



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ECONOMIA

**“ANALISIS ECONOMICO DE LOS SERVICIOS PUBLICOS DE SALUD
EN IXTAPALUCA, ESTADO DE MEXICO. CASO: HOSPITAL
MATERNO-INFANTIL LEONA VICARIO BICENTENARIO 2000-2010”**

T E S I S
PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN ECONOMIA
P R E S E N T A :
S E R G I O A R A N G O A R A N G O

DIRECTOR DE TESIS: LIC. PEDRO ACOSTA NUÑEZ



CIUDAD UNIVERSITARIA, MEXICO, D.F.

ENERO 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

Doy gracias a Dios por haberme permitido vivir y lograr mis metas hasta éste momento.

A mi madre por sus enormes sacrificios y apoyo en cada uno de los años de mi vida.

A Soledad, mi esposa por el gran impulso y apoyo que siempre me ha proporcionado.

A mis hijos Tania y Misael por ser siempre mi fuente de inspiración para continuar superándome.

A mis compañeros de trabajo que de una u otra forma me apoyaron para la realización de ésta investigación.

A mi asesor de tesis, Lic. Pedro Acosta Núñez por todo el tiempo que destinó a la revisión del presente trabajo de investigación y por sus invaluable recomendaciones.

A mis Sinodales por su tiempo y desinteresado apoyo.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por permitirme formar parte de su comunidad.

INDICE	Pág.
Antecedentes.	1
Introducción.	6
Capítulo I. Aspectos económicos generales del Sector Salud en México al Inicio de la primera década del Tercer Milenio.	10
1.1 El esquema de atención.	
1.1.1 Atención socializada.	
1.1.2 Instituciones participantes.	
1.2 Importancia económica, política y social de la salud.	
1.2.1 Relación Gasto=Inversión=Productividad.	
Capítulo II. Panorama de los servicios públicos de salud en el Estado de México.	27
2.1 Antecedentes de los servicios públicos de salud en el Estado de México.	
2.2 Diagnóstico de los servicios de salud en el Estado de México.	
2.2.1 Salud y seguridad social en el Estado de México.	
2.3 El financiamiento de los servicios de salud en el Estado de México.	
Capítulo III. Los servicios públicos de salud en el Municipio de Ixtapaluca, Estado de México.	36
3.1 Génesis histórica del crecimiento y desarrollo económico del Municipio.	
3.2 Ubicación geográfica del Municipio.	
3.2.1 Localidades que lo integran.	
3.2.2 Potenciales económicos del Municipio.	
3.3 La situación de los servicios de salud en el Municipio.	

4.1 Antecedentes de la construcción del Hospital Materno-Infantil “Leona Vicario” Bicentenario.

4.1.2 Inicio de operaciones del Hospital Materno- Infantil “Leona Vicario” Bicentenario

4.1.3 Infraestructura actual del Hospital Materno- Infantil “Leona Vicario” Bicentenario.

4.1.4 Servicios públicos de salud que proporciona el Hospital Materno-Infantil “Leona Vicario” Bicentenario a la población abierta del Municipio de Ixtapaluca.

4.1.5 Ingresos del Hospital Materno-Infantil “Leona Vicario” Bicentenario.

4.1.6 Gastos del Hospital Materno-Infantil “Leona Vicario” Bicentenario.

4.1.7 ¿Cómo se calculan los costos de los servicios públicos de salud que proporciona el Hospital Materno-Infantil “Leona Vicario” Bicentenario a la población abierta del Municipio de Ixtapaluca?

4.2 Problemática existente en el Hospital Materno-Infantil “Leona Vicario” Bicentenario.

4.2.1 Infraestructura insuficiente.

4.2.2 Personal insuficiente.

4.2.3 Tiempos de espera prolongados para pasar a consulta.

4.2.4 Falta de personal especializado en las áreas de Ginecología, Pediatría y Anestesiología.

4.2.5 Personal que labora en dos instituciones ó más.

4.2.6 Insumos insuficientes y en ocasiones faltantes de la calidad que se requiere.

4.2.7 Existencia de un sindicato que en algunos casos protege a trabajadores ineficientes y/o “flojos”.

4.2.8 Falta de automatización de procesos.

4.2.9 Uso de equipo de oficina obsoleto.

4.2.10 Falta de mantenimiento preventivo de los equipos médicos y de oficina .

Resultados y Discusión de Resultados.

81

Conclusiones.

85

Recomendaciones, bibliografía y anexos estadísticos.

90

Glosario, citas y referencias bibliográficas.

99

Antecedentes

Uno de los aspectos más complejos e importantes en el desarrollo de una sociedad, es sin duda la salud de sus integrantes, requisito prioritario para alcanzar una adecuada calidad de vida.

Para hacer frente a la cambiante realidad de la salud, todas las sociedades humanas han desarrollado alguna forma de respuesta. Desde las organizaciones más primitivas hasta las más avanzadas, siempre ha habido una actitud activa ante la presencia y curso de las enfermedades. En gran medida ésta respuesta se ha limitado al hogar y a la responsabilidad del núcleo familiar. Aún hoy en día, la producción doméstica de servicios continúa representando una fuente principal de cuidados, la cual absorbe una cantidad muy considerable de tiempo, principalmente de las mujeres. El valor económico de éste tiempo regularmente no se incluye en los cálculos de los costos de la atención a la salud, pero sin duda representa una aportación relevante al bienestar individual y de una sociedad en su conjunto.

Al lado de ésta persistente producción doméstica de servicios se ha ido desarrollando un conjunto diferenciado de instituciones cuya función especializada es cuidar de la salud. El avance de la modernidad ha permitido una transferencia gradual de responsabilidades de la familia y la iglesia a las profesiones y al Estado. Hoy encontramos por todos lados evidencias de nuestros esfuerzos colectivos por conservar ó restaurar la salud, comenzando por el botiquín personal ó familiar, hasta los grandes centros hospitalarios.

Pero estos grandes centros hospitalarios representan tan sólo el vértice de una creciente pirámide de organizaciones y especialistas que formulan conocimientos y prácticas sobre algún aspecto de la salud. Los límites del campo de la salud se van expandiendo conforme avanzan las explicaciones científicas acerca de la experiencia humana y se van imponiendo a las interpretaciones legales, morales y religiosas. Actualmente, los sistemas de salud no sólo abarcan las enfermedades tradicionales sino que han incorporado a sus catálogos algunos otros rubros como son: La alimentación, la reproducción, la crianza de los niños, la sexualidad, el ejercicio físico, el consumo de sustancias adictivas, las condiciones del ambiente y del trabajo, el crimen, las enfermedades mentales, la belleza corporal etc.

En resumen, los sistemas de salud representan por un lado, una fuente de diferenciación institucional en la sociedad, donde las funciones antes desempeñadas por el individuo y la familia pasan a ser ejercidas por los profesionales de la salud y el Estado y por otro, una fuente de empleo e ingresos para un gran grupo de profesionales de la rama médica, técnicos y administradores que se desenvuelven dentro de una complicada división del trabajo; un conducto para movilizar, intercambiar y redistribuir grandes cantidades de dinero tanto público como privado; un punto importante para la innovación tecnológica; el sitio por excelencia donde el ciudadano común entra en contacto personal con ciencia; sector de la economía con importantes efectos sobre variables macroeconómicas como la productividad, la inflación, la demanda agregada, el empleo y la competitividad; un campo para la competencia política entre partidos, grupos de presión y movimientos sociales; una serie de significados culturales para interpretar algunos aspectos de la vivencia

humana como el nacimiento, la muerte, el dolor y el sufrimiento, la normalidad y la desviación; un espacio donde se formulan y en ocasiones se responden varias de las preguntas claves de nuestro tiempo.

“Gozar de una buena salud constituye un elemento primordial para el desarrollo de las personas, además de que es una condición para la prosperidad económica y el bienestar social del país”.

(1)

“La protección de la salud debe comprenderse como una política social de Estado, un derecho social crecientemente efectivo, un instrumento estratégico de combate a la pobreza, un componente esencial de la democracia, una divisa de participación de la sociedad civil organizada, una estrategia fundamental para el desarrollo económico y una responsabilidad de todos. La salud tiene además una virtud particular: es un tema que unifica, un anhelo de todas las sociedades, un compromiso de todos los sectores y, en esa medida, un valor que fortalece el entramado social”. **(2)**

En México, desde 1824 ya se conocían fondos de retiro para trabajadores discapacitados, pero en la época porfirista surge por primera vez una Ley de Accidentes de Trabajo en el Estado de México, que establece que los empresarios están obligados a brindar atención médica a sus empleados en caso de enfermedad, accidente ó muerte derivados del cumplimiento de sus labores. En ése momento la salud empieza a ser considerada como una responsabilidad del Estado y se crean, importantes servicios de salud como el Hospital General de México, el cual desde 1905 ha sido el mayor del país. Después de la Revolución de 1910 y hasta la Constitución de 1917 se establecen las cajas de seguros populares, improvisadas por grupos de trabajadores, con aportaciones voluntarias, que se consolidaron hasta 1921. Con la Constitución de 1917 se establecen los servicios sanitarios nacionales; en 1925 surgen la Ley y la Dirección General de Pensiones Civiles y Retiro para los trabajadores públicos y veteranos, dando origen al Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) a partir de 1959.

Respecto a las demás cajas de ahorro y servicios de salud que no eran de funcionarios públicos, Lázaro Cárdenas logró centralizar y controlar los recursos de éstas instituciones sólo a partir de 1941, y en 1943, se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Durante el gobierno de Lázaro Cárdenas también crece la red de servicios de salud a través de la creación de diversos hospitales existentes en la actualidad, como el Instituto Nacional de Pediatría (1943) y el de Nutrición (1944), que son parte de la Secretaría de Salud.

En 1981 el entonces presidente de México José López Portillo nombró un Coordinador de los Servicios de Salud, tal cargo fué ocupado por el Dr. Guillermo Soberón y su función consistía en elaborar un diagnóstico del sistema de salud existente en ese momento en el país y presentar propuestas de cambio.

En los estudios realizados por la Coordinación de los Servicios de Salud creada en ese momento, se encontró al analizar el costo por atención de los asegurados, comparados entre sí y con los de Población Abierta, una relación de 2 a 1, del ISSSTE con el IMSS y de 8 a 1 del IMSS con la Población Abierta.

Una vez que fué emitido el diagnóstico situacional de los servicios de salud , en 1982 se crea el Sistema Nacional de Salud (SNS) que desarrolla la reforma sanitaria y la descentralización del sistema. Sin embargo, la reforma y la descentralización ocurren de manera dispareja entre las entidades federativas con mayor ó menor nivel de desarrollo, recursos y liderazgo político, avanzando más en la Ciudad de México, Nuevo León, Sonora y Tabasco. Al contrario, en los estados de Guerrero, Oaxaca y Chiapas, la Secretaría de Salud carece de insumos, recursos humanos y tecnológicos (Ángel Casanova 1977). Como resultado, el acceso a los servicios de salud sigue siendo desigual entre regiones y trabajadores, determinado básicamente por el tipo de vínculo laboral de cada individuo.

En el año 2003, durante el gobierno del presidente Vicente Fox Quesada, se realizaron reformas a la Ley General de Salud dando origen al Sistema de Protección Social en Salud y a su brazo operativo, el Seguro Popular de Salud. A éste seguro se han ido afiliando paulatinamente más de 50 millones de mexicanos que en el 2003 no contaban con la protección de la seguridad social. Asimismo, el Sistema de Salud ambicionaba desde esa fecha, alcanzar para el año 2010 la cobertura universal en salud, de modo que todos los mexicanos puedan contar con algún seguro público en salud ya sea el Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS, el Fondo Médico del ISSSTE ó el Seguro Popular de Salud.

Esta reforma, también permitió movilizar recursos adicionales destinados a la atención de la salud, en el año 2005, el gasto en salud como porcentaje del PIB se incrementó a 6.6 %, gracias sobre todo al aumento del gasto público.

Actualmente el sistema de seguridad social mexicano sigue dividido en IMSS, para los trabajadores formales de empresas privadas, y el ISSSTE para trabajadores de instituciones públicas, además de otros sistemas corporativos como el de trabajadores de Petróleos Mexicanos (PEMEX) y los sistemas de los trabajadores de los estados, todos con ramas de salud y pensiones.

En el año 2000 el IMSS, cubrió 80.75% de la población derechohabiente, es decir, 50% de la población total de México (**3**); mientras que el ISSSTE, cubre 14.67% de la población derechohabiente ó 5.99% del total de la población de México.

La rama de pensiones pasó por una reforma que ha permitido la transferencia de manera progresiva de los nuevos contribuyentes del IMSS hacia las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES) desde 1997, éstas se encuentran integradas por 14 empresas a las que los contribuyentes pueden elegir libremente con la finalidad de ahorrar sus cotizaciones

para el retiro en cuentas bancarias individualizadas. Asimismo, en la rama de la salud se encuentran no sólo los servicios proporcionados por el IMSS y el ISSSTE, sino también los otorgados por la Secretaría de Salud abiertos para toda la población, a los cuales pueden tener acceso los trabajadores que no cuentan con un contrato formal de trabajo y sus familiares. Los usuarios, pagan montos muy bajos por el uso de cada servicio, que se transforman en cuotas de recuperación.

Recientemente (durante el gobierno del presidente Felipe Calderón Hinojosa) se han emprendido diversos procesos de reforma con la finalidad de realizar y cumplir aquellas tareas que competen al Estado mexicano en materia de protección de la salud. Sobresale por su trascendencia, la creación del Sistema de Protección Social en Salud; el cuál ha brindado amplias posibilidades para que grandes sectores de la población que no están afiliados a alguna institución que brinda servicios de salud, puedan tener acceso a los mismos.

Se ha registrado también una mejora general en los indicadores de salud de la población. No obstante ello, se debe reconocer que aún falta mucho por hacer en éste ramo.

Nuestro sistema de salud posee hoy en día grandes fortalezas, pero también algunas debilidades, por lo que debemos seguir esforzándonos para lograr un éxito del mismo en un futuro. Sin haberse resuelto los problemas del rezago, la población continúa padeciendo los riesgos y los problemas de salud emergente, así como de aquellos que se consideraba habían sido superados y estaban bajo control.

El perfil epidemiológico que hoy caracteriza a nuestro país se encuentra dominado por las enfermedades crónico- degenerativas y lesiones, cuyo origen es complejo y se encuentra asociado no solo a las condiciones de vida de la sociedad, sino también a las capacidades de las personas para tomar decisiones a favor de su salud y la de sus familiares. La demora en la atención de aquellas enfermedades provoca un doble costo social: por un lado, incrementa el peso de la discapacidad en las personas que viven más años y por otro, origina un costo mayor en el tratamiento de dichas enfermedades. Es decir, continúa existiendo un círculo vicioso: pobreza-enfermedad-pobreza, el cual se agrava por la desigualdad de oportunidades para el desarrollo de los diversos individuos integrantes de nuestra sociedad.

El Sistema Nacional de Salud se fortalece sobre todo en el interior de las instituciones que lo integran, sin embargo, siguen existiendo evidentes problemas y segmentaciones dentro del mismo; por ejemplo, se presentan aún rezagos en materia de infraestructura y equipamiento y coexisten paralelamente duplicidades y una injustificada e ineficiente concentración de recursos en algunas zonas del país, mientras que en otras hallamos grandes carencias.

En numerosos lugares del país, la calidad y la seguridad de los servicios públicos de salud, constituyen asuntos que aún están pendientes por resolver dentro de la agenda nacional.

En el caso particular del Municipio de Ixtapaluca en las décadas de los 70's y 80's, se desarrolló el sector industrial con la apertura de fábricas como Ayotla Textil, Seagrams, las fábricas de papel y las fundidoras. Éste fenómeno trajo aparejado un crecimiento de la población urbana creándose las colonias de San Juan Tlalpizahuac (que posteriormente formará parte de Valle de Chalco Solidaridad) Valle Verde, Fraccionamiento José de la Mora y el crecimiento del poblado de Tlapacoya.

A mediados de la década de los 70's, el flujo migratorio hacia Ixtapaluca se ve incrementado por factores de carácter metropolitano, como fué el agotamiento de suelo barato para población de escasos recursos en el Municipio de Netzahualcóyotl, y algunos problemas a nivel nacional como la caída de precios agropecuarios que trajo como consecuencia la crisis de este sector, por lo que, los ejidatarios se vieron obligados a vender sus tierras a muy bajo precio.

Es por cierto en el municipio de Ixtapaluca en 1976 concretamente en el ejido de Tlalpizahuac, donde se inicia la creación de Valle de Chalco mediante el fraccionamiento irregular, surgiendo las colonias Darío Martínez I y II, que en el mes de noviembre de 1994 pasan a formar parte del municipio 122 (Valle de Chalco) esta dinámica continuó en el ejido de Ayotla, con las colonias Emiliano Zapata y Molinito y también en Tlapacoya, con la colonia Alfredo del Mazo. Estos crecimientos urbanos se consolidaron en el periodo de 1983 a 1986.

Posteriormente en 1986, comienza el crecimiento hacia la Sierra del Pino, principalmente en terrenos de los ejidos de Ayotla y Chalco, formándose las colonias la Escalerilla y el Tejolote. Para 1990 se crean las unidades habitacionales por parte de AURIS, INFONAVIT, y constructoras privadas localizadas dentro de los sectores Tlalpizahuac y Ayotla; entre ellas sobresalen San José Chalco, la Colonia Estado de México, Rancho el Carmen e Izcalli.

Este gran crecimiento poblacional, ha traído aparejada una demanda cada vez mayor de servicios, entre los que se encuentran los servicios de salud, que ante la insuficiencia de infraestructura han caído en la falta de cobertura y de la calidad con que se brindan a la población.

Introducción

La inquietud de realizar éste trabajo surgió porque considero que la salud es un elemento muy importante para el desarrollo no sólo de las personas sino también de un país en su conjunto.

En el primer capítulo se tratan los orígenes de la seguridad social en nuestro país como una necesidad para atender las demandas de servicios de salud por parte de los trabajadores de los sectores formales de la economía.

Se habla también de cuáles son las instituciones públicas que brindan los servicios de salud en nuestro país, en qué momento de la vida económica de nuestra nación surgen y cuáles fueron los motivos que propiciaron su creación.

Se mencionan de igual manera, cifras y como los servicios de salud brindados por éstas instituciones de salud, han permitido lograr una reducción en la mortalidad y un incremento en la esperanza de vida al nacer de los mexicanos.

También se resaltan cuales son los motivos por los cuales el sistema de salud mexicano no es considerado cómo competitivo a nivel internacional.

Por otro lado, se habla de cómo se encuentra la distribución de los profesionales de la medicina (médicos) y de algunos recursos materiales (camas censables) tanto en las instituciones públicas de salud que atienden a aquellas personas que pertenecen a los sectores formales de la economía como en las que atienden a la “población abierta” que es aquella que no tiene acceso a los servicios públicos de salud por no estar afiliada a ninguna de las instituciones que atienden a los primeros.

De la misma forma, se trata en éste capítulo cuales son las principales deficiencias que se presentan en el suministro de los servicios públicos de salud de acuerdo con las opiniones de los usuarios de los mismos.

Se habla también acerca de cuáles son las acciones que emprende el Estado mexicano para brindar por su cuenta los servicios públicos de salud que demanda la población y cómo se asignan los recursos destinados a la atención de la salud por parte de los gobiernos federal y estatal.

Se menciona como debido a la falta de cobertura y calidad en la atención de la salud por parte de las instituciones públicas, la población ha tenido que recurrir cada vez en mayor proporción a los servicios privados de salud.

En éste mismo capítulo se especifican las formas en que se brinda la atención médica por parte de las instituciones públicas de salud a la población demandante de la misma.

También se hace alusión a los cinco grandes desequilibrios financieros que caracterizan al

actual sistema de salud en México.

Se habla asimismo, de cómo surge el Seguro Popular en Salud y cuál es la finalidad de éste, así como el origen de su financiamiento.

Se hace una historia de las reformas que ha sufrido el sistema de salud pública en México y que logros ha tenido cada una de ellas.

Se menciona de la misma manera, cuál es la importancia económica, política y social de la salud y se esquematiza la relación de cambio directa que existe entre la salud y la economía en donde ante mejoras en la economía del país, también hay repercusiones en las mejoras del sector salud y a su vez ante avances de los servicios públicos de salud, como esto se refleja en un beneficio para la economía.

También se habla de cómo el gasto en salud es una inversión que propicia la acumulación de capital humano y a su vez, ésta influye en la productividad de un país.

Asimismo, se habla de la insuficiencia del porcentaje del PIB que México destina a la atención de la salud en comparación con el que destinan otros países de Latinoamérica.

En el capítulo número dos, se hace una reseña del origen de las instituciones encargadas de brindar los servicios de salud en el Estado de México y cómo han ido evolucionando éstas.

Por otro lado, se describen las condiciones en que se encuentran los servicios de salud en el Estado de México en donde sobresalen los hechos de que más de la mitad de la población del estado no pertenece a ningún esquema de seguridad social, lo cual trae como consecuencia que éstas personas tengan que realizar “gastos catastróficos” por concepto de atención médica y que el Estado de México ocupa el último lugar a nivel nacional en lo que se refiere al tiempo que una persona tiene que esperar para pasar a una consulta.

En éste capítulo se proporciona una relación de los servicios de salud que brinda cada una de las instituciones encargadas de la seguridad social en el Estado de México y la forma en que se encuentran distribuidas sus unidades médicas.

Finalmente se habla de cómo se da el financiamiento de los servicios de salud en el Estado de México.

En el **capítulo tres** se habla de origen histórico del Municipio e Ixtapaluca el cual data de entre los años 1100 a.C. y 100 d. C.

En éste capítulo se hace mención también de cómo el crecimiento poblacional estimulado por la construcción de varios fraccionamientos habitacionales como San José de la Palma, Geovillas de Ayotla, Los Héroes, Geovillas de Santa Bárbara, Ciudad Cuatro Vientos y San Buenaventura ha causado múltiples estragos en la región, principalmente en lo que se refiere al suministro de servicios públicos como son la educación, la seguridad y la salud.

Además del congestionamiento de la infraestructura carretera ante el aumento también de la cantidad de vehículo automotores.

Asimismo, se explica en éste capítulo cual es el origen de la palabra **Ixtapaluca** y se hace un breve esbozo de los hechos históricos más sobresalientes ocurridos en el municipio a partir del año 1000 a.C. y hasta fechas recientes.

Por otro lado, se habla de la ubicación geográfica del municipio y de cuáles son los municipios colindantes.

Igualmente se hace una relación de las 62 localidades que integran el Municipio.

También se ilustra cuales son los potenciales económicos, los recursos naturales tanto minerales cómo forestales del municipio y sus principales vías de comunicación.

De la misma forma, se hace alusión de la situación de los servicios públicos de salud en el municipio, los cuales se encuentran integrados por unidades médicas pertenecientes al IMSS, ISSEMYM, Hospitales y Centros de Salud pertenecientes al ISEM, Unidades del DIF, una Unidad de Rehabilitación e Integración Social (UBRIS) la Cruz Roja Municipal y varias clínicas particulares que se han ido incorporando poco a poco a la red de servicios de salud del Municipio.

En el **capítulo cuarto** se habla de cómo inicia la construcción del Hospital Materno-Infantil “Leona Vicario” Bicentenario así como de quién llevo a cabo las gestiones para que éste fuera donado al ISEM.

Se menciona también cuales son las características y los servicios que se brindan en ésta unidad hospitalaria y la fecha en que fué inaugurado de manera oficial por el Gobernador del Estado de México, Lic. Enrique Peña Nieto.

Se hace una esquematización de la infraestructura del hospital integrada por 8 áreas que son: Consulta Externa, Urgencias, Tocología, Área Quirúrgica, Hospitalización, Servicios de Apoyo de Diagnóstico (Laboratorio de Análisis Clínico y Laboratorio de Rayos X), Área Administrativa y Servicios Generales con diferentes servicios cada una.

Se ilustra cómo se encuentran integrados los ingresos, cuáles son los servicios que mayores ingresos reportan y cómo han ido evolucionando éstos desde la creación del hospital y hasta el año 2010.

Se habla también de cuáles son los costos de cada uno de los servicios proporcionados por el Hospital Materno-Infantil “Leona Vicario” Bicentenario en el período 2007-2010, dónde se puede

observar que los costos son realmente bajos, además de los servicios exentos de pago como son, tratamiento de pacientes con diabetes mellitus, hipertensión arterial, consulta prenatal, enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, consultas del Programa del Adulto Mayor, partos y cesáreas; lo que obstaculiza al hospital para obtener grandes ingresos por concepto de los servicios de salud suministrados a la población demandante.

Se aportan cifras que muestran la importancia del impacto financiero que tienen los **Gastos de Operación** para el hospital como son: agua, energía eléctrica, servicio telefónico, suministro de gas LP, diesel, gasolina para vehículos, nómina, activo fijo mayor y menor, Insumos proporcionados por el Almacén Central del ISEM, insumos adquiridos con presupuesto del hospital (compras directas) y reparaciones de equipo médico y de oficina.

Por otro lado, se mencionan cuales son los insumos de operación de los servicios relacionados con los **Gastos Subrogados** del hospital como son: vigilancia, intendencia, recolección de residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI), renta y lavandería de ropa clínica y quirúrgica, suministro de gases medicinales (oxígeno), control de plagas (fumigación), fotocopias, cocina y farmacia.

Se proporciona información acerca de cómo son estimados por el ISEM, los costos de los servicios que proporciona el HMILVB a la población abierta del Municipio de Ixtapaluca.

Se mencionan cuales son los principales problemas que existen en el HMILVB, tales como: Infraestructura insuficiente, personal insuficiente, tiempos prolongados de espera para pasar a consulta, falta de personal especializado en las Área de Ginecología, Pediatría y Anestesiología, la existencia de personal que labora en dos instituciones ó más, la dotación de insumos insuficientes y en ocasiones con una calidad menor a la que se requiere, la existencia de un sindicato que protege a trabajadores ineficientes y/o “flojos”, la falta automatización de procesos, el uso de equipo de oficina obsoleto y la falta de mantenimiento preventivo de los equipos médicos y de oficina.

Capítulo I. Aspectos económicos del Sector Salud en México al inicio de la primera década del Tercer Milenio

1.1 El esquema de atención

El sistema de salud pública en México tiene como pilares la asistencia pública y la seguridad social. La asistencia pública con financiamiento público surgió como una función obligatoria del Estado en la década de los treinta cuando la salud se estableció como un derecho de todos los individuos. En 1937 se creó la Secretaría de Asistencia Pública con la finalidad de brindar atención médica a todos los sectores de la población y en 1943 se fusionó con el Departamento de Salubridad, dando origen a la Secretaría de Salubridad y Asistencia que para el año de 1985, cambio su nombre a Secretaría de Salud.

