y ministerios nacionales, los maestros que se desempeñan en instituciones educativas que dependen del estado, los médicos que despliegan su rol en hospitales públicos, los policías y demás fuerzas de seguridad que componen ésta área y que por caso tienen justamente la finalidad de velar por la seguridad de todos los ciudadanos del país, los organismos encargados de la recaudación impositiva y que en definitivas cuentas son los que con esta acción financian a la administración pública, entre otros.<sup>27</sup>

La satisfacción de los intereses colectivos por medio de la función administrativa se realiza fundamentalmente por el Estado. Para ese objeto éste se organiza en una forma especial adecuada, sin perjuicio de que otras organizaciones realicen excepcionalmente la misma función administrativa. Esta organización especial es lo que constituye la Administración Pública entendida como el organismo público que ha recibido del poder político la competencia y los medios necesarios para la satisfacción de los intereses generales.

Existen diferencias entre las distintas formas de organización administrativa, una diferencia fundamental entre la descentralización y la centralización administrativas es que en ésta última todos los órganos que la integran están ligados por la relación jerárquica que implica una serie de poderes de las autoridades superiores respecto de los actos y de los titulares de los órganos inferiores. También se distingue la descentralización de la desconcentración ya

---

<sup>27</sup> Se encontró en <http://www.definicionabc.com/politica/administracion-publica.php> fecha de consulta: 06/05/2016

que ésta consiste en atribuir facultades de decisión a algunos órganos de la Administración que siguen sometidos a los poderes jerárquicos superiores.

Así mismo, existen diferencias entre la descentralización administrativa y la política que se opera en el régimen federal ya que la administrativa se realiza exclusivamente en el ámbito del Poder Ejecutivo y la política implica una independencia de los Poderes estatales frente a los Poderes federales.

Además, mientras que la descentralización administrativa es creada por el poder central, en la descentralización federal los Estados miembros son los que crean el Estado Federal, participan en la formación de la voluntad de éste y su competencia no es derivada, como sí lo es en los órganos administrativos descentralizados sino que es originaria en el sentido de que las facultades no atribuidas expresamente al Estado Federal se entienden reservadas a los Estados miembros.

La descentralización administrativa ha obedecido a la necesidad de dar satisfacción a las ideas democráticas y a la conveniencia de dar mayor eficacia a la gestión de intereses locales, para lo cual el Estado constituye autoridades administrativas cuyos titulares se eligen por los mismos individuos cuyos intereses se van a ver comprometidos con la acción de dichas autoridades. En otros casos, la naturaleza técnica de los actos que tiene que realizar la Administración, la obliga a substraer dichos actos del conocimiento de los funcionarios y empleados centralizados, y los encomienda a elementos que tengan la preparación suficiente para atenderlos. Por último, ocurre con frecuencia que la Administración se descarga de algunas de sus labores, encomendando facultades de consulta, de decisión o de ejecución a ciertos organismos constituidos por elementos particulares que no forman parte de la Administración.

Correspondiendo a esos tres propósitos, la descentralización ha adoptado tres modalidades diferentes que son la descentralización por región, por servicio y por colaboración.

De las facultades, en el régimen de descentralización, la de nombramiento en algunas ocasiones se encuentra limitada y en otras se halla suprimida y

substituida por el sistema de elección. Por lo que hace al poder de mando, también desaparece, generalmente por completo de tal manera que los funcionarios descentralizados pueden seguir su propia discreción en los casos en que la ley se las concede y no como cuando se trata de funcionarios centralizados, a quienes las autoridades superiores llegan a fijar los lineamientos para el ejercicio de la discreción y a dar las bases explicativas necesarias para la aplicación de la ley.

El poder disciplinario no existe en el régimen de descentralización como medio que la Administración pueda emplear en contra de las autoridades descentralizadas. Por último, el poder de vigilancia sí subsiste tratándose de las organizaciones descentralizadas.

En cuanto a los actos que los agentes descentralizados realizan, las autoridades centrales solamente intervienen para apreciar la legalidad del acto, nunca para apreciar la oportunidad del mismo. Además, ese control no puede realizarse de oficio, sino que tiene que ser siempre a petición de parte interesada.

De manera que el régimen de descentralización viene a caracterizarse por ese relajamiento de vínculos que existen en las relaciones de la autoridad central y del organismo descentralizado, pero no dejan de existir facultades de parte de las autoridades centrales, y esas facultades son las indispensables para conservar la unidad del poder.<sup>28</sup>

Las disfunciones provocadas por el centralismo en México han sido ya demostradas ampliamente, por ello se valoran los esfuerzos por descentralizar y reforzar el federalismo. Nuestro país se constituyó como un todo que heredaba un sistema centralista de la corona española y al forjarse como nación debió dársele viabilidad reconociendo las diferencias en regiones, la necesidad de gobiernos autónomos en las provincias y el valorar el gobierno de los pueblos y comunidades con su idiosincrasia y particularidad a través del municipio libre, piedra angular de nuestro sistema de gobierno.

---

<sup>28</sup> Gabino Fraga. Op. Cit. Pág. 168

La búsqueda de la descentralización puede tener su origen en demandas de tipo económico, donde se reconoce como “ineficiente” la concentración generada por la dinámica productiva en unas cuantas regiones; en este caso se habla de la desconcentración, como política pública tendiente a romper los desfases provocados por las políticas económicas implicadas en dicha dinámica. También se reconoce como problema, la falta de posibilidades reales de participación en el diseño e implementación de políticas públicas y en todo lo concerniente al gobierno, lo cual tiene un correlato con la democratización y con una exigida participación de la sociedad civil, no sólo en la elaboración e implementación, sino también la evaluación del accionar público. Por ello, las entidades federativas y municipios requieren posibilidades de incorporarse a la dinámica propia del gobierno y del estudio y propuestas de solución a problemas y demandas sociales. Esto conlleva otro tipo de respuesta y visión de la descentralización, cuyo significado corresponde a una apertura democrática, tanto individual como territorial.

En la década de los 80, la Secretaría de Salud experimentó una importante reorganización institucional de la salud pública, con políticas de modernización, sectorización, descentralización y participación comunitaria. Si bien no se lograron todos los objetivos propuestos, se establecieron sistemas estatales de salud y se apoyó en un nuevo enfoque a los sistemas locales de salud a fin de orientar la mayor eficiencia y efectividad de los servicios.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) realizó sus primeros esfuerzos por descentralizar funciones en diferentes estados; 9 en el año de 1985, 3 en 1986 y 2 en 1987, para poder hacer realidad esto, la SSA analizó algunas de las características que permitieron determinar estos 14 estados, entre los cuales están:

- Acercar la toma de decisiones al lugar donde se generan los problemas. (Motivo técnico-administrativo)
- Incrementar la legitimidad del gobierno central mediante la devolución de una cuota de poder a las entidades federativas. (Motivo político)

- Responsabilizar a los estados con mayor riqueza económica de los costos presupuestales correspondientes a la oferta de servicios. (Motivo económico)

A éstas deben agregarse razones concretas como la casi plena cobertura de los servicios y los bajos costos de homologación salarial de los trabajadores de la SSA con los del IMSS presente en la mayoría de los estados descentralizados.<sup>29</sup>

Para 1986 la Federación estableció una descentralización que podríamos llamarle “territorial”, concebida como un área o territorio cubierta bajo responsabilidades y acciones específicas.

En esta etapa, la Federación desregularizó funciones de control, regulación y fomento sanitario en materia de salubridad general, sujetándose siempre a la normativa federal y mediante acuerdos de coordinación específicos, también otorgaba la participación de los municipios en materia de salubridad estatal, para operar y controlar la atención médica y la atención pública de acuerdo a las normas que establecía la S.S.A.; la prestación de servicios en materia de salubridad local, así como coordinar los Sistemas Estatales de Salud y Seguridad Social a través del COPLADE; representar al titular del Ejecutivo estatal en los órganos colegiados correspondientes y en las unidades regionales del IMSS y del ISSSTE, operar y otorgar los servicios de: atención médica, atención materno infantil, planificación familiar, salud mental, formación de los recursos humanos para la salud, coordinar los trabajos de investigación para la salud, promoción y educación para la salud, en la orientación y vigilancia en materia de nutrición, en la prevención y control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud, en la prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, así como los accidentes y rehabilitación de los inválidos, en el programa contra el alcoholismo y el tabaquismo, así como en la farmacodependencia y en la organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud.

---

<sup>29</sup> La descentralización de los servicios de salud: experiencias en los estados de Guanajuato, San Luis Potosí y Zacatecas. Instituto Nacional de Administración Pública. Mayo 2000.

Por otro lado, el 29 de diciembre de 1997 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Decreto por el que se adiciona y reforma la Ley de Coordinación Fiscal con vigencia a partir del 1 de enero de 1998, y se crearon, entre otros, el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), cuyo sustento está en el artículo 4 Constitucional, que prevé que la Ley establecerá la concurrencia de la Federación y de las entidades federativas en materia de salubridad general, así como en las estrategias y líneas de acción que tuvieron el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, donde se planteó la necesidad de descentralizar responsabilidades y recursos para acercar los servicios básicos a la población.

Debido a lo anterior, el Gobierno Federal, a partir del ejercicio fiscal de 1998, empezó a realizar cambios esenciales en materia de coordinación fiscal, y creó un nuevo esquema de transferencias para canalizar recursos a las entidades federativas y municipios, adicional a los ya existentes. Así, a partir de ese año se incorporaron en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) y en el Capítulo V de la LCF, los fondos de aportaciones federales o Ramo 33.

Por todo lo anterior, con la descentralización de las fuentes de financiamiento se pretendía garantizar el derecho constitucional de los mexicanos al acceso a los servicios de salud. Para ello, se enfoca en disminuir las diferencias en los servicios de salud que recibe la población abierta -la no incorporada a ningún régimen de seguridad social en el país-. Esto pretende alcanzarlo mediante la protección contra riesgos sanitarios; la promoción de la salud y prevención de enfermedades; la mejora en la calidad de la atención y la seguridad en salud; así como el abasto y entrega oportunos y adecuados del medicamento para la población sin seguridad social entre los que se cuentan los insumos que considera el Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción que a continuación veremos.

#### **1.2.6 El Seguro Popular como ente financiador**

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con autonomía técnica,



administrativa y operativa cuya función consiste en ejercer las atribuciones que en materia de protección social en salud le otorgan su Reglamento Interno<sup>30</sup> y los demás ordenamientos aplicables.

En el Artículo 4 del Capítulo Segundo. Se define la organización y las atribuciones que corresponden a la Comisión, entre las que destacan:

II. Promover y coordinar las acciones de los Regímenes;

Esta atribución le permite incidir sobre las acciones que las entidades federativas, a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), tienen que llevar a cabo para cumplir con el financiamiento de las acciones en atención médica, es así que esta atribución le da a la Comisión Nacional la posibilidad de definir cuánto del recurso que debe ser remitido a las entidades para el financiamiento de las acciones en salud deba ser utilizado para ciertos insumos o servicios.

III. Intervenir y promover la formalización de los acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas para la ejecución del Sistema;

A través de esta consideración, la CNPSS puede formalizar acuerdos con los cuales se compromete a financiar ciertas acciones que sean prioritarias para las entidades federativas tal como lo es la adquisición de métodos anticonceptivos para el programa de planificación familiar y anticoncepción.

XI. Dirigir y ejecutar las acciones de financiamiento necesarias para el funcionamiento del Sistema, incluyendo las relativas al desarrollo de programas de salud en áreas indígenas, marginadas, rurales, y en general a cualquier grupo vulnerable en colaboración con las unidades competentes de la Secretaría;

Esta atribución le permite a la CNPSS generar acciones en favor del Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción en colaboración con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, unidad administrativa

---

<sup>30</sup> Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Diario Oficial de la Federación 27 de febrero de 2004. Última reforma 28 de noviembre de 2006

desconcentrada de la Secretaría de Salud que tiene a su cargo el programa de acción específico.

XII. Promover en coordinación con los Regímenes, y con la participación de las unidades administrativas competentes de la Secretaría, una política en materia de medicamentos para asegurar su eficiente abasto, distribución, entrega al beneficiario y uso racional;

Esta última atribución es la que es de mayor interés para el objetivo del presente estudio dado que permite a la CNPSS y al CNEGSR establecer la política para asegurar el abasto de métodos anticonceptivos desde la planeación de la cantidad y tipo de insumos a adquirir hasta la distribución de los mismos a las entidades federativas y la vigilancia de su distribución a las mujeres.

A través de la Dirección General de Financiamiento y con fundamento en el Artículo 9 del Reglamento Interior<sup>31</sup>, la CNPSS debe elaborar, previa opinión de las unidades administrativas competentes de la Secretaría, los criterios generales para la administración y transferencia de la cuota social y aportación solidaria federal a las entidades federativas que prevé la Ley, así como los lineamientos operativos para la administración y transferencia de los recursos presupuestales de los Fondos de Protección contra Gastos Catastróficos y de Previsión Presupuestal; por otro lado, también tiene la facultad de coadyuvar, en el ámbito de su competencia, en la formalización de los acuerdos de coordinación entre la Secretaría y los gobiernos de las entidades federativas, para la instrumentación y operación del Sistema.

De la misma manera, la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud, conforme al Artículo 10 del Reglamento Interior<sup>32</sup> de la CNPSS debe determinar, con la participación de las unidades administrativas competentes de la Secretaría, las condiciones generales para la prestación de medicamentos y promover el uso racional de los mismos, en el marco del

---

<sup>31</sup> Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Diario Oficial de la Federación 27 de febrero de 2004. Última reforma 28 de noviembre de 2006

<sup>32</sup> *ibid*

Sistema y coordinar las acciones para propiciar la cobertura y calidad de la atención médica integrando al Sistema los programas dirigidos a grupos vulnerables.

De acuerdo con lo anterior, el papel de la CNPSS como ente financiador de las acciones en salud en las entidades federativas es primordial dada la necesidad de cubrir la cantidad necesaria de insumos anticonceptivos en las entidades federativas.

En la actualidad, los recursos del Seguro Popular se destinan principalmente a través de transferencias a los estados. Existen básicamente tres tipos de financiamiento: (1) la Cuota Social, que ofrece el mismo nivel de financiamiento por cada persona afiliada; (2) la Aportación Solidaria Federal, que son fondos dirigidos a programas específicos en el sector salud en un estado y también pretende ajustar por necesidad, junto con un componente pequeño ligado al desempeño (1.25%); (3) la Aportación Solidaria Estatal, que representa la propia contribución del estado y en teoría es equivalente a la mitad de la Cuota Social. Los niveles de los recursos se basan en gran medida en el número de personas afiliadas en cada estado, ya que 80% está ligado al tamaño de la población afiliada.<sup>33</sup>

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Salud, instrumentará la política de protección social en salud y el plan estratégico de desarrollo del Sistema, proveerá de una red de protección social que garantice el acceso al derecho a la salud, Una seguridad social incluyente abatirá los incentivos a permanecer en la economía informal y permitirá a los ciudadanos enfocar sus esfuerzos en el desarrollo personal y la construcción de un México más productivo; con las acciones antes mencionadas, se coadyuvaría al cumplimiento de la Estrategia VI.2 México Incluyente, Objetivo 2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud, del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND), que tiene como fin el garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos. Asimismo, el Plan Nacional de Desarrollo 2013 - 2018 establece como eje

---

<sup>33</sup> Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016.

prioritario para el mejoramiento de la salud, la promoción, la prevención de las enfermedades y la protección de la salud, siempre con perspectiva de género, apegado a criterios éticos y respondiendo al mosaico multicultural que caracteriza al país. Una política pública exitosa de prevención, protección y promoción debe incorporar no sólo acciones propias de salud pública, sino también intervenciones que cambien el actuar de las personas, en términos de su responsabilidad respecto a comportamientos sexuales, actividad física, alimentación, consumo de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y en general en todas aquellas situaciones que ponen en riesgo la integridad física o mental. Este es un gran reto, pero en el país se debe transitar de ver la salud como cura de enfermedades a un concepto integral asociado a estilos de vida saludables. Siendo las estrategias y líneas de acción reconocen que hay avances significativos en algunos temas y que sólo se requieren estrategias para consolidar los logros hasta ahora obtenidos. También incluyen estrategias para hacer más eficaz la acción gubernamental en aspectos cuyos resultados de años pasados no han sido los esperados o el contexto obliga su adaptación.

El Objetivo “1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades”, del Programa Sectorial de Salud 2013-2018, (PROSESA) publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de diciembre de 2013, en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece 6 objetivos asociados a las Metas Nacionales: México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global y a las tres estrategias transversales: Democratizar la Productividad; Gobierno Cercano y Moderno; y Perspectiva de Género.

La Estrategia 1.5 del PROSESA, “Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables”:

Líneas de acción:

1.5.1 Diseñar estrategias de comunicación en salud sexual y reproductiva

1.5.2 Promover acciones para prevenir el embarazo adolescente

1.5.3 Coordinar con el sector educativo del nivel básico y medio superior una educación integral de la sexualidad

1.5.4 Promover la salud sexual y reproductiva responsable, así como la prevención del VIH y otras ITS

1.5.5 Garantizar abasto y oferta de métodos anticonceptivos e insumos para la prevención del VIH y otras ITS

1.5.6 Asegurar la detección y tratamiento oportuno de VIH, SIDA e ITS, con énfasis en poblaciones clave

1.5.7 Incrementar el acceso y utilización de servicios de salud sexual y reproductiva en mujeres y hombres

1.5.8 Incrementar la cobertura de detección prenatal y tratamiento oportuno para prevenir la transmisión vertical del VIH y sífilis congénita

1.5.9 Fomentar el embarazo saludable y un parto y puerperio seguros

1.5.10 Fomentar la lactancia materna a través de acciones que contribuyan a incrementar la duración y el apego.

Coadyuvante al PND y PROSESA, el Seguro Popular inició con la finalidad de brindar protección financiera a la población no afiliada a las instituciones de seguridad social. Este programa representa un avance en términos de igualdad y protección social de la salud. Sin embargo, su paquete de servicios es limitado en comparación con la cobertura que ofrecen actualmente el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) a sus derechohabientes. Adicionalmente, el Seguro Popular representa un reto para promover la formalidad del empleo con el tiempo.

El Sistema de Salud Pública cuenta con una amplia red de atención médica, en ocasiones la falta de respuesta ha propiciado que la población busque la atención en el ámbito privado, la asistencia social e incluso mediante la automedicación. Para lograr mayores niveles de eficiencia y poder atender de mejor manera las necesidades de la población, es necesaria una planeación interinstitucional de largo plazo, una mejor administración de riesgos, así como

solidaridad, compromiso y corresponsabilidad entre las instituciones y los diferentes grupos poblacionales.

El uso racional de los recursos es una de las prerrogativas principales de cualquier acción en la Administración Pública, sin embargo, dicha racionalidad se ve comprometida bajo las condiciones de priorización que cada entidad federativa dispone de acuerdo con el panorama epidemiológico y la capacidad de atención a nivel local sin tomar en cuenta aquellas que son de prioridad nacional o hasta global. Con la finalidad de asegurar que todas las entidades federativas disponen recursos para la atención de las prioridades nacionales, la centralización de las adquisiciones ha tenido cabida recientemente para asegurar un abasto suficiente de métodos anticonceptivos y alcanzar una cobertura adecuada de uso entre la población y disminuir la demanda insatisfecha. Esto es posible dadas las formas de organización administrativa que la Administración Pública Federal tiene, como lo veremos a continuación.

## 1.3 El Proceso de adquisiciones de insumos en la Secretaría de Salud

### 1.3.1 Artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Cuando se hace referencia al artículo 134 constitucional<sup>34</sup> es conveniente partir de la premisa de que se trata de una disposición normativa en que su objeto está más relacionado con preservar la integridad de la hacienda pública y con normar el uso de recursos públicos aunque también incluye una finalidad electoral.<sup>35</sup>

El proyecto de Constitución formulado al Congreso constituyente por el primer jefe del ejército constitucionalista, Venustiano Carranza, contenía únicamente 132 artículos, y no se encuentra ni nominal ni materialmente en él la disposición que posteriormente fue incluida como resultado del trabajo del Constituyente, del cual derivó la redacción final del artículo 134 en la Constitución de 1917, en los siguientes términos:

*Todos los contratos que el Gobierno tenga que celebrar para la ejecución de obras públicas, serán adjudicados en subasta, mediante convocatoria, y para que se presenten proposiciones en sobre cerrado, que será abierto en junta pública.*<sup>36</sup>

Como puede verse, el alcance y contenido normativo del artículo 134 constitucional se constreñía originalmente a regular el procedimiento de contratación pública para dotarlo de mayor transparencia y de garantías de probidad e imparcialidad en la adjudicación de contratos.

El 28 de diciembre de 1982 fue publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) un decreto, por el cual fueron reformados los artículos 22, 73, 74, 76, 94, 97, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 127 y 134, a efectos de reglamentar

---

<sup>34</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917. Texto vigente. Última reforma publicada DOF 27-01-2016

<sup>35</sup> Roberto Martínez Espinosa. Artículo 134 constitucional y su interpretación judicial electoral en México. Serie Temas selectos de Derecho Electoral. Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación. Primera edición México, 2014

<sup>36</sup> Felipe Tena Ramírez. Op. Cit. pág. 877

tanto en lo sustantivo como en lo procedimental el régimen de responsabilidades políticas y administrativas de los servidores públicos. Así, el artículo 134 fue redactado en los términos siguientes:

Los recursos económicos de que dispongan el Gobierno Federal y el Gobierno del Distrito Federal, así como sus respectivas administraciones públicas paraestatales, se administrarán con eficiencia, eficacia y honradez para satisfacer los objetivos a los que estén destinados.

Las adquisiciones, arrendamientos y enajenaciones de todo tipo de bienes, prestación de servicios de cualquier naturaleza y la contratación de obra que realicen, se adjudicarán o llevarán a cabo a través de licitaciones públicas mediante convocatoria pública para que libremente se presenten proposiciones solventes en sobre cerrado, que será abierto públicamente, a fin de asegurar al Estado las mejores condiciones disponibles en cuanto a precio, calidad, financiamiento, oportunidad y demás circunstancias pertinentes. Cuando las licitaciones a que hace referencia el párrafo anterior no sean idóneas para asegurar dichas condiciones, las leyes establecerán las bases, procedimientos, reglas, requisitos y demás elementos para acreditar la economía, eficacia, eficiencia, imparcialidad y honradez que aseguren las mejores condiciones para el Estado. El manejo de recursos económicos federales se sujetará a las bases de este artículo. Los servidores públicos serán responsables del cumplimiento de estas bases en los términos del Título Cuarto de la Constitución.<sup>37</sup>

Con la Reforma de 1982 el alcance del artículo 134 se limitó a los servidores públicos federales y del Distrito Federal, cuyo gobierno era entonces una dependencia más de la Administración Pública Federal. El cambio constitucional tenía por materia la regulación del uso de los recursos públicos y las responsabilidades asociadas a ello, además del estatuto de las contrataciones públicas que originalmente regía el precepto.

El texto original del artículo 134 se limitaba a establecer las reglas para las contrataciones y adquisiciones de los gobiernos federal y del Distrito Federal.

---

<sup>37</sup> Felipe Tena Ramírez. Op. Cit. Pág. 1017.



La Reforma de 1982 añadió los principios de eficiencia, eficacia, economía, imparcialidad y honradez en la administración de los recursos públicos e hizo explícita la responsabilidad de los servidores públicos por incumplimiento, tanto de esos principios como de las reglas establecidas para la celebración de contratos y realización de adquisiciones gubernamentales.

La Reforma de 2007 agregó fundamentalmente tres elementos. El primero de ellos fue la inclusión de una modalidad específica del principio de imparcialidad, ya establecido en el tercer párrafo del texto derivado de la reforma de 1982, por la cual se obligaba no sólo a los gobiernos federal y del Distrito Federal, sino también a los de los estados y municipios, a aplicar con imparcialidad, en relación con los partidos políticos, los recursos cuya administración les correspondiese, con el propósito explícito de preservar la equidad en las contiendas electorales. El segundo fue el establecimiento de una serie de reglas para la propaganda gubernamental, dirigidas a evitar su uso para beneficio personal de los servidores públicos. El tercero fue delegar al legislador ordinario la atribución de establecer un régimen sancionador específico por la violación de estas normas en los estados.<sup>38</sup>

El texto actual del Artículo 134<sup>39</sup> dice a la letra:

*Artículo 134. Los recursos económicos de que dispongan la Federación, las entidades federativas, los Municipios y las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México, se administrarán con eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez para satisfacer los objetivos a los que están destinados.*

*Los resultados del ejercicio de dichos recursos serán evaluados por las instancias técnicas que establezcan, respectivamente, la Federación y las entidades federativas, con el objeto de propiciar que los recursos económicos se asignen en los respectivos presupuestos en los términos del párrafo precedente. Lo anterior, sin menoscabo de lo dispuesto en los artículos 26, Apartado C, 74, fracción VI y 79 de esta Constitución.*

---

<sup>38</sup> Roberto Martínez Espinosa. Op. Cit. Pág. 31

<sup>39</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última Reforma DOF 15-08-2016

*Las adquisiciones, arrendamientos y enajenaciones de todo tipo de bienes, prestación de servicios de cualquier naturaleza y la contratación de obra que realicen, se adjudicarán o llevarán a cabo a través de licitaciones públicas mediante convocatoria pública para que libremente se presenten proposiciones solventes en sobre cerrado, que será abierto públicamente, a fin de asegurar al Estado las mejores condiciones disponibles en cuanto a precio, calidad, financiamiento, oportunidad y demás circunstancias pertinentes.*

*Cuando las licitaciones a que hace referencia el párrafo anterior no sean idóneas para asegurar dichas condiciones, las leyes establecerán las bases, procedimientos, reglas, requisitos y demás elementos para acreditar la economía, eficacia, eficiencia, imparcialidad y honradez que aseguren las mejores condiciones para el Estado.*

*El manejo de recursos económicos federales por parte de las entidades federativas, los municipios, y las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México, se sujetará a las bases de este artículo y a las leyes reglamentarias. La evaluación sobre el ejercicio de dichos recursos se realizará por las instancias técnicas de las entidades federativas a que se refiere el párrafo segundo de este artículo.*

*Los servidores públicos serán responsables del cumplimiento de estas bases en los términos del Título Cuarto de esta Constitución.*

*Los servidores públicos de la Federación, las entidades federativas, los Municipios y las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México, tienen en todo tiempo la obligación de aplicar con imparcialidad los recursos públicos que están bajo su responsabilidad, sin influir en la equidad de la competencia entre los partidos políticos.*

*La propaganda, bajo cualquier modalidad de comunicación social, que difundan como tales, los poderes públicos, los órganos autónomos, las dependencias y entidades de la administración pública y cualquier otro ente de los tres órdenes de gobierno, deberá tener carácter institucional y fines informativos, educativos o de orientación social. En ningún caso esta propaganda incluirá nombres,*

*imágenes, voces o símbolos que impliquen promoción personalizada de cualquier servidor público.*

*Las leyes, en sus respectivos ámbitos de aplicación, garantizarán el estricto cumplimiento de lo previsto en los dos párrafos anteriores, incluyendo el régimen de sanciones a que haya lugar.*

### **1.3.2 Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASP)**

Por ser persona moral, el Gobierno Federal es el mayor comprador que existe en territorio nacional, esto implica que tenga varias responsabilidades:

- Fomentar el crecimiento económico del país
- Generar políticas para que sus proveedores sean empresas de todo tipo, tamaño y antigüedad, sin otorgar preferencias para que todas ellas tengan oportunidad de participar en los procesos de selección de proveedores.
- Generar lineamientos generales respecto de los requisitos que los proveedores deben cumplir para poder ser contratados, los cuales deben ser cumplidos por todas las unidades compradoras, evitando con ello la discrecionalidad.

La LAASP<sup>40</sup> es el instrumento normativo fundamental que le permite el Gobierno Federal cumplir con sus responsabilidades. Esta Ley tiene por objeto reglamentar la aplicación del artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en materia de las adquisiciones, arrendamientos de bienes muebles y prestación de servicios de cualquier naturaleza.

Los titulares de las dependencias y los órganos de gobierno de las entidades serán los responsables de que se observen criterio que promuevan la modernización, el desarrollo administrativo, la descentralización de funciones y la efectiva delegación de facultades, con la finalidad de que los procedimientos

---

<sup>40</sup> Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de enero de 2000. Texto vigente. Última reforma publicada DOF 10-11-2014

de contratación se realicen de manera correcta, y de que por supuesto, se sigan de manera eficiente las disposiciones legales que establece la LAASSP. Para ello, los entes obligados son las unidades administrativas de la Presidencia de la República; las Secretarías de Estado y la Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal; la Procuraduría General de la República; los organismos descentralizados; las empresas de participación estatal mayoritaria y los fideicomisos en los que el fideicomitente sea el gobierno federal o una entidad paraestatal, y las entidades federativas, los municipios y los entes públicos de unas y otros, con cargo total o parcial a recursos federales, conforme a los convenios que celebren con el Ejecutivo Federal. Este señalamiento de las obligaciones de las dependencias y entidades de la correcta y pertinente aplicación del ordenamiento legal, con la finalidad de seguir el orden jurídico establecido por los legisladores, se menciona en el artículo 9 de la LAASSP, con lo cual se puntualiza la relación que existe entre las contrataciones gubernamentales y los servidores públicos responsables.

Para los efectos de esta Ley, entre las adquisiciones, arrendamientos y servicios, quedan comprendidos las adquisiciones y los arrendamientos de bienes muebles; las adquisiciones de bienes muebles que deban incorporarse, adherirse o destinarse a un inmueble, que sean necesarios para la realización de las obras públicas por administración directa, o los que suministren las dependencias y entidades de acuerdo con lo pactado en los contratos de obras públicas; las adquisiciones de bienes muebles que incluyan la instalación, por parte del proveedor, en inmuebles que se encuentren bajo la responsabilidad de las dependencias y entidades, cuando su precio sea superior al de su instalación; la contratación de los servicios relativos a bienes muebles que se encuentren incorporados o adheridos a inmuebles, cuyo mantenimiento no implique modificación alguna al propio inmueble, y sea prestado por persona cuya actividad comercial corresponda al servicio requerido; la reconstrucción y mantenimiento de bienes muebles; maquila; seguros; transportación de bienes muebles o personas, y contratación de servicios de limpieza y vigilancia; la prestación de servicios de largo plazo que involucren recursos de varios ejercicios fiscales, a cargo de un inversionista proveedor, el cual se obliga a proporcionarlos con los activos que provea por sí o a través de un tercero, de

conformidad con un proyecto para la prestación de dichos servicios; la prestación de servicios de personas físicas, excepto la contratación de servicios personales subordinados o bajo el régimen de honorarios; la contratación de consultorías, asesorías, estudios e investigaciones, y en general, los servicios de cualquier naturaleza cuya prestación genere una obligación de pago para las dependencias y entidades, salvo que la contratación se encuentre regulada en forma específica por otras disposiciones legales. Corresponderá a la Secretaría de la Función Pública, a solicitud de la dependencia o entidad de que se trate, determinar si un servicio se ubica en la hipótesis de la fracción IX del Artículo 3 de la LAASSP.

El referido artículo de la Ley de mérito, especifica lo referente a las adquisiciones, arrendamientos y servicios en 9 fracciones, se debe tener clara la definición de los bienes muebles y la diferencia entre la adquisición y el arrendamiento:

- La adquisición es la operación de compra de bienes muebles. Se considera adquisición aun cuando incluya servicios, siempre y cuando el costo de los bienes sea superior al de los servicios.
- El arrendamiento es un contrato mediante el cual se adquiere el derecho de uso y goce de un bien mueble por un buen tiempo determinado contra el pago de un precio cierto, existiendo el compromiso implícito de devolverlo a su dueño al concluir el plazo de arrendamiento pactado
- Los bienes muebles son los que, por oposición a los inmuebles, se caracterizan por su movilidad y posibilidad de traslación, así como ciertos derechos a los que las leyes otorgan esta condición. Conforme al Código Civil Federal artículos 752 al 763 (Normatividad supletoria de acuerdo a la LAASSP en su Artículo 11).

Los bienes inmuebles son las tierras, edificios, caminos, construcciones, minas y los adornos, artefactos o derechos a los cuales atribuye la ley consideración de inmuebles. El Código Civil Federal precisa, en sus artículos 750 y 751, los que se consideran bienes inmuebles.

Existen dos tipos de servicios:

- ❖ Los que prestan empresas (personas morales) a través de su personal.
- ❖ Los que se prestan individualmente (personas físicas) mejor conocidos como servicios profesionales.

El artículo 134 también señala que únicamente cuando la licitación no sea el medio idóneo para obtener las mejores condiciones disponibles para el Estado, lo que tendría que demostrarse de manera indubitable, las leyes, en este caso la LAASSP, establecerán los procedimientos que deberán seguirse.

La LAASSP señala en el artículo 26, segundo párrafo que las adquisiciones, arrendamientos y servicios se adjudicarán, por regla general, a través de licitaciones públicas, mediante convocatoria pública, para que libremente se presenten proposiciones solventes en sobre cerrado, que será abierto públicamente, a fin de asegurar al Estado las mejores condiciones disponibles en cuanto a precio, calidad, financiamiento, oportunidad y demás circunstancias pertinentes, de acuerdo con lo que establece la LAASSP. La LAASSP contempla en los artículos 40, 41 y 42 las causales de excepción de celebrar licitación pública.

Es importante destacar el hecho de que la LAASSP no tiene como estricto propósito el regular el control de las adquisiciones, ya que la Secretaría de la Función Pública sólo tiene la atribución de conocer e inspeccionar el ejercicio del gasto público, no así la de llevar un control de las contrataciones públicas que realicen las dependencias o entidades.

El artículo 18 de la LAASSP, menciona los aspectos a los que deben ajustarse los servidores públicos que pretendan realizar adquisiciones, arrendamientos y servicios, es decir, aquellos que se encarguen también de su planeación.

*“Artículo 18. En la planeación de las adquisiciones, arrendamientos y servicios que pretendan realizar sujetos a que se refiere las fracciones I a VI del artículo 1 de esta Ley, deberá ajustarse a:*

- I. Los objetivos y prioridades del Plan Nacional de Desarrollo y de los programas sectoriales, institucionales, regionales y especiales*

*que correspondan, así como a las previsiones contenidas en sus programas anuales*

- II. Los objetivos, metas y previsiones de recursos establecidos en el Presupuesto de Egresos de la Federación o, en su caso, al presupuesto destinado a las contrataciones que los fideicomisos públicos no considerados entidades paraestatales prevean para el ejercicio correspondiente.”*

Derivado de la Fracción I antes mencionada, se destaca la coincidencia de seguir los objetivos y prioridades que señale el Plan Nacional de Desarrollo, y de los Programas sectoriales, institucionales, regionales y especiales que correspondan; así como aquello que prevea el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de la propia entidad o dependencia.

Así mismo, deben sujetarse a los objetivos, metas y previsiones que establezca el Presupuesto de Egresos de la Federación respectivo o, en su caso, el presupuesto destinado a las contrataciones que los fideicomisos públicos (no consideradas entidades paraestatales) prevean para el ejercicio de que se trate. Lo anterior se menciona así debido a que dichos órganos no cuentan con un presupuesto que prevea el Presupuesto de Egresos de la Federación.

Es decir, las dependencias o entidades pueden realizar la contratación pública de todo lo que esté en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo y los Programas antes mencionados, siempre y cuando cuente con los recursos necesarios para llevar a cabo la adquisición, arrendamiento y servicios.

De igual manera, la LAASSP prevé la creación de Programas Anuales de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios a través de los cuales se definirán las adquisiciones para todos los bienes necesarios.

*Artículo 20.- Las dependencias y entidades formularán sus programas anuales de adquisiciones, arrendamientos y servicios, y los que abarquen más de un ejercicio presupuestal, así como sus respectivos presupuestos, considerando:*

- I. Las acciones previas, durante y posteriores a la realización de dichas operaciones;*

- II. Los objetivos y metas a corto, mediano y largo plazo;*
- III. La calendarización física y financiera de los recursos necesarios;*
- IV. Las unidades responsables de su instrumentación;*
- V. Sus programas sustantivos, de apoyo administrativo y de inversiones, así como, en su caso, aquéllos relativos a la adquisición de bienes para su posterior comercialización, incluyendo los que habrán de sujetarse a procesos productivos;*
- VI. La existencia en cantidad suficiente de los bienes; los plazos estimados de suministro; los avances tecnológicos incorporados en los bienes, y en su caso los planos, proyectos y especificaciones;*
- VII. Las normas aplicables conforme a la Ley Federal sobre Metrología y Normalización o, a falta de éstas, las normas internacionales;*
- VIII. Los requerimientos de mantenimiento de los bienes muebles a su cargo, y*
- IX. Las demás previsiones que deban tomarse en cuenta según la naturaleza y características de las adquisiciones, arrendamientos o servicios.*

Por otro lado, el artículo 24 de la LAASSP es muy específico al mencionar que la planeación, programación, presupuestación y el gasto dirigido a las adquisiciones, arrendamientos y servicios del sector público, se sujetará a lo que disponen el Presupuesto de Egresos de la Federación y la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. Asimismo, los recursos destinados a dichos fines, se administrarán con eficiencia, eficacia, economía, transparencia, honradez e imparcialidad con la finalidad de cumplir con los objetivos para los que fueron destinados.

*“Artículo 24. La planeación, programación, presupuestación y el gasto de las adquisiciones, arrendamientos y servicios se sujetará a las disposiciones específicas del Presupuesto de Egresos de la Federación, así como a lo previsto en la Ley Federal de Presupuesto y*



*Responsabilidad Hacendaria y demás disposiciones aplicables y los recursos destinados a ese fin se administrarán con eficiencia, eficacia, economía, transparencia, honradez e imparcialidad para satisfacer los objetivos a los que fueren destinados.”*

Por otro lado, en la Secretaría de Salud (Federal) se han definido las Políticas Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios que condicionan procedimientos administrativos relacionados con las adquisiciones como a continuación se describe:

El Acuerdo por el que se emiten las políticas, bases y lineamientos (POBALINES) en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicios de la Secretaría de Salud es uno de los principales instrumentos que las Unidades Administrativas (UA) y sus Órganos Administrativos Desconcentrados (OAD) de la Secretaría de Salud, publicado en el D.O.F. el 28 de febrero de 2003, deben observar en los procedimientos para la adquisición de bienes, la contratación de arrendamientos y servicios, propiciando que dichos procedimientos se apeguen a los criterios de economía, eficiencia, eficacia, transparencia, imparcialidad y honradez, con la finalidad de obtener las mejores condiciones para el Estado en cuanto a precio, calidad, financiamiento, oportunidad y demás circunstancias pertinentes.

De igual manera, en las citadas POBALINES se prevén actividades a cargo de diversas UA y OAD de la Secretaría de Salud, en cumplimiento a lo dispuesto en el Acuerdo por el que se emiten diversos Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios y de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 9 de septiembre de 2010, artículos 1 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 3 de su Reglamento. Las actividades antes mencionadas deberán desarrollarse, al interior de cada una de las UA y OAD de esta Dependencia en el ámbito de sus respectivas competencias, por conducto de las áreas que correspondan en términos de su normatividad interna o, en su caso, las que sean designadas con dicho propósito.

El ámbito de aplicación y la materia que regulan dichas POBALINES es general y obligatoria para todas las UA y OAD, y tiene por objeto establecer las condiciones a que deberán apegarse cuando intervengan, bajo cualquier carácter, en el desarrollo de los procedimientos para la adquisición de bienes muebles o la contratación de arrendamientos y servicios.

En los procedimientos de contratación que se realicen con recursos de crédito externo, con la intervención que, por función corresponda a las UA y/o a los OAD, serán éstas las encargadas de realizar las gestiones que permitan el ejercicio de dichos recursos de conformidad con las facultades que les confiere el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, observando las disposiciones, procedimientos y requisitos establecidos por la SFP, de conformidad con el artículo 9 del Reglamento de la LAASSP.

De acuerdo con este instrumento, las actividades que realicen las UA y los OAD en el desarrollo de los procedimientos para la adquisición de bienes o la contratación de arrendamientos y servicios deberán sujetarse a las políticas siguientes:

1. En las adquisiciones, arrendamientos y servicios deberán implementar las mejores prácticas y participar en aquellos mecanismos que se desarrollen en la Administración Pública Federal que permitan cumplir con los criterios de racionalidad y austeridad del gasto público, y demás principios aplicables a las contrataciones del sector público;
2. Deberán participar activamente y permitir la coordinación y consolidación de las acciones necesarias para que los procedimientos internos en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicios se desarrollen de manera ágil y efectiva;
3. Cuando participen o realicen procedimientos de contratación adoptarán los instrumentos y mecanismos que coadyuven de manera eficaz a fortalecer la transparencia en términos de las disposiciones aplicables, y
4. Todas las contrataciones de la SECRETARÍA en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicios, deberán cumplir con lo dispuesto en el Artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y demás normatividad aplicable.

Dentro de las Bases y Lineamientos, este instrumento define el criterio de las contrataciones consolidadas con base en su Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios.

El Titular de la Subsecretaría de Administración y Finanzas, adicionalmente a los bienes y servicios indicados en las POBALINES, podrá autorizar la consolidación para la adquisición de bienes o la contratación de arrendamientos y servicios en la Secretaría que sean de uso recurrente y generalizado, así como respecto de la participación de la Secretaría de Salud en los procedimientos de consolidación que se desarrollen con otras Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal.

En términos de las POBALINES y con la finalidad de aprovechar el volumen de compra de la Secretaría de Salud, deberá consolidarse la adquisición o arrendamientos de bienes o la contratación de los bienes y servicios siguientes, en el entendido de que los recursos necesarios para la compra consolidada podrán ser ubicados en el área consolidadora o bien, permanecer en cada UA u OAD, cuando así se determine en el procedimiento de contratación respectivo.