Por otro lado, la seguridad social se creó en los años cuarenta para atender las demandas de servicios médicos por parte de los trabajadores de los sectores formales de la economía.

En 1943 se fundó el IMSS utilizando un financiamiento tripartita (trabajadores-empresas-gobierno) con la finalidad de apoyar la industrialización del país bajo un modelo de economía cerrada con sustitución de importaciones y empleando una política de subsidios a la producción. Debido a la creciente participación del estado en la economía y al incremento de su burocracia surgió en 1959 el ISSSTE. Posteriormente, Petróleos Mexicanos (PEMEX) y la Comisión Federal de Electricidad (CFE) implementaron sus propios sistemas de seguridad social, así como la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de Marina entre otras.

A través del sistema público se han logrado avances significativos en las condiciones de salud de los habitantes de nuestro país. Entre los años de 1950 y 2000, pese a que la población se multiplicó por 3.8 y con ello la demanda de servicios de salud, el sistema de salud pública logró la prevención y erradicación de enfermedades infecciosas. Las campañas de vacunación han logrado una cobertura del 97.7% en el programa básico de inmunizaciones registrado en la Cartilla Nacional de Vacunación, cuando hace diez años, sólo abarcaba el 82.0% de la población. Con éstas acciones se ha evitado que en México se presenten nuevos casos de Polio y Difteria en más de una década y de Viruela en 50 años; en el año 2001, se registraron pocos casos de Tétanos Neonatal y por primera vez en la historia no hubo casos nuevos de Sarampión. Además, se cuenta en el país con vacunas para Varicela y Neumococo (que es un germen que produce Meningitis, Otitis y Neumonía principalmente en menores de dos años y en mayores de 60), aunque su difusión es limitada debido a su alto costo.

Las medidas preventivas implementadas en el rubro de salud pública y la incorporación de nuevos medicamentos y tecnologías han contribuido a la reducción de la mortalidad y a elevar

la esperanza de vida al nacer de los mexicanos. Según el Consejo Nacional de Población, entre los años de 1950 y 2000, la tasa de mortalidad pasó de 16.0% a 4.5% y la esperanza de vida al nacer de 49.6 a 75.3 años.

Los avances logrados en las condiciones de salud han permitido la formación de capital humano en el país y creado las bases para un mayor desarrollo económico. Sin embargo, las deficiencias existentes en materia de cobertura y calidad se han convertido en obstáculos que impiden que el sistema de salud mexicano sea considerado competitivo a nivel internacional.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Reporte de Salud Mundial 2000, el sistema de salud de México se encuentra en el lugar 61 de un total de 191; otros países con un gasto en salud por habitante en dólares similar ó inferior al de nuestro país (\$443) como Oman (\$327), Arabia Saudita (\$461), Costa Rica (\$448) y Polonia (\$465), tienen un mejor desempeño y ocupan mejores posiciones: 8, 26, 36 y 50, respectivamente. La Organización Mundial de la Salud también señala en su Informe sobre la Salud en el Mundo 2001 que México ocupa la posición 42 de un total de 191 en lo referente al número de años de vida sana de su población (64.2 años en promedio) contra 70.0 y 67.2 años de sus principales socios comerciales Canadá y Estados Unidos que ocupan los lugares 17 y 28 respectivamente.

La falta de competitividad del sistema de salud mexicano refleja las deficiencias existentes en cuanto a cobertura y calidad en el ámbito interno de los servicios de salud pública. Por una parte la cobertura del sistema de salud pública es insuficiente y desigual y, por otra, la atención médica tiene una calidad muy heterogénea.

Según la Secretaría de Salud la cobertura legal del sistema de salud en México es del 89%. Sin embargo, la segmentación en la oferta de servicios por parte de las instituciones públicas impide que la cobertura sea necesariamente la real por los traslapes que existen entre los grupos de usuarios que reciben atención en las instituciones públicas y porque hay una creciente participación de los servicios de salud privados ante las deficiencias presentadas en los servicios de salud públicos. A pesar de que el sector público cuenta con una infraestructura médica más amplia que el sector privado, se estima que el sistema de salud pública deja sin atención hasta un tercio de la población y sólo cubre un 40% de la demanda total de servicios de salud.

Por otra parte, las instituciones que proporcionan servicios públicos de salud a la población abierta, sufren desequilibrios financieros que las limitan en su función de beneficiar a los usuarios que acuden a ellas. Por ejemplo, las instituciones que dan cobertura a los sectores formales de la economía emplean a 56.5% de los médicos que laboran en el sector público y cuentan con 54.7% del total de camas censables, por lo que el número de médicos y camas por cada 100 habitantes ó derechohabientes es mayor en las instituciones de seguridad social que en las de población abierta: 134.1 contra 115.9 en médicos y 71.2% contra 66.2% en camas. La disparidad se nota aún más si comparamos por ejemplo, al IMSS-Solidaridad que

atiende a grupos marginados dentro de la población abierta con el IMSS, el ISSSTE ó Pemex. El IMSS-Solidaridad sólo cuenta con 50.7 médicos por cada 100 mil habitantes y las otras instituciones 114.9, 177.7 y 368.8, respectivamente.

La falta de recursos en los servicios públicos de salud es más notoria en las zonas rurales. Por ejemplo, el promedio nacional de camas y médicos por cada 100 habitantes del sistema nacional de salud pública es de 77.5 y 141.2, respectivamente, pero el número de camas y médicos es mucho menor en los estados de la República que tienen menor PIB por habitante como son Oaxaca, Guerrero y Chiapas, dónde el promedio es de 47.6 camas y 102.2 médicos. En contraparte en las entidades con mayor PIB como son Distrito Federal, Nuevo León y Jalisco, el promedio de camas y médicos en el año 2000 fué de 125.9 y 209.4 respectivamente. Por lo anterior la esperanza de vida y las tasas de mortalidad en el país muestran una distribución desigual: las entidades federativas más pobres se encuentran en condiciones más desfavorables. En especial la zona sur presenta más problemas de rezagos en la cobertura.

Aunado a esto, la calidad de los servicios públicos de salud nacionales es en promedio baja y heterogénea. La Secretaría de Salud estima que entre los años de 1997 y 2000 la calidad en escala de 0 a 100 fué de 68.5 para hospitales y 52.2 para los centros de atención ambulatoria.

Los usuarios consideran que uno de los principales problemas del sistema público de salud nacional es la mala calidad con que se brindan los servicios. De hecho, los problemas de acceso y la falta de confianza en la calidad de las instituciones públicas es lo que ha propiciado que aún la población de escasos recursos económicos acuda a los servicios de salud privados. “Sólo el 12.7% de los hospitales públicos está certificado con normas de calidad y el desabasto promedio de medicamentos en el país es de 25% “(4). Además el ausentismo del personal, la mala organización y los elevados tiempos de espera son problemas comunes dentro de los sistemas públicos de salud. Por ejemplo, los usuarios de población abierta y seguridad social esperan en promedio 30 y 40 minutos más que los de instituciones privadas para ser atendidos en una consulta. (5)

Los problemas de la cobertura y calidad en los servicios públicos de salud tienen su origen en un modelo que por una parte al subsidiar la oferta, no aporta incentivos adecuados para una asignación eficiente de los recursos y, por otra, no define ni protege claramente los derechos de los usuarios.

El Estado mexicano, como responsable constitucional de garantizar a la población el acceso a los servicios públicos de salud, ha optado por proporcionarlos directamente. Con ésta finalidad, construye y da mantenimiento a instalaciones hospitalarias, contrata personal médico, de enfermería y administrativo y adquiere los insumos y medicamentos necesarios para poder cumplir con ésta función. Pero además bajo un concepto amplio de seguridad social, las instituciones públicas de salud cuentan con una importante cantidad de recursos materiales y

humanos que no están directamente relacionados con la prestación de los servicios médicos con cuya finalidad fueron creadas. Por ejemplo, centros deportivos, guarderías, supermercados, teatros, balnearios y velatorios.

En general, los recursos destinados a las instituciones de salud pública están legalmente garantizados y son asignados mediante partidas presupuestales elaboradas prospectivamente con base en la evolución histórica. El manejo presupuestal se basa en un sistema contable de costos unitarios por cada tipo de servicio (incluye costos administrativos, operativos y directos) a partir del cual se calcula el número de servicios que otorgará cada una de las unidades médicas, determinando de ésta manera sus metas. En cuanto a la remuneración del personal, ésta se da de acuerdo con salarios basados en tabuladores fijos.

Respecto a la demanda de servicios públicos de salud, los consumidores ó derechohabientes no cuentan en general con la opción de elegir al médico o la unidad de atención de su preferencia porque son asignados a unidades de atención médica en función de la zona postal dónde residen. De ésta forma los incentivos económicos para una atención de alta calidad son pocos, porque las remuneraciones del personal de salud no dependen de la satisfacción de los usuarios, porque éstos últimos no pueden castigar ó premiar con su demanda la calidad del servicio que reciben. Para los usuarios las únicas alternativas bajo la actual situación de los servicios de salud en México son: aceptar el servicio médico tal y cual se les proporciona ó recurrir a los servicios privados. Por lo cual no es novedad, observar que ante los pocos incentivos que existen para el otorgamiento de una atención médica de calidad en las instituciones públicas, los usuarios elijan cada vez más, los servicios privados.

1.1.1 Atención socializada

México es un país de ingresos medios con profundas desigualdades sociales que se reflejan tanto en sus condiciones de salud como en la estructura de su sistema de atención. El país está pasando por una compleja transición epidemiológica caracterizada por un rápido crecimiento de las enfermedades no transmisibles y la persistencia de enfermedades infecciosas comunes y problemas de salud reproductiva entre los grupos más pobres. A pesar de ser la novena economía del mundo (Poder Ejecutivo Federal, 2003), México dedica sólo alrededor del 5.8% de su PIB a la atención de la salud (Secretaría de Salud, 2003) un porcentaje muy bajo para hacer frente a estos complejos retos.

Desde su creación en 1943, el sistema mexicano de salud ha contemplado por un lado a los trabajadores del sector formal y sus familias, quienes tienen acceso a la seguridad social y por otro, al resto de la población, que carece de algún esquema de aseguramiento público. A pesar de los importantes avances en la salud de los habitantes de nuestro país, a lo largo de seis décadas y tres generaciones de reformas al sistema salud, hasta ahora no se han resuelto los desequilibrios financieros ni la segmentación del acceso a la atención de la salud.

Hace poco más de una década se formuló e implementó una reforma estructural del sistema de salud en México cuya finalidad principal era garantizar un financiamiento justo. El trabajo inició en 1999 y la reforma se aprobó en abril del año 2003, el 1° de enero de 2004 entró en vigor un esquema de seguridad universal denominado Sistema de Protección Social en Salud. Este sistema pretendía ofrecer, por primera vez en la historia del sistema moderno de salud, igualdad de oportunidades a todos los mexicanos para participar en un seguro público de salud.

La reforma fue diseñada para democratizar el sistema de salud con base en el principio de que la atención a la salud debe garantizarse a todos los ciudadanos y residentes del país independientemente de su ingreso, lugar de residencia, origen étnico o situación laboral.

La reforma estaba enfocada a disminuir la proporción de gastos de bolsillo de los hogares mexicanos, reducir la prevalencia de gastos catastróficos por motivos de salud e incrementar la cobertura del aseguramiento en salud.

La reforma se basaba en cinco valores básicos: igualdad de oportunidades, inclusión social, justicia financiera, corresponsabilidad y autonomía personal. Sobre la base de estos valores, esta reforma pretendió desde un principio transformar al sistema de salud, segmentado por grupos poblacionales, en un sistema integrado de manera horizontal, de tal manera que cada institución desempeñe una de las tres funciones básicas de todo sistema de salud: rectoría, financiamiento y prestación, sirviendo así a todos los grupos sociales que conforman a la población mexicana.

La reforma tenía también como objetivo corregir los cinco grandes desequilibrios financieros que caracterizan al actual sistema de salud: 1) el bajo nivel de gasto general; 2) la dependencia del gasto de bolsillo como fuente de financiamiento; 3) la distribución inequitativa de recursos entre asegurados y no asegurados, así como entre estados; 4) el desigual esfuerzo financiero que realizan las diferentes entidades, y 5) la proporción decreciente del gasto dedicado a la inversión.

Para lograr estos fines la reforma proponía lo siguiente:

- a) El nivel de gasto deberá incrementarse para satisfacer las necesidades de salud de una población que atraviesa por un complejo proceso de transición epidemiológica y de envejecimiento.
- b) Las fuentes de financiamiento de la salud deberán modificarse para pasar del predominio del pago de bolsillo en el momento de recibir los servicios a un sistema de prepago a través de impuestos federales y contribuciones familiares subsidiadas de acuerdo con el nivel de ingreso.
- c) El financiamiento de la atención a la salud deberá equilibrarse entre asegurados y no asegurados, y sustentarse en las necesidades de salud y no en la capacidad de pago.
- d) La distribución de recursos entre estados, por su parte, no deberá estar sujeta a inercias presupuestales para basarse ahora en el número de familias afiliadas y en una fórmula transparente que corrija gradualmente las desigualdades.

La contribución de los estados ya no será tan desigual y dejará de ser discrecional para basarse también en el número de familias afiliadas.

e) Finalmente, los gastos corrientes y de inversión responderán a un Plan Maestro de Infraestructura.

A su vez el diseño de la reforma establecía para alcanzar sus objetivos doce innovaciones: 1) la protección del financiamiento de las actividades de salud pública; 2) la cobertura de un conjunto integral de servicios incluyendo aquéllos que provocan gastos catastróficos; 3) un proceso de asignación de recursos que hace uso de una fórmula que reduce las inequidades entre estados; 4) una presupuestación democrática basada en la afiliación de familias; 5) un enfoque en los beneficios micro y macro-económicos de un sistema de salud funcional; 6) diversos estímulos a una inversión suficiente y eficiente en infraestructura; 7) un padrón de familias afiliadas; 8) el uso de las evidencias y la información como base para el diseño y la implantación de la reforma; 9) un monitoreo y evaluación rigurosos; 10) la promoción de la participación efectiva de los sectores no lucrativos y privado; 11) el uso de incentivos para promover el buen desempeño de los prestadores, y 12) un énfasis en los consensos entre los actores políticos, los proveedores y los usuarios de los servicios de salud.

Por el lado del financiamiento, la reforma introdujo importantes innovaciones, incluyendo la separación del financiamiento de los servicios personales y colectivos. Estos últimos serán financiados por un fondo especial denominado Fondo de Aportaciones para los Servicios a la Comunidad. Los servicios personales de salud de tercer nivel incluidos en el paquete de beneficios del Seguro Popular de Salud serán cubiertos por el Fondo de Aportaciones contra Gastos Catastróficos, diseñado para agregar los riesgos a nivel nacional.

El paquete de beneficios se ampliará gradualmente de acuerdo con la disponibilidad de recursos y con base en criterios explícitos de costo-efectividad y aceptabilidad social.

El Seguro Popular de Salud constituye el brazo operativo de éste sistema y ofrece a todos los mexicanos no asegurados acceso a un seguro público de salud que cubre los servicios personales de salud. Después de un periodo de transición de siete años, se pretendía que el Seguro Popular de Salud cubriera a toda la población que no está afiliada a alguno de los institutos de seguridad social. Esto significaba que en el 2010 el sistema mexicano de salud debería haber logrado la protección financiera universal. El financiamiento del Seguro Popular de Salud es tripartito ya que cuenta con recursos provenientes del gobierno federal, los gobiernos estatales y las familias beneficiarias. Este diseño homogeneizará las fuentes de financiamiento entre el IMSS, el ISSSTE y el SP. El financiamiento general pasa así de una lógica inercial y burocrática a una lógica de democratización, y de una orientación hacia la oferta a un subsidio de la demanda, mediante la transferencia de los recursos federales a los estados con base en el

número de familias afiliadas. La asignación de la contribución solidaria federal se realiza aplicando una fórmula destinada a reducir las desigualdades entre estados y grupos de población que utiliza como variables centrales las necesidades de salud, el nivel de rezago en salud y el desempeño.

El carácter voluntario del proceso de afiliación ayuda a alinear la demanda y la oferta del sistema de salud al crear incentivos para el buen desempeño de los prestadores, sobre todo en el nivel estatal, ya que la asignación depende de la afiliación. La reforma también incluía una serie de innovaciones que buscan promover la portabilidad y la autonomía personal para los cuales la información y las evidencias constituyen elementos fundamentales.

Dentro de los mecanismos de generación de evidencias destaca, por ejemplo, la etapa piloto del Seguro Popular de Salud, que se implantó en 2001. A finales de 2003 este seguro contaba con 625,000 familias afiliadas en 24 de los 32 estados de la República. La duración y magnitud de la fase piloto permitió desarrollar, con la participación de los usuarios y proveedores, muchas de las innovaciones que se diseñaron para la reforma.

Como la reforma ubicaba al ciudadano en el centro del proceso de democratización, el apoyo de las familias afiliadas resulta central para su éxito y sustentabilidad. Por esta razón la Secretaría de Salud implementó un sistema de información sobre la afiliación que permitirá aplicar la fórmula de presupuestación, identificando el nivel de contribución de cada familia y asegurando la transparencia en la asignación de recursos. También se pondría énfasis en la información para el afiliado y en su empoderamiento.

La reforma también fortalecía las actividades de monitoreo, acreditación y evaluación. A partir de aquí se empezaron a generar por ejemplo, informes anuales que incluyen indicadores de desempeño a nivel estatal. Por su parte, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, una iniciativa que comenzó a ponerse en marcha en 2001 y que busca mejorar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud, incluye una carta de derechos para los usuarios de estos servicios, un sistema de quejas y sugerencias, y procesos formales de acreditación de los prestadores de servicios.

La implantación de la reforma planteaba una serie de retos. En primer lugar, se requería de recursos públicos adicionales para reemplazar el gasto de bolsillo y hacer frente a las necesidades de salud insatisfechas de la población. El financiamiento de los servicios de salud pública y comunitaria también necesitaba de una reestructuración sustancial que garantizara un equilibrio entre la inversión en prevención y la inversión en servicios personales curativos. Otro reto era la creación dentro del sistema de una cultura organizacional con mayor capacidad de respuesta y orientada al usuario. La población debería empezar a confiar en los servicios públicos para convencerse de la utilidad de contribuir por anticipado a la atención de su salud y para reafiliarse al Seguro Popular de Salud.

Otro reto más era el desarrollo de un ambiente competitivo por el lado de la oferta. Cambiar el enfoque de los incentivos hacia la demanda, al tiempo que se fortalece la oferta, es un requisito que debe alcanzarse en la fase de transición. Para lograr esto en un contexto de rápidas transformaciones organizacionales y sistémicas, era condición una profunda reingeniería que contemplara estrategias para lograr el cambio pretendido. Se debían asimismo establecer mecanismos de compensación entre estados y proveedores, garantizar una mayor portabilidad geográfica e institucional de los seguros públicos, promover una mayor competencia entre proveedores e incrementar la capacidad de elección de los usuarios. También se debía promover una mayor y más racional participación de los sectores privado y no lucrativo.

Esta reforma implementada en nuestro país ofrece importantes lecciones a otras naciones tanto desarrolladas como en vías de desarrollo debido al contexto político y económico en el que comenzó a ponerse en acción, la transición epidemiológica por la que el país atraviesa y las restricciones presupuestales que enfrenta. También constituye un interesante ejemplo de cómo trabajar simultáneamente en los componentes ético, técnico y político de una reforma.

Finalmente, la reforma mexicana constituye un ejemplo del círculo virtuoso que existe en la generación de información y evidencias en los niveles nacional e internacional.

1.1.2 Instituciones participantes

El sistema de salud mexicano es un sistema mixto, fragmentado, integrado por los servicios de salud públicos para la población no asegurada y afiliados a la seguridad social, y por los servicios de salud privados para la gente con capacidad de pago. La seguridad social es proporcionada por cinco instituciones: el IMSS que cubre a los trabajadores del sector formal; el ISSSTE que afilia a los empleados de los diferentes niveles de gobierno; PEMEX que ofrece atención a los trabajadores de esta paraestatal. Los miembros de los cuerpos castrenses, SEDENA y la SEMAR, son atendidos al interior de las organizaciones a las que pertenecen, pues las mismas cuentan con un sistema propio de aseguramiento.

Un reducido grupo de individuos, no pertenecientes al sector formal de la economía, recibe atención en establecimientos de salud del IMSS. Esta modalidad de aseguramiento opera mediante contrato voluntario y el pago de una cuota anual.

Para el 2004, aproximadamente el 36% de la población estaba afiliada al IMSS, mientras que el ISSSTE cubría al 8% de la población. En tanto que la Secretaría de Salud es la principal institución proveedora de servicios de salud para la población no asegurada, se enfoca a brindar servicios a la gente de escasos recursos, trabajadores del sector informal, sub-empleados o desempleados. Otros proveedores como el IMSS-Oportunidades y DIF también ofrecen, aunque a menor escala, atención a estos grupos poblacionales.

Se estima que para el 2004 cerca de 50% del total de la población no estaba cubierta con algún régimen de aseguramiento. El sector privado atiende principalmente a la población con capacidad de pago, sobre la base de pago por servicio prestado. Los pagos directos se efectúan la mayoría de las veces en el lugar donde se presta el servicio y cada consumidor elige, en función de sus ingresos, cuánto desea y puede adquirir, es decir, su demanda. El sector privado, es altamente heterogéneo y poco regulado en cuanto a calidad y costo. Cerca del 3% del total de los usuarios de los servicios ofrecidos por este sector está asegurado por alguna institución privada. Los seguros privados constituyen un bien disponible sólo para un reducido grupo de individuos, que generalmente corresponde a los habitantes de zonas urbanas, con capacidad de pago y sin padecimientos preexistentes.

El sistema de salud mexicano enfrentó en los últimos veinte años varios procesos de reforma que incluyeron, durante el periodo 1985 y 1987 la descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salud en los estados de Tlaxcala, Nuevo León, Guerrero, Baja California Sur, Morelos, Tabasco, Querétaro, Sonora, Colima, México, Guanajuato, Jalisco, Quintana Roo y Aguascalientes.

La crisis económica que afectó al país en el año 1986 obligó a reducir la dotación de nuevas plazas e insumos para la administración y planeación, lo que interrumpió el recién iniciado proceso descentralizador.

En esta etapa el proceso descentralizador tuvo importantes limitaciones, dentro de las más importantes se encuentran las enormes restricciones sobre el manejo presupuestal y patrimonial impuestas a los estados descentralizados y la gran dependencia de los servicios estatales de salud con respecto a los fondos federales. Habiéndose concedido a las entidades federativas, en la práctica, como autonomía financiera la capacidad de decidir sobre la proporción del gasto financiada con sus propios recursos. Por esto se considera que el aspecto financiero fué uno de los principales obstáculos para una real y profunda descentralización en la década de los ochenta. Asimismo, durante el periodo 1988-1994 se desconcentró la gestión de la Secretaría de Salud con lo que se reforzó la capacidad a nivel local y se trasladaron mayores funciones hacia los estados.

Durante el periodo 1995-2000 el gobierno federal se decidió a retomar el proceso de descentralización. Así, con el fin de "incrementar la eficiencia de la atención a la población abierta", se incluyó a la descentralización como uno de los principales lineamientos en el Programa de Reforma de este sexenio. Fué durante este periodo que se reconoció al centralismo como uno de los principales problemas, ya que generaba una definición poco precisa de responsabilidades, burocratismo en la toma de decisiones y considerables inercias en la asignación del gasto hacia los estados. Ante ésta situación, se propuso completar el inconcluso proceso y extender la descentralización a las restantes 18 entidades federativas. De igual manera, con el propósito de promover una nueva relación entre las autoridades federales y

estatales, así como ampliar los márgenes de autonomía de los estados para el manejo de los recursos financieros y para la toma de decisiones estratégicas en materia de salud, se puso en marcha un programa de fortalecimiento en las entidades en las que ya se había implementado la descentralización de los servicios de salud.

Esta segunda fase del proceso descentralizador dio inicio formalmente con la firma de los acuerdos de coordinación llevados a cabo entre la Secretaría de Salud, como representante de la Federación, con cada uno de las entidades federativas. Estos acuerdos tenían la finalidad de precisar las atribuciones en materia de programación y presupuestación, servicios personales, recursos materiales, transferencia de bienes muebles e inmuebles, así como de recursos financieros. En cada uno de los acuerdos se concertó la transferencia de recursos desde el gobierno federal hacia las entidades federativas, debiendo estos recursos pasar a formar parte del presupuesto de la cuenta pública de los estados, de esta forma se dio origen al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) del Ramo 33.

Estos arreglos, permitieron a los estados adquirir la autonomía necesaria y suficiente para llevar a cabo ejercicios de programación y presupuestación con mayor libertad, de tal forma que la distribución del gasto respondiera a las necesidades identificadas localmente. Un ejemplo del impacto de estas medidas se refleja en los cambios experimentados en términos de ejecución presupuestaria, pues en tanto que, para el año 1994 el reporte de las entidades federativas mostraba una ejecución del gasto total en salud de sólo el 25% , para 2003 la misma llegó a representar el 66% del gasto del gobierno general.

A raíz de la descentralización, los estados transitaron de un esquema de control directo hacia uno de autonomía de gestión, en donde el gobierno federal asume la función de evaluar los resultados obtenidos por los operadores del gasto, mientras que los gobiernos estatales tienen la obligación de reportar la aplicación de los recursos federales a los congresos locales, informando a la Secretaría de Salud sólo sobre cuestiones muy generales de manejo presupuestal.

La asignación de los recursos financieros federales a las distintas instancias gubernamentales se realiza a través de ramos. El Ramo 33, creado en 1998 como una vertiente del federalismo por medio de la adición y reforma a la Ley de Coordinación Fiscal (LCF), corresponde a las aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios. De esta manera representa una pieza clave para modificar la relación entre la autoridad normativa (la Secretaría de Salud) y los prestadores de servicios (los estados).

Durante el año 2003 se planteó una nueva reforma del sistema de salud mexicano, en la cual se crea el Sistema de Protección Social en Salud que tiene como medio operativo al Seguro Popular de Salud. Esta reforma fue introducida con el fin de extender de manera gradual la cobertura del aseguramiento mediante el otorgamiento de un seguro público de carácter voluntario dirigido a las familias sin acceso a la seguridad social, principalmente aquellas ubicadas en los seis primeros deciles de ingreso (40% de la población).

Este seguro ofrece un paquete de servicios definido a través de un catálogo de servicios esenciales (CASES).

Su financiamiento es tripartito proveniente de recursos federales y estatales como un subsidio a la demanda, así como de las aportaciones anticipadas de la población, según su nivel de ingreso. El manejo de estos recursos es de competencia estatal y la prestación de los servicios está a cargo de los Servicios de Salud Estatales.

1.2 Importancia económica, política y social de la salud

La salud es indispensable para el funcionamiento y desarrollo de las capacidades productivas de los habitantes de un país. Sin embargo, éste capital humano se deprecia con la edad y con la enfermedad, hasta el punto que ocurre la muerte. No obstante, las personas pueden modificar de manera positiva su expectativa de vida, acudiendo a los servicios médicos cuando se encuentran enfermos ó de manera negativa enfermándose al consumir productos como el alcohol ó el cigarro que dañan su organismo.

Por éste motivo la cobertura y la calidad de la atención médica en el país tienen una importancia preponderante en la cantidad óptima de salud que pueden demandar los individuos, sin olvidar que un servicio sin calidad representa un riesgo. Bajo éste contexto, los servicios de salud pública constituyen uno de los principales medios de la sociedad para mejorar ó restablecer su bienestar y dar así continuidad a sus actividades productivas. Garantizar un nivel aceptable de salud para toda la población es una responsabilidad primordial del Estado.

“La salud es una inversión para un desarrollo con oportunidades. A medida que el país se transforma, su sistema de salud debe hacerlo también. El desarrollo económico, el bienestar social, la estabilidad política y la seguridad nacional dependen de la buena salud de nuestra población. No puede haber progreso general sin un sistema de salud que responda a las aspiraciones de los mexicanos”. **(6)**

Esto significa que existe una relación de cambio directa entre la economía y la salud, es decir si ocurren cambios favorables en la economía, esto también se refleja en la salud de los habitantes del país al disponer de mayores recursos que pueden destinarse al mejoramiento de ésta última y por otro lado a su vez, una mejoría en los servicios de salud afecta de manera positiva a la economía, al tener una población más sana que puede ser más productiva y generar mayores ingresos para el país.

Actualmente México destina alrededor del 6% de sus ingresos a la salud, cifra que es menor al promedio destinado en otros países de Latinoamérica. Por lo tanto, si se desea lograr un desarrollo económico y un bienestar social mayor además de una estabilidad política en el país, es necesario incrementar éste porcentaje ya que existen muchas necesidades insatisfechas en éste rubro.

“La inversión en servicios de salud equitativos, eficientes y de buena calidad influye positivamente sobre la actividad económica, ya que incrementa el capital humano, hace más eficientes las inversiones en educación, mejora la distribución del ingreso, y eleva la productividad y la competitividad. Una economía vigorosa a su vez, genera los recursos para atender cada vez mejor las necesidades de salud de la población, dando lugar a una verdadera igualdad de oportunidades. Se crea así un círculo virtuoso entre el desarrollo económico y la buena salud. En contraste el gasto improductivo en salud produce inflación, reduce la productividad y la competitividad, y genera desigualdad, dando lugar a un círculo vicioso que incide negativamente en las condiciones de salud de la población”. (7)

La intensa transformación que está experimentando nuestro país actualmente, ejerce una presión muy grande sobre el sistema de salud. El crecimiento demográfico, los cambios sociales, los retos económicos y los logros políticos, los avances científicos y tecnológicos, la influencia permanente de una comunidad internacional sujeta a su vez a grandes cambios, demandan de los servicios de salud un esfuerzo de grandes dimensiones, en el presente inmediato y también en el futuro.

En el aspecto demográfico México experimenta dos procesos de suma importancia: Por un lado como consecuencia de la mejora ocurrida en los servicios de salud, en el país está ocurriendo una disminución de la mortalidad general e infantil, que aunada a un descenso acelerado de la fecundidad (el número de hijos promedio por mujer en edad fértil se redujo de casi 6 en 1975 a 2.4 en el año 2000), ha traído como resultado un envejecimiento de la población, es decir, un aumento de la proporción de personas de mayor edad en la estructura poblacional; y son justamente éstas personas quienes además de demandar pensiones, sufren de enfermedades que requieren de una atención médica más compleja y costosa, lo cuál invariablemente trae aparejado consigo mayores costos económicos y sociales para el país. Asimismo, la mejor condición de los servicios de salud ha permitido un incremento en la esperanza de vida de los mexicanos al nacer, la cual ha cambiado de 40 años en los hombres y 42 años en las mujeres en 1940 a 73 y 77 años respectivamente en el año 2000 y esto también ha generado una mayor demanda de los servicios de salud y por ende, ha aumentado también los gastos en éste rubro. El segundo proceso demográfico está relacionado con la distribución espacial de la población. La desacelerada y en ocasiones desordenada urbanización del país durante las últimas cuatro décadas ha generado nuevos riesgos a la salud, al mismo tiempo que ha acercado a las personas a los núcleos de población donde se concentran los recursos médicos. No obstante, la dispersión poblacional en las zonas rurales se ha mantenido.

En el aspecto social, cabe destacar el incremento de los años de escolaridad, que al permitir la adquisición de mayores conocimientos y mejorar las prácticas sobre la salud permiten una capacidad más amplia para interactuar con los prestadores de servicios. Muy relacionado con el cambio educativo se encuentra la creciente participación de la mujer en la fuerza laboral. Hasta hace algunos años, las instituciones de salud contaban con el auxilio de una significativa atención de servicios de salud en el hogar, en la que casi siempre intervenían las mujeres.

Sin embargo al incorporarse a la vida productiva del país, las mujeres tienen menos tiempo para atender a sus hijos y esto implica la demanda de mayores apoyos de parte de las instituciones de salud y bienestar social, lo cual sin duda incrementará los gastos en los aspectos social y económico.

En lo económico, nos enfrentamos al reto de usar la industrialización, la apertura comercial y la liberación económica, como instrumentos de apoyo para incrementar nuestro nivel de desarrollo y generar mayores ingresos para el país, lo cual sin duda influirá en la demanda de los servicios de salud.

En el ámbito político, como ocurrió en las elecciones del año 2000, cuando llegó a la Presidencia de la República Vicente Fox Quesada, comenzó a conformarse una sociedad crecientemente participativa y crítica, que con toda razón demanda más y mejor información, más opciones de atención a la salud, y servicios de mayor calidad.

También en el escenario mundial han ocurrido profundos cambios. El rápido crecimiento de los mercados internacionales y la revolución en las comunicaciones han erosionado las fronteras nacionales, estimulando el movimiento de personas, bienes y servicios de un país a otro u otros. Esta situación está generando un nuevo orden en el campo de la salud caracterizado, entre otras cosas, por la transferencia internacional de riesgos. Esta transferencia de riesgos viene también asociada a cambios ambientales globales, movimientos migratorios, exportación de estilos de vida e ideas, variaciones en los estándares ambientales y ocupacionales, comercio de sustancias nocivas, tanto legales como ilegales, y distribución de tecnologías en el campo de la medicina. Ejemplos dramáticos de ésta internacionalización de riesgos son las pandemias de VIH/SIDA, Tuberculosis, y el esparcimiento internacional de agentes patógenos resistentes a los antibióticos comunes.

La transferencia de riesgos a través de las fronteras ha adquirido tal importancia que los países desarrollados han incorporado éste tema a su agenda de seguridad nacional y han implementado sistemas de alarma para luchar contra la propagación inesperada de enfermedades infecciosas y otros riesgos globales para la salud.

Además la liberación del comercio mundial ha expandido el mercado de productos y servicios de salud. Las exportaciones farmacéuticas de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) por ejemplo, crecieron en más del 1000% entre los años de 1975 y 2000. El comercio de servicios de salud por su parte, se han multiplicado en todas sus formas, al grado que una cantidad importante de empresas de atención a la salud opera ya globalmente.

1.2.1 Relación Gasto=Inversión=Productividad

Una buena salud beneficia a quien la posee y genera condiciones favorables para las personas que la rodean, evitándose, por ejemplo, epidemias que puedan enfermar y disminuir a la población y con ello, a la fuerza laboral. Una buena salud, reflejada en una mayor esperanza de vida y en menores tasas de mortalidad en la población, tiene efectos positivos para la productividad: el incremento de la fuerza laboral; la mayor permanencia productiva de los individuos, y el aumento de la capacidad física de las personas para realizar actividades manufactureras, entre otras. Además, la salud complementa a otras fuentes del capital humano como la educación y la experiencia laboral. Una buena salud favorece las capacidades cognoscitivas y la retención de ideas que forman parte del acervo de conocimientos de los individuos; también permite prolongar la estancia de las personas en las actividades productivas y con ello favorece el aprovechamiento de la experiencia laboral. De esta forma, la inversión en salud contribuye a la eficiencia y la productividad económicas.

Una gran cantidad de investigaciones muestran que si no hay una mayor inversión en salud, no puede haber un mayor crecimiento. Un estudio que analiza el desarrollo de la economía de China dice: *“En los primeros años, a pesar de toda esa mortandad espantosa de la Revolución Cultural, lo que sí lograron los chinos muy bien fue invertir en capital humano, y ya que tenían una sociedad con un elevado nivel de Educación y de Salud para su PIB per cápita, para su nivel real de ingreso, liberalizaron la economía y la inversión que tienen todos los inversionistas es muy rentable, porque tienen sobre todo, no derecho a la propiedad privada, que no es esa la razón por la que China crezca, sino es entre otras cosas, pero muy importantemente, un gran elevado nivel de bienestar de los individuos, que les permite ser muy productivos.”*

La salud es fundamental para la acumulación de capital humano porque es la única fuente que puede determinar la cantidad de tiempo que un individuo podrá dedicar a producir bienes o servicios durante su vida. A diferencia de otras fuentes del capital humano como la educación, en las cuales las personas invierten recursos por un número determinado de años, las inversiones en salud representan una tarea permanente para los individuos.

Por lo anteriormente señalado, la inversión en salud, como fuente de capital humano, es la más productiva. Para la economía mexicana, en un proceso de modernización caracterizado por una mayor competencia tanto interna como externa, invertir en la formación del capital humano mediante la salud, adquiere un papel cada vez más relevante para el desarrollo económico.

Como lo establece el Artículo 4º de la Constitución mexicana, la salud debe de ser un bien social distribuido con base en la necesidad y no en la capacidad de compra, y además, con la finalidad de lograr una sociedad con mayor capacidad de incrementar su bienestar.

Sin duda la experiencia comparada indica que este es un ámbito en el que tenemos que entender cómo se ha hecho en otros países: invertir probablemente mucho más, de una forma muy eficiente, para no sólo hacer realidad el Artículo 4º de la Constitución, sino permitir a

la economía del país crecer mucho más.

Un sistema de salud moderno debe garantizar que los esquemas de financiamiento sean justos y que protejan a toda la población contra gastos excesivos por motivos de salud. En este rubro, el sistema mexicano presenta un desempeño inadecuado.

México invierte 6.5% de su producto interno bruto (PIB) en salud. Aunque se ha incrementado en los últimos años, este porcentaje es todavía insuficiente para atender las demandas relacionadas con la transición epidemiológica y está por debajo del porcentaje del PIB que otros países de ingresos medios de América Latina le dedican a la salud.

Este gasto es predominantemente privado y, en su gran mayoría, gasto de bolsillo. Para poder atender los nuevos retos que enfrenta el país en materia de salud, será necesario seguir incrementando el gasto en salud, en particular el gasto público, y fortalecer la protección social en esta materia.

El gasto en salud en México ha crecido de manera importante en los últimos años. De 5.6% del PIB en 2000 aumentó a 6.5% en 2005. Lo mismo sucedió con el gasto per cápita en salud, que se modificó de 3,664 a 4,981 pesos en el mismo periodo.

A pesar de estos incrementos, el porcentaje del PIB que México destina a la salud, es menor que el promedio latinoamericano (6.9%) y muy por debajo del porcentaje del PIB que le dedican a la salud otros países de ingresos medios de América Latina, como Argentina (8.9%), Brasil (7.6%), Colombia (7.6%) y Uruguay (9.8%).

Del gasto total en salud, 46% está representado por el gasto público y 54% a por el gasto privado. Con los recursos públicos se financia la operación de los dos tipos básicos de instituciones públicas de salud, las instituciones de seguridad social IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR y las instituciones dedicadas a atender a la población sin seguridad social [Secretaría de Salud e IMSS-Oportunidades (IMSS-O)]. Con los recursos privados se financian las actividades de una gran cantidad de prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales.

En México predominan como causas de daños a la salud las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Estos padecimientos son más complejos y de tratamiento más costoso que las infecciones comunes, las enfermedades relacionadas con la desnutrición y los problemas reproductivos, que dominaron el perfil epidemiológico del país el siglo pasado. Para poder enfrentar de manera exitosa los retos que se presentan bajo este nuevo perfil de daños es necesario movilizar mayores recursos financieros para la salud, de preferencia recursos públicos. Además, es indispensable modernizar y ampliar la infraestructura sanitaria, y capacitar a nuestros recursos humanos para atender las demandas relacionadas con los padecimientos crónico-degenerativos y las lesiones, que afectan sobre todo a la población adulta.

El gasto público en salud, como ya se mencionó, representa 46% del gasto total en salud, porcentaje mucho menor que el promedio de los países de la OCDE, que es de 72%. De hecho, México es el país miembro de esta organización con el gasto público en salud como porcentaje del PIB más bajo. Aunque lenta e insuficientemente, este porcentaje se ha venido incrementando. En 1990 el gasto público era de un 40.4% del gasto total en salud y en 2002 aumentó a 44%.

El gasto público en salud incluye los recursos de las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR), los recursos de la Secretaría de Salud y los recursos del programa IMSS-O. El IMSS, que atiende a los trabajadores del sector privado formal de la economía, se financia con contribuciones de los trabajadores, empleadores y gobierno federal. Las instituciones de seguridad social para los trabajadores del gobierno (ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR), que atienden a los trabajadores del sector público de la economía, se financian con contribuciones de los trabajadores y del gobierno. Los recursos de la Secretaría de Salud y de los Servicios Estatales de Salud (SESA), que atienden a los trabajadores de la economía informal, auto-empleados, desempleados y población que está fuera del mercado laboral, provienen, en su gran mayoría, del gobierno federal, los gobiernos y las llamadas cuotas de recuperación. Finalmente, el IMSS-O se financia con recursos federales, aunque su operación es responsabilidad del IMSS.

En 2004 entraron en vigor diversas reformas a la Ley General de Salud que dieron origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y a un nuevo componente del sector público de la salud, el Seguro Popular de Salud (SPS). Este seguro, que pretendía cubrir a toda la población sin seguridad social (alrededor de 50 millones de mexicanos) en 2010, se financia con recursos federales que se le asignan a la Secretaría de Salud, recursos estatales y contribuciones familiares.

En 2005 el gasto público en salud total ascendió a 243,812 millones de pesos. De este total 122,331 millones (50%) le correspondieron al IMSS, 92,535 millones (35%) a la SS, 21,233 millones (8.7%) al ISSSTE y 7,714 millones (3.1%) a los servicios de salud de PEMEX.

La brecha entre el gasto en salud en términos reales del IMSS y el gasto de la SS se ha ido reduciendo, gracias sobre todo a los recursos asignados al SPS. Entre 2000 y 2006 el gasto de la SS se incrementó 72.5% en términos reales. Por su parte, el gasto del IMSS, ISSSTE y PEMEX creció 35, 45 y 50%, respectivamente.

En 2000 el gasto público federal per cápita en salud en población asegurada era 2.5 veces mayor (2,542 pesos por persona) que el gasto per cápita federal en población sin seguridad social (1,013 pesos por persona). En 2005 la diferencia se redujo a dos veces: 3,033 contra 1,539 pesos.

La distribución de recursos federales para población sin seguridad social entre entidades federativas también ha mejorado, aunque todavía hay un largo trecho que recorrer en éste

aspecto.

En el año 2000 el estado que recibía el menor monto per cápita de recursos federales era Puebla, se le asignaron 291 pesos por persona. En contraste, Baja California Sur recibía 1,597 pesos, cinco veces más que Puebla. En 2004 Colima, que fué la entidad con más recursos federales per cápita, recibió cuatro veces más recursos per cápita que Guanajuato, la entidad con menos recursos federales per cápita.

Finalmente, la distribución del gasto federal por rubros también se ha modificado para bien en los últimos años. En 2003, 73% del gasto de la SS se ejerció en servicios personales, 23% en gastos de operación y sólo 2% en inversión.

En 2006 el gasto de inversión se incrementó a 9%, el gasto en servicios personales disminuyó a 63% y el gasto de operación se incrementó ligeramente, a 28%.

Por otro lado, **el gasto privado en salud comprende todas las erogaciones directas e indirectas que realizan las familias para la atención de la salud de sus miembros**: el gasto de bolsillo que se hace al recibir la atención, pagar por un servicio o adquirir un bien para la salud, y el pago de primas de seguros médicos privados. El gasto privado en salud representa actualmente 54% del total del gasto en salud en el país. En Argentina, Brasil, Colombia y Uruguay el gasto privado concentra 43.5, 57.2, 23.7 y 65.2% del gasto total en salud, respectivamente. En México el gasto de bolsillo concentra 95% del gasto privado total y sólo 5% corresponde al pago de primas de seguros privados. En Argentina el gasto de bolsillo concentra 64% del gasto privado. Los porcentajes correspondientes a Brasil, Colombia y Uruguay son 67.1, 72.4 y 26.6%, respectivamente.

Esto significa que México tiene las cifras más altas de gasto de bolsillo como porcentaje del gasto privado en salud de los países de ingresos medios de la región. Este tipo de gasto expone a las familias a pagos excesivos que son difíciles de anticipar por la incertidumbre implícita en los procesos de salud-enfermedad, y frecuentemente da lugar a gastos catastróficos ó gastos empobrecedores. Los gastos catastróficos por motivos de salud se definen como aquellos gastos en salud superiores al 30% de la capacidad de pago de una familia, que a su vez se define como el ingreso familiar disponible una vez descontado el gasto dedicado a la alimentación. Los gastos empobrecedores se definen como aquellos gastos que, independientemente de su monto, empujan a los hogares por debajo de la línea de pobreza ó que empobrecen todavía más a los hogares que ya viven por debajo de la línea de pobreza. Se calcula que cada año alrededor de tres millones de hogares incurren en gastos catastróficos y/o empobrecedores por motivos de salud, aunque hay evidencias que sustentan que esta cifra ha disminuido en los últimos cinco años. Las disminuciones más importantes se están registrando en las poblaciones más marginadas del país, como son los hogares de menor capacidad económica, los hogares rurales y los hogares que no cuentan con seguridad social.

Capítulo II. Panorama de los servicios públicos de salud en el Estado de México

2.1 Antecedentes de los servicios públicos de salud en el Estado de México.

Las bases para el establecimiento de los servicios públicos de salud en el Estado de México tienen sus orígenes a partir de 1904, cuando José Vicente Villada, entonces Gobernador del Estado, envió una iniciativa de ley a la Cámara de Diputados, para constituir la **SOCIEDAD MUTUALISTA DE AHORROS Y PRÉSTAMOS DE LOS EMPLEADOS GUBERNAMENTALES**.

En 1946 se ponen las bases institucionales para la evolución de la seguridad social en la entidad, siendo el 17 de junio de 1951 cuando Alfredo del Mazo Vélez promueve la **LEY DE PENSIONES DE LOS EMPLEADOS DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS**, creándose con ésto el primer organismo público descentralizado del Estado: **LA DIRECCIÓN DE PENSIONES** bajo la tutela del profesor Santiago Velasco Ruiz.

La **DIRECCIÓN DE PENSIONES** tenía como funciones principales el otorgamiento de seguros por fallecimiento, créditos quirografarios e hipotecarios, pensiones y la entrega de un fondo de reintegro a los servidores públicos que decidían separarse de su cargo.

Los Servicios Médicos inician con la adquisición de un inmueble en 1954, que sirvió como la primera unidad médica, localizada en la calle de Sebastián Lerdo de Tejada, en la Ciudad de Toluca.

En diciembre de 1956 la XXXIX Legislatura del Estado aprueba la incorporación del **Departamento Médico Asistencial** a la Dirección de Pensiones del Estado de México. Al mismo tiempo, se crea la Comisión Administrativa Mixta, mediante la **Ley de Servicios Médicos y Asistenciales para los Empleados del Gobierno del Estado de México y sus Municipios**.

En 1967 se aprueba la construcción de una nueva unidad hospitalaria y de consulta externa a un costado de la Alameda Central de la ciudad de Toluca, con la finalidad de mejorar los servicios proporcionados y ampliar los espacios físicos.

El incremento de la población derechohabiente, la evolución de las enfermedades crónico-degenerativas, la transición epidemiológica, el avance tecnológico de la medicina, así como la ampliación de la cobertura de los servicios médicos hacia los familiares de los servidores públicos, ocasionan la transformación radical de la **Dirección de Pensiones** en el **Instituto de Seguridad Social a favor de los Servidores Públicos del Gobierno del Estado de México y de los H. Ayuntamientos de sus Municipios, así como de los**

trabajadores de las Instituciones y Organismos Coordinados y Descentralizados de carácter estatal dando origen a lo que hoy conocemos como **ISSEMyM**, a partir del 1º de septiembre de 1969, durante la gubernatura del Lic. Juan Fernández Albarrán.

En cuanto al ISEM, tiene sus inicios en 1926, al surgir en las entidades federativas las Juntas de Beneficencia Pública y las Delegaciones de Sanidad Federal. El 20 de enero de 1932, se creó la Oficina de Servicios Coordinados de Salubridad en todos los Estados con la finalidad de fomentar la coordinación entre los niveles de gobierno. En 1934, se constituyó la Secretaría de Asistencia Pública, asimismo se estableció la Jefatura de Servicios Estatales de Salubridad y se dividió ésta en niveles jurisdiccional y local.

Posteriormente, en 1938 entraron en vigor los Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado de México, cuya estructura orgánica, para 1947, establecía una jefatura y las secciones de epidemiología, higiene, asistencia y administrativa, así como jurisdicciones sanitarias en el nivel aplicativo.

En el año de 1958, los SCSPeM contaban únicamente con el Hospital General “José Vicente Villada” en la Ciudad de Toluca, que posteriormente en 1963, fué reemplazado por el Hospital General “Lic. Adolfo López Mateos”. En ese mismo año, inició la creación de Centros de Salud “A” Urbanos, uno en la Ciudad de Toluca y siete en Ciudad Netzahualcóyotl; Centros de Salud “B” con hospitalización en Tenango del Valle, Tejupilco, Ixtlahuaca, Atlacomulco, Valle de Bravo, Tenancingo, Ixtapan de la Sal, Jilotepec, Atizapán de Zaragoza, Texcoco, Amecameca, Zacualpan, Tlalnepantla y Teotihuacán; de la misma manera se construyeron aproximadamente setenta centros de salud rurales ubicados en el resto del territorio estatal.

En 1970 las secciones del nivel estatal se transformaron en Departamentos de Administración Médica, Medicina Preventiva, Promoción de la Salud, Control Sanitario y Administrativo; a nivel aplicativo fueron eliminados los distritos y se contaba con once jurisdicciones.

En los años siguientes la estructura orgánica de los SCSPeM continuó transformándose, hasta que en 1984, como consecuencia del proceso de descentralización de los servicios, se aprobó una organización que iba de acuerdo con el mismo, existiendo en ese momento el Consejo Interno de Administración, las Coordinaciones de Servicios de Salud y de Regulación Sanitaria, la Unidad de Auditoría y Control y, la Unidad de Planeación, de la misma manera, en el nivel aplicativo surgieron las Coordinaciones Municipales de Salud.

En 1986, después de la firma del convenio de descentralización, la jefatura cambió a Dirección General y se establecieron también direcciones de área, subdirecciones y coordinaciones regionales, agregándose además Coordinaciones de Regulación Sanitaria, así como los Servicios de Urgencias del Estado de México y el Laboratorio Regional, éstos últimos como órganos desconcentrados.

La descentralización de los servicios IMSS-COPLAMAR, la desconcentración de los programas verticales, la construcción de hospitales generales y finalmente la publicación de la Ley de Salud del Estado de México, que entró en vigor el 1º. De abril de 1987, sentaron las bases para la creación del ISEM, que en un principio estuvo integrado por un Consejo Interno, una Dirección General, las Direcciones de Servicios de Salud, de Planeación y de Administración, así como la Subdirección de Regulación Sanitaria, que unos meses después cambió su nivel a Dirección. Además contaba con cuatro coordinaciones regionales, 19 jurisdicciones sanitarias y 166 coordinaciones municipales de salud, la Subdirección de Urgencias y un Laboratorio Regional.

En 1988 se agregaron como órganos desconcentrados el Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea y el Consejo Estatal para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Más tarde, en 1990, se incluyó en la estructura de la institución la Unidad de Contraloría Interna.

Posteriormente, en 1993, el Laboratorio Regional se transformó en Laboratorio Estatal de Salud Pública y desaparecieron las Coordinaciones Regionales que cumplían funciones de enlace entre los niveles central y jurisdiccional.

La última reestructuración integral que sufrió el ISEM fue en 1998. Entre los cambios realizados en su estructura de organización sobresalen la creación de un nuevo nivel para reducir el espacio de control de la Dirección General fortaleciendo a su vez, su papel de supervisión y dirección; surgiendo en ese momento, las Coordinaciones de Salud y Regulación Sanitaria y la de Administración y Finanzas como unidades administrativas intermedias entre la Dirección General y las direcciones de área.

En la Gaceta de Gobierno del 4 de marzo del año 2000, mediante el Decreto 156 se crea la Secretaría de Salud del Estado de México. Para el 7 de agosto del mismo año, se decreta el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud del Estado, en el que se establece que el ISEM la auxiliará en el logro de sus metas.

Posteriormente, la Gaceta de Gobierno del 13 de diciembre de 2001 mediante el Decreto 41 publica el Código Administrativo del Estado de México, derogando la Ley de Salud vigente a la fecha, retomando la institucionalidad del ISEM.

Con el propósito de fortalecer orgánica y funcionalmente el ISEM, en octubre de 2002 se dividieron la Coordinación de Salud y la de Regulación Sanitaria en dos: creándose así, la Coordinación de Salud por un lado, y por otro la de Regulación Sanitaria, con la finalidad de que pudieran atender con mayor eficiencia los asuntos que les competen a cada una de ellas.