Es importante señalar que, para el caso de Medicamentos y productos farmacéuticos, la unidad consolidadora es la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE).

Así mismo, en caso de no resultar conveniente la consolidación de cualquiera de los bienes o servicios, el Titular del área requirente podrá manifestar las razones para no realizar la consolidación respectiva.

### **1.3.3 Abasto de insumos en la Secretaría de Salud**

En el marco de la descentralización de los servicios de salud, hasta el momento los métodos anticonceptivos se han adquirido de manera directa en cada uno de los Servicios Estatales de Salud, y en la mayoría de los casos la adquisición ha sido contratada con un tercero, lo que ha generado deficiencias importantes en el abastecimiento, entre las que destacan las siguientes:

- Desabasto de varios anticonceptivos en al menos la mitad de las entidades federativas. De acuerdo con los inventarios físicos realizados por cada una de las entidades federativas al 31 de diciembre del 2013 sólo tres entidades reportaron abasto adecuado de material anticonceptivo y en 14 estados del país no se cuenta con un control de insumos en virtud de que el suministro se realiza a través de un tercero. Además, en algunas entidades federativas, la compra de insumos anticonceptivos se realiza a precios muy altos en comparación con el costo promedio.
- Falta de acceso a servicios públicos de planificación familiar. Los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009<sup>41</sup> (ENADID), señalan que el 19% de las usuarias con vida sexual activa adquieren los anticonceptivos directamente en las farmacias o tiendas, lo que genera un gasto de bolsillo para la población, en la búsqueda de un servicio que por derecho debería ser gratuito.
- Demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar. De acuerdo con la ENADID en México el 9.8% de las mujeres unidas en edad fértil, que desean limitar o espaciar sus embarazos no usa ningún método anticonceptivo.
- Embarazos no planeados entre la población, particularmente entre adolescentes. En 2012 se registraron en México 388,658 nacimientos de madres menores de 20 años de edad, lo que representó poco más del 17 por ciento.
- Adquisición de métodos anticonceptivos a precios excesivos en algunas entidades federativas. Por ejemplo; norelgestromina-etinilestradiol. Parche con un precio que varía de \$ 147.69 a \$ 180.00 en un mismo periodo de tiempo.

El Aseguramiento de Insumos de Salud Sexual Reproductiva, incluyendo los métodos anticonceptivos es una de las prioridades en el Sistema Nacional de Salud, por ello, la forma administrativa por la que se adquieren debe ser ágil y permitir una adquisición pronta y que asegure las mejores condiciones para el Estado.

---

<sup>41</sup> [http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/ENADID\\_2009](http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/ENADID_2009)

Un sistema logístico de insumos de salud sexual y reproductiva, a través de la utilización de diversos medios, recursos e información, debe realizar una serie de actividades que permitan canalizar insumos suficientes para asegurar que todos los usuarios que los necesiten estén en capacidad de recibirlos cuando acuden a los servicios de salud. El propósito de un sistema logístico de insumos de salud sexual y reproductiva debe asegurar que se proporcionan los insumos correctos, en las cantidades correctas, en la condición correcta, en el lugar correcto, en el tiempo correcto y al costo correcto.<sup>42</sup>

En atención a este último punto, en México se cuenta con la normatividad que permite llevar a cabo las adquisiciones de los insumos médicos bajo principios que aseguran las mejores condiciones de compra para el Estado. Por todo lo anterior, se expondrá a continuación el programa de planificación familiar en México para identificar la importancia de contar con estos insumos en la cantidad y tipo suficientes.

Para tales efectos, la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud emitió el “Cuadro Básico y Catálogo de Material de Curación”, siendo que en su edición 2015, contempla para el apartado de Planificación Familiar los siguientes insumos: Condón Femenino (Clave 060.308.0227); Condón Masculino (Clave 060.308.0177); 4 Dispositivos Intrauterinos (Claves 060.308.0029, 060.308.0151, 060.308.0169 y 060.308.0193) y Gel Lubricante a base de agua (Clave 060.596.137). Lo anterior fundado y motivado en el “ACUERDO por el que se establece que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud sólo deberán utilizar los insumos establecidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención médica y, para segundo y tercer nivel, el catálogo de insumo”, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de diciembre de 2002.

---

<sup>42</sup> Administración logística de insumos de salud sexual y reproductiva. Manual operativo. Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2ª Edición. Noviembre de 2013

## **Capítulo 2. El Programa de Planificación Familiar en México (1970-2012)**

### **2.1 La Planificación Familiar**

La planificación familiar es el derecho de toda persona a decidir, de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos para ello.

Dentro del concepto de la salud reproductiva, la planificación familiar es un derecho humano que implica la facultad que tienen hombres y mujeres de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, segura, libre e informada; de ejercer el derecho de procrear o no, así como la libertad para decidir, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho de las personas a recibir información, consejería y acceso a métodos anticonceptivos de su elección, seguros y eficaces. La planificación familiar es un componente esencial de la salud reproductiva, es un derecho humano, un elemento básico para el desarrollo social y económico de las personas y las comunidades, así como un aspecto esencial para la igualdad de hombres y mujeres.

Una de las condiciones necesarias para lograr un México Incluyente, tal como se señala en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018<sup>43</sup>, es asegurar que toda la población tenga acceso efectivo a servicios de planificación familiar y anticoncepción. Sólo mediante este tipo de acciones se podrán reducir las grandes disparidades y brechas existentes al interior del país.

La evidencia científica sustenta que los beneficios de la planificación familiar y de la anticoncepción se extienden a diversas esferas de la salud y del desarrollo social y económico de la población, ya que con este tipo de acciones se contribuye a reducir la mortalidad materna e infantil, así como a disminuir los costos asociados a la atención de las complicaciones del embarazo. Paralelamente se propicia una mayor autonomía y participación de las mujeres en trabajos remunerados, y se facilita el acceso a mejores niveles de vida de las personas, al espaciar los nacimientos y al reducir el tamaño de la familia, entre otros beneficios.

---

<sup>43</sup> <http://pnd.gob.mx/>

A casi cuatro décadas de la institucionalización del primer programa oficial de planificación familiar en nuestro país, los avances en este campo de la salud pública son evidentes, lo que se ha traducido en una importante reducción en el tamaño de las familias y en un crecimiento más armónico de la población, pero aún se enfrentan grandes retos para hacer efectivo el ejercicio del derecho que tienen hombres y mujeres a decidir el número y el espaciamiento de sus hijos.

Las políticas de planificación familiar en nuestro país se remontan a 1977, año en el que se aprobó el primer Plan Nacional de Planificación Familiar del Sector Salud. A partir de entonces, la prestación de los servicios fue creciendo a lo largo del país y paralelamente se fue diversificando la oferta de métodos anticonceptivos para responder a las necesidades específicas de la población.

Hoy día la planificación familiar es considerada como un derecho humano, establecido claramente en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin embargo, esta concepción es muy reciente. Al terminar la Revolución Mexicana las condiciones de salud eran dramáticas; una alta mortalidad en general, asociada básicamente a efectos de la lucha armada de 1910 y a factores nutricionales y de salud pública deficientes, lo que redujo la población del país drásticamente hacia la década de 1920. Ante este escenario, los gobiernos posrevolucionarios promovieron leyes de corte pronatalista (Leyes Generales de Población de 1936 y 1947), que incentivaron el incremento de la población.

Como resultado de tales políticas de población, la tasa de crecimiento poblacional logró unos de sus niveles más altos durante la década de 1970 al ubicarse en 3.6% anual, mientras que la tasa global de fecundidad indicaba 7 hijos por mujer. La población nacional pasó entonces de 15 a 50 millones de la década de los veinte a la del setenta, con una estructura por edad muy joven; 46% de la población tenía menos de 15 años de edad.

El rápido crecimiento de la población que prevalecía en ese entonces, no solamente en México sino a nivel mundial, fueron motivo de gran preocupación en diversas Conferencias de Población, señalando a la planificación familiar como un elemento clave para la reducción del crecimiento demográfico y para elevar el nivel de vida de la población.

El inicio de las acciones públicas de planificación familiar en México se remonta a la década de los sesenta, por instituciones privadas. En 1968, el Instituto Nacional de la Nutrición fue la primera instancia pública que implementó la prestación de servicios, a la par de investigación en la materia. En 1972 se agrega el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Finalmente, en 1973, se incorpora el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Nuestro gobierno, atendiendo a las políticas internacionales, en 1973 derogó la prohibición de la venta y propaganda de anticonceptivos y se integró la Comisión Interinstitucional de atención materno-infantil y planificación familiar, de tal manera que se fueron realizando acciones coordinadas entre las diferentes instituciones de salud hasta consolidar un programa nacional. En enero de 1974 se decreta la nueva Ley General de Población<sup>44</sup>, que establece las bases para la creación de servicios de planificación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública en el sector público.

En 1977 se aprueba el primer Plan Nacional de Planificación Familiar, en el cuál se definieron metas demográficas de corto, mediano y largo plazos orientadas a reducir la tasa de crecimiento poblacional de 3.2% estimado en 1976, a 2.5% en 1982, 1.9% en 1988 y a 1.0% en el año 2000. Otro hecho sin precedentes, fue la decisión presidencial de incorporar este Plan al Plan Global de Desarrollo.

A partir de entonces, los servicios de planificación familiar se fueron extendiendo a lo largo del país. En sus inicios sólo se ofertaban en áreas urbanas, pero se extendieron rápidamente a las áreas rurales a través de diversas estrategias operativas, en las cuales personal voluntario de las propias comunidades jugó un papel fundamental. Paralelamente se fue diversificando la oferta de métodos anticonceptivos para responder a las necesidades específicas de la población, y se impulsaron campañas de comunicación educativa y social para difundir los beneficios de la planificación familiar entre la población.

---

<sup>44</sup> [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgp/LGP\\_orig\\_07ene74\\_ima.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgp/LGP_orig_07ene74_ima.pdf)



En la década de los ochenta, el Programa de Planificación Familiar incorporó el enfoque de riesgo y se iniciaron programas de anticoncepción postevento obstétrico, dando prioridad a grupos específicos de la población identificados como vulnerables.

En la década de los noventa hubo importantes avances. Se impulsaron acciones para promover la participación activa del varón en las acciones de planificación familiar y se crearon los primeros servicios de vasectomía sin bisturí en el país. Asimismo, se publicó en mayo de 1994 la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, que incorporó los avances científicos en el contexto nacional e internacional en materia de tecnología anticonceptiva, así como los procesos de orientación-consejería. Esta Norma fue actualizada en 2004.

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD)<sup>45</sup>, celebrada en 1994 en El Cairo, Egipto, México se sumó al pronunciamiento de las Naciones Unidas respecto a la importancia de satisfacer las necesidades de las personas en materia de educación y salud, incluyendo la salud reproductiva, como requisitos indispensables tanto para el desarrollo individual como para el desarrollo equilibrado de la población.

En 1995, México fue uno de los primeros países del mundo en implantar un Programa de Salud Reproductiva de cobertura nacional, con una visión holística, vinculando los componentes de planificación familiar, salud sexual y reproductiva de la población adolescente, salud perinatal y salud de la mujer, con perspectiva de género. A partir de entonces, las acciones de planificación familiar se han fortalecido continuamente.

A lo largo de sus casi 40 años de vida, el Programa de Planificación Familiar ha tenido importantes avances, pero aún enfrenta grandes retos para hacer efectivo el ejercicio del derecho que tienen hombres y mujeres a decidir el número y el espaciamiento de sus hijos. Una característica distintiva ha sido su continua evolución, incorporando los avances científicos y tecnológicos tanto nacionales como internacionales, conforme a las necesidades y prioridades de

---

<sup>45</sup> [http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/poblacion/conf\\_pop.htm](http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/poblacion/conf_pop.htm)

la población objetivo. En esta tarea, la participación de las organizaciones de la sociedad civil y de agencias de cooperación internacional ha sido fundamental, tanto en la prestación de servicios como en el diseño de políticas públicas.

De acuerdo con la Ley General de Salud, la planificación familiar es materia de salubridad general y forma parte de los servicios básicos de salud para garantizar el derecho de la protección de la salud para la población. Por tal motivo, el Estado debe asegurar la prestación de servicios de planificación familiar, garantizando la adquisición adecuada y oportuna de métodos anticonceptivos para todas las unidades médicas y centros de atención, particularmente entre quienes no tienen acceso a la seguridad social.

Como resultado de las acciones impulsadas tanto en el sector público como en el sector privado, así como con el apoyo decisivo de las Organizaciones de la Sociedad Civil, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre mujeres en edad fértil unidas pasó de 30.2 por ciento en 1976 a 72.3 por ciento en 2009, lo cual ha sido un factor determinante en la reducción de la fecundidad y del ritmo de crecimiento de la población. No obstante lo anterior, en los últimos años el ritmo de crecimiento prácticamente se ha estancado, y en varios estados del país existe un rezago importante en esta materia, lo que indica la necesidad de identificar estrategias innovadoras que permitan aumentar a un ritmo mayor el uso de métodos anticonceptivos al interior del país.

El promedio de hijos por mujer (tasa global de fecundidad) ha tenido un descenso importante al pasar de 6.8 en 1970 a 2.3 en 2010). Actualmente la tasa global de fecundidad es de 2.2 hijos por mujer. Por su parte, la tasa de crecimiento de la población mantiene un decrecimiento sostenido al pasar de 3.2% en 1970, a 1.9% en 1990 y a 1.4% en 2010. De haberse mantenido el nivel de crecimiento poblacional observado en la década de los setenta, en el 2010 la población nacional se hubiera situado en alrededor de 180 millones y no en los 114 millones que se contabilizaron a través del Censo de Población y Vivienda

Aunado a lo anterior, la demanda no satisfecha de métodos anticonceptivos, que representa el porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que no hacen uso de algún método anticonceptivo a pesar de su deseo expreso de limitar o

espaciar su fecundidad, sigue manteniendo niveles muy altos, principalmente en mujeres adolescentes de 15 a 19 años (24.8%), en población que habla lengua indígena (21.7%) y en la población rural (15.9 %). En los últimos años el nivel de uso de anticonceptivos en el país prácticamente se ha estancado.

Es importante destacar que, de haberse mantenido el nivel de crecimiento poblacional observado en la década de los setenta, en la actualidad la población nacional se ubicaría en alrededor de 180 millones, y no en los 118 millones que estima el CONAPO para mediados del año 2013.

Para 2013, se estiman 2.25 millones de nacimientos y 673 mil defunciones que, en conjunto, implicará un incremento natural absoluto de 1.58 millones de personas con una tasa de crecimiento anual promedio de 1.13%.

Este aumento natural absoluto de la población mexicana, de 1.58 millones de personas para 2013, representa el total de población residente en el estado de Zacatecas para ese mismo año, lo que equivale a decir, que a partir de 2013 se estaría duplicando anualmente la población de Zacatecas, pero distribuida en todo el territorio nacional.

La estructura de la población por grupos de edad también se modificó significativamente durante estos últimos 30 años (gráfica 1), observándose desde 1970 una disminución en la base debido principalmente al decremento de la fecundidad, así como un incremento en los grupos en edad productiva y reproductiva. Esta tendencia de la población por edad y sexo plantea el reto de ampliar, mejorar y fortalecer los servicios de planificación familiar y anticoncepción, principalmente en adolescentes que representan dentro la etapa reproductiva, el grupo de edad (quinquenal) de mayor proporción en ambos sexos.

La Ley General de Salud (LGS) reglamentaria del derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece que el Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así

como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud, siendo como un derecho a la protección de la salud, los servicios básicos de salud entre ellos los “Servicios de Planificación Familiar”, previstos en el Capítulo VI de la Ley en comento, de los artículos 67 al 71.

Derivado de lo anterior, se describa que la Planificación familiar “... tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.”. Asimismo que: “Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad” (art. 67 LGS).

Tales servicios de planificación familiar están integrados por (art. 68 LGS):

- La **promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa** en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo nacional de Población.
- La **atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios** de servicios de planificación familiar.
- La **asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar** a cargo de los sectores público, social y privado y la supervisión y evaluación en su ejecución, de acuerdo con las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población.

- El **apoyo y fomento de la investigación** en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana.
- La **participación en el establecimiento de mecanismos idóneos para la determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos y otros insumos destinados a los servicios de planificación familiar.**
- La **recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria** para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas.

**Gráfica 1. Pirámides poblacionales 1970 y 2010.**



Las acciones de planificación familiar y anticoncepción están orientadas particularmente a mujeres y hombres en edad reproductiva. No obstante, la cobertura de los servicios se ha medido tradicionalmente en términos de Mujeres en Edad Fértil Unidas (MEFU), esto es mujeres de 15 a 49 años de edad que se encuentran casadas o unidas. Recientemente se empezó a calcular la cobertura del programa en relación a las Mujeres en Edad Fértil con

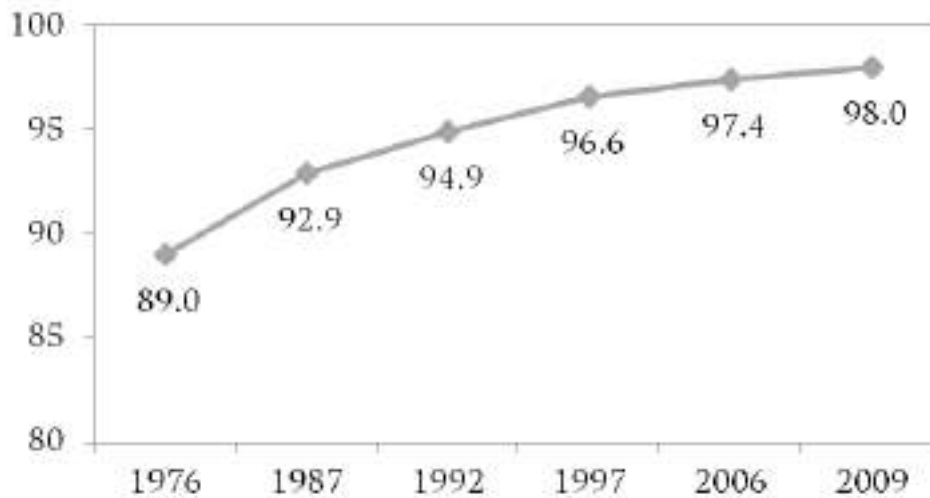
Vida Sexual Activa (MEFSA), que incluye solo aquellas que tuvieron relaciones sexuales durante el mes previo a la entrevista.

De acuerdo con las proyecciones de población del CONAPO, el número de Mujeres en Edad Fértil (MEF) en el país asciende a 32.7 millones en 2013, lo que representa 27.7% de la población total del país. Durante el periodo 2000-2013 este grupo de la población aumentó en 1.15 millones, lo que representa un incremento de 1.2 por ciento en dicho periodo.

Por otra parte, con base en los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009, se estima que el 57.2% de las MEF están casadas o unidas y 52.9% tienen vida sexual activa. Suponiendo que este comportamiento se mantiene, la población potencial del Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción asciende en el 2013 a aproximadamente 17.9 millones de MEFU y 16.5 millones de MEFSA, cifras que incrementarán a 19.6 y 18.1 millones, respectivamente en 2018.

Una condición para que la población acepte el uso de anticonceptivos, como método para decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos, es la identificación y el conocimiento de los diferentes anticonceptivos. En términos generales, el nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil (MEF) sobre métodos anticonceptivos, pasó de 89.0 a 98.0 por ciento de 1976 a 2009 (gráfica 2); es decir, de acuerdo al último dato, prácticamente la totalidad de las MEF conoce o ha oído hablar de al menos un método anticonceptivo.

**Gráfica 2. Porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce al menos un método anticonceptivo, 1976-2009**

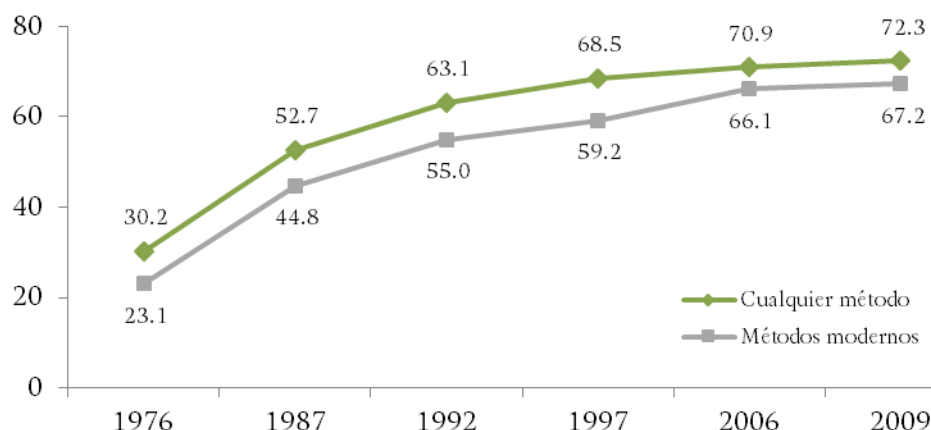


Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en EMF 1976, ENFES 1987, ENADID 92,97, 2006 y 2009.

La reducción de la fecundidad y en consecuencia del ritmo de crecimiento de la población ha sido favorecida por la implementación de programas gubernamentales de planificación familiar que promueven el uso de métodos anticonceptivos, lo cual se demuestra en los resultados de diferentes encuestas demográficas aplicadas en México desde 1976, a saber: Encuesta Mexicana de Fecundidad (EMF) de 1976; Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (ENFES) de 1987; y la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) de 1992, 1997, 2006 y 2009.

De acuerdo con los resultados de estas encuestas nacionales, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de las MEFU pasó de 30.2 a 72.5% de 1976 a 2009, sin embargo, en la última década, se percibe un discreto incremento al pasar de 68.5 a 72.5% de 1997 a 2009 (gráfica 3), lo que indica la necesidad de identificar estrategias innovadoras que permitan aumentar a un ritmo mayor el uso de métodos anticonceptivos al interior del país.

**Gráfica 3. Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en las MEFU, por tipo de método, 1976-2009**



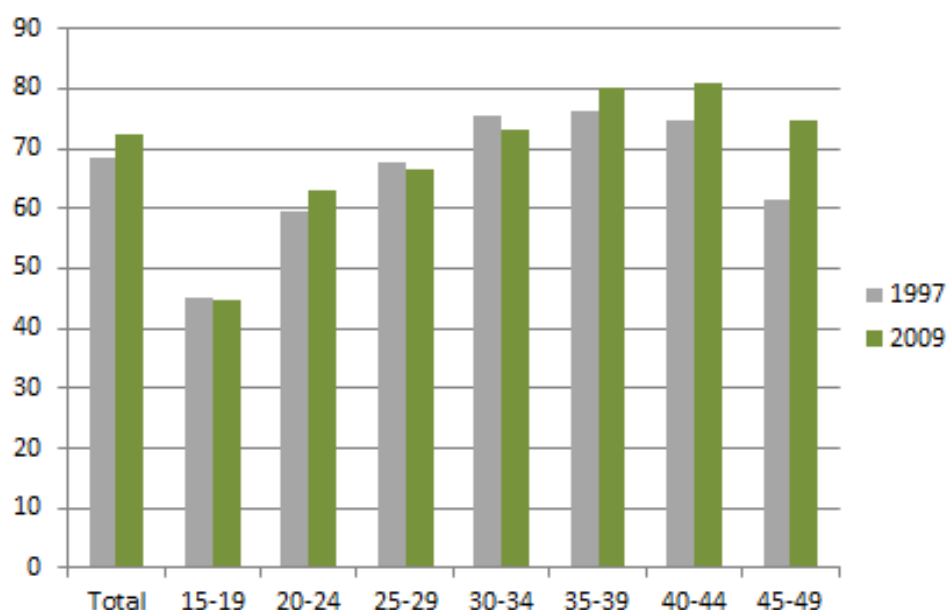
Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en EMF 1976, ENFES 1987, ENADID 92,97, 2006

Es importante destacar que al considerar únicamente el uso de métodos anticonceptivos modernos (oclusión tubaria bilateral, vasectomía, dispositivo intrauterino, hormonales orales, hormonales inyectables, condones masculinos y femeninos, así como espermicidas y métodos locales), la prevalencia de uso asciende únicamente a 67.4 por ciento en 2009.

Los patrones por edad quinquenal de la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de las MEFU, de 1997 y 2009, son muy parecidos; con una tendencia a incrementarse en edades adultas posterior a los 35 años (gráfica 4). Para 2009, la prevalencia más baja se observa en adolescentes con 44.7%, para después incrementarse a niveles cercanos a 80% en las edades de 35 a 44 años, luego desciende 75% en la edad 45-49 años. Ante estos resultados, se resalta el reto de ampliar, mejorar y fortalecer los servicios de planificación familiar y anticoncepción, particularmente en población adolescente y juvenil.



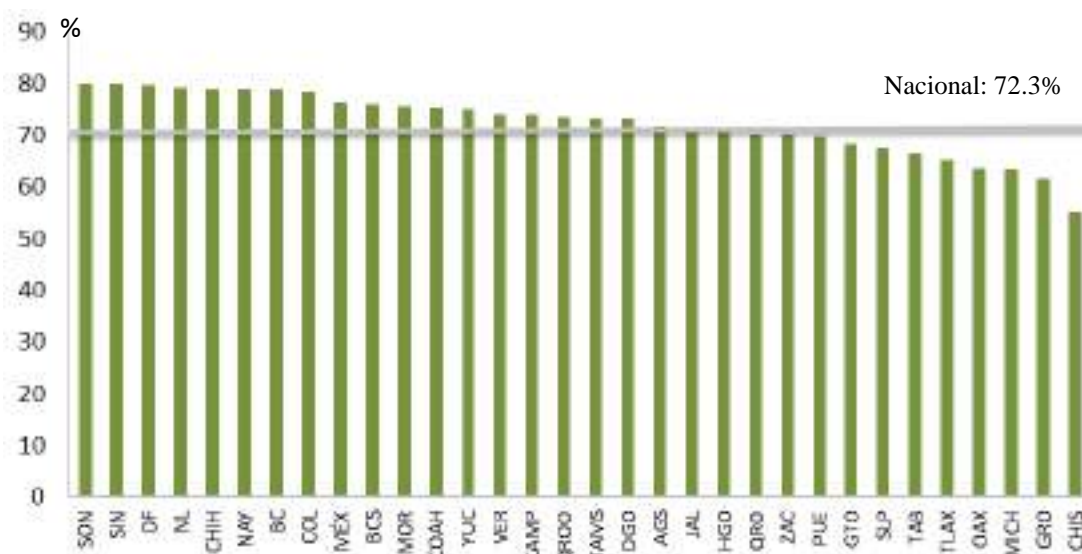
Gráfica 4. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que usan métodos anticonceptivos por grupos quinquenales de edad, 1997 y 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009

Hacia el interior del país, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre MEFU varía de manera importante por entidad federativa (gráfica). En 2009, Sonora, Sinaloa, Distrito Federal y Nuevo León ya presentaban prevalencias de uso de anticonceptivos superiores a 79 por ciento, lo que coloca a estas entidades federativas con niveles de uso de anticonceptivos semejantes a países desarrollados como Rusia (federación) y Estados Unidos. Por el contrario, Michoacán, Oaxaca, Guerrero y Chiapas poseen los porcentajes más bajos de uso de anticonceptivos, por debajo de 64 por ciento, lo que indica que estas entidades federativas presentan un rezago de aproximadamente 17 años, en comparación con el avance a nivel nacional. Entre estos valores extremos se observa una brecha de al menos 15 puntos porcentuales, denotando una gran desigualdad en términos de desarrollo social y económico.

**Gráfica 5. Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas, por entidad federativa. México, 2009**



Diversos estudios han demostrado que la promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos, tiene diversos beneficios para la población, entre los que se incluyen los siguientes:

1. Apoya a las personas en la toma de decisiones bien informadas sobre su salud sexual y reproductiva, entre ellas en el ejercicio de su derecho a decidir sobre su reproducción, es decir, tener o no descendencia, el número y el momento para tenerla.
2. Contribuye a evitar hasta una tercera parte de las muertes maternas. La evidencia demuestra que el acceso efectivo a métodos anticonceptivos mejora la salud materna al prevenir embarazos no planeados y de alto riesgo, particularmente en los extremos de la vida reproductiva.
3. Reduce el número de abortos. Estudios recientes demuestran que al atender tanto la demanda en planificación familiar como de servicios de salud materna, el número de abortos podría disminuir en cerca de tres cuartas partes.
4. Favorece la sobrevivencia de los recién nacidos y por lo tanto, reduce la mortalidad infantil como resultado de la ampliación del espaciamiento entre nacimientos. En países en desarrollo, el riesgo de prematurez y de bajo peso al

nacer se duplica cuando la concepción ocurre dentro de los seis meses posteriores al último parto, además los infantes que nacen dentro de los dos años siguientes al último parto, tienen 60% más probabilidad de morir durante la infancia que quienes nacen posterior a dos años del último parto de su madre.

5. Mejora la condición y el empoderamiento de las mujeres, ya que, al poder controlar su reproducción, se les facilita su desarrollo personal e incrementa la posibilidad de ingresar a la fuerza laboral.

6. Contribuye a la reducción de la pobreza y a mejorar desarrollo económico. Un estudio realizado en 48 países, estimó que el porcentaje de personas viviendo en situación de pobreza habría disminuido una tercera parte si las tasas de natalidad hubieran bajado a cinco por mil habitantes en la década de los ochenta.

7. Disminuye los costos asociados a la atención médica. Por cada dólar invertido en servicios de anticoncepción moderna, se podría ahorrar 1.40 USD en gastos de atención materna y cuidados del recién nacido.

8. Contribuye a la sostenibilidad ambiental, ya que el crecimiento poblacional acelerado ejerce fuerte presión sobre los recursos naturales. La planificación familiar es una de las intervenciones más costo-efectivas para preservar el equilibrio del ambiente para las generaciones futuras.

Ante esta situación, el Gobierno Federal se ha propuesto dar prioridad al Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción<sup>46</sup> para atender las demandas y necesidades de la población en esta materia, por lo cual se impulsarán diversas acciones y estrategias orientadas a atender las demandas específicas de la población, particularmente en las áreas de mayor rezago.

Dentro de las estrategias propuestas se encuentran tres, que el Lic. Enrique Peña Nieto, en el ejercicio de sus atribuciones y para el despacho del orden administrativo encomendado al Poder Ejecutivo de la Unión (art. 2º Ley Orgánica de la Administración Pública Federal), ha solicitado que se atiendan a

---

<sup>46</sup> Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018. México.

la brevedad y son: el abasto completo de métodos anticonceptivos; la difusión en medios de comunicación de los beneficios de planificar la familia o de prevenir embarazos no deseados entre adolescentes y la capacitación en la materia a todo el personal médico y paramédico.

## **2.2 Plan Nacional de Desarrollo y Programa Sectorial de Salud 2013-2018**

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, plantea cinco metas nacionales que fueron diseñadas para responder a cada una de las barreras que limitan el desarrollo de nuestro país: México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global. Asimismo, incluye tres estrategias transversales en todas las acciones de la presente Administración. De manera particular, para lograr un México Incluyente se requiere garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de la población, entre los cuales se encuentra la salud. La planificación familiar es un elemento esencial para favorecer la salud y contribuir al ejercicio de otros derechos de la población, como el derecho a decidir el número y el espaciamiento de los hijos, por lo cual las estrategias y líneas de acción del Programa de Acción Específico de Planificación Familiar 2013-2018, contribuirán a lograr un México Incluyente y están perfectamente alineadas a su objetivo 2.3: incrementar acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades, en cuya estrategia 1.5 se describe: incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial énfasis en los adolescentes, en concordancia con las estrategias planteadas por el Plan Nacional de Desarrollo y en cumplimiento con el Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que en su segundo párrafo dicta “Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”.

El Programa Sectorial de Salud<sup>47</sup> fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de diciembre de 2013 y se plantea alcanzar seis objetivos:

1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.
3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.

---

<sup>47</sup> Programa Sectorial de Salud 2013 2018. DOF: 12/12/2013

4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.
6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

Aun cuando el Programa de Planificación Familiar contribuye a lograr los objetivos 1, 2, 4 y 6 del Programa Sectorial de Salud 2013-2018, está directamente alineado al objetivo 1, tal como se describe en el siguiente cuadro:

**Cuadro 1. Alineación de los objetivos del Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción con el Programa Sectorial de Salud, 2013-2018**

Objetivo del Programa Sectorial de Salud	Estrategia específica	Líneas de acción	Objetivos del Programa de Planificación Familiar
1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades	1.5 Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial en adolescentes y poblaciones vulnerables.	1.5.1 Diseñar estrategias de comunicación en salud sexual y reproductiva.  1.5.4 Promover la salud sexual y reproductiva responsable, así como la prevención del VIH y otras	1. Incrementar el acceso efectivo a servicios y mejorar la calidad de la atención en planificación familiar y anticoncepción.  2. Atender las necesidades específicas de planificación familiar de la población, particularmente en grupos en situación de desventaja social.

		<p>ITS.</p> <p>1.5.5</p> <p>Garantizar abasto y oferta de métodos anticonceptivos e insumos para la prevención del VIH y otras ITS.</p> <p>1.5.7</p> <p>Incrementar el acceso y utilización de servicios de salud sexual y reproductiva en mujeres y hombres.</p>	<p><b>3.</b></p> <p>Incentivar la paternidad activa y elegida y la responsabilidad del hombre en la planificación familiar y en el uso de métodos anticonceptivos.</p>
<p>Fuente: Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018</p>			

Es así que se debe poner al alcance de toda la población información veraz y oportuna, orientación y consejería con calidad y calidez, así como la disponibilidad de métodos y estrategias anticonceptivas que respondan a las necesidades de cada individuo y de cada pareja, de acuerdo con las diferentes etapas del ciclo reproductivo. Por ello, se debe ofertar una diversidad de métodos anticonceptivos, incluyendo aquellos que sean producto de los recientes avances científicos y tecnológicos, con el único criterio de haber demostrado ser efectivos y seguros.

### **2.3 El Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018**

Tomando como base los rezagos en materia de planificación familiar y anticoncepción en México, las estrategias y líneas de acción del Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018 están orientadas a contribuir a que la población disfrute de su vida sexual y reproductiva de manera informada, libre, satisfactoria, responsable y sin riesgos. Asimismo, se plantea tres objetivos específicos:

1. Incrementar el acceso efectivo a servicios de planificación familiar y anticoncepción y mejorar la calidad de la atención.
2. Atender las necesidades específicas de planificación familiar y anticoncepción, particularmente en grupos en situación de desventaja social.
3. Incentivar la paternidad activa y elegida, así como la responsabilidad del hombre en la planificación familiar y la anticoncepción.

El Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción está perfectamente alineado al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, así como al Programa Sectorial de Salud, conforme a la siguiente descripción:

**Cuadro 2. Alineación de objetivos del PROSESA con el PND 2013-2018**

Documento	Objetivos del PROSESA	Estrategias del PROSESA	Líneas de acción del PROSESA
Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018	2. México Incluyente	2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud	2.3.2 Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud



Programa Sectorial de Salud 2013-2018	2. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades	1.5 Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables.	<p>1.5.1 Diseñar estrategias de comunicación en salud sexual y reproductiva.</p> <p>1.5.4 Promover la salud sexual y reproductiva responsable, así como la prevención del VIH y otras ITS.</p> <p>1.5.5 Garantizar abasto y oferta de métodos anticonceptivos e insumos para la prevención del VIH y otras ITS.</p> <p>1.5.7 Incrementar el acceso y utilización de servicios de salud sexual y reproductiva en mujeres y hombres.</p>
Documento	Objetivos del PROESA	Estrategias del PROESA	Líneas de acción del PROESA
Programa Sectorial de Salud 2013-2018	3. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades	1.5 Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables.	<p>1.5.1 Diseñar estrategias de comunicación en salud sexual y reproductiva.</p> <p>1.5.4 Promover la salud sexual y reproductiva responsable, así como la prevención del VIH y otras ITS.</p>

			<p>1.5.5 Garantizar abasto y oferta de métodos anticonceptivos e insumos para la prevención del VIH y otras ITS.</p> <p>1.5.7 Incrementar el acceso y utilización de servicios de salud sexual y reproductiva en mujeres y hombres.</p>
Fuente: PAE de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018.			

En relación al marco jurídico, en México las acciones de planificación familiar y anticoncepción están respaldadas jurídicamente tanto por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y otros documentos normativos y legislativos de carácter nacional, como por un conjunto de tratados, convenciones y acuerdos internacionales, entre los que destaca la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en el Cairo, Egipto, en 1994.

En el ámbito nacional, los principales ordenamientos de tipo jurídico en los que se sustentan las acciones de planificación familiar y salud reproductiva son las siguientes:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que en su Artículo 4º señala que toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Leyes:

Ley General de Población, que en su Artículo 3º, Fracción II, señala que la Secretaría de Gobernación dictará y ejecutará o en su caso promoverá ante las

dependencias competentes o entidades correspondientes, las medidas necesarias para realizar programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público y vigilar que dichos programas y los que realicen organismos privados, se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preserven la dignidad de las familias, con el objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, así como lograr el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y naturales del país.

Ley General de Salud, que en su Artículo 3° señala que la planificación familiar es materia de salubridad general y en sus Artículos del 67 al 71 incluye diversas disposiciones que le otorgan a la planificación familiar su carácter prioritario, define los diferentes servicios que incluye la planificación familiar, y le otorga a la Secretaría de Salud la facultad de coordinar las actividades de las dependencias y entidades del sector salud para instrumentar y operar las acciones de planificación familiar. Asimismo, señala en su artículo 71Bis 15, lo siguiente:

Artículo 77 bis 15. El Gobierno Federal transferirá a los gobiernos de las entidades federativas, los recursos que por concepto de cuota social y de aportación solidaria le correspondan, con base en las personas afiliadas, que no gocen de los beneficios de las instituciones de seguridad social, validados por la Secretaría de Salud.

La transferencia de recursos a que se refiere el párrafo anterior, podrá realizarse en numerario directamente a las entidades federativas, en numerario mediante depósitos en las cuentas que constituyan los Regímenes Estatales de Protección en Salud en la Tesorería de la Federación, o en especie, conforme los lineamientos que para tal efecto emitan la Secretaría de Salud y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en el ámbito de sus respectivas competencias, y adicionalmente, se sujetará a lo siguiente:

- I. ....
- II. ....

III. Los recursos en especie se entregarán a los servicios estatales de salud, quedando obligados a dar aviso de dicha entrega a la tesorería de su entidad para los efectos contables y presupuestarios correspondientes.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación<sup>48</sup>, que en su Artículo 11 señala que los organismos públicos y las autoridades federales, en el ámbito de su competencia llevarán a cabo, entre otras medidas compensatorias a favor de la igualdad de oportunidades de las niñas y los niños, la impartición de educación para la preservación de la salud, el conocimiento integral de la sexualidad, la planificación familiar, la paternidad responsable y el respeto de los derechos humanos.

Reglamentos:

Reglamento de la Ley General de Población, que en la Sección II del Capítulo Segundo, incluye diversas disposiciones para regular las acciones de planificación familiar, entre las que se incluye la gratuidad de los servicios cuando éstos sean otorgados por dependencias y organismos del sector público (Artículo 16).

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica<sup>49</sup>, en su Artículo 17 faculta a los establecimientos de carácter privado para colaborar, entre otros servicios básicos de salud, con la prestación de servicios de planificación familiar. Además, en su Capítulo V (Artículos 116 a 120), incluye diversas disposiciones para la prestación de servicios de planificación familiar.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud<sup>50</sup>.- Al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, conforme a lo establecido en el artículo 40, le corresponde, entre otros; Proponer al Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud las políticas nacionales en materia de

---

<sup>48</sup> Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de junio de 2003. Texto vigente. Última reforma publicada DOF 20-03-2014

<sup>49</sup> Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Se encontró en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmmpsam.html>

<sup>50</sup> Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Se encontró en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/ri190104.html>

salud reproductiva, incluyendo planificación familiar, cáncer cérvico uterino y mamario, de atención materno infantil, de salud perinatal, de equidad de género, y de prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres como un problema de salud pública, sin perjuicio de las atribuciones que en estas materias correspondan a otras dependencias, y evaluar su impacto; y Establecer las especificaciones técnicas del equipo e insumos que se utilizan en los programas a su cargo;

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, en su Artículo 17 faculta a los establecimientos de carácter privado para colaborar, entre otros servicios básicos de salud, con la prestación de servicios de planificación familiar. Además, en su Capítulo V (Artículos 116 a 120), incluye diversas disposiciones para la prestación de servicios de planificación familiar.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.- Al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, conforme a lo establecido en el artículo 40, le corresponde, entre otros; Proponer al Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud las políticas nacionales en materia de salud reproductiva, incluyendo planificación familiar, cáncer cérvico uterino y mamario, de atención materno infantil, de salud perinatal, de equidad de género, y de prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres como un problema de salud pública, sin perjuicio de las atribuciones que en estas materias correspondan a otras dependencias, y evaluar su impacto; y Establecer las especificaciones técnicas del equipo e insumos que se utilizan en los programas a su cargo;

Normas Oficiales Mexicanas:

Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005-SSA-1993-De los servicios de planificación familiar)<sup>51</sup>, cuya actualización se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) del 21 de enero de 2004, con Nota aclaratoria publicada en el DOF el 16 de junio de 2004. Su objetivo es uniformar principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la

---

<sup>51</sup> Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar.

prestación de los servicios de planificación familiar en México. Su campo de aplicación lo constituyen los servicios de atención médica y comunitaria de las instituciones de los sectores público, social y privado.