Por lo que se refiere al DIFEM (Instituto para el Desarrollo Integral de la Familia en el Estado de México) éste surge debido a la preocupación del sector público en el Estado de México por proteger y asistir en forma institucional a la mujer, al niño y a la familia, creándose en el

último cuarto del siglo XXI un organismo mixto denominado Patronato de Beneficencia. El 5 de abril de 1904, el General José Vicente Villada inauguró oficialmente la estancia Infantil Gota de Leche, brindando atención médica gratuita y suministrando medicamentos necesarios. Esta institución se financió durante muchos años con fondos aportados por la iniciativa privada. Carmen Cardoso de Villada, esposa del General José Vicente Villada, fué la primera mujer que se hizo cargo de la beneficencia pública.

La Gota de Leche se sumó al establecimiento de otros servicios como el Hospicio para Niños Pobres, la Casa Hogar para Niñas Huérfanas y los doce hospitales edificados en el mismo período, entre ellos, el Primer Hospital de Maternidad e Infancia.

En 1942, por disposición del general Manuel Ávila Camacho, entonces Presidente de la República, el apoyo que se brindaba a la Gota de Leche se transformó en desayunos escolares y se crearon los comités respectivos. La atención al menor, a la mujer y a la familia en el Estado quedó formalmente establecida en 1954, cuando la Legislatura local, a iniciativa del gobernador Salvador Sánchez Colín, promulgó el decreto por el cual se aprobó el Código de Protección a la Infancia por el Estado de México, primer acontecimiento jurídico en su tipo a nivel nacional y el segundo en América Latina.

De 1957 a 1963, siendo presidenta del Instituto de Protección a la Infancia del Estado de México (IPIEM) la señora Elena Díaz Lombardo de Baz, se consolidaron las acciones a favor de la mujer, y especialmente para la educación de los niños. No obstante, fué hasta 1968, en el periodo del gobernador Juan Fernández Albarrán, cuando se estableció la Ley Protectora de la Infancia y la Integración Familiar.

Esta nueva ley fundamentó la obra realizada por la señora Consuelo Rodríguez de Fernández Albarrán, quien durante su gestión al frente del IPIEM, construyó el 1963 el complejo arquitectónico del organismo que hoy alberga las oficinas del DIFEM, que incluyó los hospitales para el Niño y la Mujer, las oficinas centrales, una escuela primaria y un jardín de niños.

El 10 de diciembre de 1970, durante la administración del gobernador Carlos Hank González, la Gota de Leche se fusionó con el IPIEM, convirtiéndose después en estancia infantil para la atención de los hijos de madres trabajadoras, donde se proporcionaba a los niños servicios asistenciales, educativos, médicos y psicológicos.

El 31 de marzo de 1975 se aprobó la nueva Ley de Asistencia a la Niñez y de Integración Familiar, presentada por el gobernador Hank González, quien apoyó ampliamente la labor de su esposa, profesora Guadalupe Rhon de Hank, como presidenta de la institución.

De la amplia gama de servicios médicos emprendidos por el Hospital del Niño derivó la creación del Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) el cual, junto con los nuevos edificios del Albergue Temporal Infantil, Villa Hogar y la Escuela de Enfermería, fueron obras

iniciadas por la señora Guadalupe Rhon de Hank, posteriormente equipadas y puestas en funcionamiento durante la gestión de la señora Luisa Isabel Campos de Jiménez Cantú. En 1977, el IPIEM se transformó en el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

Respecto al IMIEM (Instituto Materno Infantil del Estado de México), es un organismo público descentralizado que surge debido a la desincorporación de los servicios de salud que ofrecía el DIFEM a través del Hospital de Ginecología y Obstetricia, del Hospital para el Niño y el Centro de Especialidades Odontológicas.

El 21 de noviembre de 2001, el Órgano de Gobierno del DIFEM, en su sesión octava, autorizó la transferencia del personal médico y administrativo, de los recursos financieros y de los bienes muebles del Hospital de Ginecología y Obstetricia, del Hospital para el Niño y el Centro de Especialidades Odontológicas, al IMIEM, en proceso de creación. Posteriormente el 13 de diciembre de 2001, se publicó en la “Gaceta del Gobierno” el Código Administrativo del Estado de México, a través del cual se formaliza la creación del IMIEM como un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, cuyo objeto es la investigación, enseñanza y prestación de servicios de alta especialidad en el rubro materno infantil.

2.2 Diagnóstico de los servicios públicos de salud en el Estado de México

De acuerdo con el Programa de Salud del Estado de México 2005-2011, los principales desafíos en materia de salud para el Estado de México se encuentran representados por las siguientes estadísticas:

1) El EM ocupa el lugar número 31 de entre las 32 entidades federativas en mortalidad por homicidio en mujeres, el lugar número 30 en mortalidad en menores de 5 años (la mortalidad infantil es más baja en la entidad que la tasa media nacional 14.8 contra 15.4, esto significa entonces que si el EM ocupa un lugar alto en éste rubro, la mortalidad infantil está ocurriendo fuera de las instituciones de salud), el lugar número 25 en razón de mortalidad materna (mientras que a nivel nacional la tasa es de 37.7%, a nivel estatal es del 50.6) y en cirrosis hepática (ésta última enfermedad muchas veces resultado del alcoholismo) es más común en los varones y trae como consecuencia una serie de sufrimientos familiares y sociales que conllevan a muchos otros tipos de patologías individuales y colectivas, entre otras cosas, la familia o queda sin cabeza ó es la madre quien asume el rol de jefe de familia además de sus actividades tradicionales. El alcoholismo y aún la cirrosis se consideran “tabúes” y tanto la sociedad como algunos médicos ven al primero sólo como un vicio lo que permite que ésta enfermedad avance y se dificulte su prevención y las alternativas de atención y solución que pueden ofrecer las instituciones de carácter público e institucional para éste padecimiento son muy pocas.

2) Para el 2005, el 53% de la población no está asegurada, afectando esta situación por igual a hombres y mujeres (por rango de edades, más del 77% de los no asegurados se encuentran entre 1 y 39 años de edad, (abarcando escolares y una etapa altamente productiva) la mayor parte de éstas personas no aseguradas habita los municipios conurbados a la Ciudad de México; los 10 municipios que aportan mayor cantidad de personas no aseguradas son en orden decreciente: Ecatepec de Morelos con más de 840,000,Nezahualcoyótl con más de 612,000,Chimalhuacán con más de 388,000,Naucalpan de Juárez con más de 378,000,Tlalnepantla de Baz con más de 276,000,Valle de Chalco Solidaridad con más de 249,000,Atizapán de Zaragoza con más de 229,000,Ixtapaluca con más de 194,000,Almoloya de Juárez con más de 104,000 y Chalco con más de 155,000.

3) Los presupuestos per cápita para salud por sistema de seguridad social y para población abierta muestran una desproporción total, lo que representa una amenaza para las familias consideradas dentro de éste concepto (población abierta),las cuales tiene que realizar “gastos catastróficos” por concepto de servicios de salud. El gasto que hace el gobierno del EM en el rubro de salud se encuentra por debajo del porcentaje del PIB en gasto público destinado a la salud, ya que a nivel nacional es de 3.0% y en la entidad de 2.7%.Se destaca que la aportación al financiamiento de la salud de la población no asegurada es 95.3 de origen federal y sólo 4.7% de carácter estatal. Lo que significa que es posible destinar mayores recursos de origen estatal para la atención a la salud.

4) En cuanto al abasto suficiente y oportuno de medicamentos y materiales de curación, éste no sólo depende de los recursos con que cuenta el Sistema de Salud a nivel estatal sino también del uso racional y eficiente que se le dé a dichos insumos. Institucionalmente en ocasiones se destruyen toneladas de medicamentos caducos.

5)En lo que se refiere al tiempo de espera para pasar a consulta externa, el EM ocupa el lugar número 32, es decir, es la última entidad en éste rubro (mientras que en promedio a nivel nacional se esperan para pasar a una consulta externa 26 minutos, en el EM hay que esperar 48 minutos) y en porcentaje de usuarios satisfechos con el tiempo de espera en consulta externa, el lugar número 31(mientras que más del 91% de los usuarios de los servicios públicos de salud están satisfechos con el tiempo de espera a nivel nacional, en el EM, sólo es un 87%) en cobertura de vacunación en niños menores de 1 año, el lugar número 31 y respecto al porcentaje de familias sin seguridad social el lugar número 27, en cuanto al gasto público como porcentaje del PIB invertido en la salud el lugar número 27. Respecto al tiempo de espera para pasar a una consulta de urgencia en el EM, éste es de 22 minutos contra el promedio nacional que es de un poco más de 18 minutos, lo que redundará en un mayor número de usuarios inconformes.

6) El número de consultas por consultorio en el EM en los servicios de salud es mucho más alto que la media nacional 20.3 contra 14.9.

7) La disponibilidad de médicos por 1000 personas de la población bajo su responsabilidad, es menor en el estado (0.6) que a nivel nacional (1.1). En cuanto a la disponibilidad de enfermeras es de 0.8 a nivel estatal contra 1.5 a nivel nacional.

8) La disponibilidad de camas hospitalarias es de 0.8 en el Estado en comparación con 1.3 a nivel nacional.

9) Si bien la incidencia de la Diabetes Mellitus en el EM es inferior a la media nacional, es importante resaltar que según datos del Instituto Nacional de Nutrición, México ocupa actualmente el segundo lugar en obesidad a nivel mundial (sólo después de Estados Unidos), lo cual es factor determinante para el desarrollo de la mencionada enfermedad. Este padecimiento produce enormes limitaciones físicas, trastornos en la autoestima, en la productividad y en las relaciones interpersonales.

10) En mortalidad por cáncer cérvico uterino, mortalidad por cáncer de mama, mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, mortalidad por enfermedades cerebro vasculares y mortalidad por cáncer pulmonar, el EM se encuentra por debajo de la media nacional; sin embargo, ésta situación debe cuidarse para evitar que se agrave.

11) En cuanto a los nacimientos por cesárea, el EM se encuentra por debajo de la tasa media nacional 23.1 contra 30.0, aunque aun por encima del indicador internacional sugerido que es de 15.0.

12) La esperanza de vida para los habitantes mexiquenses es mayor a la media nacional. Para las mujeres es de 78.1 años, mientras que para los varones es de 77.6, comparada con Francia que es el país con mayor esperanza de vida al nacer dónde los hombres tienen una esperanza de vida de 84 años.

13) El Sistema Estatal de Salud en el EM, se encuentra fragmentado y desarticulado y por ese motivo principalmente, presenta ineficiencias estructurales. Esta fragmentación y desarticulación tiene su origen en la combinación de una serie de prestadores de servicio y aseguradores integrados de manera vertical para los empleados asalariados en el mercado laboral y en la existencia de hospitales públicos que atienden a quienes no están considerados dentro del sistema de seguridad social. Lo cual a su vez, representa un obstáculo para buscar un enfoque cada vez más amplio y coherente de la salud pública y la política de atención médica.

14) Para mejorar la calidad en la atención de la salud, se estarán certificando constantemente las instituciones de salud estatales. En el estado sólo un 2.9 % estaban certificadas en el 2005, contra el 28.6% a nivel nacional.

2.2.1 Salud y seguridad social en el Estado de México

La seguridad social y los servicios de salud en el EM son proporcionados a la población por cuatro instituciones:

a) El **ISEM** que brinda servicios de salud a través de sus Centros de Salud así como de sus Unidades de Hospitalización distribuidos y regionalizados en 19 Jurisdicciones Sanitarias a lo largo y ancho del territorio del Estado de México. Las Jurisdicciones en cuestión se encuentran ubicadas dentro de los Municipios de Atlacomulco, Ixtlahuaca, Xilotepec, Tenango del Valle, Toluca, Xonacatlán, Tejupilco, Tenancingo, Valle de Bravo, Atizapán de Zaragoza, Cuautitlán, Naucalpan, Teotihuacán, Tlalnepantla, Zumpango, Amecameca, Ecatepec, Nezahualcoyótl y Texcoco. Los centros de Salud del ISEM se clasifican en Rurales y Urbanos (mejor conocidos actualmente como CEAPS, es decir, Centros de Atención Primaria a la Salud) en los cuales se brindan servicios de Consulta Externa y las Unidades de Hospitalización se dividen en Hospitales Generales, Hospitales Municipales, Hospitales Psiquiátricos y Hospitales de Especialidades.

Los servicios de salud a los que puede acceder la población abierta en el ISEM son: atención al envejecimiento, enfermedad diarreica en menor de 5 años, enfermedades respiratorias agudas, salud reproductiva, prevención de accidentes en menores de 5 años, nutrición y tratamiento de la obesidad, laboratorio de diagnóstico, imagenología, factores de riesgo en el adulto mayor (Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial), prevención y control de la Tuberculosis, Programa de Promoción de la Salud, Programa para prevenir la Influenza, servicio odontológico, prevención y control de las adicciones, Hiperclasia y Cáncer de Próstata, vacunación, nuevas cartillas nacionales de salud en el ámbito escolar, vacunación para el adulto y el adulto mayor, vacunación universal, detección de VIH/SIDA, Zoonosis y Vectores, consulta con médico especialista (Ginecología, Pediatría, Medicina Interna, Cirugía General, Psiquiatría, etc.), urgencias y hospitalización

b) El **ISSEMYM** que proporciona servicios de salud a trabajadores afiliados a dicha institución a través de sus Unidades de Consulta Externa, sus Unidades de Hospitalización y sus Unidades de Alta Especialidad distribuidas en 6 Regiones que son : Región Naucalpan, Región Ecatepec, Región Nezahualcoyótl, Región Zumpango, Región Texcoco y Región Amecameca, a las cuales pueden acudir afiliados que se encuentren en Municipios ubicados dentro de dichas regiones.

Los servicios de salud proporcionados por el ISSEMYM son: Consulta Externa, Consulta de Especialidad, Servicio de Farmacia, Laboratorio de Diagnóstico, Imagenología, Hospitalización y Servicio de Urgencias.

c) El **DIFEM** que cuenta con un Centro DIF Estatal y un Centro DIF ubicado en cada Municipio del Estado de México. Los servicios que proporciona el DIFEM son: consulta médica para población abierta, atención médica odontológica a través de unidades móviles, asesoría jurídica relacionada con la defensa del menor y la familia, asesoría jurídica para adultos mayores, atención a víctimas por maltrato y abuso, atención al menor trabajador urbano marginal, consulta psicológica, canasta alimentaria, casa del adulto mayor, credencialización para descuentos a adultos mayores, credencialización nacional para personas con discapacidad, cursos y talleres de orientación alimentaria, curso-taller para adolescentes y curso-taller para adolescentes embarazadas y madres adolescentes.

d) El **IMIEM** integrado por 3 Instituciones: El Hospital del Niño, El Hospital de Ginecología y Obstetricia y el Centro de Especialidades Odontológicas.

Los servicios de salud que proporciona a la población abierta el IMIEM son: Consulta Externa, Pediatría, Ginecología, Odontología y Urgencias.

2.3 El financiamiento de los servicios de salud en el Estado de México

En cuanto al gasto que el Gobierno del Estado de México realiza en el rubro de salud, de acuerdo con lo que menciona el Programa de Salud del Estado de México 2005-2011, éste se encuentra por debajo del porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) que se destina a nivel nacional pues mientras el gasto estatal es del 2.5 %, a nivel nacional es del 3 %. Aunque por otra parte, en relación con el gasto público total, la entidad reporta 25.3 % contra 17.4 a nivel nacional.

Aquí cabe hacer hincapié en que ésta cifra no es congruente con lo que afirman varios especialistas en el tema, quienes coinciden en que el gasto que a nivel nacional como porcentaje del PIB se destina a la atención de la salud es de alrededor del 6%.

Es importante mencionar también, que la aportación al financiamiento de la salud de la población no asegurada es del 95.3 % de origen federal y sólo de 4.7 de carácter estatal.

Por otro lado, en cuanto al Seguro Popular las aportaciones para el gasto de las personas afiliadas a dicho seguro han crecido a nivel estatal, llegando a representar el 27.2 % del total de los gastos.

Capítulo III. Los servicios públicos de salud en el Municipio de Ixtapaluca, Estado de México

3.1 Génesis histórica del crecimiento y desarrollo económico del Municipio

No se sabe con certeza de donde provenían las personas que comenzaron a habitar el Municipio de Ixtapaluca, Estado de México; los primeros asentamientos de los cuales se tiene mención, se registran entre los años 1100 a. C. y 100 d. C. cuando un personaje llamado Xólotl inicia su reinado en Tenayuca; Techotlala, uno de sus hijos fundador de Texcoco, procreó a su vez, un hijo llamado Ixtlixóchitl a quien nombró su sucesor, dándole el poder sobre 11 pueblos entre ellos, Ixtapaluca y Coatepec. El señor que reinaba en Ixtapaluca se llamaba Izcotzin y el gobernador Cuahuitzilotzi, quien tuvo una participación valerosa, ya que los Tecpanecas, tomaron el lugar como entrada para llegar al reinado de Texcoco, apoderarse de él y derrotar a Ixtlixóchitl.

Durante la evangelización en 1570, Coatepec había sido cuidadosamente distribuido, y su administración estaba en un principio a cargo de los franciscanos, y más tarde comenzó a ser ejercida por los dominicos; posiblemente su congregación se inició en 1550. Ixtapaluca fue elegido en 1553 para realizar la reducción de los naturales localizados en los bordes de la zona lacustre, hacia la parte norte. Ayotla se congregó en San Juan Bautista Tlalpizahuac, en 1554.

En 1820, Ixtapaluca fue elevado al rango de Municipio. El 23 de diciembre de 1858, el Batallón de Celaya, se pronunció promulgando el Plan de Ayotla (o Plan de Navidad). De 1861 a 1867, Ayotla fue cabecera municipal por Decreto de la Legislatura del Estado, siendo gobernada por el Jefe Político Quirino Vázquez Guerrero.

Durante el mandato de Modesto de Olaguibel (Gobernador Interino del Estado de México, por decreto del 22 de agosto de 1846) ocurrió la intervención norteamericana y las tropas de Estados Unidos, se introdujeron al Estado de México en 1847, pasaron por Ixtapaluca rodeando el Lago de Chalco, y de ahí se dirigieron a Tlalpan, con la finalidad de atacar el Convento de Churubusco. La importancia económica que tuvieron las haciendas en Ixtapaluca durante el Porfiriato se debió a la gran producción de maíz, frijol, haba, alfalfa, calabaza y maguey. En 1887, Iñigo Noriega, adquirió la hacienda de Río Frío. En 1930, se inició la industrialización en el municipio con la instalación de la fábrica de yeso El Tigre. En los años 1969 y 1970, se suscitó un movimiento obrero de trascendencia nacional en la Fábrica de Hilados y Tejidos Ayotla Textil, S.A., trayendo como consecuencia, la liquidación de la gran mayoría de empleados y obreros. Los últimos veinte años han marcado un proceso de transformación profunda en el municipio, ya que con la entrada del neoliberalismo económico se comienza la construcción de conjuntos habitacionales, al principio pequeños, como San José de La Palma y Geovillas de Ayotla. Para finales de 1995 se comienza con el proyecto de la Unidad Habitacional los Héroes, que constituiría en su momento el conjunto más grande de América Latina con alrededor de 18 mil viviendas.

Este conjunto sería superado más tarde por el Conjunto Habitacional San Buenaventura, el cual integrado por varias secciones llegó a acumular 23 mil hogares, siendo en la actualidad, el más grande de América Latina. Aparte de estos dos mega proyectos, se llevaron a cabo también otros un poco menores, como Geovillas de Santa Bárbara, asentada en la ex Hacienda de Santa Bárbara propiedad del General Plutarco Elías Calles y Ciudad Cuatro Vientos con cerca de 15mil casas.

Esto ha propiciado un enorme crecimiento poblacional, lo cual ha causado múltiples estragos, sobre todo en los aspectos de suministro de servicios públicos como son educación, salud, seguridad etc. y de tránsito de vehículos automotores ante la concurrida infraestructura carretera, ya que mucha de la población que aquí habita, trabaja o estudia fuera del Municipio, principalmente en el Distrito Federal, provocando grandes desplazamientos pendulares característicos de una ciudad dormitorio. La población se incrementó de 180 mil habitantes en 1990, a 645,033 habitantes en el 2005, según el Censo de Población y Vivienda del 2005 del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

Toponimia

El nombre propio mexicano es **Iztapayucan**, que se compone de iztatl, sal, pallutl o pallotl, mojadura, y de can lugar; y significa: **“lugar donde se moja la sal”**.

Glifo del Municipio



Aparece con un jeroglífico, sobre un campo blanco, un toponimio cuyos contornos son de color negro, mismos que posee en la parte superior, una figura ovalada en los extremos; conteniendo en ésta y en el centro de la figura principal, triángulos específicamente dispuestos.

Cronología de hechos históricos ocurridos en el Municipio

1000	A.C. Ixtapaluca recibe influencia de Tula.
1286	Durante su peregrinaje, los mexicas llegaron a Tlalpizahuac, lugar donde algunos decidieron quedarse a vivir.
1483	En el año ce acatl, inició Tizoc el gran Teocalli, Ahuizotl, lo terminó 7 años después, solicitando a los pueblos de Coatlinchán, Coatepec, Iztapallocan, Chimalhuacán, Tepetlaxtoc y Papalotla esclavos para el sacrificio en el estreno del gran Teocalli.
1483	Nezahualpilli, para la Hacienda Real reservó los pueblos de Coatepec, Iztapallocan, Xaltocan, Tepepulco, Zempoallan, Tizayucan, para cobrar los tributos.
1527	Llegaron los primeros religiosos de la Orden Seráfica.
1527	Coatepec, pidió la propiedad de los terrenos del paraje Iztapalteyotl y Nopala.
1531	Fué fundada la parroquia de Ixtapaluca.
1543	Ixtapaluca fue encomienda de Juan de Cuellar y el Virrey Luis de Velasco se la concedió pidiendo a sus habitantes el tributo siguiente: cada 80 días 15 cargas de ropa, cada 10 días dos gallinas, una de la tierra y otra de castilla; media fanega de maíz, leña, carbón, huevos, manojos de ocote, 4 indígenas que cuidaran el ganado en la estancia y 5 que cultivaran el maizal.
1552	Los habitantes de Ixtapaluca fueron nuevamente obligados a pagar tributo por Diego Ramírez, juez de comisión y visitador de su majestad en Nueva España, para entonces el encomendero era Andrés de Cuellar, la tasación consistió en 200 pesos de oro común, 100 gallinas de la tierra, entregando cada tres meses la cuarta parte y cada año el cultivo de 2 sementeras.
1916	Los vecinos de Ayotla, se encuentran comprendidos en el Artículo 3º. de la Ley Agraria., del 6 de enero de 1915, por lo que es procedente la dotación de tierras que tienen solicitadas.
1916	Esclarecimiento de las alarmantes noticias que sobre zapatistas divulgó el administrador de la Hacienda de Venta Nueva.
1918	El señor Mariano Miranda, oriundo de Coatepec, fue zapatista, el general Obregón, lo ascendió como militar. Fue capitán segundo de las fuerzas armadas de Zapata; al mando del general Gildardo R. Magaña, cuando éste se rindió. Con Álvaro Obregón, le dieron a Miranda el cargo de pagador de los revolucionarios. Los carrancistas quemaron el pueblo de Coatepec por ser zapatista.
1918	El 16 de mayo, se expidió un oficio del Superior Consejo Universitario de Educación, relativo a la propuesta que se hizo de la señorita Luz Hernández, para profesora de la escuela oficial de niñas de la cabecera, una segunda propuesta que se presentó fué la de la señorita Agustina López.

1918	El 27 de junio, toma posesión como encargada de la dirección de la escuela oficial de niñas, la señorita Luz Hernández; dándole los lineamientos necesarios para que avise a los padres que lleven a sus niñas, para iniciar la apertura de la institución educativa.
1918	El 4 de octubre, el Cabildo de Ixtapaluca, propuso al señor Quintín González para profesor de la escuela oficial de niños, de esta cabecera; éste no aceptó, informando por oficio al Gobierno del Estado.
1920	El ciudadano Fernando Best, Inspector de Escuelas de los Distritos que conforman el Estado de México; pide documentación, que justifique el trabajo de maestro del señor Emiliano Sosa, a quien se le ha propuesto ser director de la escuela oficial de niños, de esta cabecera.
1921	Se funda la Escuela Elemental de San Francisco Acuautla.
1926	Se hizo la reconstrucción de las escuelas, para niños y niñas, con fondos recabados de la población de Ixtapaluca.
1927	En Ixtapaluca, se presentó un levantamiento cristero, encabezado por antiguos zapatistas.
1932	En Ayotla, estaba la estación del ferrocarril frente a la casa del señor Trueba, el jefe de estación era don Gonzalo García.
1933	Vecinos del pueblo de Río Frío, solicitan que el lugar de su residencia, se eleve a la categoría de Municipio.
1935	En el pueblo de Ayotla, inicia sus trabajos, la fábrica de refrescos "El Número 1", su dueño el señor Gil Fernández.
1947	Pierre de Ramos, escritor cubano escribió y dedicó a Ixtapaluca la novela "Caminito de Cedros" inspirada en el Rancho San José de la Palma, propiedad del señor Silviano Nieto, su musa fue una de las hijas de dicho señor, por su juventud y belleza.
1950	En este año el municipio, tenía una población total de 10,796 habitantes, distribuidos de la siguiente manera, pueblos: Ixtapaluca, cabecera municipal con 1,589 habitantes; Ayotla 2,403 habitantes; Coatepec, (pueblo que de acuerdo con la Ley Orgánica creado por Decreto no. 18 del 7 de agosto de 1824, figuró como cabecera de partido, dependiente del cuarto Distrito; que por ese entonces era la ciudad de México, entre los ocho en que por esos años estaba dividido el Estado de México); 884 habitantes; San Francisco Acuautla con 1,351 habitantes; Tlalpizahuac con 616 habitantes y Tlapacoya con 1,167 habitantes. Ranchos: Amparo 3 habitantes; Córdoba 22; Chililico 48; Jesús María 47; Antigua Santa Bárbara 32; Asunción 13; Canutillo 84; El Crucero 38; Nueva Santa Bárbara 133; El Olivar 6; San Andrés 19, San Jerónimo 28; San José I, con 5; San José II con 2; San Juan con 23; El Vigilante 5; Col. Manuel Ávila Camacho 249; Granja Agrícola Santa Bárbara 141; Santa Cruz 583; Venta Nueva 39; Col. Ejidal Zoquiapan 824; Acuautla con 10; Estación del Ferrocarril Central Interoceánico en Ayotla 26 y Estación Santa Bárbara 17.
1958	24 de diciembre, se separa el Pueblo de Río Frío, del Municipio de Tlalmanalco y se agrega al de Ixtapaluca, ambos pertenecientes al Distrito de Chalco.