En el marco de la salud reproductiva, las acciones de planificación familiar, también se relacionan con otras Normas Oficiales Mexicanas, las cuales se relacionan a continuación:

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 - Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, publicada en el DOF el 6 de enero de 1995.

Norma Oficial Mexicana NOM 010-SSA2-2010 - Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, modificación publicada en el DOF 10 de noviembre de 2010.

Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, publicada en el DOF 16 de abril de 2009.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012 - Para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica. Publicada en el DOF 7 de enero de 2013.

En el contexto internacional, las acciones de planificación familiar se fundamentan en las recomendaciones emanadas de diversas conferencias internacionales sobre población y derechos humanos llevadas a cabo en el seno de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en las que se han abordado temas relacionados con la salud, la salud sexual y reproductiva, así como con los derechos sexuales y reproductivos, entre otros. Otros organismos se han sumado al llamado internacional en este tema.

Destacan por su relevancia, las siguientes conferencias, convenciones y cumbres:

- Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) 1979.
- Conferencia Internacional de Población 1984, Ciudad de México, México.
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo 1994, El Cairo, Egipto.
- Cuarta Conferencia Internacional sobre la Mujer 1995, Beijing, China.
- Cumbre del Milenio, 2000
- Asamblea General sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2010
- Cumbre de Londres sobre Planificación Familiar, 2012.
- Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y El Caribe, Montevideo Uruguay, 2013

Como pudo observarse, el Programa de Planificación Familiar en México define las características que debe contener la prestación de servicios en la materia, dicho programa tiene un soporte documental vasto tanto nacional como internacional que supone la atención y prestación de forma adecuada. A continuación, veremos las características del aseguramiento de insumos anticonceptivos en México bajo la óptica nacional e internacional a lo largo de las últimas décadas.

## **2.4 Abasto de métodos anticonceptivos en México**

La Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos (USAID) apoyó al programa de planificación familiar en México desde 1978, incluyendo la donación de métodos anticonceptivos (pastillas, DIU, condones y espermicidas (tabletas y espumas) hasta 1983; posteriormente pastillas, DIU t 380, condones y el inyectable bimestral) y durante muchos años fue el donante externo más importante. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y otros donantes también hicieron donaciones de anticonceptivos, pero por períodos más breves y en cantidades más pequeñas. Durante todo este período, casi la totalidad de los anticonceptivos provistos por las instituciones del sector salud fueron anticonceptivos donados por gobiernos, agencias y fundaciones de otros países y de organizaciones internacionales.<sup>52</sup>

En 1990, el gobierno de Estados Unidos firmó un memorando de entendimiento en el que informaba a México el inicio de la reducción escalonada de donaciones de métodos anticonceptivos en porcentajes anuales del 20% hasta alcanzar el cese total de las donaciones para 1995. El proceso de graduación, como se le llama al proceso de cese de donaciones de la USAID a un país, respondió a que el México contaba ya con una política de población que priorizaba la importancia de la planificación familiar y su financiamiento, y a que tenía programas con capacidad financiera y técnica para continuar con esta tarea.

Como consecuencia de esta reducción, el gobierno de México tuvo que empezar a comprar el 20 por ciento de cada uno de los métodos anticonceptivos en el programa de planificación familiar en 1990. Para este fin, el Proyecto Deliver, de John Snow International (JSI), con el financiamiento de USAID, otorgó asistencia técnica a la Dirección General de Planificación Familiar (que en 1995 se convirtió en Dirección General de Salud Reproductiva (DGSR)) de la Secretaría de Salud (SSA), centrada principalmente en el área de la estimación de necesidades y en la “monetización de la necesidad”. Esta tarea implicaba estimar precisamente el volumen que debía de ser comprado

---

<sup>52</sup> Ricardo Vernon, Gabriela Helguera, Carmen Suárez Blanch. Estudio de caso: Recentralización de compras de insumos anticonceptivos en México. INSAD. 2015



para satisfacer las necesidades del Programa Nacional de Planificación Familiar, y establecer procedimientos para hacer una licitación nacional y adquirir los mejores precios posibles, pues en aquel entonces las leyes de compra locales no permitían licitaciones internacionales, que hubieran permitido obtener precios más competitivos.

Después de 30 años de recibir donaciones, esta primera compra fue difícil, pues los recursos para hacerla se recibieron tardíamente de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), por lo que, para evitar el desabasto, se solicitó aumentar el 80 por ciento de donación que había sido acordado para el año. El desabasto también se vio mitigado porque desde 1989 se había considerado en las donaciones un “colchón de seguridad”. En términos generales, esta primera compra implicó un gran proceso de aprendizaje, pues no se conocían los procedimientos ni tiempos para solicitar y contar oportunamente con los recursos financieros gubernamentales para hacer la compra, ni tampoco las áreas y personas que intervenían, autorizaban y estaban a cargo de los diferentes procesos involucrados en la compra de insumos.

Entre 1991 y 1995 se trabajó una metodología de planeación con un horizonte de 3 años. En 1990 se estimó la necesidad de anticonceptivos desde ese año hasta 1993 a partir de las tendencias de consumo existentes y de los planes de expansión del programa. Con estas estimaciones fue posible abogar por los recursos necesarios para poder cumplir con los compromisos establecidos con USAID en los años futuros. En la transición de 1990-1995, la DGSR y Deliver también llevaron a cabo talleres de fortalecimiento de la gestión logística con el personal estatal de la SSA y se preparó a facilitadores estatales para capacitar al personal de las unidades médicas. En esta etapa, Deliver apoyó al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el fortalecimiento de capacidades de adquisición y manejo de la cadena logística de anticonceptivos y en la automatización del sistema de información logístico, que hasta esa fecha era manual, es decir, no automatizado.

Finalmente, el 18 de mayo de 1994 México se convirtió en el miembro número 25 de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

(OCDE), por lo que Estados Unidos suspendió permanentemente la donación de métodos anticonceptivos al país. Como consecuencia, entre 1995 y 1996 se vivió la primera crisis de desabasto, que motivó al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) a hacer una donación de anticonceptivos, que fue complementada con compras de la DGSR.

El proceso de graduación coincidió en México con el proceso de descentralización de los servicios de salud. El proceso de descentralización de la compra de medicamentos fue dándose en etapas que no estuvieron claramente definidas en un principio. En los noventa, cada entidad federativa compraba libremente los métodos anticonceptivos de acuerdo a sus prioridades, necesidades y antecedentes.

En 2003 se estableció el Sistema de Protección Social en Salud y el Seguro Popular, que planteó la meta de cubrir con servicios de atención médica a la población abierta y que se convirtió en la fuente de financiamiento más grande de los SESA. Como parte de la implantación del Seguro Popular se integraron catálogos de intervenciones médicas que podían ser cubiertas y de medicamentos que podían ser comprados por el Seguro Popular, incluyendo los métodos anticonceptivos. Esto implicaba que los SESAs no podían adquirir medicamentos que no estuvieran incluidos en los catálogos con fondos del Seguro Popular (tampoco estaban obligados a adquirir todos los medicamentos en la lista, incluidos los anticonceptivos)

Cuando se recibían anticonceptivos donados, los programas de planificación familiar ofrecían cuatro métodos anticonceptivos reversibles: pastillas, DIU T 380, condones y el inyectable bimestral (antes de 1983 también se ofrecían espumas y pastillas). Cuando finalizaron las donaciones, se empezaron a adquirir el inyectable mensual, Cyclofem y tres tipos de pastillas: Microgynon, Marvelon, Oviprem.

Actualmente el Cuadro Básico de Medicamentos (CBM) incluye 21 claves de métodos anticonceptivos, lo que ha hecho el proceso de compras más complejo. De estas 21 claves, 13 son las que tienen mayor demanda y movimiento en las entidades federativas: los hormonales orales (Microgynon CD y Marvelon), los hormonales inyectables mensuales (Mesigyna y Cyclofem),

el DIU T380 Cu y los condones. Los últimos anticonceptivos incluidos en el CBM y el CAUSES han sido el implante subdérmico, las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE) y el parche transdérmico.

Con la compra descentralizada de anticonceptivos se presentó el desabasto causado por la falta de presupuesto para la compra de dichos insumos y por las diferencias en los costos de los mismos en las entidades federativas. El segundo problema observado fue que los presupuestos no estaban etiquetados, por lo que en ocasiones los SESAs utilizaban lo presupuestado para anticonceptivos para comprar otras cosas. Los estados también tendían a ir comprando conforme necesitaran los diferentes insumos, la adquisición se hacía en volúmenes pequeños, lo que encarecía el costo y más aún cuando se realizaba a través de intermediarios que se llevaban una comisión en ventas al gobierno, lo que elevaba dramáticamente el costo de los insumos anticonceptivos.

Para resolver esta situación, la SSA buscó que las entidades federativas hicieran las compras consolidadas a través del mecanismo que el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) tenía establecido para hacer compras internacionales en gran volumen para varios países a partir de la Iniciativa Global para el Aseguramiento de Insumos de Salud Reproductiva (AISR), con lo que se conseguía un precio por unidad mucho más bajo que el que podían obtener los estados en sus compras directas, aun considerando los cargos administrativos del 8 por ciento incluido en el precio, en el primer año de este mecanismo se logró coordinar la compra consolidada para 16 estados.

Los insumos llegaron a los almacenes de la SSA en octubre o noviembre, y eran los anticonceptivos que se tenían que haber entregado durante todo el año. A la bodega acudió personal de la DGSR a verificar lo entregado y luego se negoció con los estados para definir si ellos enviaban sus vehículos o contrataban el servicio de entrega, para lo cual también se tuvo que vigilar que cada estado se llevara lo que le correspondía, lo cual fue complicado.

La principal ventaja de la compra consolidada de UNFPA fue que se ahorró mucho dinero (como cuatro millones de dólares en aquel entonces) y que ayudó a aumentar la transparencia con la participación de los estados. A estas

ventajas, algunos entrevistados del nivel estatal agregaron como ventajas un mayor aseguramiento del abasto de anticonceptivos a las unidades del que había existido anteriormente; y la reducción de la carga administrativa derivada de la compra de insumos en el estado, lo cual implicaría un ahorro financiero aún mayor al considerar la disminución del tiempo de personal dedicada en todo el país a la compra de anticonceptivos.

Aunque en el segundo año la participación en el mecanismo de compra aumentó a 19 estados, en los siguientes 9 años<sup>10</sup> disminuyó la participación a alrededor de 10 entidades por año, con altas y bajas intermitentes de los participantes en el mecanismo. El mecanismo se mantuvo vigente durante 11 años y participaron en él un total de 21 entidades.

Además del mecanismo de UNFPA, se ha identificado otros tres modelos de compra y distribución de insumos anticonceptivos que se habían usado en las entidades federativas a partir de la descentralización de servicios: la compra directa por el estado, en las que el mismo personal del estado se encarga de estimar las necesidades, hacer una licitación, recibir y distribuir los métodos; la tercerización, en donde todas estas tareas o la mayor parte de ellas se entregan a un tercero que se selecciona a través de una licitación; y la compra consolidada de anticonceptivos en coordinación con otros estados, lo que permite aumentar el volumen de compra y disminuir el precio de los anticonceptivos.

Todas las entidades federativas tuvieron experiencia con el modelo de compras directas en algún momento, algunas entidades como Chihuahua y el Distrito Federal habían utilizado únicamente este modelo desde el inicio del proceso de la descentralización, algunas otras como Hidalgo, Jalisco y Morelos también habían utilizado el modelo de tercerización e Hidalgo y Querétaro participaron en la compra consolidada con UNFPA. Todos los estados hicieron compras directas en algún momento y la mayoría ensayó algún otro sistema posteriormente, lo que indica poca satisfacción con el modelo.

Sin embargo, existe un margen para mejorar la rendición de cuentas regional para los gastos. En los términos de la ley mexicana actual, los estados son responsables de decidir cómo gastar sus recursos, lo que significa que la

Secretaría de Salud y la SHCP tienen limitaciones para responder a las preocupaciones sobre la eficiencia y la calidad.

De la misma manera, existen reglas generales respecto a cómo los estados pueden utilizar sus fondos de salud, lo cual es importante teniendo en cuenta las variaciones en la capacidad administrativa y gerencial entre los estados. Por ejemplo, no más del 40% de los fondos del Seguro Popular puede ir a recursos humanos, y no más del 30% puede gastarse en medicamentos con un mínimo de 20% en actividades preventivas. Aun así, más allá de estas cifras, no existe una estrategia clara de asignación a nivel estatal, lo que deja la responsabilidad a los estados de cómo gastan sus recursos dentro de estas restricciones.<sup>53</sup>

---

<sup>53</sup> Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México. Resumen Ejecutivo y Diagnóstico y Recomendaciones 2016. Traducido a partir de la versión original en inglés publicada con el título: OECD Reviews of Health Care Systems: Mexico 2016 <http://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en>.

## **2.5 Financiamiento para la adquisición de anticonceptivos. Ramo 12**

El presupuesto aprobado al Ramo 12 “Salud”, se emplea para garantizar el derecho a la salud de toda la población mexicana, mediante la operación de programas presupuestarios vinculados al Programa Sectorial de Salud (PROSEA) de la Meta Nacional “México Incluyente” y “México Próspero”, del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018. En este sentido, el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2015 establece para el Ramo una asignación de recursos que representa aproximadamente el 11.4 por ciento del Gasto Programable de los Ramos Administrativos y 3.7 por ciento del Gasto Programable del Sector Público Presupuestario.

El 67.4 por ciento del presupuesto total del Ramo se emplea para Programas de Subsidios; mientras que 29.4 por ciento es para aquellos identificados como de Desempeño de las Funciones, y 3.2 por ciento para los Administrativos y de Apoyo.

Es relevante comentar que el Ramo 12 administra 37 programas presupuestarios, entre los que destacan tres, que en forma conjunta concentran 73.5 por ciento del total de los recursos asignados en el PEF 2015 al Ramo entre los que se cuentan principalmente los siguientes:

El Seguro Popular para atender de manera preferencial las necesidades de los grupos más vulnerables. Las Prestaciones de Servicios de Salud para asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad y el PROSPERA, Programa de Inclusión Social, para garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.

El presupuesto aprobado al Ramo 12 “Salud”, busca el fortalecimiento de las funciones sustantivas del Sistema Nacional de Salud (rectoría, financiamiento, generación de recursos y prestación de servicios); dando prioridad presupuestaria real a través de incrementos a programas como: Proyectos de Infraestructura Social de Salud (53.2%), Reducción de Enfermedades Prevenibles por Vacunación (34.9%), Prevención y Atención de VIH/SIDA y Otras ITS (13.7), Atención a la Salud Reproductiva y la Igualdad de Género en Salud (10.9%), entre otros.

Sin embargo, la mayor parte del presupuesto en salud se ejerce en programas que brindan cobertura financiera o prestación de servicios públicos de atención a la salud, a través del Seguro Popular, Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención a la Salud y PROSPERA Programa de Inclusión Social, que en conjunto concentran 73.5 por ciento del total del presupuesto asignado al Ramo 12.<sup>54</sup>

En adición a lo anteriormente expuesto, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva tiene la facultad que el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud le confiere para administrar el recurso para la adquisición de métodos anticonceptivos al amparo del Artículo 40 en su fracción VI que define “Establecer las especificaciones técnicas del equipo e insumos que se utilizan en los programas a su cargo” y en la fracción VII “proponer o definir los mecanismos que permitan la adquisición, el control en el suministro y la distribución oportuna, suficiente y de calidad de los insumos estratégicos utilizados en los programas a su cargo, en coordinación con las unidades administrativas competentes”. De igual manera, la fracción XXIV es la que otorga específicamente la posibilidad de hacer uso del recurso financiero que obtiene para identificar las mejores formas administrativas para realizar la adquisición de los insumos independientemente de las fuentes de financiamiento siempre en función de cumplir con los programas a su cargo como a continuación se menciona: “Administrar y proponer el uso y destino de los bienes, derechos y recursos que obtenga el Centro por cualquier título legal, en función del desarrollo de los programas a su cargo”.

En resumen, la Secretaría de Salud, a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, como parte de la Administración Pública Federal, tiene que cumplir con la finalidad en el concepto de Estado de alcanzar el bienestar común de la sociedad mexicana a través de las formas administrativas que se han desarrollado en el país y de las diferentes fuentes de financiamiento de las que puede echar mano para dar cumplimiento al precepto consagrado en el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos para que todas las personas constituidas en su territorio

---

<sup>54</sup> <http://www.cefp.gob.mx/publicaciones/nota/2015/febrero/notacefp0072015.pdf>

para decidir de manera libre e informada el número y espaciamiento de sus hijos como un derecho que se cumple cabalmente en nuestro país. Es así que en el siguiente capítulo daremos cuenta de la forma en que el abasto de los anticonceptivos se lleva a cabo en la región sur-sureste de México y las decisiones técnicas y políticas respecto de las formas de adquisición que se han tomado para asegurar el acceso de la metodología anticonceptiva a la población en general.



### **Capítulo 3. Análisis del proceso de abasto de métodos anticonceptivos en la región sur de México (2014-2015)**

#### **3.1 La región sur de México**

Las diferentes entidades o estados que conforman el territorio mexicano se agrupan en regiones y que cada una de ellas tiene características naturales, poblacionales y económicas que difieren de las otras. Los factores que se tomaron en cuenta para dividir a la República Mexicana en regiones son, entre otros, de tipo físico e histórico-cultural. La agrupación de los estados que presentan características similares ya sean de tipo físico, cultural, económico, etc., da origen a la formación de siete regiones, lo cual nos permite y facilita el estudio de nuestro país.<sup>55</sup>

Los factores físicos son todos los elementos que hay en la naturaleza, es decir, que para su creación no intervino la mano de los seres humanos, sin embargo, pueden ser modificados por ellos, como el relieve, el clima, la vegetación, etcétera.

Los histórico-culturales, tienen que ver con las formas de organización social y económica que los seres humanos han creado como parte de su adaptación al medio natural en el que viven. La combinación de todos estos factores forma uno de los criterios que se utilizan para establecer semejanzas y diferencias entre las 32 entidades que integran al territorio nacional.

1. Región del Norte.
2. Región del Noroeste.
3. Región del Occidente.
4. Región Central.
5. Región del Golfo.
6. Región del Sur.
7. Región de la Península de Yucatán.

---

<sup>55</sup> [http://www.conevyt.org.mx/colaboracion/colabora/objetivos/libros\\_pdf/sso1\\_u3lecc2.pdf](http://www.conevyt.org.mx/colaboracion/colabora/objetivos/libros_pdf/sso1_u3lecc2.pdf)

Regionalmente, México se caracteriza por un desarrollo desigual. Las regiones norte y centro del país se orientan más hacia actividades de exportación manufacturera, maquila de exportación, comercio y servicios modernos. Por el contrario, en la región sur, que comprende los estados de Guerrero y Oaxaca, y en el Sureste, en los estados de Campeche, Chiapas, Tabasco y Veracruz, lo que predomina son las actividades agropecuarias. En las entidades del Sureste señaladas también son importantes el sector energético y petroquímica. Los resultados para el sur y estos estados del Sureste son contundentes: tienen los niveles más bajos de ingreso y de vida del país.<sup>56</sup>

Para los fines de este trabajo, la región que describiremos a continuación es la sur.

Esta región está conformada por los estados de Guerrero, Oaxaca y Chiapas, con capitales en Chilpancingo, ciudad de Oaxaca y Tuxtla Gutiérrez respectivamente. Su extensión es aproximadamente de 233,045 km<sup>2</sup>.

El relieve que tiene esta región es principalmente montañoso, por la presencia de la Sierra Madre del Sur, la cual corre paralela a la línea costera; es común ver que a lo largo de su litoral las llanuras que hay entre este sistema montañoso y el mar sean muy angostas o que en algunos lugares no existan. Por otra parte, es una zona de grandes contrastes en cuanto a vegetación se refiere, ya que pueden observarse unas áreas cubiertas por selvas y otras, por el contrario, tienen una vegetación mínima.

Tiene una población aproximada de 9'746,000 habitantes: La población se distribuye tanto en las ciudades como en la gran cantidad de áreas rurales existentes. Más específicamente se puede decir que una parte de su población se ubica en los valles y depresiones, y la otra en tierras altas y sierras. Las ciudades y pueblos más importantes se encuentran en los valles, ya que son tierras relativamente cultivables.

En esta región la población indígena tiene gran relevancia por el porcentaje que representa a nivel nacional, y por la gran variedad de grupos étnicos, algunos

---

<sup>56</sup> Francisco Lastra Bastar. El Sureste. Una Deuda Pendiente. Ideas para una política de desarrollo económico regional. Primera Edición. México, 2000. pág. 13

de ellos son: chocho, ixcateca, mazateca, mixteca, cuicateca, amuzgo, trique, chatino, zapoteca, huave, chinanteca, mixe, zoque, el de los lacandones, chol, tzeltal, tzotzil, tojolabal, el de los mames, tlapaneca, nahua, chontal de Oaxaca y chontal de Guerrero.

Las ciudades más importantes de la región son: Iguala, Chilpancingo y Acapulco, en Guerrero; Oaxaca, Tehuantepec, Juchitán, Huajuapán de León y Salina Cruz, en Oaxaca; y Tuxtla Gutiérrez, San Cristóbal y Tapachula en Chiapas.

Sin lugar a dudas, esta región es la menos desarrollada y la más pobre del país, situación que se refleja particularmente en el amplio sector de indígenas, ya que, en su mayoría, no cuentan con los servicios básicos de bienestar, y menos aún con programas de apoyo a la producción y demás actividades económicas.

La actividad agrícola es limitada debido a las pocas tierras planas y a la falta de grandes y suficientes obras hidráulicas (distritos de riego, presas, etc.); generalmente los cultivos dependen de las lluvias, sin embargo, en los tres estados existe una o más áreas que se distinguen por su productividad.

En la actualidad, y debido a la manifestación que han hecho algunos sectores indígenas para llamar la atención sobre su marginación histórica en el desarrollo social, político y económico, se está orientando la atención de varias organizaciones gubernamentales y civiles para procurar un mejor nivel de vida de esta población.

Es un hecho que las limitantes del relieve y el poco desarrollo económico de la región no han impulsado la construcción y surgimiento de suficientes y eficaces vías de comunicación. No obstante, la región se encuentra comunicada entre sí, y con el centro del país por medio de varias carreteras. En la actualidad, y debido a la atracción turística que ejerce toda la zona, sea por sus vestigios culturales, sus riquezas y bellezas naturales, así como por sus centros turísticos, se han venido proyectando y haciéndose realidad, ampliaciones y mejoras en algunas de estas carreteras.

La salud y la prosperidad se siguen distribuyendo de forma desigual, donde las personas en los estados del sur, las mujeres, los niños y los grupos indígenas viven en desventaja. A pesar de las grandes reformas redistributivas, la pobreza continúa siendo endémica. El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) muestra que un poco menos de 10% de la población sigue viviendo en pobreza extrema (aunque esta cifra está disminuyendo) y México es el segundo país más desigual en el área de la OCDE después de Chile. Los ingresos per cápita en los estados más ricos son entre 4 y 6 veces más altos que los ingresos per cápita de los estados más pobres del sur. Aproximadamente, tres cuartas partes de la población indígena en México vive en pobreza, comparado con alrededor de cuatro de cada diez personas no indígenas.<sup>57</sup>

---

<sup>57</sup> Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México. Resumen Ejecutivo y Diagnóstico y Recomendaciones 2016. Traducido a partir de la versión original en inglés publicada con el título: OECD Reviews of Health Care Systems: Mexico 2016 <http://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en>.

### **3.2 El proceso de adquisición de insumos**

En 1996, el Ejecutivo Federal y los ejecutivos estatales firmaron el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud. Como parte de este acuerdo, los estados de la Federación asumieron las responsabilidades que la Ley General de Salud les asignó, incluyendo el manejo y operación de los recursos financieros para poderlos distribuir de acuerdo con las necesidades de los servicios y prioridades locales. Los organismos descentralizados creados se llamaron “servicios estatales de salud” (SESA).

Para atender los gastos de los servicios de salud descentralizados y que los SESA pudieran ejercer sus atribuciones, la federación creó el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA). Como consecuencia de este proceso de descentralización, la compra y distribución de anticonceptivos y de todos los insumos médicos (excepción hecha de las vacunas y, posteriormente, de los antiretrovirales) pasó del nivel federal al nivel estatal, lo que representó un reto muy grande para los SESAs, pues enfrentaron condiciones inéditas hasta el momento, especialmente si se considera que recibieron poca asistencia técnica para realizar las nuevas funciones adquiridas con la descentralización, ni se elaboraron protocolos ni manuales de procedimientos.

Debe señalarse, sin embargo, que al quedar en las entidades federativas la decisión de qué comprar, llevó a que se decidiera frecuentemente utilizar los fondos etiquetados para anticonceptivos en la compra de otros medicamentos. Este proceso de descentralización afectó a los servicios de salud dependientes hasta ese momento de la SSA, pero no a las de seguridad social.

Como ya se dijo anteriormente, el Seguro Popular, del Sistema de Protección Social en Salud se estableció en el 2003 con el objetivo financiar los servicios de atención médica a la población abierta y que se convirtió en la fuente de financiamiento más importante de los servicios estatales de salud.

En 2003, el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME) incluía 78 intervenciones de salud seleccionadas a partir de estudios desarrollados por la Dirección General de Información en Salud (DGIS) y FUNSALUD. En 2004 fue

sustituido por el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES), que incrementó las intervenciones a 91 servicios. A partir de diferentes ejercicios realizados por especialistas, el catálogo continuó expandiendo el número de intervenciones ofrecidas por el Seguro Popular incluidas en el CASES: en 2005 se actualizó a 155 intervenciones, 249 en 2006, 255 en 2007. En 2008 el CASES fue sustituido por el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), un conjunto de intervenciones médicas y de los medicamentos para tratarlas que pueden ser cubiertas por el Seguro Popular de Salud y que ha permanecido con el mismo nombre hasta la fecha. El número de intervenciones en el CAUSES continuó expandiéndose continuamente hasta llegar a 285 en 2014.

En el marco de la descentralización de los servicios de salud, hasta el 2013, los métodos anticonceptivos se habían adquirido de manera directa en cada uno de los Servicios Estatales de Salud, y en la mayoría de los casos la adquisición había sido contratada con un tercero, lo que generaba deficiencias importantes en el abastecimiento, entre las que destacan las siguientes:

- Desabasto de varios anticonceptivos en al menos la mitad de las entidades federativas. De acuerdo con los inventarios físicos realizados por cada una de las entidades federativas al 31 de diciembre del 2013 solo tres entidades reportaron abasto adecuado de material anticonceptivo y en 14 estados del país no se contaba con un control de insumos en virtud de que el suministro se realizaba a través de un tercero. Además, en algunas entidades federativas, la compra de insumos anticonceptivos se realizaba a precios muy altos en comparación con el costo promedio.
- Falta de acceso a servicios públicos de planificación familiar. Los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009 (ENADID), señaló que el 19% de las usuarias con vida sexual activa adquirieron los anticonceptivos directamente en las farmacias o tiendas, lo que generaba un gasto de bolsillo para la población, en la búsqueda de un servicio que por derecho debería ser gratuito.

- Demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar. De acuerdo con la ENADID 2009, en México, el 9.8% de las mujeres unidas en edad fértil, que deseaban limitar o espaciar sus embarazos no usó ningún método anticonceptivo.
- Embarazos no planeados entre la población, particularmente entre adolescentes. En 2012 se registraron en México 388,658 nacimientos de madres menores de 20 años de edad, lo que representó poco más del 17 por ciento.
- Adquisición de métodos anticonceptivos a precios excesivos en algunas entidades federativas. Por ejemplo; el Implante subdérmico con un precio de \$1,300.00 se adquiría a \$1,750.00.

Con la intervención de la Sociedad Mexicana de Salud Pública se promovió ante el H. Congreso de la Unión que en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2014 se especificara que la adquisición del material anticonceptivo del CAUSES se realizara en forma centralizada.

Como resultado de dichas gestiones, el cuarto párrafo de la fracción B del Artículo 37 del Presupuesto de Egresos de la Federación 2014, a la letra dice:

*“La Secretaría de Salud coordinará y centralizará el proceso de licitación y adquisición de medicamentos y demás insumos en materia de salud sexual y reproductiva contenidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud vigente, transfiriéndolos a las entidades federativas en especie de acuerdo a sus necesidades poblacionales respectivas y conforme a los lineamientos que para tal efecto emitan las Secretarías de Salud y la de Hacienda y Crédito Público, en el ámbito de sus respectivas competencias.”*

Derivado de lo anterior, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud transferirá los recursos necesarios a las áreas de compra centralizada y al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva a realizar la adquisición acorde con las necesidades estatales, conforme al PEF del ejercicio fiscal 2014, publicado en el D.O.F. el 3 de diciembre de 2013.

Para el 2014 se estimó que la estrategia tendría un costo aproximado de \$1,022 millones de pesos, monto que fue diferenciado por entidad federativa de acuerdo con la población objetivo como a continuación se indica en el Cuadro 3:

**Cuadro 3. Costo global y por entidad federativa de las necesidades de métodos anticonceptivos 2014.**

ENTIDAD FEDERATIVA	COSTO
AGUASCALIENTES	\$ 13,203,453.93
BAJA CALIFORNIA	\$ 15,293,178.53
BAJA CALIFORNIA SUR	\$ 3,647,746.01
CAMPECHE	\$ 6,550,660.62
COAHUILA	\$ 16,592,772.38
COLIMA	\$ 4,768,058.97
CHIAPAS	\$ 56,255,679.22
CHIHUAHUA	\$ 23,406,656.66
DISTRITO FEDERAL	\$ 41,287,870.00
DURANGO	\$ 10,703,569.58
GUANAJUATO	\$ 64,171,302.00
GUERRERO	\$ 30,196,087.81
HIDALGO	\$ 18,710,287.18
JALISCO	\$ 95,609,185.60
MÉXICO	\$ 125,116,690.09
MICHOACÁN	\$ 59,284,678.38
MORELOS	\$ 26,379,398.62
NAYARIT	\$ 11,348,304.03
NUEVO LEÓN	\$ 26,733,804.24
OAXACA	\$ 20,277,047.44
PUEBLA	\$ 57,775,676.26
QUERÉTARO	\$ 21,148,184.41
QUINTANA ROO	\$ 13,743,933.10
SAN LUIS POTOSÍ	\$ 39,742,769.35
SINALOA	\$ 16,777,825.95
SONORA	\$ 10,271,384.64
TABASCO	\$ 33,240,204.72
TAMAULIPAS	\$ 18,410,581.63
TLAXCALA	\$ 11,674,810.34
VERACRUZ	\$ 96,675,135.86
YUCATÁN	\$ 8,853,596.13
ZACATECAS	\$ 24,576,794.99
<b>NACIONAL</b>	<b>\$ 1,022,427,328.67</b>

Fuente: Registros Dirección de Planificación Familiar. CNEGSR



Los métodos anticonceptivos se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o de una pareja con el fin de prevenir embarazos no deseados o no planeados. Cada método anticonceptivo tiene sus indicaciones y contraindicaciones. Ningún método anticonceptivo puede considerarse mejor que otro, ni es 100 por ciento seguro. La eficacia teórica de cada método aumenta considerablemente si se usa correctamente y corresponde al tipo fisiológico de la mujer, por ello, la inversión planeada tuvo que considerar la adquisición de 11 diferentes tipos de métodos anticonceptivos en las cantidades que se señalan en el Cuadro 4.

**Cuadro 4. Cantidad de métodos anticonceptivos a adquirir, por tipo de método. México, 2014.**

<b>Método (clave)</b>	<b>Cantidad a adquirir</b>
Hormonal oral (3507)	3'365,579
Hormonal oral (3508)	454,532
Inyectable mensual (3509)	2'772,014
Inyectable mensual (3515)	2'499,839
Inyectable bimestral (3503)	1'931,326
Condón masculino	55'001,593
Condón femenino	840,947
DIU T de Cobre 380 A	608,139
DIU T de Cobre para nulíparas	26,656
Anticoncepción de emergencia	188,371
DIU medicado	84,679
Implante subdérmico	265,754
Parches dérmicos	672,285

Fuente: Registros de la Dirección de Planificación Familiar

Por otro lado, es importante analizar brevemente el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2016, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de noviembre de 2015, el cual contempla que la ejecución y operación del Sistema de Protección Social en Salud deberá sujetarse a lo dispuesto por la Ley General de Salud (LGS), las disposiciones reglamentarias de la Ley, así como a las disposiciones de carácter general o lineamientos que emitan la Secretaría de Salud o la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, donde la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y las entidades federativas deberán remitir la información que determine la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Lo anterior, coincidente con lo dispuesto por la LGS en su artículo 77 bis 6, que prevé: *“El Ejecutivo federal, por conducto de la Secretaría de Salud, y las entidades federativas celebrarán acuerdos de coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud. Para esos efectos, la Secretaría de Salud establecerá el modelo nacional a que se sujetarán dichos acuerdos, tomando en consideración la opinión de las entidades federativas. En dichos acuerdos se estipulará como mínimo lo siguiente: I. Las modalidades orgánicas y funcionales de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud; II. Los conceptos de gasto; III. El destino de los recursos; IV. Los indicadores de seguimiento a la operación y los términos de la evaluación integral del Sistema, y V. El perfil que los titulares de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud deben cubrir.”*

Todos los métodos anticonceptivos están en el CAUSES, es decir, en teoría deberían comprarse sin problema a través del Seguro Popular. Desafortunadamente los recursos que destinan los estados en este rubro han disminuido 2.4 puntos porcentuales anualmente, del 2000 al 2010. Los resultados de estas acciones tuvieron especial impacto en los estados que conforman la Región Sur del país, como a continuación veremos.

### **3.3 El procedimiento de abasto de insumos anticonceptivos en los estados del sur de México**

Más allá de las experiencias con los modelos específicos de adquisiciones de métodos anticonceptivos, se han identificado y sospechado diferentes problemas y obstáculos durante la etapa de descentralización en específico en los estados que conforman la región sur del país como por ejemplo, la capacidad técnica; las entidades federativas requieren equipos técnicos que sepan planear, programar, etiquetar e identificar recursos y llevar a cabo todos los procesos de licitación, compra y distribución, capacidades técnicas que frecuentemente no se encuentran en los estados.

La capacidad gerencial de los servicios a nivel estatal no se desarrolló a la par del compromiso en la descentralización. El personal de salud asumió funciones gerenciales para las cuales no estaba preparado y para los cuales no existían sistemas administrativos de apoyo apropiados. El proceso de descentralización tampoco fue acompañado de un proceso adecuado de fortalecimiento de las capacidades. La falta de capacidad se evidenciaba frecuentemente en las negociaciones en la licitación. Por ejemplo, se omitía incluir cláusulas referentes a la obligación de reponer anticonceptivos caducados, por lo que se entregaban insumos con vigencia corta que eventualmente no eran utilizados por las usuarias con la pérdida de insumos y, por lo tanto, de dinero.

Así mismo, se empezó a identificar una amplia variación en los precios de compra y de los propios procesos de compra. El Seguro Popular establecía un precio máximo para cada uno de los métodos anticonceptivos, que la SSA podía obtener al hacer compras consolidadas de grandes volúmenes pero que era difícil de obtener en las cantidades adquiridas por las entidades federativas. Algunas de ellas asumían la diferencia, pero otras simplemente no podían comprarlos; o se alcanzaba a comprar únicamente una parte pequeña de la demanda ya que, al tener un mayor costo, la cantidad de insumos que se podían adquirir era menor al necesario. Los estados más pobres, más alejados y más pequeños acababan pagando más que los estados más grandes y más cerca del Distrito Federal. Además, las empresas farmacéuticas fijaban los

precios a discreción a partir de las negociaciones que hacían con cada una de las entidades federativas.

Por otro lado, debido al mayor costo en la compra de los métodos anticonceptivos siempre existía la sospecha de la falta de transparencia en los procesos de compra locales, al recibir los estados los recursos del Seguro Popular, estos quedan fuera de la fiscalización federal. Además de la oportunidad de convertir la compra en un negocio de los funcionarios locales, existía la posibilidad de que se establecieran proveedores fijos multianuales que se convierten en proveedores únicos, lo que elevaba el precio al reducir la posibilidad de negociarlos.

De igual manera, se identificó que los procesos administrativos eran llevados a cabo por el personal administrativo que los traducían en términos complejos para el personal de salud con la consecuente poca participación técnica. Es recurrente que en los procesos de compra de las instituciones estatales tengan que participar varias áreas como la médica, de salud pública y la administrativa, las cuales frecuentemente desconocen las prioridades del programa de planificación familiar y la necesidad de acelerar los procesos para contar con los insumos oportunamente. Tampoco era posible sostener discusiones de carácter técnico con los proveedores para suplir algún insumo por otro, en caso de que no hubiera disponibilidad de alguno.

El procedimiento de adquisición de métodos anticonceptivos en los estados del sur tenía una marcada debilidad en el monitoreo y supervisión. Se identificaron dificultades de coordinación considerando la existencia del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS) nombrado por el gobernador del estado sin una relación de jerarquía con el Secretario de Salud. El REPSS entrega los recursos a un área del Servicio Estatal de Salud para que compre la mayoría de los medicamentos, pero también se compran con recursos federales del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, FASSA, Ramo 33 o del Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE)<sup>58</sup>. Así que existen varias figuras estatales con poder de

---

<sup>58</sup> Cuyo propósito es identificar y ordenar la ejecución del gasto de acuerdo al nuevo modelo de gestión por resultados.

decisión para compras de insumos y varias fuentes de financiamiento, y todos rinden informes por canales diferentes, lo que ocasiona que se pierda el control y aumente la posibilidad del desvío de recursos. El control estuvo vinculado por muchos años a la supervisión operativa de funcionarios técnicos, aspecto que se perdió con el Sistema de Protección Social en Salud. Se señaló la importancia en los estados del Sur-Sureste de contar con funcionarios públicos que desarrollen y gestionen la política pública, en particular las funciones de evaluación, fiscalización, monitoreo y capacitación, pero el proceso de descentralización no asumió la contratación de personal para gestionar el sistema.

Aunado a lo anterior, los estados del Sur se caracterizan por la falta de sistemas de información confiables del proceso logístico de abasto de anticonceptivos ya que los estados no se habían corresponsabilizado del mantenimiento de un sistema de información adecuado. Frecuentemente no coincidían los reportes del sistema de información con los reportes finales, lo que podía provocar irregularidades. Se debió buscar el control de sistema de información durante este proceso. Una de las consecuencias de la falta de un sistema de información confiable y oportuno sobre el proceso logístico llevó a tomar decisiones inerciales de compra, basadas en datos poco precisos del consumo del año anterior y sin tomar en cuenta criterios demográficos, de la dinámica de cambio del método anticonceptivo por las usuarias tanto por agotamiento del inventario como por cambios de preferencias a lo largo de su vida reproductiva, ni la introducción de nuevos métodos anticonceptivos que fueron agregándose en el Catálogo Único de Servicios Esenciales en Salud (CAUSES) del Seguro Popular y que no se habían usado anteriormente.

En los estados del Sur-Sureste del país se presentaba frecuentemente sobreabasto en los almacenes de los hospitales estatales grandes y desabasto en las unidades de atención primaria de salud debido a la falta de información apropiada sobre inventarios y a la limitada capacidad institucional para distribuir oportunamente los métodos. En dos entidades se mencionó la descoordinación que existe entre los sistemas de información del primer y el segundo nivel de

atención, por lo que frecuentemente los hospitales no quedaban incluidos en la estimación de necesidades, con el consecuente desabasto.

Un obstáculo más para un adecuado abasto de métodos anticonceptivos en los estados del Sur ha sido la falta de conocimiento de los procesos normativos, de las regulaciones incluidas en documentos jurídicos como la Ley General de Salud, las Normas Oficiales Mexicanas (NOM), los protocolos de compras de insumos y, en general los marcos normativos vigentes, particularmente de los procesos de adquisiciones. También se presentó la falta de alineación entre regulaciones federales y estatales. Existen disposiciones normativas locales que tratan de proteger las compras, pero en la práctica son obstáculos para su adquisición, por lo que el personal administrativo debe buscar una forma alterna que le permita contar con los insumos.

Se ha identificado que cuando llega al poder estatal un gobernador de un partido conservador, los tomadores de decisiones locales recortan los insumos de salud sexual y reproductiva por razones ideológicas, independientemente de lo que dicte la Secretaría de Salud Federal. Sin embargo, los estados con gobernadores del PAN habían tenido mejor abasto y mejores servicios para adolescentes que los gobernados por otros partidos.

Disponibilidad tardía y falta de ejercicio de fondos federales por procesos administrativos lentos y tardados. Según referencia de los Servicios Estatales de Salud, el presupuesto para la adquisición de métodos anticonceptivos tardaba mucho en llegar y los procesos administrativos eran lentos, por lo que los insumos no se tenían de manera oportuna. Para que la entidad federativa pueda hacer una licitación, se necesita que los fondos estén aprobados, garantizados y autorizados para su ejercicio. Los convenios para la transferencia de recursos federales se firmaban en junio y los procesos de licitación iniciaban entre julio y agosto. Dichos procesos duran normalmente un promedio de 60 días, por lo que el insumo llegaba a finales del año y con un precio elevado. Entre trámites y solicitud de autorizaciones pasa mucho tiempo, por lo que se le regresa mucho dinero a la Federación, sobre todo en planificación familiar. La autoridad federal es muy rígida en sus esquemas y

muy lenta en tramitar las respuestas, mismas que se tienen que turnar a muchas áreas, lo que provocaba desabasto.