1973	Se entregaron al Municipio planos y proyectos del nuevo Palacio Municipal.
1975	Destitución, Del C. José Morales González como Presidente Municipal Constitucional, siendo nombrado Presidente Interino, el C. Fermín Alfaro Zadena.
1977	Obras de drenaje en Tlapacoya, destruyen monumentos arqueológicos, se pide al INAH, enviar antropólogos para el rescate de piezas.
1980	En Ixtapaluca, existe un Juzgado de Paz.
1988-1990	Se fomentó la piscicultura con la siembra de carpa en San Francisco Acuautla en la presa de Tejalpa, con 4,000 peces y en el Jagüey Guerrero con 2,000; en Coatepec y San Francisco, se sembraron otros 4,000 peces, haciendo un total de 10,000 carpas. En Río Frío fueron sembradas 3,000 truchas.
1989	Se autoriza, el fraccionamiento para la construcción de vivienda de tipo popular, denominado San José de la Palma, Municipio de Ixtapaluca el 12 de julio.
1990	El gobernador del Estado de México, Lic. Ignacio Pichardo Pagaza autorizó, a través de la Procuraduría de Justicia y de la Subprocuraduría, con sede en el Municipio de Amecameca, la instalación de una oficina del Ministerio Público del fuero común, desde el mes de noviembre en la Delegación Municipal de Ayotla.
1995	7 de diciembre se creó la Segunda Oficialía del Registro civil en la Delegación de Tlapacoya.
1995	10 de octubre, el Lic. Carlos Rojas Gutiérrez, Secretario de Desarrollo Social, constató el buen desarrollo de los Programas de Vivienda Digna, del Gobierno Estatal en coordinación con el Municipal.
1995	En las fechas del 4 de enero, 10 de junio, 16 y 23 de agosto, 10 de octubre; el Lic. César Camacho Quiroz, realizó cinco visitas al municipio, en las que inauguró obras de beneficio común. La Lic. Ma. Eugenia San Martín de Camacho, realizó cuatro visitas; dando muestras de apoyo y cariño a la comunidad.
1996	19 de junio, se creó la Tercera Oficialía del Registro Civil, en Villas de Ayotla.
1996	En el concurso de Desarrollo Integral Municipal, Ixtapaluca, ganó el tercer lugar de los municipios de la zona oriente; siendo premiado con ese galardón.

3.2 Ubicación geográfica del Municipio

El Municipio de Ixtapaluca se encuentra ubicado en la zona Oriente del Estado de México, se localiza a los 19° 14' 30" de latitud norte, al paralelo 19° 24' 40" y longitud oeste al meridiano 98° 57' 15". Por su territorio pasan las carreteras nacionales de México-Puebla y México-Cuautla, las cuales se bifurcan enfrente de lo que fuera en otra época, una gran finca ganadera llamada Santa Bárbara, propiedad del General Plutarco Elías Calles. Se sitúa a 7 ½ kilómetros de Chalco, a 32 kilómetros del Distrito Federal y a 110 km. de la Ciudad de Toluca. Limita al norte con Chicoloapan y Texcoco; al sur con Chalco; al este con el Estado de Puebla y al oeste con Chicoloapan y Los Reyes La Paz. El territorio municipal de Ixtapaluca, conserva la extensión y límites actuales reconocidos conforme a la ley; en 1960, la superficie territorial era de 206.13 km², contando con 43 localidades, en 1970, la superficie sigue siendo de 206.13 km² y 17 localidades. En 1980 la superficie es de 206.13 km² y 25 localidades, en 1990 tiene una superficie de 315.10 kilómetros cuadrados con 37 localidades y en el 2005 sigue conservando sus 315.10 kilómetros cuadrados de superficie, pero el número de localidades de acuerdo con la clasificación llevada a cabo por el INEGI en el II Censo de Población y Vivienda de ese año, aumentó a 62. El Municipio de Ixtapaluca cuenta con aproximadamente 130.000 hogares, lo que representa una población aproximada de 600,000 habitantes. El 40% de la población tiene un nivel socioeconómico superior a C medio (\$10,500 mensuales) con un 15% con ingresos superiores a los \$18,000 pesos mensuales, esto se debe a la presencia de la zona residencial de Acozac y las recientes unidades habitacionales de clase media. Sin embargo el Municipio cuenta también con zonas de marginación, tales como los Hornos de Santa Bárbara y las colonias en las faldas del Cerro Pino como lo son el Tejolote y Chocolines, aparte de las comunidades de Manuel Ávila Camacho y Río Frío sobre la Carretera Federal México Puebla.



3.2.1 Localidades que integran el Municipio

- 1.- Ixtapaluca (Cabecera Municipal)
- 2.- San Buenaventura
- 3.- Coatepec
- 4.- La Espinita (Parque Industrial la Espinita)
- 5.- General Manuel Ávila Camacho
- 6.- Río Frío de Juárez
- 7.- San Francisco Acuatla
- 8.- Zoquiapan
- 9.- Chililico
- 10.- Rancho Loma Ancha
- 11.- Pueblo Nuevo (San Isidro Labrador)
- 12.- Jorge Jiménez Cantú
- 13.- El Campamento (Las Cocinas)
- 14.- La Cañada
- 15.- Ejido el Capulín
- 16.- Los Cedros
- 17.- Llano Grande (Rancho Viejo)
- 18.- Ejido San Francisco (Las Joyas)
- 19.- El Pozo del Venado
- 20.- El Jaral (El Capulín)
- 21.- Puente del Tablón
- 22.- El Cuarenta
- 23.- Linderos de Ixtapaluca (El Tablón)
- 24.- Cerro de la Abundancia
- 25.- Rancho los Gavilanes
- 26.- Rancho el Guarda
- 27.- Rancho la Pastoría
- 28.- Rancho Francisco Santillán (Atzizintla Tres)
- 29.- El Treinta y Nueve (Dos Jagüeyes)
- 30.- El Corazón
- 31.- Rancho San Isidro
- 32.- Los Vergeles
- 33.- Camino Mina Rosita
- 34.- Camino a Mina Milagro (El Potrero)
- 35.- El Carmen
- 36.- Los Hornos
- 37.- Puente el Mezquite
- 38.- Villas de Escalerillas (Bellavista)
- 39.- Tierras Comunes (Cerro de Ayotla)
- 40.- Cabaña de los Medina
- 41.- Ejidos de Xalpa (Camino de los Alcanfores)
- 42.- Loma del Rayo (Chocolines Segunda Sección)

- 43.- El Patronato del Maguey (Santa Rosa)
- 44.- Piedra Grande (Las Cabañas)
- 45.- El Treinta y Siete (Kilómetro Diecinueve)
- 46.- Colonia Julio Chávez López (UPREZ)
- 47.- Los Lavaderos
- 48.- La Granja
- 49.- Lomas de Coatepec
- 50.- Ampliación San Francisco
- 51.- Colonia Tetitla
- 52.- Rancho Verde
- 53.- Santa Ana
- 54.- Santa Bárbara
- 55.- La Guadalupana
- 56.- San Jerónimo Cuatro Vientos (San Jerónimo)
- 57.- Rancho Venta Nueva
- 58.- Huertas de Canutillo
- 59.- Rancho la Peña
- 60.- La Mesa
- 61.- La Cañada
- 62.- Ricardo Calva

3.2.2 Potenciales económicos del Municipio

Dentro del territorio municipal, existe una gran variedad de árboles, unos frutales, otros maderables o forestales; las especies frutales son entre otros: higuera, capulín, peral, manzano, zapote, granada, olivo, chabacano, tejocote, nogal y durazno. Los maderables o forestales son: oyamel, abeto, cedro, pino, ciprés, trueno, álamo, sauce llorón, pirúl que es muy abundante; encino blanco y chico, (que se utiliza como medicina para el dolor de muelas); chocolines, alcanfor, eucalipto, truenito y ocote. **Medicinales:** yerbabuena, Santa María, albacar, árnica, azahar, ruda, diente de león, estafiate, romero, manrubio, manzanilla, menta, té limón, té del monte, tepozán, toloache, toronjil, hierba mora, golondrina, gordolobo, chicalote y sábila.

Hortalizas y condimentos: acelga, ajo, alcachofa, apio, berro, betabel, calabaza, cebolla, cilantro, coliflor, chayote, chícharo, chilacayote, chile, elote, epazote, espinaca, frijol, haba, jitomate, lechuga, maíz, malva, laurel, nabo, nopal, quintonil, verdolaga, pericón, rábano, romeros, tomate, trigo, cebada, zanahoria. Plantas de ornato: agapando, aretillo, azalea, azucena, bugambilia, helecho, cempoaxóchilt, clavel, camelia, cola de borrego, crisantemo, dalia, nochebuena, floripondio, geranio, gloria, hiedra, jazmín, lirio, madreselva, huele de noche, magnolia, manto, maravilla, margarita, mirasol, nube, perritos, quiebra platos, rosa de Castilla, rosa laurel, siempre viva, tulipán, vara de San José, violeta.

Plantas forrajeras: alfalfa, carretilla, cebada, lengua de vaca, maguey, mijo, nabo, pasto, trébol, trigo, zacate, maíz.

Arbustos: abrojo, carrizo, huizache, tepozán, zopacle. Plantas sin uso específico: escobilla, jarilla, lentejilla, mala mujer, marihuana, muicle, ojo de gallo, oreja de ratón, ortiguilla, pata de león, pega ropa, perilla. Cactáceas: nopal y órgano; hongos: huitlacoche y champiñón.

En cuanto a la fauna se refiere, ésta se ha ido extinguiendo, como consecuencia de la inmoderada explotación de los bosques sin embargo, **sigue existiendo una gran variedad de animales, tanto de cría como silvestres; entre ellos destacan los cerdos, que desde la época colonial se crían en la región; gallinas, guajolotes, conejos, palomos, vacas, caballos, borregos, cabras, codorniz, patos, gansos, y actualmente se inició la cría de la avestruz en el Rancho Santa María. Dentro de la fauna silvestre, se encuentran: el venado, en muy poca proporción, hurón, tlacuache, cacomixtle, búho, lechuza, murciélago, variedad de víboras entre ellas, la de cascabel que es abundante, lagartijas y arañas.** Es importante mencionar que en el municipio, existe un aviario, propiedad del Dr. Estudillo, donde se exhiben aves exóticas y hermosas de diferentes partes del mundo, es como entrar a un mundo distinto; ya que el amor a las aves, de parte del dueño se siente a primera vista, al lograr el hábitat, en que cada una de ellas se desenvuelve; cuenta con lugares tipo jaulas donde están clasificadas cada una de ellas, personal capacitado que las atiende, un hospital para aves que consta de: sala de operaciones, incubadoras, y una serie de elementos que hacen posible a esta reserva ecológica preservar las especies. Es como un paraíso aislado dentro del territorio municipal. Cuenta además con otra sección donde habitan felinos traídos de diferentes continentes. El Dr. Estudillo es reconocido mundialmente por su labor altruista; ya que su objetivo principal es la preservación de las especies que están en peligro de extinción. Ha sido visitado por personajes de la talla de Jean Cousteau, Jaime Mausan y otras personalidades. El municipio cuenta además con el Parque Nacional Zoquiapan y los parques recreativos ejidales Los Depósitos y el Olivar.

Recursos Naturales

Recursos minerales: Dentro del municipio se localizan tres zonas productoras de tabique: en San Francisco Acuautla, en Zoquiapan y en Santa Bárbara, en la cabecera municipal; además se cuenta con aproximadamente 20 vetas ubicadas principalmente en los ejidos de Coatepec, Zoquiapan y San Francisco Acuautla, de donde se extraen actualmente arena, grava, tepetate y tezontle. Alcanzando en los últimos años un nivel de producción anual de 3.459,860, 16.800, 160.864 y 27.000 m², respectivamente.

Recursos forestales: El municipio cuenta con una extensa zona boscosa con árboles del tipo de coníferas y latifoliadas. El municipio tenía en 1991, 74 unidades de destinadas a la producción de resina, barbasco, leña y otros productos.

Por lo que se refiere a este tema, sería importante señalar que a medida que las autoridades sigan permitiendo la creación de centros comerciales y unidades habitacionales en zonas que no deberían de ocuparse para dichos fines, ponen en peligro extremo todos los recursos existentes (agua, bosques, tierras para el cultivo de productos diversos, etc.) de éste Municipio, por lo que deberían de evitar la realización dichas actividades, aunque de estas, dependa la captación de recursos económicos que a la larga, terminarán afectando de manera irreversible los ecosistemas existentes en el municipio; y por otro lado, sería conveniente impulsar la construcción y/o habilitación de talleres y plantas para reciclar, proyectos de reforestación, cuidado y mantenimiento de las zonas boscosas, etc.

Vías de comunicación

Las comunicaciones en el municipio representaban un grave problema derivado de la densidad de población, lo que ha obligado a tomar ciertas medidas; se cuenta con una infraestructura carretera, que lo convierte en uno de los municipios mejor comunicados: 271 kilómetros de carretera, México-Puebla libre y la de cuota, que atraviesa a lo largo del territorio municipal. Se han incrementado y mejorado vías de comunicación, existen 39 avenidas de acceso a distintas colonias del municipio, la conexión de la carretera federal y autopista México-Puebla por dos avenidas de la Colonia Alfredo del Mazo, Delegación Tlapacoya; un gran avance en el programa estatal de comunicaciones del anillo transmetropolitano que atraviesa el municipio y comunica a Texcoco con Cuautla, realización del libramiento de San Francisco Acuautla a la carretera federal México-Puebla, realizada por la empresa SADASI.

3.3 La situación de los servicios de salud en el Municipio

En la actualidad en el municipio de Ixtapaluca existen tres hospitales pertenecientes al ISEM: Granja La Salud que atiende pacientes con problemas de tipo psiquiátrico, el Hospital Dermatológico "Dr. Pedro López" con funciones de hospital general y el Hospital Municipal Leona Vicario Ixtapaluca u Hospital Materno-Infantil "Leona Vicario" Bicentenario proyectado en un principio para atender pacientes con problemas materno-infantiles pero que a la fecha funciona como una Unidad de Primer Nivel atendiendo desde pacientes que acuden a Consulta Externa (diabéticos, hipertensos, con enfermedades respiratorias agudas, etc.), hasta alumbramientos de mujeres embarazadas y el cuidado de los bebés que ahí nacen), la Unidad Médica Familiar No. 70 y la Clínica Familiar No. 86 (ambas pertenecientes al IMSS) una Clínica

Regional del ISSEMYM, 4 Unidades de Atención Médica del DIF, una Unidad de Rehabilitación e Integración Social (UBRIS), así como 17 Centros de Salud (Ixtapaluca, Tlapacoya, Citlalmina, San Francisco Acuautla, Coatepec, Cuatro Vientos etc.) dependientes del ISEM y la Cruz Roja Municipal.

Por otro lado, encontramos varias clínicas particulares que se han ido incorporando poco a poco a la red de servicios de salud del municipio. Cabe mencionar, que se encuentra en construcción un Hospital de Especialidades de Tercer Nivel en el terreno aledaño al Hospital Dermatológico “Dr. Pedro López” el cual, dependerá directamente de la Secretaría de Salud a Nivel Federal.

Capítulo IV. “Análisis económico de los servicios públicos de salud en Ixtapaluca, Estado de México. Caso: Hospital Materno-Infantil Leona Vicario Bicentenario 2000-2010”

4.1 Antecedentes de la construcción del HMILVB

Los Hospitales Municipales o Integrales son unidades que resuelven las necesidades más frecuentes de servicios de salud a la población rural dispersa, además apoyan a unidades médicas facilitando el acceso a servicios de salud como cirugía ambulatoria de corta estancia, atención de parto y puerperio, medicina preventiva y odontología, entre otras.

En el mes de julio del año 2004, comenzó a ser desarrollado por la Empresa Concepto Integral Arquitectónico, S.C., el proyecto para la construcción de un hospital en el Municipio de Ixtapaluca como parte de las obligaciones de donación que el gobierno exige a las empresas constructoras de unidades habitacionales, en éste caso a la empresa Consorcio de Ingeniería Integral, S.A. de C.V., constructora del Fraccionamiento Habitacional “San Buenaventura”.

La construcción del hospital en cuestión se inició en ése mismo año en un terreno de 9,199.12 metros cuadrados y se terminó en el año 2007. En un principio no se sabía que institución de salud lo operaría, sin embargo, ante gestiones del entonces Jefe de la Jurisdicción Sanitaria Amecameca perteneciente al ISEM, Dr. Francisco Javier Portillo Ponce, finalmente éste inmueble fue donado a dicha institución por el Presidente Municipal de Ixtapaluca en funciones el C. Mario Moreno Conrado en fecha 3 de octubre del año 2007.

4.1.2 Inicio de operaciones del HMILVB

El HMILVB es un hospital de 18 camas que se encuentra ubicado dentro del Fraccionamiento Habitacional “San Buenaventura”, perteneciente al Municipio de Ixtapaluca, Estado de México, entra en operaciones en su primera etapa a mediados del mes de octubre de 2007, otorgando únicamente atención de consulta externa, el 14 de febrero de 2008 es inaugurado de manera oficial por el Gobernador Constitucional del Estado de México, Lic. Enrique Peña Nieto y a partir de ése momento se apertura el Servicio de Urgencias; en junio del mismo año la tercera etapa inicia con la apertura de los servicios de Toco-cirugía y Hospitalización para dar atención a la población desprotegida de seguridad social en el Municipio de Ixtapaluca y las zonas rurales de influencia.

Actualmente otorga servicios de salud de primer nivel de atención en medicina general, medicina preventiva, odontología, nutrición, fortalecida con actividades hospitalarias básicas en ginecoobstetricia, pediatría y cirugía general con apoyo de anestesiología, laboratorio de análisis clínico y rayos “x”. El Servicio de Urgencias está disponible las 24 hrs. del día, los 365 días del año.

4.1.3 Infraestructura del Hospital Materno-Infantil “Leona Vicario” Bicentenario

El HMILVB cuenta con la siguiente infraestructura de acuerdo con su programa médico-arquitectónico.

URGENCIAS:

Triage General: Es un espacio acondicionado para la aplicación de un método de selección y clasificación de pacientes basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para su atención.

Triage Obstétrico: Es un espacio acondicionado para la aplicación de un método de selección y clasificación de toda pacientes embarazada que solicita atención en el Hospital, con enfoque de riesgo y basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para su atención.

Consultorio de Urgencias: Espacio acondicionado para brindar servicio a los pacientes que requieren atención médica inmediata; ya sea urgencias médicas o sentidas.

Curaciones y Colocación de Yesos: Espacio acondicionado para realizar curaciones menores, suturas y colocación de yesos.

Sala de Choque: Espacio acondicionado para la protección y asistencia inmediata del paciente grave con idoneidad, seguridad y calidad, reanimación y estabilización de los pacientes catalogados como gravedad súbita extrema y urgencia calificada mayor utilizando todos los recursos con los que se cuenta.

Observación: Espacio del servicio de urgencias donde se realiza la hospitalización de pacientes con descontrol de su padecimiento, o bien previo a su internamiento.

TOCOLOGIA

Área de Labor: Lugar dentro del hospital que tiene como única finalidad la inducto-conducción y atención del trabajo de parto, única y exclusivamente cuando se trate de partos presuntamente eutócicos.

Sala de Recuperación: Área dentro del hospital diseñada principalmente para la vigilancia de pacientes con puerperio inmediato y para la observación del recién nacido.

Sala de Expulsión: Lugar asignado dentro del hospital que tiene como objeto la atención del último periodo del trabajo de parto, donde se realizan procedimientos quirúrgicos básicos, así como la respectiva atención y valoración del recién nacido.

AREA QUIRURGICA

Quirófano: Área asignada dentro del hospital diseñada exclusivamente para realizar procedimientos quirúrgicos electivos y de urgencia, con todos los estándares de calidad apegados a la normatividad.

Sala de Recuperación Posquirúrgica: Área dentro del hospital diseñada para la vigilancia de pacientes post quirúrgicos inmediatos y para la observación de los mismos.

Central de Equipos y Esterilización (C.E. y E.): Área diseñada dentro del Hospital donde se realizan actividades como: esterilización, distribución y control de diversos insumos, ejerciendo acciones de control que eviten la contaminación de dichos materiales, garantizando las adecuadas condiciones de uso.

HOSPITALIZACION

Área dentro del hospital acondicionada para el servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, ordenados de acuerdo al género.

CONSULTA EXTERNA

Consultorios de Medicina General: Espacios constituidos por un área de interrogatorio, una de exploración, somatometría y un lavabo; en ella se realizan actividades médicas y de enfermería como: toma y evaluación de signos vitales, acciones específicas encaminadas a la detección, prevención, diagnóstico, tratamiento, pronóstico y evaluación en general de las diversas patologías existentes; así como actividades de referencia médica, solicitud de estudios de laboratorio (de análisis clínico y rayos x) y revisión e interpretación de los mismos. Llevando a cabo además actividades de control y seguimiento de las diversas patologías, prescripción médica, educación para la salud; todas estas acciones debidamente registradas en el expediente clínico.

Consultorio de Ginecología: Espacio donde se lleva a cabo actividades de prevención, vigilancia y promoción de salud enfocadas a la mujer.

Consultorio de Pediatría: Espacio asignado para la atención de niños de 0 a 14 años de edad, el médico les otorga la consulta de especialidad enfocada a su padecimiento, así mismo las medidas preventivas.

Consultorio de Nutrición: Lugar asignado dentro del hospital donde se llevan a cabo actividades inherentes a la valoración, prevención control y tratamiento de las diversas alteraciones relacionadas con la ganancia y pérdida de peso, así como a las involucradas en el aumento o retraso de la talla y que tiene como condicionante la alimentación.

Consultorio de Psicología y Estimulación Temprana: Lugar asignado en el interior del hospital donde se llevan a cabo actividades de prevención, vigilancia y tratamiento con relación a la conducta de los usuarios de este municipio, así como de actividades que fortalezcan el crecimiento y desarrollo de la población infantil atendida dentro de la unidad médica.

Consultorio Estomatología: Área destinada para brindar atención estomatológica, realizando actividades de prevención, tratamiento y educación de la salud dental.

Consultorio de Medicina Preventiva: Área destinada para llevar a cabo acciones de tipo preventivo como son: aplicación de biológico, toma de muestras de tamiz neonatal, aplicación de cuestionarios para detección de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, Violencia, enfermedades prostáticas, trastorno por déficit de atención, Virus de la inmunodeficiencia humana, Adicciones (alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, etc.), así como distribución de cartillas de salud, promoción a la salud en enfermedades diarreicas e infecciones de vías respiratorias agudas.

SERVICIOS DE APOYO DE DIAGNOSTICO

Laboratorio: Lugar asignado dentro del hospital que tiene como objetivo la recolección de muestras de los diferentes tejidos corporales, su procesamiento a través equipos y técnicas estandarizadas, obteniendo como resultado parámetros bioquímicos que ayudarán al diagnóstico, control y tratamiento de las diversas patologías que se estudien en un paciente.

Toma de Muestras: Espacio físico dentro del hospital adaptado para la toma de muestras del Laboratorio apegadas a los estándares de Calidad y Normatividad vigente y establecida.

Área de Rayos X: Lugar asignado dentro del hospital, donde se realiza toma de radiografías, cumpliendo con todos los estándares requeridos en la norma oficial mexicana.

AREA DE GOBIERNO

Dirección: Espacio dónde se ubica el titular de la unidad médica; para desempeñar sus funciones inherentes al cargo, como son el atender las necesidades de la población y del mismo personal. Planear, organizar y evaluar los procesos y procedimientos del hospital que garanticen la atención médica de los pacientes que requieran de los servicios de salud.

Administración: Espacio físico dentro del hospital asignado para todo tipo de actividades administrativas, referentes a la planeación, organización, programación de los recursos humanos, materiales, financieros y servicios generales.

Jefatura de Enfermería: Espacio físico asignado para la coordinación y conducción de las acciones mediante el desarrollo, instrumentación, vigilancia y control de los programas y actividades establecidas para el Servicio de Enfermería, a efecto de elevar la calidad y productividad en la atención médica, mediante su integración al equipo de salud del hospital.

Departamento de Recursos Humanos: Espacio físico dentro del hospital encargado de controlar, registrar y administrar los diferentes movimientos del personal adscrito al hospital municipal de acuerdo a la normatividad establecida.

Departamento de Recursos Financieros: Espacio físico encargado de establecer el procedimiento para el control de cuotas de recuperación, determinando y especificando las funciones y obligaciones de las áreas que intervienen, con el fin de que se lleve a cabo de acuerdo a normatividad, controlar los recursos financieros del hospital y registrar contablemente los gastos efectuados, vigilando su aplicación racional en cada una de las partidas presupuestales autorizadas

Departamento de Recursos Materiales: Espacio físico encargado de estructurar y mantener un adecuado sistema para la recepción, almacenamiento y suministro de los bienes e insumos que requiere el hospital para funcionar adecuadamente en todos sus servicios.

Departamento de Servicios Generales: Espacio dentro del hospital encargado de mantener las instalaciones del hospital en óptimas condiciones de higiene y seguridad mediante acciones de limpieza y seguridad, así como del control del activo fijo.

Departamento de Epidemiología: Espacio físico dentro del hospital encargado de elaborar y actualizar permanente y continuamente los panoramas epidemiológicos, organizar y desarrollar los programas de salud a elaborar y actualizar el panorama epidemiológico de cada una de las enfermedades, así como su concentración, análisis e interpretación en forma correcta y oportuna.

Departamento de Enseñanza e Investigación: Espacio físico encargado de establecer los mecanismos necesarios para elevar la calidad científica, académica y técnica del personal médico, paramédico y operativo del hospital a través de programas de educación formativa y educación médica continua aplicados e instrumentados de manera coordinada, sistematizada y controlada.

Caja: Espacio físico donde se realiza el cobro de las cuotas de recuperación, resguardando los recibos, y proporcionando información a los usuarios del Servicio de Urgencias

Almacén: Espacio diseñado dentro del hospital encargado del resguardo, control, clasificación y distribución de los diferentes materiales, insumos y equipo que necesitan todas y cada una de las áreas de la unidad para un adecuado funcionamiento.

Archivo Clínico: Espacio diseñado dentro del hospital que tiene como objeto el resguardar, organizar y clasificar toda la información producida durante el proceso de atención médica.

Aula de Usos Múltiples: Espacio físico dentro del hospital adaptado para la impartición cursos, capacitaciones y sesiones generales relacionadas con el mismo.

SERVICIOS GENERALES

Farmacia: Espacio físico dentro del hospital diseñado para el almacenamiento, organización y clasificación de los diferentes fármacos, así como surtimiento de las diferentes recetas expedidas durante el proceso de atención médica.

Lavandería: Espacio destinado a la clasificación, lavado, secado y planchado de ropa, así como su distribución a los diferentes servicios médicos del hospital.

Cocina: Espacio físico dentro del hospital adaptado para la preparación, conservación, elaboración y distribución de alimentos tanto para el personal de la unidad como para los usuarios hospitalizados en ese momento en la misma.

Comedor: Espacio físico dentro del hospital adaptado para ser usado como área de alimentación de los trabajadores durante su jornada.

Vigilancia: Espacio físico ubicado a la entrada del hospital, en donde se encuentra personal de seguridad, que controla la entrada y salida de pacientes, vehículos oficiales y personal de la unidad.

R.P.B.I.: Espacio donde se almacenan temporalmente los residuos peligrosos, biológicos-infecciosos.

Basura Municipal: Lugar donde se almacena temporalmente este tipo de desechos.

Cuarto de Máquinas: Espacio físico dentro del hospital, donde se encuentran los equipos de soporte mecánico y eléctrico que sostienen la operación del hospital.

4.1.4 Servicios públicos de salud que proporciona el HMI “Leona Vicario” Bicentenario a la población abierta del Municipio de Ixtapaluca

TIPO DE SERVICIO
Consulta General
Consulta de Urgencias
Consulta de Especialidad(Ginecología y Pediatría)
Consulta de Nutrición
Atención de enfermedades diarreicas agudas y enfermedades respiratorias agudas
Atención de enfermedades crónicas (Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial)
Cirugía de Hernia Umbilical
Cirugía de Hernia Inguinal
Apendicetomía
Histerectomía Abdominal
Extirpación de Quiste de Ovario
Partos y Cesáreas
Estudios de Electrocardiograma en Reposo
Uso de Monitor Neonatal
Uso de Ventilador Pediátrico
Fototerapia por día
Servicio de Incubadora por día
Hospitalización Día-Cama
Venoclísis
Nebulizaciones
Servicio de Traslado de Ambulancia por Kilómetro
Inyección Intramuscular
Curación General
Sutura Menor
Sutura Mayor (10Puntos)
Aplicación de vacunas
Realización de Tamiz Metabólico
Realización de Tamiz Auditivo
Toma de signos vitales
Realización de Ultrasonido
Aplicación de Amalgama
Exodoncia Simple
Exodoncia Compuesta
Curación Dental
Endodoncia
Estudios de Dextroxis(Laboratorio de Análisis Clínico)
Estudios de Urea (Laboratorio de Análisis Clínico)
Determinación de Glucosa(Laboratorio de Análisis Clínico)
Estudios de Ácido Úrico (Laboratorio de Análisis Clínico)
Estudios de Colesterol Total (Laboratorio de Análisis Clínico)
Estudios de Triglicéridos (Laboratorio de Análisis Clínico)
Estudios de Serie Roja (Laboratorio de Análisis Clínico)
Estudios de Serie Blanca (Laboratorio de Análisis Clínico)
Exámen General de Orina (Laboratorio de Análisis Clínico)
Placa Radiográfica de Tórax
Placa Radiográfica de Costillas ó Esternón
Placa radiográfica de Columna Dorsal ó Lumbosacra
Placa Radiográfica de Mano
Placa Radiográfica de Cráneo
Placa Radiográfica de Hombro
Placa Radiográfica de Rodilla

4.1.5 Ingresos del HMI “Leona Vicario” Bicentenario

El HMILVB comenzó a ser habilitado como tal, a mediados del mes de octubre de 2007 y durante ese año únicamente se proporcionaron servicios básicos de salud, por lo que los ingresos estuvieron integrados por el cobro de los Servicios de Consulta General, aplicación de inyecciones, curaciones generales, suturas menores y algunos trabajos de odontología como aplicación de amalgamas, exodoncias simples, curaciones dentales, limpiezas dentales, etc., sobresaliendo por su demanda, los Servicios de Consulta General que por ejemplo en noviembre de ese año, fueron de 721 servicios por un importe de \$ 50,470.00. En ese año de 2007, se proporcionaron un total de 1581 servicios obteniéndose ingresos por un importe de \$ 103,849.00

Aún en los primeros meses del año 2008, la mayoría de los servicios proporcionados a la población eran los básicos, por lo que los ingresos estuvieron integrados en los meses de enero y febrero de ese año por el cobro de los Servicios de Consulta General, aplicación de inyecciones, curaciones generales, suturas menores y algunos trabajos de odontología como aplicación de amalgamas, exodoncias simples, curaciones dentales, limpiezas dentales, etc., aunque ya se comenzaban a atender también Consultas de Especialidad (principalmente de Pediatría) continuaban sobresaliendo por su demanda, los Servicios de Consulta General.

El 14 de febrero del año 2008, el HMILVB fué inaugurado de manera oficial por el Gobernador Constitucional del Estado de México, Lic. Enrique Peña Nieto, implementándose desde esa fecha, las Consultas de Urgencias y los Servicios de Ginecología (atención de partos, cesáreas, control de la natalidad, etc.) y de Pediatría (consultas de pediatría, atención de bebés prematuros, etc.). De ésta manera, en los ingresos de ese mes, también se vieron reflejados los cobros por Servicios de Urgencias, ascendiendo éstos a \$ 19,690.00 (22.61 % respecto al total de los ingresos) que en ese mes fueron de \$ 87,063.00.

A partir del mes de marzo además de los Servicios Básicos de Salud mencionados arriba, continuaron incrementándose los ingresos por conceptos de Servicios de Consulta de Especialidad y sobre todo de Consulta de Urgencias y por primera vez en la historia del hospital, los ingresos por Atención de Consulta de Urgencias rebasó a los ingresos obtenidos por la Atención de Consulta General, ascendiendo éstos a \$ 50,710.00 (47.76 % del total de los ingresos) ante \$ 33,390.00 (31.45 % del total de los ingresos) por concepto de Atención de Consulta General.

En el mes de junio, los ingresos por concepto de Consulta de Urgencias fueron de \$ 27,390.00 (36.32 % del total de los ingresos) frente a \$ 25,900.00 (34.34 % del total de los ingresos) por concepto de Consulta General. En éste mes se puede observar que los ingresos obtenidos comenzaron a disminuir pero esto no ocurrió realmente, sino que se debió a que a partir de esa fecha la atención de Servicios Exentos de Pago (principalmente de consultas de control

prenatal, la atención de partos normales y la atención de cesáreas por tratarse de un hospital con perfil de materno infantil) como lo veremos más adelante, comenzó a aumentar.

En el mes de agosto, los ingresos por concepto de Consulta de Urgencias fueron de \$ 27,500.00 (33.67 % del total de los ingresos) frente a \$ 21,770.00 (26.65 % del total de los ingresos) por concepto de Consulta General. Aquí se puede observar que los ingresos obtenidos se incrementaron, y ello se debió a que en ese mes, entraron en operación el laboratorio de análisis clínico del hospital realizando en un principio estudios como determinación de glucosa, ácido úrico, urea, triglicéridos, pruebas de embarazo, etc. y el laboratorio de rayos x realizando radiografías de toráx, cráneo, codo, mano, hombro, etc, aunque la atención de Servicios Exentos de Pago continuó en ascenso.

En el mes de diciembre, los ingresos por concepto de Consulta de Urgencias fueron de \$ 32,340.00 (30.90 % del total de los ingresos) frente a \$ 19,740.00 (18.86 % del total de los ingresos) por concepto de Consulta General. Aquí se puede observar que los ingresos obtenidos, siguen disminuyendo debido a que la atención de Servicios Exentos de Pago continuó aumentando.

En total en el año de 2008 se proporcionaron en el HMILVB 17,952 servicios, obteniendo ingresos por \$ 1, 170,438.50.

En el año 2009, la tendencia hacia la baja de los ingresos obtenidos por los servicios de bajo costo brindados a la población abierta por parte del HMILVB siguió manteniéndose, de igual manera, continuó aumentando la atención de Servicios Exentos de Pago. En ese año, se suministraron 19,074 servicios y se recabaron ingresos por un total de \$ 1, 142,262.14.

Por lo que se refiere al año 2010, en los cinco primeros meses, tanto el número de servicios proporcionados por el hospital a la población abierta como los ingresos obtenidos por el cobro de los mismos, tendió a crecer en comparación con los últimos meses del año 2009, sin embargo, a partir de junio y hasta diciembre de ese año, su tendencia fue hacia la baja; como ya se mencionó anteriormente, esto debido al incremento en la atención de pacientes considerados dentro de Programas Exentos de Pago y de Seguro Popular. Durante este año los ingresos más representativos continuaron siendo los obtenidos por el cobro de servicios de Consulta General y servicios de Consulta de Urgencias brindados a la población que así lo demandaba.

En ese año se brindaron un total de 17,449 servicios, los cuales reportaron ingresos al hospital de \$1, 009,157.00.

Los ingresos obtenidos por el cobro de servicios de salud brindados a los pacientes que así los requirieron en el período 2007-2010, estuvieron basados en la siguiente tabla de servicios y costos:

TIPO DE SERVICIO	COSTO 2007 (\$)	COSTO 2008 (\$)	COSTO 2009 (\$)	COSTO 2010 (\$)
Consulta General	70.00	70.00	70.00	70.00
Consulta de Urgencias	110.00	110.00	110.00	110.00
Inyección Intramuscular	18.00	18.00	18.00	18.00
Curación General	43.00	43.00	43.00	43.00
Sutura Menor	43.00	43.00	43.00	43.00
Sutura Mayor (10Puntos)	-----	67.00	67.00	67.00
Aplicación de Amalgama	37.00	37.00	37.00	37.00
Exodoncia Simple	112.00	112.00	112.00	112.00
Exodoncia Compuesta	144.00	144.00	144.00	144.00
Curación Dental	37.00	37.00	37.00	37.00
Endodoncia	141.00	141.00	141.00	141.00
Consulta de Especialidad	-----	110.00	110.00	110.00
Consulta de Nutrición	-----	70.00	70.00	70.00
Hospitalización Día-Cama	-----	102.00	102.00	102.00
Servicio de Incubadora por día	-----	-----	53.00	53.00
Cirugía de Hernia Umbilical	-----	643.00	643.00	643.00
Cirugía de Hernia Inguinal	-----	581.00	581.00	581.00
Apendicetomía	-----	781.00	781.00	781.00
Histerectomía Abdominal	-----	-----	631.00	631.00
Extirpación de Quiste de Ovario	-----	-----	567.00	567.00
Estudios de Electrocardiograma en Reposo	-----	-----	64.00	64.00
Uso de Monitor Neonatal	-----	-----	50.00	50.00
Fototerapia por día	-----	-----	30.00	30.00
Estudios de Dextroxis(Laboratorio de Análisis Clínico)	-----	20.00	20.00	20.00
Estudios de Urea (Laboratorio de Análisis Clínico)	-----	23.00	23.00	23.00
Determinación de Glucosa(Laboratorio de Análisis Clínico)	-----	20.00	20.00	20.00
Estudios de Ácido Úrico (Laboratorio de Análisis Clínico)	-----	23.00	23.00	23.00
Estudios de Colesterol Total (Laboratorio de Análisis Clínico)	-----	33.00	33.00	33.00
Estudios de Triglicéridos (Laboratorio de Análisis Clínico)	-----	42.00	42.00	42.00
Estudios de Serie Roja (Laboratorio de Análisis Clínico)	-----	60.00	60.00	60.00
Estudios de Serie Blanca (Laboratorio de Análisis Clínico)	-----	60.00	60.00	60.00
Exámen General de Orina (Laboratorio de Análisis Clínico)	-----	20.00	20.00	20.00
Placa Radiográfica de Tórax	-----	122.00	122.00	122.00
Placa Radiográfica de Costillas ó Esternón	-----	106.00	106.00	106.00
Placa radiográfica de Columna Dorsal ó Lumbosacra	-----	154.00	154.00	154.00
Placa Radiográfica de Mano	-----	71.00	71.00	71.00
Placa Radiográfica de Cráneo	-----	93.00	93.00	93.00
Placa Radiográfica de Hombro	-----	83.00	83.00	83.00
Placa Radiográfica de Rodilla	-----	81.00	81.00	81.00
Venoclísis	-----	100.00	100.00	100.00
Nebulizaciones	-----	16.00	16.00	16.00
Certificado Médico	-----	13.00	13.00	13.00
Servicio de Traslado de Ambulancia por Kilómetro	-----	4.00	4.00	4.00

Fuente: Departamento de Recursos Financieros del Hospital

Cómo ya se mencionó anteriormente, la atención de Servicios Exentos de Pago comenzó a aumentar en el HMILVB y como consecuencia de ello, disminuyeron los ingresos del Hospital. En el año 2007, se atendieron 255 Servicios Exentos de Pago dejándose de percibir \$ 2,040.00; para el año 2008, la tendencia continuó hacia arriba, en ese año, se atendieron 10,611 casos de Servicios Exentos de Pago, dejándose de percibir \$ 147,592.00; en el año 2009, se atendieron 20,111 casos dejando de obtener ingresos por \$ 952,523.00; para el 2010 ésta situación seguía modificándose de manera creciente, en ese año se otorgaron 20,851 Servicios Exentos de Pago, por los que se dejó de percibir un monto de \$ 1,149,040.00.

Los **Servicios Exentos de Pago** se encuentran integrados por servicios de salud brindados a pacientes que padecen enfermedades como, **Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Enfermedades Diarreicas Agudas, Enfermedades Respiratorias Agudas, Partos Normales, Cesáreas, etc.**

Los ingresos dejados de percibir por la atención de pacientes considerados dentro de los Programas Exentos de Pago en el período 2007-2010 estuvieron basados en la siguiente tabla de servicios y costos:

TIPO DE SERVICIO	COSTO 2007 (\$)	COSTO 2008 (\$)	COSTO 2009 (\$)	COSTO 2010 (\$)
Tratamiento de Rabia	8.00	8.00	8.00	8.00
Consulta de Planificación Familiar	8.00	8.00	8.00	8.00
Consulta de Control Prenatal	8.00	8.00	8.00	8.00
Cáncer Cérvico- Uterino Mamario	8.00	8.00	8.00	8.00
Embarazo de Alto Riesgo	-----	180.00	300.00	300.00
Parto Normal	-----	180.00	300.00	300.00
Cesárea	-----	180.00	300.00	300.00
Legrado	-----	180.00	300.00	300.00
Diabetes Mellitus	8.00	8.00	8.00	8.00
Hipertensión Arterial	8.00	8.00	8.00	8.00
Enfermedades Diarréicas Agudas	8.00	8.00	8.00	8.00
Enfermedades Respiratorias Agudas	8.00	8.00	8.00	8.00
Programa del Adulto Mayor	-----	8.00	8.00	8.00
Discapacidad Sensorial	-----	8.00	8.00	8.00

Fuente: Departamento de Recursos Financieros del Hospital

A la par del crecimiento en la atención a pacientes de **SERVICIOS EXENTOS DE PAGO** también se empezó a atender a pacientes afiliados al **SEGURO POPULAR** y al **SEGURO PARA UNA NUEVA GENERACIÓN**. En el año 2007 se atendieron a 3 pacientes afiliados al SP y a 7 afiliados al SPNG,dejándose de percibir ingresos por \$ 700.00; para el 2008, esa cifra se modificó a 2 pacientes afiliados al SP y 41 pacientes afiliados al SNG dejándose de percibir \$ 3,245.00; en el 2009 la atención médica para éste tipo de pacientes continuó con su tendencia hacia el crecimiento ya que en ése año se atendieron 1 caso de paciente afiliado al SP y 467 casos de pacientes afiliados al SNG,dejando de obtenerse por ese motivo, \$ 32,760.00; para el año 2010, se atendieron a 1,503 pacientes afiliados al SP y a 360 pacientes afiliados al SNG,dejando de percibirse ingresos por \$ 379,933.00. Cabe mencionar que en éste año aumentó el número de casos de Partos Normales y Cesáreas en el Hospital.

Los ingresos dejados de percibir por la atención de pacientes afiliados al **Seguro Popular** en el período 2007-2010 estuvieron basados en la siguiente tabla de servicios y costos:

TIPO DE SERVICIO	COSTO 2007 (\$)	COSTO 2008 (\$)	COSTO 2009 (\$)	COSTO 2010 (\$)
Consulta General	70.00	70.00	70.00	70.00
Consulta de Urgencias	110.00	110.00	110.00	110.00
Consulta de Especialidad	110.00	110.00	110.00	110.00
Placa Radiográfica de Tórax	122.00	122.00	122.00	122.00
Parto Normal	611.00	611.00	611.00	611.00
Cesárea	878.00	878.00	878.00	878.00
Legrado	548.00	548.00	548.00	548.00
Histerectomía Abdominal	631.00	631.00	631.00	631.00
Apendicetomía	781.00	781.00	781.00	781.00
Extirpación de Ovario	567.00	567.00	567.00	567.00
Miometomía	3,048.00	3,048.00	3,048.00	3,048.00
Hospitalización por día	102.00	102.00	102.00	102.00

Fuente: Departamento de Recursos Financieros del Hospital

Los ingresos dejados de percibir por la atención de pacientes considerados dentro del **Programa de Seguro Médico para una Nueva Generación** estuvieron basados en la siguiente tabla de servicios y costos:

TIPO DE SERVICIO	COSTO AÑO 2007 (\$)	COSTO AÑO 2008 (\$)	COSTO AÑO 2009 (\$)	COSTO EN EL AÑO 2010 (\$)
Consulta General	70.00	70.00	70.00	70.00
Día de Hospitalización-Cama	102.00	102.00	102.00	102.00
Uso de Incubadora por día	53.00	53.00	53.00	53.00

Fuente: Departamento de Recursos Financieros del Hospital

4.1.6 Gastos del Hospital Materno-Infantil “Leona Vicario” Bicentenario

El hospital tiene 2 tipos de Gastos: por un lado, los **Gastos de Operación** que son los que se encuentran representados por los gastos en agua, energía eléctrica, servicio telefónico, suministro de gas LP, suministro de diesel, gasolina para vehículos, gastos de nómina, gastos en activo fijo mayor, gastos en activo fijo menor, gastos en insumos proporcionados por el Almacén Central de ISEM, gastos en insumos adquiridos con presupuesto del hospital (compras directas) y gastos en reparaciones de equipo médico y de oficina y por otro, los **Gastos en Servicios Subrogados** representados por los montos erogados en otros servicios necesarios para el funcionamiento del hospital como son: vigilancia, intendencia(limpieza), recolección de residuos peligrosos-infecciosos(RPBI), renta y lavandería de ropa clínica y quirúrgica, suministro de gases medicinales(oxígeno), control de plagas(fumigación), fotocopias, cocina y farmacia.

Además de éstos **Gastos**, al incrementarse la **atención de pacientes afiliados al Seguro Popular**, fue necesario realizar gastos en estudios de laboratorio para pacientes embarazadas que por falta de material ó equipo tuvieron que enviarse a laboratorios externos para que se los realizaran.

En cuanto al **GASTO EN AGUA** se refiere, por tratarse de una institución que brinda servicios de salud, el hospital se encuentra exento de pago ante el H. Ayuntamiento de Ixtapaluca por la dotación de éste servicio. Por otro lado, en lo que concierne al suministro de **ENERGÍA ELÉCTRICA**, desde que inició la construcción del hospital en el año 2004, la empresa constructora dada la necesidad que tenía de utilizar la energía eléctrica para la realización de sus distintas actividades, convino con la Compañía de Luz y Fuerza del Centro pagar la cantidad de \$ 10,000.00 (Diez mil pesos,00/100 M.N.) mensuales por concepto de **ILICITOS** y al momento de entregar terminado el hospital al Ayuntamiento de Ixtapaluca y éste a su vez a las

autoridades del ISEM, se continúa pagando hasta la fecha el mismo monto por el suministro de éste servicio. Respecto al **SERVICIO TELEFONICO**, el hospital cuenta con 3 líneas telefónicas las cuales fueron instaladas a principios del mes de marzo del año 2008, en ese año el gasto en servicio telefónico por línea (incluyendo renta de la línea, llamadas locales, llamadas de larga distancia y llamadas a celulares) fué de un promedio de \$ 750.00 mensuales por línea, es decir, \$ 2,250.00 mensuales por las tres líneas. En el año 2009, el gasto se incrementó a \$ 2,200.00 promedio mensuales por línea debido al exceso en llamadas telefónicas a celulares por lo que a principios del año 2010, la Administración del hospital se vió en la necesidad de solicitar la cancelación de salidas de llamadas a teléfonos celulares, disminuyendo a partir de ésa fecha el monto pagado por concepto de servicio telefónico a un promedio mensual de 1,150.00 por línea. En el caso del **GAS LP**, durante el año 2007 al no estar aún habilitados los Servicios de Urgencias, Tococirugía, Quirófano, Pediatría y Hospitalización y al brindar atención médica únicamente en el turno matutino, no se requería, éste suministro; sin embargo al entrar en funcionamiento esas áreas a partir del 14 de febrero del año 2008, comenzó a utilizarse éste combustible, ya que es necesario para mantener caliente el agua en los baños del hospital las 24 horas del día para que las pacientes y bebés hospitalizados puedan bañarse y el personal de la cocina subrogada esté en posibilidades de preparar los alimentos para dichos pacientes, además de que la lavadora y secadora (ambas de tipo industrial) del hospital también requieren de ése combustible para poder funcionar, originándose un consumo mensual del mismo de \$ 3,200.00 mensuales para el año 2008, \$ 8,820.00 para el año 2009 y \$ 14,600.00 para el año 2010. Por lo que al **DIESEL** se refiere, éste sólo se utiliza para la planta de luz de emergencia cuando falla el suministro de energía eléctrica (principalmente en temporada de lluvias) y el consumo mensual en litros en los años 2009 y 2010 fue equivalente pero su costo se incrementó debido al aumento en el precio de éste. Respecto a la **GASOLINA PARA VEHÍCULOS** fué hasta el 10 de diciembre del año 2007 cuando se envió una camioneta Pic Up Marca Ford Modelo Ranger para el uso del hospital, asignándose a partir de ésa fecha un importe mensual de \$ 2,400.00 para gasolina, sin embargo dado que a finales de año las oficinas del ISEM ubicadas en la Ciudad de Toluca se cierran por motivo de vacaciones del personal y debido a que la mayoría de traslados se realizan hacia esa Ciudad, sólo se nos asignó para ese mes de diciembre de 2007, un importe de \$ 1000.00 para gasolina de vehículos. Fué hasta el mes de junio del año 2009 cuando se envió una ambulancia para uso exclusivo del hospital en el traslado de sus pacientes, ya que en un principio, se nos brindó el apoyo con ambulancia y personal del Servicio de Urgencias del Estado de México (SUEM) para realizar ésta tarea. A partir de esa fecha se asignó un monto de 3,000.00 para gasolina de ésa unidad de transporte.

Sin embargo a principios del mes de abril del año 2010, la persona que llevaba la camioneta Ford Ranger, sufrió un accidente y la empresa de seguros consideró como pérdida total a dicho medio de transporte por lo que se dejó de consumir el monto de gasolina destinado para el mismo.

Por otro lado, el 15 de julio de ese año, fué sustituido ese vehículo por un automóvil Marca Chevrolet, Modelo Chevy para el cual se asignó un monto de 2,000.00 mensuales para gasolina, además desde principios de año, el monto para gastos de gasolina de la ambulancia asignada al hospital aumentó a \$ 3,500.00 mensuales, dada la productividad y demanda de traslados por parte de la población solicitante de servicios de salud en el Hospital Materno-Infantil “Leona Vicario” Bicentenario.

En cuanto a los **GASTOS DE NÓMINA**, a mediados del mes de octubre del año 2007 que fué cuando el hospital abrió sus puertas al público comenzaron a laborar en él 24 personas (incluyendo personal médico, de enfermería y administrativo que serían pagados con recursos asignados al Seguro Popular) sujetas a un contrato de seis meses en el que se establecía que éstas sólo recibirían un sueldo sin ninguna otra prestación. Sus remuneraciones realmente les fueron entregadas hasta el mes de diciembre del 2007. En ese año, el **Gasto en Nómina** fué de \$ 277,427.56; y sólo se brindaban servicios de Consulta Externa en el turno matutino.

en enero del año 2008, laboraban las mismas 24 personas, sin embargo, debido a la necesidad de comenzar a atender a la población demandante de servicios de salud en diferentes horarios, el ISEM se vió obligado a contratar cada vez más personal para habilitar el **turno vespertino, el nocturno y el de guardias especiales de fin de semana y días festivos**, y en diciembre de ese año, laboraban ya 84 personas (82 de Seguro Popular y 2 de Base) generando un gasto integrado por los pagos de nómina ordinaria a personal de Base y de Seguro Popular, gratificación a mando medio (Administrador del Hospital), prima vacacional, aguinaldos, vales de despensa y apoyos para el Día de Reyes pagados a personal de Base. En ese año se generó un **Gasto de Nómina** de \$ 10, 323,086.95

En enero del año 2009, laboraban en hospital 90 personas (incluyendo personal médico, de enfermería y administrativo pertenecientes al Seguro Popular y Base) pero el número siguió creciendo debido a la demanda de servicios de salud por parte de la población abierta del Municipio de Ixtapaluca hasta llegar en diciembre a 179 personas (98 de Seguro Popular, 22 de Base, 38 Regularizados, 19 de Recursos Propios y 2 Pasantes de Enfermería) dando origen a un gasto neto de nómina, integrado por el pago de nómina ordinaria al personal de Base y de Seguro Popular, gratificación a mando medio (Administrador del Hospital) y a pagadora habilitada, pago de nómina ordinaria a personal de Recursos Propios, pago de compensación a dos pasantes de enfermería, pago de la primera parte de aguinaldos, prima vacacional y vales de despensa a Personal de Base, Seguro Popular y Recursos Propios y pago de retroactivos de sueldo a algunos trabajadores de Base. En ese año el gasto por concepto de **Nómina** fué de \$ 20, 270,641.08.

En enero de 2010, laboraban en el hospital 163 personas (99 de Seguro Popular, 22 de Base, 38 Regularizados, 1 de Recursos Propios y 2 pasantes de enfermería), esto debido a que a algunas personas se les terminó su contrato en el mes de diciembre del año anterior y ya no se

les renovó, sin embargo con el tiempo, la plantilla de personal continuó incrementándose aunque ya no al mismo ritmo, y en diciembre de ése año laboraban en el hospital 186 personas(117 de Seguro Popular,19 de Base,32 Regularizados , 1 de Recursos Propios y 17 personas por honorarios) generando un gasto de nómina integrado por el pago de nómina ordinaria al personal de Base y de Seguro Popular, gratificación a mando medio(Administrador del Hospital), y a pagadora habilitada, pago de nómina ordinaria a personal de Recursos Propios, pago a personas contratadas por honorarios, pago de vales de despensa de fin de año, pago del aguinaldo primera parte a personal de Base y Regularizado y Pago de Premio de Antigüedad a 4 empleados del hospital. El **Gasto de Nómina** de ese año ascendió a \$ 26, 193,044.76.

Por lo que se refiere a los **GASTOS EN ACTIVO FIJO MAYOR** (Bienes con un costo mayor a 17 veces el salarios mínimos),en el año 2007, llegaron al Hospital bienes por un monto de \$ 5,189,360.45, siendo los importes más sobresalientes los invertidos en una mesa de expulsión para el Servicio de Tococirugía por un total de \$ 224,981.14, un ultrasonido básico por un total de \$ 202,400.00, una incubadora de traslado básica por un total de \$ 87,917.50,un lavacómodos por un total de \$ 63,250.00,una lámpara doble para cirugía por un total de \$ 148,079.75,una autoclave de vapor por un total de \$ 636,985.00,dos cunas de calor radiante sin fototerapia por un total de \$ 313,421.00,una máquina de anestesia básica por un total de \$ 506,575.00,una mesa quirúrgica universal por un total de \$ 155,365.00,seis monitores de signos vitales por un total de \$ 536,226.60,un ventilador pediátrico neonatal por un total de \$ 515,200.00,tres carros rojos por un total de \$ 448,500.00,una lámpara de emergencia por un total de \$ 101,165.50,una lámpara de cirugía sencilla por un total de \$ 91,425.00,una unidad de electrocirugía por un total de 131,000.00,una unidad de estomatología por un total de \$ 82,798.85, y trece camas de hospitalización por un total de \$ 261,849.25.

Respecto al año 2008,se recibieron en el hospital bienes por un monto de \$ 2,521,960.80, siendo los importes más sobresalientes los invertidos en una camioneta marca Ford tipo Ranger, doble cabina de 4 cilindros por un total de \$ 163,500.00 , dos computadoras de escritorio y dos impresoras láser por un total de \$ 31,560.60,una lámpara de emergencia portátil por un total de \$ 80,500.00, un aspirador portátil de succión continua por un total de \$ 92,000.00, cinco camas de hospitalización manuales por un total de \$ 169,625.00, una camilla radiolúcida por un total de \$ 109,250.00,un equipo de rayos x portátil por un total de 337,955.10, tres camillas de traslado por un total de \$ 22,200.75, una estufa industrial de 4 quemadores por un total de \$ 31,500.00, un revelador de placas radiográficas automático de mesa por un total de \$ 79,504.00, un equipo de rayos x fijo por un total de \$ 112,035.00, un espectrofotómetro por un total de \$ 34,945.05,un analizador de electrolitos por un total de \$ 63,250.00, un tococardiógrafo por un total de \$ 40,600.00, una lavadora industrial por un total de \$ 24,442.00, un equipo de rayos x dental por un total de \$ 24,437.50, un refrigerador para vacunas por un total de \$ 20,900.00 y una camioneta y su conversión para ambulancia por un total de \$ 466,600.00.

En el año 2009 llegaron al hospital bienes por un monto de \$ 134,523.00, sobresaliendo los importes invertidos en la compra de un electrocardiógrafo por importe de \$ 59,225.00, una camilla de traslado ó recuperación por un total de \$ 45,599.80 y una mesa de atención para recién nacido por un total de \$ 7,820.00.

Para el año 2010 llegaron bienes por un monto de 1,205,701.42, sobresaliendo los importes invertidos en la compra de un aspirador portátil de succión continua por un total de \$ 29,325.00 , un congelador de 14 pies cúbicos destinado a la conservación de paquetes sanguíneos utilizados en las cirugías por un total de \$ 18,595.50, una máquina de anestesia por un total de \$ 264,500.00 , una autoclave de mesa para el consultorio dental por un total de \$ 46,690.00, un oxímetro de pulso por un total de \$ 34,155.00, un cardiotocógrafo por un total de \$ 38,985.00 , una incubadora de traslado con ventilador por un total de \$ 247,250.00 y una cuna de calor radiante sin fototerapia por un total de \$ 456,782.30.

En cuanto a los **GASTOS EN ACTIVO FIJO MENOR**(Bienes con un costo menor a 17 veces el salario mínimo) en el año 2007 llegaron bienes por un monto de \$ 126,356.21 siendo los importes más sobresalientes los invertidos en trece bancos giratorios por un total de \$ 7,714.20, diez y ocho botes sanitarios con pedal por un total de \$ 11,507.40, cuarenta y ocho sillas apilables por un total de \$ 17,929.44, veinte y dos sillas giratorias secretariales por un total de \$ 10,659.88, doce mesas puente(para poner alimentos de pacientes hospitalizados) por un total de \$ 7,345.80, veinte y cuatro portavenoclísis rodables por \$ 10,593.12, catorce bancas de acrílico para salas de espera por un total de \$ 11,189.50 y quince lockers dobles para personal médico y de enfermería por un total de \$ 10,695.00.

En lo que se refiere al año de 2008, se recibieron en el hospital bienes por un monto de \$ 50,379.11, siendo los importes más sobresalientes los invertidos en dos mesas de mayo por un importe de \$ 1,478.90, dos sets de instrumental(7 piezas) para atención de recién nacido por un total de \$ 1,598.16, dos botes para basura tipo campana por un total de \$ 1,622.00, tres lámparas de chicote por un total de 1,596.54, veinte cestos metálicos para basura por un total de 2,115.40, ocho cubetas y portacubetas de patada por un total de \$ 5,399.92, diez espejos vaginales grandes por un total de \$ 2,109.40 y trece espejos vaginales medianos por un total de 2,712.32, cinco lámparas de chicote por un total de \$ 2,736.65, ocho negatoscopios sencillos de pared por un monto de 5,123.76, seis botes metálicos tipo campana para basura por un total de 4,201.80, catorce cestos metálicos para basura por un total de 1,480.78 y doce carpetas metálicas portaexpedientes por un total de \$ 2,427.12.

En el año de 2009 no llegaron al hospital Bienes de Activo Fijo Menor y posteriormente, en el año 2010 se recibieron bienes por un monto de \$ 15,932.02 sobresaliendo los importes invertidos en la adquisición de ocho carpetas metálicas portaexpedientes por un total de \$ 2,216.00 y dos bancas vestidor para los baños de pacientes por un total de \$ 1,218.00, ocho estetoscopios de cápsula doble por un total de \$3,118.80, once portavenoclísis rodables por un total de \$ 4,955.17 y 6 lámparas de chicote por un total de \$ 3,600.00.

Respecto a los **GASTOS EN INSUMOS PROPORCIONADOS POR EL ALMACEN CENTRAL DEL ISEM**, podemos dividirlos en 6 suministros: el suministro 1, representado por todos los insumos considerados como medicamentos, el suministro 2, por todos los materiales para curación, el suministro 3, por todos los materiales para laboratorio (tanto de análisis clínico como

de rayos x),el suministro 4,por materiales diversos que pueden ser materiales eléctricos, de limpieza,ropería,uniformes, calzado,etc.,el suministro 5,representado todos los materiales de papelería necesarios para poder llevar a cabo principalmente la operación administrativa del hospital y finalmente, el suministro 6 integrado por todos aquellos bienes de activo fijo consumibles en poco tiempo como son herramientas, instrumental médico,etc. que tienen un valor menor al importe de 17 salarios mínimos.

El HMILVB comenzó a ser habilitado como tal, a mediados del mes de octubre de 2007 y en sus inicios los pocos insumos que requería en cuanto a Medicamentos y Material de Curación se refiere, comenzaron a ser abastecidos por la Farmacia Disur (empresa de servicio de farmacia subrogado) y también en una pequeña proporción por el almacén de la Jurisdicción Sanitaria de Amecameca; por lo que concierne a los Materiales de Laboratorio, éste servicio no se encontraba aún funcionando, ya que fué aperturado al público hasta el mes de abril de 2008 y por tanto no se necesitaban aún, insumos para el mismo. Respecto a los Materiales Diversos (papel sanitario, aromatizantes para wc en pastilla, etc.) y Materiales de Papelería (bolígrafos, cuadernos, gomas, sacapuntas, etc.) estos fueron brindados en una pequeña cantidad en el año 2007 por el Departamento de Recursos Materiales de la JSA. Y fué hasta el mes de enero del año 2008, que el Almacén Central del ISEM, ubicado en la Ciudad de Toluca, empezó a surtir los diferentes insumos al hospital.

En los meses de enero a marzo del año 2008, no hubo movimientos de ningún tipo de insumo proporcionado por el Almacén Central del ISEM debido a que en ese período, los consumos se cargaron al centro de costos de la JSA y fué hasta abril de ese año, que comenzaron a registrarse los primeros movimientos cargados al hospital.

En enero de 2008, la JSA proporcionó al HMILVB Materiales de Curación (fresas, aleación dental para amalgama, algodón dental, lidocaína al 2%, antiséptico germicida, mercurio químicamente puro, pasta para profilaxis, paños para exprimir amalgama, agujas dentales, etc.) por un total de \$ 2,149.54 con la finalidad de poner en operación el consultorio dental del hospital. En el mes de febrero, nuevamente la JSA apoyó al hospital con un monto de \$649.54 de Materiales de Curación para el consultorio dental, y en el mes de marzo, ese monto ascendió a \$ 692.30.Finalmente para el mes de abril de ese mismo año, el monto de Material de Curación enviado por la JSA para el consultorio dental del hospital, ascendió a \$ 501.80. Por otro lado, también hubo consumo de Materiales Diversos enviados por la JSA; en enero de 2008,se generó un gasto de \$ 41.10 por concepto de papel sanitario e insecticida, en febrero de ese año, éste monto aumentó a \$ 195.24 por consumo de éstos mismos artículos, y en el mes de marzo disminuyó a \$141.78,ya que en ese mes sólo se consumió papel higiénico y diez kilogramos de detergente en polvo, para abril el consumo fué de esos mismos artículos y el monto ascendió a \$ 204.70.

De abril a diciembre del año 2008, hubo gastos en **insumos proporcionados por el Almacén Central del ISEM** por un importe de \$ 245,559.27 distribuidos de la siguiente forma:

Medicamentos:	\$ 59,916.80
Materiales de Curación:	\$ 31,697.64
Materiales para Laboratorio:	\$ 17,564.13
Materiales Diversos:	\$ 109,273.91
Materiales de Papelería:	\$ 27,107.19
Activo Fijo Consumible:	\$ 0.00

El **gasto en Medicamentos** estuvo representado principalmente por los consumos de soluciones electrolíticas como Glucosa en diferentes concentraciones, Cloruro de Sodio en diferentes concentraciones, Soluciones Mixtas (Glucosa y Cloruro de Sodio) y Agua Inyectable.

El **gasto en Materiales de Curación** estuvo integrado principalmente por los equipos para venoclisis, los equipos para bomba de infusión y los equipos para transfusión de sangre.

El **gasto en Materiales para Laboratorio** estuvo representado por el abasto de agujas para toma y recolección de sangre, tubos pediátricos y para adulto para toma y recolección de sangre y tiras y lancetas estériles para determinación de glucosa en la sangre surtidas al Laboratorio de Análisis Clínico del hospital.

El **gasto en Materiales Diversos** estuvo representado principalmente por las entregas de ropa clínica y hospitalaria como son sábanas clínicas, cobertores para adulto y pediátricos, almohadas, fundas para almohada, colchas, batas para pacientes adultos y pediátricos, uniformes quirúrgicos, etc. así como por materiales para el área de lavandería como detergente en polvo, detergente alcalino prelavador, suavizante para telas y cloro en polvo.

El **gasto en Materiales de Papelería** se integró por el consumo de artículos como recetarios médicos, bolígrafos, cuadernos, engrapadoras, grapas lápices, sacapuntas, papel bond tamaño carta y tamaño oficio, etc. necesarios para realizar las actividades principalmente del área administrativa del hospital.

En el año 2009, el gasto en **insumos proporcionados por el Almacén Central del ISEM** fué de \$ 802,077.38 distribuido de la siguiente forma:

Medicamentos:	\$	236,974.31
Materiales de Curación:	\$	111,040.76
Materiales para Laboratorio:	\$	118,703.87
Materiales Diversos:	\$	245,095.81
Materiales de Papelería:	\$	90,262.63
Activo Fijo Consumible:	\$	0.00

El **gasto en Medicamentos** estuvo representado principalmente por los consumos de soluciones electrolíticas como Glucosa en diferentes concentraciones, Cloruro de Sodio en diferentes concentraciones, Soluciones Mixtas (Glucosa y Cloruro de Sodio) y Agua Inyectable.

El **gasto en Materiales de Curación** estuvo integrado principalmente por los equipos para venoclisis, los equipos para bomba de infusión y los equipos para transfusión de sangre.

El **gasto en Materiales para Laboratorio** estuvo representado por el abasto de agujas para toma y recolección de sangre, tubos pediátricos y para adulto para toma y recolección de sangre, tiras y lancetas estériles para determinación de glucosa en la sangre, pruebas para determinar embarazo, algunos sueros como Anti A, Anti B, Anti AB, Anti D, surtidos al Laboratorio de Análisis Clínico y placas radiográficas de diferentes medidas así como líquidos revelador y fijador para placas radiográficas suministrados al Laboratorio de Rayos X del hospital.

El **gasto en Materiales Diversos** estuvo representado principalmente por las entregas de ropa clínica y hospitalaria como son sábanas clínicas, cobertores para adulto y pediátricos, almohadas, fundas para almohada, colchas, batas para pacientes adultos y pediátricos, uniformes quirúrgicos, materiales para el área de lavandería como detergente en polvo, detergente alcalino prelavador, suavizante para telas y cloro en polvo, así como la primera dotación de uniformes para el personal médico y de enfermería que ingresó a laborar al hospital del 16 de octubre del año 2007 al 28 de febrero del año 2009.

El **gasto en Materiales de Papelería** se integró por el consumo de artículos como recetarios médicos, bolígrafos, cuadernos, engrapadoras, grapas, lápices, sacapuntas, papel bond tamaño carta y tamaño oficio, carpetas para archivar documentos, tóner para impresoras, etc. necesarios para realizar las actividades principalmente del área administrativa del hospital.

En el año 2010, el gasto en insumos proporcionados por el Almacén Central del ISEM fué de \$ 798,876.45 distribuido de la siguiente forma:

Medicamentos:	\$ 120,487.00
Materiales de Curación:	\$ 33,023.37
Materiales para Laboratorio:	\$ 232,531.62
Materiales Diversos:	\$ 334,208.28
Materiales de Papelería:	\$ 78,623.18
Activo Fijo Consumible:	\$ 0.00

El **gasto en Medicamentos** estuvo representado principalmente por los consumos del medicamento denominado Fosfolípidos de Pulmón Porcino, el cual fué requerido por el Área de Pediatría para la atención de bebés prematuros así como por anticonceptivos utilizados en el Área de Ginecología como dispositivos intrauterinos, Estradiol Noretisterona, Valerato Estradiol, Estradiol Ciproterona etc. Cabe mencionar que aunque aparentemente el gasto fue menor que en el año 2009, esto no es real y se debe a que a partir del mes de enero del año 2010, las soluciones ya no se manejaron como abasto del Almacén Central del ISEM, sino que comenzaron a ser surtidas y facturadas por la farmacia subrogada, por lo que el gasto en medicamentos abastecidos por ésta farmacia comenzó a aumentar a partir de dicho mes.

El **gasto en Materiales de Curación** estuvo integrado principalmente por el abasto de los equipos para venoclísis, los equipos para bomba de infusión y los equipos para transfusión de sangre pero en menor medida que el año anterior, ya que en éste rubro ocurrió algo parecido a lo que sucedió en el renglón de los Medicamentos, pues también a partir del mes de enero del año 2010, empezó a ser surtido en menor medida y facturado por la farmacia subrogada. También en éste año entraron en dicho concepto, los gastos en insumos para prevenir un posible brote de influenza H1 N1 en la región, como fueron cubrebocas, gel antibacterial, googles, trajes protectores, etc.

El **gasto en Materiales para Laboratorio** estuvo representado por el abasto de agujas para toma y recolección de sangre, tubos pediátricos y para adulto para toma y recolección de sangre, tiras y lancetas estériles para determinación de glucosa en la sangre, pruebas para determinar embarazo, algunos sueros como Anti A, Anti B, Anti AB, Anti D, surtidos al Laboratorio de Análisis Clínico y placas radiográficas de diferentes medidas así como líquidos revelador y fijador para placas radiográficas suministrados al Laboratorio de Rayos X del hospital.

El **gasto en Materiales Diversos** estuvo representado principalmente por las entregas de ropa clínica y hospitalaria como son sábanas clínicas, cobertores para adulto y pediátricos,

almohadas, fundas para almohada,colchas,batas para pacientes adultos y pediátricos, uniformes quirúrgicos, materiales para el área de lavandería como detergente en polvo, detergente alcalino prelavador, suavizante para telas y cloro en polvo, papel sanitario, toallas de papel, aromatizante en pastilla para wc,jerga,franela, jabón para tocador,etc. para el servicio de limpieza, así como la entrega de uniformes para el personal médico, de enfermería y administrativo que ingresó a laborar al hospital del 01 de enero del año 2009 al 28 de febrero del año 2010.

El **gasto en Materiales de Papelería** se integró por el consumo de artículos como recetarios médicos, bolígrafos, cuadernos, engrapadoras, grapas, lápices, sacapuntas, papel bond tamaño carta y tamaño oficio, carpetas para archivar documentos, tóner para impresoras,Cd's, etc. necesarios para realizar las actividades principalmente del área administrativa del hospital.

En cuanto a los **GASTOS EN INSUMOS ADQUIRIDOS POR COMPRA DIRECTA** se refiere, al igual que los que fueron abastecidos por el Almacén Central del ISEM, podemos dividirlos en 6 suministros: el suministro 1, representado por todos los insumos considerados como medicamentos, el suministro 2,por todos los materiales para curación, el suministro 3,por todos los materiales para laboratorio(tanto de análisis clínico como de rayos x),el suministro 4,por materiales diversos que pueden ser materiales eléctricos, de limpieza,ropería,uniformes, calzado,etc.,el suministro 5,representado todos los materiales de papelería necesarios para poder llevar a cabo principalmente la operación administrativa del hospital y finalmente, el suministro 6 integrado por todos aquellos bienes de activo fijo que son consumibles en poco tiempo como herramientas, instrumental médico,etc. que tienen un valor menor al importe de 17 salarios mínimos.

Las compras directas sólo se pueden realizar si el ó los artículos que son requeridos por el hospital mediante una requisición de almacén, no son surtidos por el Almacén Central del ISEM, ya sea porque no cuenta con las existencias de dicho ó dichos artículos ó porque es un insumo que no aparece en su catálogo principal; ante tal situación, la jefatura del Almacén Central del ISEM otorga un sello de "no existencia" en la requisición respectiva con lo que se justifica la compra directa.

En el HMILVB se comenzó a realizar compras directas a partir del año 2008.

En el año 2008, el gasto en **INSUMOS ADQUIRIDOS POR COMPRA DIRECTA** fué de \$ 121,074.40 distribuido de la siguiente forma:

Medicamentos:	\$	0.00
Materiales de Curación:	\$	920.00
Materiales para Laboratorio:	\$	38,279.95
Materiales Diversos:	\$	40,203.28
Materiales de Papelería:	\$	10,727.50
Activo Fijo Consumible:	\$	30,943.67

El **gasto en Materiales de Curación** estuvo integrado por la compra de Pinzas Umbilicales requeridas en el Área de Pediatría del hospital.

El **gasto en Materiales para Laboratorio** estuvo representado por la compra de algunos insumos como placas periapicales para adulto requeridas por el servicio de Odontología, tubos para toma y recolección de sangre para adulto y pediátricos, algunos sueros como el Anti A, Anti B, Anti AB y Anti D y pruebas para embarazo requeridos por el Laboratorio de Análisis Clínico y placas radiográficas de diferentes medidas así como líquidos revelador y fijador solicitados por el Laboratorio de Rayos X del hospital.

El **gasto en Materiales Diversos** estuvo representado principalmente por las compras de material eléctrico (balastras, focos para lámparas de quirófano, lámparas tubulares, lámparas redondas, apagadores, cable de diversos tipos, etc.), chapas para varias puertas, material para fijar lámparas de cirugía al techo, esmalte para pintar señalización y cajones del estacionamiento, materiales para lavandería como cloro líquido y detergente en polvo, garrafones de agua de 20 litros para los diversos servicios del hospital, etc.

El **gasto en Materiales de Papelería** se integró por las compras de artículos como charolas portapapeles, rollos de hule cristal, papel lustre, tóner para impresoras, sellos de goma, CDs, cojines para sello, papel bond tamaño carta y tamaño oficio, un sacapuntas eléctrico, etc.

En el caso del **gasto en Activo Fijo Consumible**, éste se originó debido a la adquisición de herramientas destinadas al Departamento de Servicios Generales del hospital como son: un pulidor, un taladro con juegos de brocas de diferentes tamaños y calibres, una barreta, llaves diversas como perico, españolas y stilson, pinzas diversas, juegos de desarmadores, palas, un diablo para carga pesada, un tornillo banco-industrial, una caladora, un rotomartillo, una escalera de aluminio, dos cajas para herramienta, un compresor de aire, una grasera, un switch para internet, etc.

En el año 2009, el gasto en **INSUMOS ADQUIRIDOS POR COMPRA DIRECTA** fué de \$ 207,004.68 distribuido de la siguiente forma:

Medicamentos:	\$	28,195.00
Materiales de Curación:	\$	26,381.05
Materiales para Laboratorio:	\$	73,583.50
Materiales Diversos:	\$	69,598.74
Materiales de Papelería:	\$	8,695.59
Activo Fijo Consumible:	\$	550.80

El **gasto en Medicamentos** estuvo representado por la compra de varias unidades del medicamento denominado Carbetocina, el cual se utiliza en el Área de Tococirugía para evitar hemorragias principalmente en las pacientes que son sometidas a una cesárea.

El **gasto en Materiales de Curación** estuvo integrado por la compra de catéteres umbilicales, electrodos pediátricos y mascarillas para oxígeno pediátricas requeridas en el Área de Pediatría, mascarillas quirúrgicas, papel para tocardiógrafo, papel para desfibrilador, así como insumos (gel desinfectante, cubrebocas de concha, mascarillas de seguridad y googles) para prevenir una epidemia de la enfermedad que en ese momento se estaba manejando como alarmante en el país, la Influenza H1N1.

El **gasto en Materiales para Laboratorio** estuvo representado por la compra de algunos insumos como tubos para toma y recolección de sangre para adulto y pediátricos, sueros como el Anti A, Anti B, Anti AB y Anti D, Antígenos VDRL y pruebas para embarazo requeridos por el Laboratorio de Análisis Clínico y placas radiográficas de diferentes medidas así como líquidos revelador y fijador solicitados por el Laboratorio de Rayos X del hospital.

El **gasto en Materiales Diversos** estuvo representado principalmente por las compras de material eléctrico (balastras, focos para lámparas de quirófano, apagadores, cable de diversos tipos, etc.), material de plomería (tubo de cobre para instalación de gas, llaves mezcladoras, tarjas, etc.) tablas, hojas de triplay, molduras de madera, pilas de diversos tipos, papel sanitario tamaño jumbo, toallas de papel desechables, cubetas de jabón líquido, despachadores de papel sanitario tamaño jumbo, despachadores de toallas de papel desechables, despachadores de jabón líquido, materiales para lavandería como detergente y cloro líquido, garrafones de agua de 20 litros para los diversos servicios del hospital, etc.

El **gasto en Materiales de Papelería** se integró por las compras de artículos como folders tamaño carta y oficio, cartuchos de tinta para fax, sellos de goma, CDs, cojines para sello, papel bond tamaño carta y tamaño oficio, perforadoras metálicas, sellos foliadores, protectores de hojas, memorias USB, etc.

En el caso del **gasto en Activo Fijo Consumible**, éste se originó debido a la adquisición de una pistola para pintar destinada al Departamento de Servicios Generales del hospital.

En el año 2010, el gasto en **INSUMOS ADQUIRIDOS POR COMPRA DIRECTA** fué de \$ 260,806.24 distribuido de la siguiente forma:

Medicamentos:	\$	89,903.38
Materiales de Curación:	\$	30,683.11
Materiales para Laboratorio:	\$	13,549.28
Materiales Diversos:	\$	94,213.92
Materiales de Papelería:	\$	30,414.01
Activo Fijo Consumible:	\$	2,042.54

El **gasto en Medicamentos** estuvo representado por la compra de varios medicamentos como Plavix, Atropina, Labetalol, Misoprostol, Cytotec, Carbetocina y Oxitocina requeridos por el Área de Tococirugía del hospital.

El **gasto en Materiales de Curación** estuvo integrado por la compra de catéteres umbilicales, catéteres de acceso percutáneo, mascarillas para anestesia neonatal y pediátrica desechables y resucitadores pediátricos requeridos en el Área de Pediatría del hospital.

El **gasto en Materiales para Laboratorio** estuvo representado por la compra de algunos insumos como tubos para toma y recolección de sangre para adulto y pediátricos requeridos por el Laboratorio de Análisis Clínico ,tiras reactivas para determinar glucosa en la sangre requeridas en el servicio de Medicina Preventiva, placas radiográficas de diferentes medidas así como líquidos revelador y fijador solicitados por el Laboratorio de Rayos X y papel para ultrasonido y tococardiógrafo que se necesitaban en el servicio de Ginecología del hospital.

El **gasto en Materiales Diversos** estuvo representado principalmente por las compras de material eléctrico (balastras, focos para lámparas de quirófano, apagadores, un interruptor termo magnético trifásico, lámparas tubulares etc.), material de plomería (tubo de cobre para instalación de gas, llaves mezcladoras, etc.) tablas, hojas de triplay, molduras de madera, pilas de diversos tipos, papel sanitario tamaño jumbo, toallas de papel desechables, cubetas de jabón

líquido, despachadores de papel sanitario tamaño jumbo, despachadores de toallas de papel desechables, despachadores de jabón líquido, garrafones de agua de 20 litros para los diversos servicios del hospital, malla metálica, una lona de 5x4 mts., un timbre campana para implementar el sistema de Código Mater (Sistema para indicar al personal de los diversos servicios del hospital que existe un paciente en el servicio de Urgencias que requiere la intervención inmediata de varios servicios como son laboratorio de análisis clínico, laboratorio de rayos x, trabajo social, chofer de ambulancia, personal de enfermería etc.).

El **gasto en Materiales de Papelería** se integró por las compras de artículos como pizarrones de corcho, un pintarrón color blanco, cartuchos de tinta para fax, sellos de goma, cojines para sello, papel bond tamaño carta y tamaño oficio, cinta y tarjetas para reloj checador, placas de unicel, hule cristal, papel América, carpetas panorámicas, protectores de hojas, etc.

En el caso del **gasto en Activo Fijo Consumible**, éste se originó por la compra de una turbina para la pieza de mano del equipo de estomatología y dos lámparas de fototerapia requeridas en el Área de Pediatría del hospital.

Respecto a los **GASTOS POR CONCEPTO DE REPARACIONES DE EQUIPO MEDICO Y DE OFICINA**, cabe mencionar que los equipos médicos en el caso del ISEM, son adquiridos **en base a Licitaciones** (es decir, concursos entre empresas para determinar la que brinda mejor costo, servicio y garantía) y que una vez que se compran los equipos, normalmente la empresa que los vende mínimo otorga dos años de garantía a partir de su fecha de instalación por lo que, siendo que el HMILVB abrió sus puertas al público a mediados del mes de octubre del año 2007, sus equipos médicos fueron instalados en ése año y las primeras reparaciones de aquellos que las requirieron, comenzaron a realizarse a partir del año 2009, aunque también debemos tomar en cuenta que algunos otros equipos ya habían sido comprados en años anteriores y sólo fueron transferidos por parte de alguna otra unidad médica perteneciente al ISEM por lo que algunos de ellos dejaron de funcionar adecuadamente y tuvieron que repararse a la par de los instalados en el año 2007.

En el **año 2009**, el gasto por concepto de **reparaciones de equipo médico y de oficina** ascendió a **\$ 391,093.64** integrado por las reparaciones de los siguientes equipos: 2 máquinas de anestesia, 2 cunas de calor radiante, 1 mesa quirúrgica, 2 lámparas de cirugía, 1 lavadora de ropa tipo industrial, 1 estuche de diagnóstico, 1 equipo de estomatología (odontología), 1 lámpara de fototerapia, 1 equipo de suministro de gases medicinales (oxígeno), 1 secadora de ropa tipo industrial, 1 incubadora estacionaria, 1 incubadora de traslado, 1 tococardiógrafo, 1 máquina esterilizadora (autoclave), 3 refrigeradores del área de Medicina Preventiva, 1 refrigerador del área de laboratorio de análisis clínico, 1 equipo de rayos x fijo y 1 caldereta.

En el **año 2010** por ése mismo concepto **el gasto fué de \$ 314,919.55** compuesto por las reparaciones de los siguientes equipos: 6 extractores de aire, 1 caldereta, 5 máquinas de escribir, 1 recuperador de plata, 1 equipo de estomatología (odontología), 1 refrigerador del área

de laboratorio de análisis clínico, 1 refrigerador del área de tococirugía, 1 máquina de anestesia, 2 estuches de diagnóstico, 1 sistema de aire acondicionado, 1 tococardiógrafo, 2 baumanómetros, 1 máquina esterilizadora (autoclave), 1 compresor dúplex, 1 lámpara de emergencia, 1 equipo de rayos x fijo, 1 equipo de rayos x portátil, 1 compresor, 1 equipo de ultrasonido y 3 escritorios médicos.

En lo que se refiere a **los GASTOS EN SERVICIOS SUBROGADOS** podemos decir que todos éstos, se contratan en base a una licitación en la que la empresa ganadora firma un contrato anual con el ISEM, y en el mismo se establecen ciertas condiciones, entre ellas, un costo fijo mensual por la prestación del servicio del que se trate.

En el caso del **GASTO EN VIGILANCIA** del hospital, aunque éste abrió sus puertas al público en octubre del año 2007, el **Servicio de Vigilancia**, se contrató desde principios de ese año para que éste personal resguardara y cuidara las instalaciones del hospital a partir de ese momento. Desde un inició y hasta la fecha, el servicio de Vigilancia incluye los sueldos de 8 Vigilantes y 1 Suboficial. **El Gasto Mensual de Vigilancia fué de \$ 80,611.35 en los años 2007 y 2008 y de \$ 93,186.00 en los años de 2009 y 2010.** Por lo que se refiere al **SERVICIO DE INTENDENCIA**, éste se contrató a partir del 01 de octubre de 2007, ocupando desde un principio a 15 personas para cubrir los distintos turnos (matutino, vespertino y nocturno) y todos los días de la semana con un costo mensual de **\$ 49,335.00 en los años 2007 y 2008, \$ 53,561.25 en el año de 2009 y \$ 54,027.00 en el año de 2010.**

En cuanto a la **RECOLECCIÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO-INFECCIOSOS (R.P.B.I.)**, éste servicio se contrató a principios del año 2008, sin embargo, en un inicio sus cifras eran insignificantes, por ejemplo en enero de ese año, la empresa recolectora sólo se llevó 2 kgs. de esos desechos, en marzo 4.60 kgs. y ésta fué creciendo poco a poco, pues en junio fué de 42.50 Kgs., en septiembre de 240 kgs. en octubre de 334 kgs. y en noviembre de 216 Kgs. Esto significa un promedio de 155 kgs. mensuales por un costo de \$ 20.11 por kilogramo cobrado por la empresa por su recolección, nos arroja un importe de \$ 3,117.05 mensuales. Para el año 2009, el Instituto de Salud del Estado de México cambió de empresa recolectora y las cifras de recolección, ya eran bastante diferentes pues por ejemplo en marzo de ese año, la recolección fué de 508.50 kgs. en abril de 706.62 kgs., en julio de 661.70 kgs., en septiembre de 736.55 kgs. y en noviembre de 806.54 kgs. es decir, un promedio de 684 kgs. mensuales por un costo de \$ 16.00 por kilogramo, nos da un resultado de \$ 10,944.00 mensuales. Para el año 2010, la recolección continuó creciendo, llegando a un promedio de 750 kgs. mensuales por un costo de \$ 16.00 por kilogramo, lo cual importa un total de \$ 12,000.00 mensuales. En cuanto al **SERVICIO DE RENTA Y LAVANDERIA DE ROPA CLINICA Y QUIRURGICA** (sábanas, colchas, cobertores, fundas para almohada, toallas, batas para paciente, batas quirúrgicas, campos sencillos y dobles, fundas para Mesa Mayo, campos para Mesa de Rinón, piñeras quirúrgicas, etc.) a partir del mes de febrero de 2008 y hasta el mes de marzo del año 2009, la ropa sucia hospitalaria era lavada y secada en máquinas pertenecientes al hospital por parte de personal de lavandería contratado directamente por el ISEM, sin embargo a

partir del mes de abril del año 2009, hubo cambio en ésta política y desde ésa fecha el **SERVICIO DE LAVANDERIA DE ROPA CLINICA Y QUIRURGICA**, pasó a ser **SUBROGADO**, es decir ésta labor, comenzó a ser realizada por una empresa externa al Instituto la cual inicialmente entregó al hospital una dotación de 4000 prendas entre ropa clínica y quirúrgica con la condición de incrementarla conforme se fuera requiriendo. En el mes de mayo del año 2009 ésta empresa lavó y entregó al hospital 833 piezas de Ropa Clínica y Quirúrgica con un costo de \$ 7.26 por prenda lavada y un total de \$ 6,045.00, en junio de ese año, las prendas lavadas por la empresa subrogada ascendieron a 3989 y un importe de 28,946.00, en julio las prendas lavadas fueron 3975 con un importe de \$ 28,845.00, en agosto fueron 5971 prendas con un importe de \$ 43,329.00, en septiembre 6024 prendas y un importe de \$ 43,713.16 y en octubre de ese año se incrementaron a 7460 prendas con un importe de \$ 54,133; esto significa un promedio mensual de 4,709 prendas por un costo de \$ 7.26 por prenda y un importe de \$ 34,187.00. Para el año 2010, las cantidades de prendas lavadas por parte de la empresa subrogada continuaron aumentando; en el mes de enero de ése año fueron 7,515 prendas por un costo de \$ 7.32 por prenda y un importe de \$ 55,007.00, en febrero fueron 6,208 prendas por un importe de \$ 45,440.00, en marzo fueron 6831 prendas por un importe de \$ 50,000.00, en abril fueron 6,188 prendas por un importe de \$ 45,296.00, en mayo la empresa subrogada incrementó el precio por prenda lavada y en ese mes se lavaron 6,971 prendas por un importe de \$ 79,085.00, en junio se lavaron 6,202 prendas por un importe de \$ 70,360.00, en julio se lavaron 6,393 prendas por un importe de \$ 72,497.00, en agosto fueron 6766 prendas por un importe de \$ 76,726.00, en septiembre fueron 6953 prendas por \$ 78,847.00, en octubre fueron 7494 prendas por un importe de 83,818.00, en noviembre fueron 6294 prendas por un importe de \$ 69,976.00 y en diciembre fueron 6198 prendas por un importe de \$ 70,285.00. En cuanto al **SUMINISTRO DE GASES MEDICINALES (OXIGENO)** podemos decir que una vez que se habilitaron en el mes de febrero del año 2008 los servicios de Urgencias, Tococirugía, Quirófano, Pediatría y Hospitalización, se hizo necesario contar también con el suministro de gases medicinales (oxígeno) por lo que previendo ésta situación, desde el 10 de febrero de ése año fué puesto en funcionamiento por parte de la empresa, Praxair, México, S. de R.L. de C.V. el **Sistema de Suministro de Gases Medicinales (Oxígeno)**. En el mes de febrero de ése año, el gasto en ése insumo ascendió a \$ 3,330.40, en marzo fué de \$ 8,131.00, en abril de \$ 7,438.20, en mayo de \$ 14,045.26, en junio de \$ 7,481.90, en julio de \$ 7,912.00, en agosto de \$ 9,173.53, en septiembre de \$ 8,5875.55, en octubre de \$ 7,470.98, en noviembre de \$ 9,972.25 y en diciembre de \$ 9,961.30. En el año 2009, el gasto en Gases Medicinales comenzó a incrementarse producto de la demanda de servicios de salud por parte de pacientes que tuvieron que ser hospitalizados; en enero el gasto fué de 12,065.51, en febrero de \$ 8,784.53, en marzo de \$ 9,928.89, en abril de \$ 11,520.03, en mayo de \$ 18,277.79, en junio de \$ 13,224.84, en julio de \$ 21,650.27, en agosto de \$ 23,780.02, en septiembre de \$ 13,190.04, en octubre de \$ 31,824.39, en noviembre de \$ 21,622.94 y en diciembre de \$ 20,633.58. Para el año 2010, el consumo de gases medicinales por parte del HMILVB continuó en ascenso; en enero de ese año el gasto fué de \$ 19,484.74, en febrero de \$ 22,516.97, en marzo de \$ 24,196.55, en abril de \$ 21,733.43, en mayo de \$ 29,985.30, en junio de \$ 25,506.83, en julio de \$ 27,263.80, en

agosto de \$ 28,034.99, en septiembre de \$ 25,892.33, en octubre de \$ 24,712.88, en noviembre de \$ 24,364.08 y en diciembre de \$ 22,312.98. Por lo que al **CONTROL DE PLAGAS(FUMIGACIÓN)** se refiere, en el año 2007 aún no se contrataba éste servicio, para el 2008 se pagó un importe de \$ 30,000.00, es decir, \$ 2,500.00 mensuales, para el año 2009, el ISEM cambió de empresa de fumigación y el costo de la misma disminuyó, pagándose en ese año \$ 24,000.00, esto significa \$ 2,000.00 mensuales y finalmente, para el año 2010, también hubo cambio de empresa de fumigación y el costo anual disminuyó aún un poco más, siendo de \$ 23,664.00 esto es, \$ 1,972.00 mensuales.

En cuanto al **SERVICIO DE FOTOCOPIADO**, en un inicio los formatos médicos y administrativos que se requerían eran mínimos y se sacaban copias de los mismos en una papelería cercana al hospital, sin embargo con el paso del tiempo, al aumentar la demanda de servicios de salud por parte de la población, la cantidad de formatos principalmente para armar los expedientes clínicos aumentó, y al no proporcionarlos con suficiencia la imprenta del Instituto de Salud del Estado de México, se contrató por parte del Departamento de Servicio Generales del Instituto, el servicio subrogado de fotocopiado, asignando al hospital una **fotocopiadora en calidad de Comodato** para el uso exclusivo del fotocopiado de formatos oficiales, esto ocurrió a partir del mes de enero del año 2009, reproduciéndose en ese año, un promedio de 16,000 formatos mensualmente con un costo de \$ 0.211 por copia y en el año 2010, ese número aumentó a un promedio de 18,500 formatos fotocopiados mensualmente con un costo de \$ 0.24 por copia. En cuanto al **SERVICIO DE COCINA** se refiere, los primeros pacientes hospitalizados comenzaron a registrarse a partir de la segunda mitad del mes de marzo del año 2008, y fué a partir de esa fecha, que el **Servicio Subrogado de Cocina** empezó a funcionar como tal.

Los **Gastos de Cocina incluyen** desayunos, comidas y cenas proporcionados a los pacientes hospitalizados y comidas y colaciones al personal que tiene derecho a las mismas (personal de la Jornada Especial Diurna de días sábados, domingos y festivos y Jornadas Nocturnas), además de fórmulas lácteas para los bebés que por algún motivo no pueden ser amamantados por la madre.

En el **año 2008 los GASTOS EN EL SERVICIO SUBROGADO DE COCINA** ascendieron a \$ 209,833.00, en el **2009** a \$ 693,810.00 y en el **2010** a \$ 841,247.17.

Por lo que respecta a los **GASTOS EN EL SERVICIO SUBROGADO DE FARMACIA**, éstos se generaron por los **consumos de medicamentos** recetados por los médicos de los servicios de Consulta Externa, Urgencias y Consultas de Especialidad a los pacientes de Población Abierta y Seguro Popular que acudieron a solicitar el servicio médico al hospital, además por los consumos de los medicamentos necesarios para atender a pacientes sometidas a una intervención quirúrgica como cesárea, histerectomía, etc. así como las pacientes atendidas por parto normal y a los bebés que requirieron algún medicamento debido a su estado de salud al nacer.

Estos consumos se hicieron con base en un cuadro de distribución de medicamentos y materiales de curación establecidos por autoridades del ISEM y representantes de la distribuidora que ha ganado las licitaciones para la distribución de medicamentos y materiales de curación al Instituto durante los años 2007 al 2010 denominada Distribuidora Disur, S.A. de C.V.

Dentro de los insumos solicitados a la farmacia subrogada se encuentran medicamentos como Paracetamol en tabletas, Paracetamol, solución oral, Calcio en comprimidos efervescentes, Sulfato Ferroso en tabletas, Ampicilina en tabletas, cápsulas ó solución inyectable, Cefotaxima, solución inyectable, Ceptriasona, solución inyectable, Cefalexina en tabletas ó cápsulas, Amikacina, solución inyectable, Amoxicilina, suspensión, Ambroxol en jarabe, Ketorolako, solución inyectable, Electrolitos Orales, Dexametasona, solución inyectable, etc.

En cuanto a **gastos en Materiales de Curación**, éstos estuvieron representados por los consumos de catéteres para suministro de oxígeno, sondas de alimentación, guantes de látex para cirugía de diferentes tallas, jeringas de plástico de diferentes calibres, pañales desechables para niño y para adulto, vendas elásticas de diferentes anchos, etc.

En el **año 2007**, los **GASTOS EN EL SERVICIO SUBROGADO DE FARMACIA** fueron de \$ 202,139.29, en el año **2008** de \$ 3, 416,671.29, en el año **2009** de \$ 6, 660,528.05 y en el año **2010** de \$ 10, 319,852.70.

Los **GASTOS EN ESTUDIOS PARA PACIENTES AFILIADAS AL SEGURO POPULAR** estuvieron representados por gastos en estudios de laboratorio para pacientes embarazadas que por falta de material ó equipo tuvieron que enviarse a laboratorios externos para que se los realizaran, éstos estudios fueron por ejemplo, ultrasonidos de mama, próstata, pélvico, obstétrico y transvaginal, colposcopias, perfiles tiroideos, bilirrubinas en la sangre, estudios de VDRL, estudios de senos paranasales, electrocardiograma en reposo, etc.

Éste tipo de gastos comenzaron a efectuarse **en el 2010**, en ese año, el importe de los mismos fué de **\$ 39,966.65**.

4.1.7 ¿Cómo se calculan los costos de los servicios públicos de salud que proporciona el Hospital Materno-Infantil “Leona Vicario” Bicentenario a la población abierta del Municipio de Ixtapaluca?

Los montos cobrados por los diferentes servicios que brinda el HMI “Leona Vicario” Bicentenario a la población abierta del Municipio de Ixtapaluca, se basan en un tabulador de precios que es

elaborado y autorizado por la Dirección de Finanzas en conjunto con la Subdirección Administrativa de la Beneficencia Pública del ISEM, el cuál es enviado a las distintas unidades médicas del Instituto para su aplicación. Éste tabulador se encuentra integrado por 7 niveles de cobro de los diferentes servicios brindados por el ISEM a la población abierta: Nivel Exento, Nivel 1, Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4, Nivel 5 y Nivel 6.

Los diferentes niveles se aplican por lo general, dependiendo de la “zona económica” en la que se encuentra la unidad médica que brinda el servicio.

De igual manera, la Dirección de Finanzas del ISEM, establece a través de un Manual de Cuotas de Recuperación cuales son los Programas Exentos de Pago, los procedimientos para reclasificar el costo de un servicio hacia un nivel más bajo de cobro ó exentar el cobro de un servicio por falta de recursos económicos del paciente; y es la única área con facultades para establecer y modificar los tabuladores autorizados por las instancias competentes para su aplicación en los servicios médicos que proporcionan los hospitales del ISEM.

El HMILVB por su ubicación geográfica aplica el nivel 5 de cobro, sin embargo, aún así podemos decir que los costos por los servicios que brinda a la población abierta son bajos, pero ello se debe como ya se mencionó arriba, a que dichos costos son calculados con la intervención de la Subdirección de la Beneficencia Pública del ISEM y tomando en cuenta que es una responsabilidad del Estado mexicano, brindar a la población los servicios públicos de salud destinando parte del PIB del país para cumplir con ésta obligación.

De otra manera, ya no estaríamos hablando de servicios públicos de salud sino de servicios privados de salud, ya que por ejemplo un parto normal ó una cesárea que están considerados dentro de los “Servicios Exentos de Pago” aparecen en el tabulador con un costo de \$ 300.00, cuando en un hospital particular ése costo no sería nada comparable.

4.2 Problemática existente en el Hospital Materno-Infantil “Leona Vicario Bicentenario”

4.2.1 Infraestructura insuficiente.

4.2.2 Personal insuficiente.

4.2.3 Tiempos de espera prolongados para pasar a consulta.

4.2.4 Falta de personal especializado en las áreas de Ginecología, Pediatría y Anestesiología.

4.2.5 Personal que labora en dos instituciones ó más.

- 4.2.6 Insumos insuficientes y en ocasiones faltantes de la calidad que se requiere.
- 4.2.7 Existencia de un sindicato que en algunos casos protege a trabajadores ineficientes y/o “flojos”.
- 4.2.8 Falta de automatización de procesos.
- 4.2.9 Uso de equipo de oficina obsoleto.
- 4.2.10 Falta de mantenimiento preventivo de los equipos médicos y de oficina.

Por lo que se refiere a la infraestructura insuficiente del HMILVB, la demanda de servicios de salud por parte de la población abierta del Municipio de Ixtapaluca ha crecido de tal manera como consecuencia del incremento de la población estimulado por la construcción de fraccionamientos habitacionales en la zona, que ya ningún servicio de la unidad es suficiente: faltan consultorios para brindar atención de consulta externa, el área de archivo es insuficiente para conservar tanto expediente clínico, el área de laboratorio de análisis clínico es insuficiente para introducir nuevos equipos que permitan realizar los estudios que las y los pacientes requieren, no existe un espacio adecuado para ubicar la Jefatura de Enfermería, el área de Urgencias es insuficiente para atender a todos los pacientes que necesitan de éste servicio, el área de Tococirugía requiere un espacio mayor tanto para la atención de alumbramientos como para la recuperación postparto de las pacientes, lo mismo sucede con el quirófano el cuál requiere un espacio mayor destinado a la recuperación postoperatoria; asimismo, el área de hospitalización es insuficiente para mantener en recuperación a todas las pacientes que egresan de un parto, cesárea ó alguna otra intervención quirúrgica como lo son una histerectomía ó una miometomía,etc.

Al no haber una infraestructura compatible con la demanda de servicios de salud por parte de la población abierta del Municipio de Ixtapaluca, tampoco se puede contratar más personal del área médica y de enfermería, porque no existen los espacios dónde ubicarlo, lo cuál indudablemente afecta de manera negativa la tasa de empleo de la región.

La falta de una infraestructura adecuada y de personal médico y de enfermería para atender la demanda de servicios de salud en el HMILVB trae como consecuencia que los tiempos de espera para pasar a una consulta médica sean prolongados, lo cuál sin duda ocasiona malestar e inconformidad por parte de las y los pacientes.

Aunado a éstos problemas, existe en la zona una falta de personal médico calificado y especializado en las áreas de Ginecología, Pediatría y Anestesiología, el que es indispensable para cumplir de manera adecuada y eficiente con la función para la cuál fué creado el HMILVB, que es la atención de pacientes embarazadas y bebés. Por lo que al ausentarse ó renunciar uno de éstos profesionistas, el impacto en la atención médica se manifiesta de inmediato.

Por otro lado, existe personal principalmente de las áreas médica y de enfermería que además de laborar en el HMILVB, trabajan en alguna otra institución que suele ser el IMSS, el ISSSTE ó el Departamento de Distrito Federal, dónde ya tienen una plaza de base lo que sin duda, afecta la productividad del mismo al tener que realizar en ocasiones el recorrido de grandes distancias de un centro de trabajo a otro; esto conjugado con la situación de su contratación que se da por contrato temporal y no como personal de base, crea inseguridad en éstos y éstas trabajadoras que finalmente cuando tienen que optar por uno de los dos empleos, se deciden por el que les brinda mayor estabilidad.

En cuanto a la insuficiencia de insumos se refiere, en el caso del HMILVB ésta se da principalmente en el rubro de medicamentos y material de curación, ello debido a que en ocasiones el cuadro de distribución establecido por las autoridades en la materia del ISEM y los representantes de la empresa encargada del servicio subrogado de farmacia no va acorde con el perfil del hospital, es decir hay medicamentos que se requieren para la atención de partos y cesáreas por ejemplo, y no aparecen en dicho cuadro ó en ocasiones si existen pero son sacados del mismo sin que se conozcan cuáles son las razones para ello. Por lo que se refiere a la calidad de los mismos, también en ocasiones éstos insumos no reúnen las características que el personal médico y de enfermería considera importantes para una atención de calidad a los pacientes.

Por otro lado, parte del personal del ISEM de las diferentes áreas (médica, enfermería y administrativa) están representados por el Sindicato de la Secretaría de Salud, cuyos dirigentes en ocasiones protegen a aquellos trabajadores y trabajadoras que amparándose en que tienen una plaza de base, incurren en el ausentismo, el “tortuguismo” y se niegan a apoyar otras áreas aunque en la suya no tengan nada que hacer. Se trata de personas que se presentan a laborar sólo por cumplir con un horario y que en caso de no asistir a laborar algunas veces, justifican su falta con una “comisión sindical” que no tiene razón de ser y aún así no puede ser cuestionada por el simple hecho de que es expedida por la dirección del sindicato. Ésta situación sin duda, afecta de manera importante la productividad y la calidad de los servicios de salud que se brindan a la población.

La falta de automatización de procesos en áreas como archivo clínico y caja retrasa la atención y redundante directamente sobre la calidad de los servicios que se brindan en el hospital. Por ejemplo, en el área de archivo clínico no se cuenta con un equipo de cómputo que permita llevar un sistema computarizado que a su vez, facilite la captura, el registro sistematizado y el control de los expedientes clínicos, lo cuál al hacerse de manera manual implica mayores tiempos para su elaboración, causando retrasos en la atención de los pacientes; en el área de caja se elaboraran los recibos de cobro de manera manual lo que, implica mayor paso de tiempo entre la atención de un paciente y el que sigue.

En el área médica se siguen usando las máquinas de escribir mecánicas, lo cuál sin duda retrasa la atención de los pacientes en espera, ya que los médicos requieren de un buen tiempo para llenar los diversos formatos del expediente clínico del paciente el cuál muchas veces, es mayor al tiempo que el profesionalista dedica a la atención médica como tal.

En cuanto al mantenimiento preventivo del equipo médico se refiere, en el caso del HMILVB no existe un mantenimiento preventivo del mismo, por lo que hay que esperar hasta que éste deje de funcionar para poder llamar al técnico que lo va a reparar; por lo que si ocurre su descompostura en un momento crítico del proceso de atención de un paciente, puede redundar en una difícil situación para el personal médico y de enfermería, por ejemplo, si deja de funcionar una lámpara de cirugía durante una intervención quirúrgica y a la lámpara de emergencia se le bajó la batería y por coincidencia no hay suministro de energía eléctrica y la planta de emergencia se descompuso también, esto puede traer como consecuencia, el posible fallecimiento del ó la paciente que se encuentra en ese momento en el quirófano. Cabe mencionar que existe un Departamento de Ingeniería Biomédica, sin embargo, dicho departamento no cuenta con un área ni personal que se dedique a dar mantenimiento preventivo a los equipos médicos.

RESULTADOS OBTENIDOS CON EL TRABAJO REALIZADO

Antes de iniciar la elaboración de éste trabajo se pretendía lo siguiente:

Objetivo General: Estudiar, analizar y describir los aspectos económicos inherentes al funcionamiento social de los servicios públicos de salud proporcionados a la población abierta del Municipio de Ixtapaluca, Estado de México en el período 2000-2010, con la finalidad de proponer un esquema de atención alternativo que permita mejorar las condiciones bajo las cuales se brindan éstos.

Objetivos Particulares