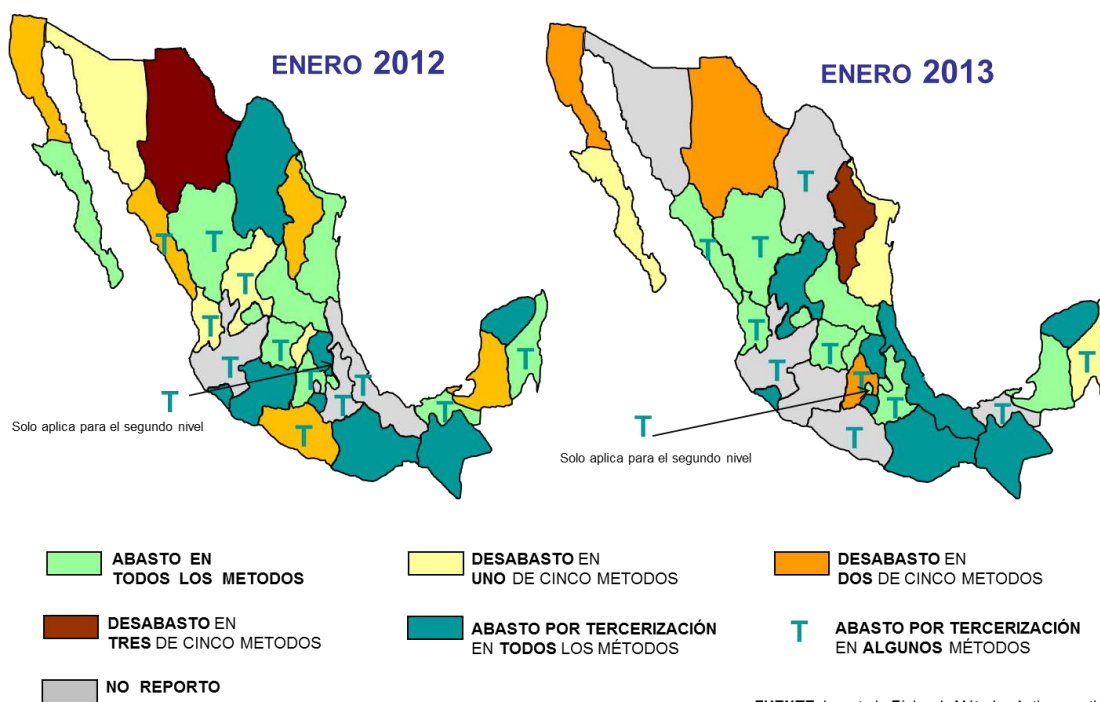
Presupuesto insuficiente y uso inapropiado del presupuesto. En algunos casos, el presupuesto asignado originalmente para anticonceptivos era insuficiente y en otros casos era desviado no solo hacia otros insumos sino hacia otros programas. También el reverso es cierto, se identificó como desventaja que el presupuesto tiene un tope asignado para el abasto de medicamentos, que no se podía rebasar, lo que determinaba la selección de métodos anticonceptivos.

Así mismo, en años anteriores, los Servicios Estatales de Salud (SESa) reportaban desabasto de uno o más métodos<sup>59</sup> (Imágenes 1 y 2), los SESa se abastecían de material anticonceptivo por tercerización, sin embargo, estos referían presentar problemas como insumos caros y de mala calidad, entregas tardías, entregas incompletas, abasto de insumos no solicitados, insumos próximos a caducar, nulo control del material, negativas para la compra de los métodos de nueva tecnología por ser más costosos, nula coordinación con los proveedores, lo que repercute en la falta de información logística, entre otros.

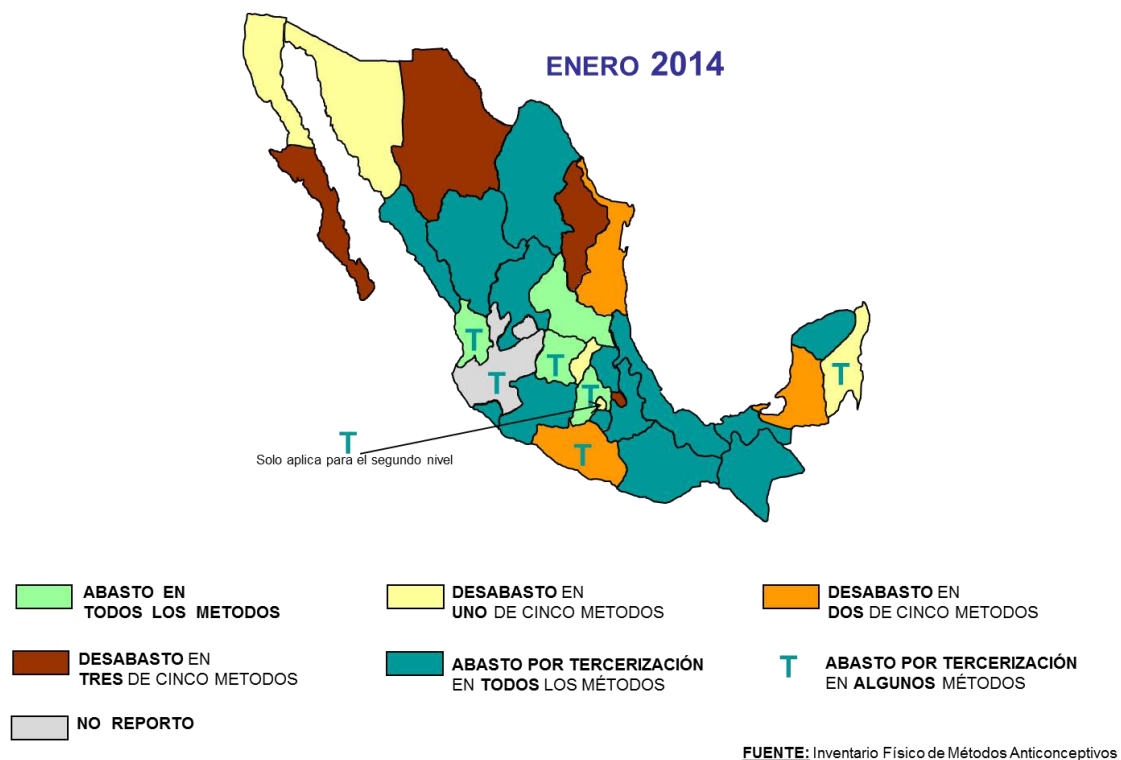
---

<sup>59</sup> Reportes anuales estatales de movimiento y abasto de anticonceptivos 2012-2014

**Imagen 1. Abasto de Métodos Anticonceptivos. República Mexicana, 2012-2013**



**Imagen 2. Abasto de Métodos Anticonceptivos. República Mexicana, enero 2014**





Por otro lado, en los inventarios de métodos anticonceptivos que envían a nivel federal los SESa que no contaban con tercerización, o esta es parcial, se identificaron diferencias importantes en cuanto al costo unitario de algunos métodos anticonceptivos que en ocasiones duplica o casi triplica el costo.

De acuerdo con un análisis de los reportes estatales de abasto en 2012 y 2013, se identificó que Chiapas y Oaxaca formaron parte de las entidades federativas que utilizaban tercerización y que, por lo tanto, no se contaba con información sobre su situación real de abasto, por otro lado, en 2012, Guerrero formó parte del grupo de entidades federativas que reportaron abasto adecuado, sin embargo, para 2013 se encontró en el grupo con desabasto en algún método (Cuadro 5).

**Cuadro 5. Situación de abasto de métodos anticonceptivos. 2012-2013**

<b>Abasto adecuado</b>	<b>Desabasto con algún método</b>	<b>Tercerización</b>
<b>2012</b>	<b>2012</b>	<b>2012</b>
<b>14 entidades (43%)</b>	<b>5 entidades (16%)</b>	<b>13 entidades (41%)</b>
AGS, BCS, CAMP, GTO, GRO, HGO, EDOMEX, NL, QRO, QROO, SLP, SON, TAMPS, TLAX.	BC, CHIH, DF, NAY, YUC.	COAH, COL, CHIS, DGO, JAL, MICH, MOR, OAX, PUE, SIN, TAB, VER, ZAC.
<b>2013</b>	<b>2013</b>	<b>2013</b>
<b>4 entidades (14%)</b>	<b>14 entidades (43%)</b>	<b>14 entidades (43%)</b>
AGS, BC, GTO, QRO.	BC, BCS, CAMP, CHIH, DF, GRO, EDOMÉX, NAY, NL, OAX, QROO, TAMPS, TLAX, YUC.	COAH, COL, CHIS, DGO, HGO, JAL, MICH, MOR, PUE, OAX, SIN, SON, TAB, VER, ZAC.

Fuente: CNEGySR / Reporte Estatal de Adquisición de Métodos Anticonceptivos al 1er. semestre (enero-junio), 2012 y 2013

Así mismo, Chiapas era de las entidades federativas que utilizaban el servicio de tercerización para la totalidad de los insumos, mientras que Oaxaca la utilizaba para algunos métodos (Cuadro 6), la problemática identificada fue que no se disponía de ningún tipo de información para dar seguimiento adecuado a la situación de abasto en estos estados. Algunos estados no tenían certeza sobre el surtimiento efectivo de métodos.

**Cuadro 6. Entidades federativas que se abastecían de métodos anticonceptivos por tercerización. 2012-2013**

<u><b>TERCERIZACIÓN TOTAL</b></u> <b>(13 entidades)</b>	<u><b>TERCERIZACIÓN PARCIAL</b></u> <u><b>(Solo algunos métodos)</b></u> <b>(8 entidades)</b>
COAH, COL, CHIS, DGO, HGO, JAL, MICH, MOR, PUE, SIN, TAB, VER, ZAC.	DF, GTO, GRO, EDO MÉX, NAY, OAX, Q.ROO, YUC.

Fuente: CNEGySR / Inventario físico y Reporte Estatal de Adquisición de Métodos Anticonceptivos, 2012 y 2013

Por lo anterior, las entidades federativas de la Región Sur del país encontraron los siguientes retos:

- Adquirir los insumos en tiempo y forma, conforme a la normatividad.
- Asegurar la distribución oportuna y eficiente de insumos en todos los centros de atención.
- Monitorear la distribución de insumos al interior del país.

Para ello, las entidades federativas en acuerdo con el CNEGSR realizaron la estimación de necesidades de material anticonceptivo por estado (validación por parte de los Servicios Estatales de Salud), se realizó la solicitud oficial de recursos a la CNPSS para la compra centralizada (febrero 2014) y se ratificaron o rectificaron las cantidades de material anticonceptivo por parte de los Servicios Estatales de Salud (marzo 31, 2014).

También es importante mencionar que en los SESa no se asumió la responsabilidad de contar con un sistema funcional de control de existencias de material anticonceptivo. Por ello, es de gran importancia la utilización de herramientas que permitan identificar la suficiencia en el abasto de estos insumos, tal como se describe a continuación.

### 3.4 Indicadores como herramienta de evaluación del abasto

La información es una herramienta indispensable y poderosa para la dirección científica y acertada en el mundo actual. Una sociedad, organización o individuo bien informado, posee la ventaja de comprender mejor lo sucedido, solucionar mejor los problemas, responder mejor a lo inesperado, lo que, por demás, se reduce a expensas de aceptables pronósticos para diferentes escenarios.

La información completa y confiable, en manos de decisores, otorga la capacidad para la acción y la decisión, lo cual producirá beneficios. En el área de la salud humana, la información es la brújula más utilizada para dirigir las acciones de prevención de enfermedades y conservación de la salud a la población diana.

En relación a la información en salud, se ha acumulado un vasto conocimiento en materia de datos, su procesamiento y presentación, que las personas dedicadas a la atención médica comparten. Las instituciones de salud que dirigen sus esfuerzos al mejoramiento de la salud pública, reconocen la necesidad de un sistema nacional de salud capaz y bien informado.

*Un indicador es un dato que se aplica a una unidad de análisis (individuo, familia, comunidad, país, etc.) para medir o clasificar un fenómeno social o de salud, sea este muy concreto y medible, como la mortalidad infantil, o relativamente abstracto, como el estilo de vida, la satisfacción con los servicios de salud o la discapacidad.*

*Para que tenga máxima utilidad, un indicador debe ser, ante todo, fácil de definir, interpretar y calcular a partir de datos obtenibles sin el uso de tecnologías complejas o costosas. Simultáneamente, debe reflejar los objetivos y prioridades programáticas establecidos oficialmente y contribuir a la toma de decisiones y a la ejecución de intervenciones.<sup>60</sup>*

La demanda de planificación familiar se refiere al deseo o motivación de las mujeres o parejas de controlar la futura fecundidad. La demanda de

---

<sup>60</sup> F. Rojas; C. López; LC Silva. 1994. Indicadores de salud y bienestar para municipios saludables, cap. 4. Washington DC: OPS/OMS. (Doc. HPP/HPS/94.30).

planificación familiar se ve directamente influenciada por la oferta (potencial) de hijos; es decir, el número de hijos sobrevivientes que una mujer o pareja tendrían en ausencia de regulación de la fecundidad específica por la paridad y la demanda de hijos de una mujer o pareja. Se dice que existe demanda de planificación familiar cuando la oferta de hijos excede al número deseado o preferido. Se supone que las mujeres o parejas siguen (o al menos pretenden seguir) teniendo hijos hasta que se llegue al número deseado de hijos, en cuyo momento se presupone que se verán motivados para controlar embarazos futuros de alguna forma (suponiendo, naturalmente, que el número deseado de hijos sigue siendo fijo).

Los indicadores de la demanda de planificación familiar desempeñan un papel importante en el manejo y evaluación de los programas de planificación familiar. Evidentemente, una función central de la gestión programática consiste en proporcionar recursos suficientes para satisfacer la demanda existente y futura de servicios de planificación familiar. Por tanto, la información sobre los niveles actuales o proyectados y sobre la estructura de la demanda (es decir, la distribución de mujeres y parejas con una demanda de servicios por factores tales como la geografía, la condición socioeconómica y las características demográficas) es vital para una planificación programática eficaz.

Desde el punto de vista de la evaluación del programa, los indicadores del nivel de la demanda de planificación familiar proporcionan la base para evaluar el desempeño del programa en cierto número de áreas, entre ellas, las siguientes: (a) el grado en el que se está atendiendo la demanda existente; (b) el grado en el que los programas tienen una orientación estratégica dados el nivel y la estructura actuales y futuros de la demanda; y (c) como medida del éxito del programa en generar demanda.<sup>61</sup>

Dentro de los indicadores utilizados se encuentra la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas como indicador de proceso y la tasa de fecundidad como indicador de impacto. En el cuadro 7 se

---

<sup>61</sup> Se encontró en: <http://ccp.ucr.ac.cr/cursoweb/manual/evc6.pdf>. Fecha de consulta 11/08/2016

puede apreciar que los estados de la Región Sur del País se encontraron en 2014 entre aquellos con una menor prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas.

**Cuadro 7. Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años por entidad federativa según condición de uso actual de métodos anticonceptivos, México 2014.**

Entidad federativa	Mujeres de 15 a 49 años	Usuarías <sup>3</sup>
<b>Estados Unidos Mexicanos</b>	<b>31 990 298</b>	<b>51.6</b>
Aguascalientes	342 024	48.4
Baja California	913 766	56.2
Baja California Sur	198 434	58.2
Campeche	250 948	51.6
Coahuila de Zaragoza	768 836	55.9
Colima	197 334	56.7
<b>Chiapas</b>	<b>1 324 088</b>	<b>40.4</b>
Chihuahua	954 274	59.3
Distrito Federal	2 321 971	52.7
Durango	461 142	52.5
Guanajuato	1 604 962	47.3
<b>Guerrero</b>	<b>902 633</b>	<b>47.8</b>
Hidalgo	770 524	53.6
Jalisco	2 122 002	48.2
México	4 649 358	55.4
Michoacán de Ocampo	1 196 111	46.2
Morelos	496 444	54.6
Nayarit	304 625	57.8
Nuevo León	1 338 620	53.2
<b>Oaxaca</b>	<b>1 004 258</b>	<b>42.8</b>
Puebla	1 650 512	50.2
Querétaro	554 621	51.0
Quintana Roo	446 234	55.3
San Luis Potosí	712 592	50.4
Sinaloa	763 673	54.6
Sonora	748 997	55.5
Tabasco	641 150	50.0
Tamaulipas	896 100	54.4
Tlaxcala	353 773	53.3
Veracruz de Ignacio de la Llave	2 122 798	51.0
Yucatán	579 954	51.4
Zacatecas	397 540	49.6

Fuente: INEGI 2014

Entre las mujeres sexualmente activas, el uso de métodos anticonceptivos incrementa con relación a los datos anteriores, sin embargo, Chiapas, Guerrero y Oaxaca siguen formando parte de las entidades federativas con los menores niveles de uso (Cuadro 8).

**Cuadro 8. Mujeres de 15 a 49 años sexualmente activas por entidad federativa según uso actual de métodos anticonceptivos.**

Entidad federativa	Total	Condición de uso actual de método	
		Usan	No usan
Estados Unidos Mexicanos	16 733 478	75.5	24.5
Aguascalientes	179 331	75.1	24.9
Baja California	536 865	77.7	22.3
Baja California Sur	113 604	75.9	24.0
Campeche	130 224	72.0	28.0
Coahuila de Zaragoza	443 209	74.6	25.4
Colima	112 741	76.9	23.1
<b>Chiapas</b>	<b>632 872</b>	<b>63.8</b>	<b>36.1</b>
Chihuahua	575 890	76.4	23.6
Distrito Federal	1 188 052	78.6	21.4
Durango	254 126	76.3	23.7
Guanajuato	835 940	71.3	28.6
<b>Guerrero</b>	<b>451 190</b>	<b>72.3</b>	<b>27.7</b>
Hidalgo	362 979	76.7	23.2
Jalisco	1 102 696	75.7	24.3
México	2 426 089	81.1	18.9
Michoacán de Ocampo	619 086	73.0	27.0
Morelos	261 800	77.2	22.8
Nayarit	180 885	76.6	23.3
Nuevo León	796 091	74.5	25.5
<b>Oaxaca</b>	<b>436 491</b>	<b>68.1</b>	<b>31.9</b>
Puebla	735 937	77.6	22.4
Querétaro	295 766	76.3	23.7
Quintana Roo	247 295	76.2	23.8
San Luis Potosí	360 965	73.9	26.1
Sinaloa	420 966	78.6	21.4
Sonora	432 129	77.0	23.0
Tabasco	338 909	70.4	29.6
Tamaulipas	526 736	75.0	25.0
Tlaxcala	178 846	78.8	21.2
Veracruz de Ignacio de la Llave	1 037 760	72.8	27.2
Yucatán	298 711	76.9	23.1
Zacatecas	219 297	72.2	27.8

Fuente: INEGI 2014

La fecundidad es uno de los componentes de la dinámica demográfica, que junto con la mortalidad y la migración, determina el crecimiento y estructura de

una población. Su tendencia en las últimas décadas ha mantenido un descenso constante desde finales de la década de los sesenta, en la que la tasa global de fecundidad llegó a ser de siete hijos por mujer; actualmente, la tasa es de 2.21 hijos, estimada para el trienio 2011 a 2013.

La tendencia de la fecundidad en las últimas décadas ha mantenido un descenso constante desde finales de la década de los sesenta, en la que la tasa global de fecundidad llegó a ser de siete hijos por mujer; actualmente, la tasa es de 2.21 hijos, estimada para el trienio 2011 a 2013.

El descenso de la fecundidad no ha mantenido una tendencia homogénea entre las entidades del país, en algunas el descenso inició más tarde o ha sido menos pronunciado, por lo que las diferencias resultan contrastantes: destaca, por ejemplo, el nivel de fecundidad que hay en Chiapas, con una tasa global de fecundidad de casi tres hijos por mujer (2.90), mientras que en el Distrito Federal la tasa es de 1.47 hijos, es decir, se encuentra por debajo del nivel de reemplazo.<sup>62</sup>

La medida de impacto define el grado en el que la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos y la cobertura en la demanda puede cumplirse, dentro del ámbito nacional, los estados de la Región Sur forman parte de los primeros 8 estados con la mayor tasa de fecundidad, lo que revela un retraso en la implementación de estrategias que aseguren el abasto de insumos anticonceptivos e incrementen la prevalencia de uso y reduzcan la demanda insatisfecha (Cuadro 9).

---

<sup>62</sup> Se encontró en:

[http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015\\_07\\_1.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_07_1.pdf). Fecha de consulta: 30 de agosto de 2016



**Cuadro 9. Tasa global de fecundidad por entidad federativa. México, Quinquenio 2009 a 2013**

Entidad federativa	Tasa
Estados Unidos Mexicanos	2.26
Aguascalientes	2.26
Baja California	2.08
Baja California Sur	2.31
Campeche	2.16
Coahuila de Zaragoza	2.52
Colima	2.26
Chiapas	2.90
Chihuahua	2.30
Distrito Federal	1.47
Durango	2.53
Guanajuato	2.41
Guerrero	2.57
Hidalgo	2.26
Jalisco	2.32
México	2.12
Michoacán de Ocampo	2.47
Morelos	2.19
Nayarit	2.58
Nuevo León	2.19
Oaxaca	2.42
Puebla	2.44
Querétaro	2.23
Quintana Roo	2.15
San Luis Potosí	2.44
Sinaloa	2.21
Sonora	2.22
Tabasco	2.31
Tamaulipas	2.45
Tlaxcala	2.33
Veracruz de Ignacio de la Llave	2.18
Yucatán	1.98
Zacatecas	2.66

Fuente: INEGI 2014

La anticoncepción es una de las variables consideradas intermedias de la fecundidad, su importancia radica en el impacto que tiene sobre los niveles de dicho fenómeno demográfico; por ello, forma parte de la temática abordada en la ENADID 2014. Los indicadores pueden interpretarse en distintos niveles, ya

que sirven no solo para cuantificar un fenómeno específico, sino también para aproximarse a los fenómenos más amplios que se asocian con este.

El uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres está en relación, entre otros factores, con las conductas sexuales y reproductivas, las percepciones acerca de la contracepción, la edad, el nivel socioeconómico y educativo o la paridad. Sin embargo, la disponibilidad de métodos anticonceptivos altamente eficaces ha ofrecido a la mujer la posibilidad de planificar su maternidad, permitiendo un mejor desarrollo personal y una vida sexual más plena. A pesar de ello, no todas las mujeres tienen el mismo nivel de conocimiento ni de acceso a ellos, por tal motivo es imprescindible que se asegure el abasto de dichos insumos en las unidades de salud para que sean utilizados en el momento que se requieran.

De igual manera, se utilizan indicadores de disponibilidad por oferta prevista de métodos anticonceptivos. Se trata de la disponibilidad esperada, que responde a la decisión a nivel de la gestión gerencial de habilitar la cadena de suministros para que determinados insumos estén disponibles en determinados servicios: 1) porcentaje de unidades sanitarias con disponibilidad por oferta prevista de por lo menos 3 métodos anticonceptivos, y 2) porcentaje de unidades sanitarias con disponibilidad por oferta prevista de por lo menos 5 métodos anticonceptivos. Dichos indicadores dieron como resultado lo expuesto en el apartado 3.3.

En virtud de lo anterior, se expone a continuación una propuesta para incrementar el nivel de abasto de los métodos anticonceptivos que permita mejorar su uso y disminuir los niveles de fecundidad.

### **3.5 Propuesta de mejora en el procedimiento de abasto de anticonceptivos**

La estrategia de aseguramiento del abasto de métodos anticonceptivos está orientada a contribuir a crear las condiciones adecuadas para que la población pueda ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, a través de garantizar el abasto oportuno y suficiente de la amplia gama de insumos de salud reproductiva.

Existen aún diversos factores que obstaculizan el ejercicio pleno del derecho de las personas y de las parejas a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. Ello es ocasionado por problemas de acceso a los servicios, por el desconocimiento de las formas de uso o del lugar donde se obtienen los métodos anticonceptivos y por deficiencia en la calidad de los servicios. También es resultado de presiones sociales y culturales que limitan el poder de decisión de las personas, lo que señala la necesidad de reorientar y/o fortalecer las acciones de información, educación y comunicación, así como la prestación de servicios al interior del país. Un aspecto fundamental es la necesidad de reposicionar la planificación familiar y la anticoncepción en la agenda de la salud pública y del desarrollo social del país.

Asimismo, se requiere mejorar los procesos de programación, adquisición, distribución, almacenamiento y entrega de anticonceptivos para garantizar el abasto adecuado y oportuno en todos los centros de atención, que permita satisfacer las necesidades específicas de la población en materia de planificación familiar y anticoncepción.

El proceso de adquisiciones de métodos anticonceptivos en la Secretaría de Salud debe transformarse de ser un conjunto de subsistemas de protección social estatales cuyas operaciones están determinadas por legados históricos e institucionales, en uno que responda a las necesidades cambiantes de los individuos y las comunidades con respecto a la planificación familiar y la anticoncepción.

Para que todas las personas puedan tener acceso y utilizar estos insumos anticonceptivos según sus preferencias y cuando lo requieran, es necesario seguir un proceso complejo que incluye planear cuántos insumos y de qué tipo son utilizados para poder cumplir la demanda, comprar la cantidad de insumos necesarios y de calidad, comprarlos a un buen precio, saber manejarlos y almacenarlos correctamente para que permanezcan en buen estado, contar con las modalidades de distribución óptimas para evitar que los productos recibidos con anterioridad caduquen, contar con estrategias logísticas para calcular los tiempos de entrega para así garantizar que se obtengan nuevos insumos antes de que se hayan terminado y poder calcular las cantidades que hay que comprar y garantizar que la persona que lo usará pueda contar con una amplia gama de opciones, reciba información completa y lo utilice correctamente.

Se deben buscar mayores oportunidades de ampliar el uso de convenios, del nivel nacional con los niveles estatales y entre las diferentes fuentes de financiamiento.

Para garantizar que estos nuevos convenios realmente se apliquen en la práctica, otro paso clave adicional que debe darse es asegurar la vigilancia y la mejora de la calidad de la atención de salud.

Una propuesta para mejorar la adquisición de insumos es que se debe implementar mecanismos que permitan analizar el número de pacientes, el volumen de servicios, los costos y los resultados para grupos específicos de usuarias de métodos anticonceptivos y usar esta información para optimizar la compra y la contratación a nivel federal. La misma información también se puede usar para predecir la evolución de las necesidades del tipo de cada método anticonceptivo y modelar las reconfiguraciones potenciales de las preferencias por cada insumo para asegurar que la Secretaría de Salud continúe favoreciendo el acceso y uso apropiado de métodos para las necesidades de salud de la población.

También, se deben favorecer las prioridades que signifiquen un mayor alcance en cuanto a las políticas de salud. Un objetivo clave será reducir la utilización en el sector hospitalario para incrementar la cobertura de anticoncepción y

centrar la provisión del servicio de planificación familiar y anticoncepción en la atención primaria y la preventiva, provista más cerca de donde la gente vive y trabaja y que, por lo tanto, tienen mayor acceso a estos servicios.

Es más probable obtener ganancias en eficiencia en la adquisición de métodos anticonceptivos cuando el proceso de contratación está vinculado con la planeación. Por ello es importante que la planeación nacional idealmente trazada por la Secretaría de Salud Federal en conjunto con las entidades federativas, defina tipos de insumos y cantidad requerida en un plazo de tiempo determinado, y que estas prioridades se conviertan en un marco general para los planes estratégicos de salud establecidos por los REPSS y los Servicios Estatales de Salud. Esto deberá, a su vez, definir las prioridades de la provisión de servicios a nivel jurisdiccional.

Con la presente propuesta, se pretende documentar la necesidad de incluir sistemáticamente, en el proceso de aseguramiento de insumos anticonceptivos, la compra centralizada de insumos, con ello se tendrá la posibilidad de reforzar los mecanismos y acciones institucionales, fortalecer la capacidad institucional y las habilidades gerenciales y técnicas para la estimación de necesidades de insumos e impulsar la creación de una instancia de coordinación nacional para el aseguramiento de insumos de salud reproductiva.

Esta propuesta debe extenderse a la adquisición de insumos que se consideran estratégicos debido a su importancia por controlar enfermedades de alto costo o que tienen una larga duración de uso en la vida de los pacientes, tal es el caso de los medicamentos asociados al tratamiento de la hipertensión arterial o la diabetes, otro ejemplo son los medicamentos asociados a la atención de urgencias obstétricas como la carbetocina, antihipertensivos y anticonvulsivantes.

Esta forma de adquisición debe formar parte de las acciones que la Secretaría de Salud implemente como una de las opciones que se utilicen frecuentemente y que las condiciones burocráticas faciliten su realización.

Finalmente, cabe precisar que el análisis expuesto en el presente trabajo determinó las características por las cuales el Estado debe ser garante de los derechos reproductivos de todas las personas que habitan el territorio mexicano, para ello, existe toda una constelación de soporte legal y normativo que permite adquirir los insumos anticonceptivos asegurando las mejores condiciones para el Estado como parte de un sistema logístico de aseguramiento de insumos para la salud sexual y reproductiva. A pesar de ello, las condiciones de descentralización de las capacidades gerenciales y administrativas delegadas a las entidades federativas supusieron una mejora en la prestación de servicios de salud, sin embargo, algunas condiciones estatales, como los criterios de priorización para atender los problemas en salud, consideraron que la planificación familiar no merecía ocupar los primeros lugares, por lo que la adquisición, distribución y abasto de métodos de planificación familiar eran insuficientes, como resultado de lo anterior, los niveles de fecundidad en el país incrementaron con las consecuencias que se visualizarán en el futuro.

Es así que el Gobierno Federal, tomando en consideración el Plan Nacional de Desarrollo, el Programa Sectorial de Salud y el Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción, decidió retomar en forma centralizada la adquisición de los anticonceptivos con la finalidad de asegurar dichos recursos y así garantizar el acceso a servicios de salud reproductiva en cumplimiento al Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y proponiendo por primera vez en la historia de la Secretaría de Salud, una forma administrativa contundente para el aseguramiento de insumos considerados estratégicos. A continuación, se definirán las conclusiones del presente trabajo de investigación con la finalidad de identificar los aspectos importantes en el proceso que se documentó en los capítulos anteriores y se describirá una propuesta resultante.

## **Conclusiones**

México ha tenido políticas de población desde la década de 1940 sin embargo, el Estado ha modificado la prioridad en las políticas y estrategias programáticas para garantizar el acceso a servicios de planificación familiar, incluyendo los métodos anticonceptivos, por lo que se hace necesario que estrategias como la que se describió en este trabajo sean consideradas parte esencial del quehacer del Estado como garante de la salud.

El aseguramiento de insumos para la salud reproductiva es un elemento clave para los programas de salud a nivel nacional y también local. Para que las personas puedan prevenir embarazos no planificados, evitar complicaciones en el embarazo y el parto y puedan tener acceso a servicios de salud que den respuesta a sus necesidades, se requiere contar con los insumos para ello. Es necesario que existan las cantidades adecuadas de los productos necesarios, que estén en condiciones óptimas para su uso y disponibles en el momento en el que se requieren.

En México, el abasto de insumos anticonceptivos disminuyó, lo que afectó a los grupos de población con menor poder adquisitivo. La compra insuficiente de anticonceptivos se tradujo en desabasto y esto, a su vez, en una demanda insatisfecha. Es decir, en personas que deseaban prevenir embarazos y no tenían acceso a anticonceptivos.

El Gobierno de México detectó diferencias en los mecanismos de control para el abasto que afectaban significativamente los planes anuales de compra; así como una gran variedad de criterios para la toma de decisiones y prácticas logísticas, lo que había impedido contar con información confiable.

Lo anterior originó la estrategia de adquisición centralizada para contribuir a crear las condiciones adecuadas para que la población pueda ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, a través de garantizar el abasto oportuno de insumos.

Con la adquisición centralizada y el aseguramiento de insumos para la salud reproductiva se favoreció mediante ahorros en la compra de anticonceptivos y

otros insumos para la salud reproductiva, la compra de insumos de calidad y el fortalecimiento de los procesos logísticos de manejo de los insumos.

A través del ahorro, la compra de insumos de alta calidad y la inversión de las economías en los servicios de salud sexual y reproductiva en las entidades federativas, ha sido posible lograr mejoras en la calidad de los servicios, desarrollar modelos de evaluación, fortalecer las capacidades de consejería del personal de salud y reforzar la difusión y promoción de los derechos y la salud reproductiva.

Con todo lo anterior, el Estado Mexicano cumple, en parte, con las premisas constitucionales de garantizar la salud a la población y se convierte en garante del derecho de toda persona a decidir sobre su salud reproductiva y la de asegurarle al Estado las mejores condiciones disponibles en cuanto a precio, calidad, financiamiento, oportunidad y demás circunstancias pertinentes.

La Secretaría de Salud debe considerar definir de manera más explícita los insumos estratégicos que se deben otorgar dentro de la atención de salud de las entidades federativas, para asegurar que estos medicamentos de alto valor son financiados adecuadamente y que se cumple el acceso efectivo a la población

Un paso inicial posible para la Secretaría de Salud en esta dirección es elaborar una lista nacional positiva de insumos para intervenciones en salud pública de alto costo beneficio, aplicable tanto a los afiliados del Seguro Popular como a aquellos que no tienen acceso a la seguridad social. La experiencia internacional sugeriría una lista explícita de derechos. Por ejemplo, con algunas excepciones, todos los países de la OCDE tienen una lista establecida a nivel nacional que define qué medicamentos cubren sus esquemas de aseguramiento.

En lo que se refiere al aseguramiento de insumos, las estimaciones nacionales de cuentas en salud reproductiva muestran que la evolución del gasto en insumos de planificación familiar disminuyó en forma importante, lo que repercutió en un menor acceso a los métodos anticonceptivos y en un mayor gasto de bolsillo para la población en situación de mayor vulnerabilidad.



A partir del 2014, la Secretaría de Salud optó por las ventajas de mantener la función de adquisición de anticonceptivos centralizada, con un mandato regulatorio al nivel central, a pesar del proceso profundo de descentralización a nivel estatal, lo que ha redundado en un mejor desempeño del sistema logístico y en la optimización de las compras de anticonceptivos.

En medio de un sistema de salud altamente descentralizado hacia los Estados, la Secretaría de Salud Federal recuperó la rectoría de las compras de anticonceptivos para que el proceso fuese costo efectivo. La Secretaría de Salud realizó las compras en una forma sistemática, a través de proveedores nacionales e internacionales. Estas compras fueron apoyadas en un sólido sistema de distribución logística y adquisiciones públicas que promueven la transparencia en el manejo de las compras y de los recursos.

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud, transfirió al CNEGSR, recursos presupuestarios del Anexo IV del ejercicio 2014, por un monto de \$1,012'305,485.24 (Un mil doce millones trescientos cinco mil cuatrocientos ochenta y cinco pesos 24/100 M.N.), con motivo del financiamiento para el abasto, distribución y entrega de 13 métodos anticonceptivos, el resumen de los resultados obtenidos en los procedimientos de adquisición para cada tipo de método anticonceptivo se puede apreciar en el siguiente cuadro:

Cuadro 10. Tipo de adquisición y monto por método anticonceptivo. Proceso de adquisición 2014. CNEGSR

Descripción	Procedimiento	Importe presupuestado	Importe de los Bienes a ministrar	Economía
IMPLANTE SUBDÉRMICO (clave 010 000 3510)	Adjudicación Directa	356,089,500.00	331,163,235.00	24,926,265.00
PARCHE DÉRMICO (clave 010 000 3511)	Adjudicación Directa	114,795,836.04	113,477,437.26	1,318,398.78
DIU MEDICADO (clave 010 000 2208)	Adjudicación Directa	162,308,473.25	153,372,298.38	8,936,174.87
CONDÓN MASCULINO (clave 060 0308 0177)	Licitación Pública	56,685,016.91	40,857,167.36	15,827,849.55
INYECTABLE MENSUAL (clave 010 000 3509)	Licitación Pública	52,656,602.40	50,669,073.78	1,987,528.62
HORMONAL ORAL (clave 010 000 3508)	Licitación Pública	8,839,877.55	4,065,513.77	4,774,363.78
INYECTABLE BIMESTRAL (clave 010 000 3503)	Licitación Pública	60,974,161.20	60,974,161.20	-
HORMONAL ORAL (clave 010 000 3507)	Licitación Pública	76,864,507.54	76,005,317.00	859,190.54
INYECTABLE MENSUAL (clave 010 000 3515)	Licitación Pública	83,023,605.20	80,522,894.20	2,500,711.00
ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (clave 010 000 2210)	Licitación Pública	1,864,872.90	1,825,314.99	39,557.91
DIU T DE COBRE 380 A (clave 060 0308 0029)	Licitación Pública Desierta	4,720,521.00	-	4,720,521.00
DIU T DE COBRE PARA NULIPARAS (clave 060 0308 0193)	Licitación Pública Desierta	447,488.00	-	447,488.00
CONDÓN FEMENINO (clave 060 0308 0227)	Licitación Pública Desierta	33,035,022.88	-	33,035,022.88
<b>TOTALES</b>		<b>1,012,305,484.87</b>	<b>912,932,412.94</b>	<b>99,373,071.93</b>

Es necesario que la Secretaría de Salud continúe fortaleciendo y transparentando los procesos dentro del sistema logístico de anticonceptivos, para mantener los resultados alcanzados en la eficiencia de las compras de insumos anticonceptivos y tratar de disminuir costos en su adquisición. Igualmente, es importante identificar las sinergias con otras instituciones públicas y privadas (IMSS, ISSSTE, etc.) que prestan servicios a la población derechohabiente, para evitar la duplicación de esfuerzos y recursos, como es el caso de la cobertura a la población que, por su cercanía, acuden a los centros de salud de la Secretaría a pesar de ser derechohabientes de alguna institución de seguridad social.

## **Fuentes de Información**

### **Libros**

Luis Sánchez Ageta. Los orígenes de la teoría del Estado en el pensamiento español del siglo XVI.

Luis Humberto Delgadillo. Compendio de Derecho Administrativo. Primer Curso. Editorial Porrúa. 2008

Andrés Serra Rojas, Derecho Administrativo. Primer Curso. Ed. Porrúa. México, D.F. 1959.

José Ortiz Díaz, El Bien Común y la Administración Pública, en Estudios dedicados al profesor García Oviedo con motivo de su jubilación. Vol. I. Derecho Administrativo

Omar Guerrero. Principios de Administración Pública. Exposición realizada en el Aula Máxima de la Escuela Superior de Administración Pública ,ESAP, Santa Fe de Bogotá, D. e., septiembre 8 de 1997

Gabino Fraga. Derecho administrativo. Primera Ed. 1934. Ed. Porrúa. México, 1966

La descentralización de los servicios de salud: experiencias en los estados de Guanajuato, San Luis Potosí y Zacatecas. Instituto Nacional de Administración Pública. Mayo 2000

Roberto Martínez Espinosa. Artículo 134 constitucional y su interpretación judicial electoral en México. Serie Temas selectos de Derecho Electoral. Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación. Primera edición México, 2014

Felipe Tena Ramírez. Leyes fundamentales de México 1808-2005. Pág. 877. 25ª ed. México: Porrúa. 2008

Francisco Lastra Bastar. El Sureste. Una Deuda Pendiente. Ideas para una política de desarrollo económico regional. Primera Edición. México, 2000.

F. Rojas; C. López; LC Silva. 1994. Indicadores de salud y bienestar para municipios saludables, cap. 4. Washington DC: OPS/OMS. (Doc. HPP/HPS/94.30).

Administración logística de insumos de salud sexual y reproductiva. Manual operativo. Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2ª Edición. Noviembre de 2013

### **Artículos**

Octavio Gómez Dantés, Sergio Sesma, Victor M. Becerril, Felicia M. Knaul, Héctor Arreola, Julio Frenk. Sistema de salud de México. Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S220-S232.

Ricardo Vernon, Gabriela Helguera, Carmen Suárez Blanch. Estudio de caso: Recentralización de compras de insumos anticonceptivos en México. INSAD. 2015

### **Documentos Oficiales**

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Se encontró en <http://pnd.gob.mx/>

Manual de Organización General de la Secretaría de Salud. DOF: 17/08/2012

Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018. México

Programa Sectorial de Salud 2013 2018. DOF: 12/12/2013

### **Páginas electrónicas**

[http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/gaceta/gaceta\\_010702/hoja7.html](http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/gaceta/gaceta_010702/hoja7.html)

<http://www.definicionabc.com/politica/administracion-publica.php>

<http://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en>.

<http://www.cefp.gob.mx/publicaciones/nota/2015/febrero/notacefp0072015.pdf>

[http://www.conevyt.org.mx/colaboracion/colabora/objetivos/libros\\_pdf/sso1\\_u3Iecc2.pdf](http://www.conevyt.org.mx/colaboracion/colabora/objetivos/libros_pdf/sso1_u3Iecc2.pdf)

<http://ccp.ucr.ac.cr/cursoweb/manual/evc6.pdf>. Fecha de consulta 11/08/2016

[http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015\\_07\\_1.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_07_1.pdf).

[http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/ENADID\\_2009](http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/ENADID_2009)

[http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgp/LGP\\_orig\\_07ene74\\_ima.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgp/LGP_orig_07ene74_ima.pdf)

[http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/poblacion/conf\\_pop.htm](http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/poblacion/conf_pop.htm)

## **Legislación**

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917. Texto vigente. Última reforma publicada DOF 27-01-2016

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de enero de 2000. Texto vigente. Última reforma publicada DOF 10-11-2014

Acuerdo por el que se emiten las políticas, bases y lineamientos (POBALINES) en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicios de la Secretaría de Salud

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Últimas Reformas DOF 30-12-2015

Ley General de Salud. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. Texto vigente. Últimas reformas publicadas DOF 01-06-2016

Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Diario Oficial de la Federación 27 de febrero de 2004. Última reforma 28 de noviembre de 2006

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de junio de 2003. Texto vigente. Última reforma publicada DOF 20-03-2014

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar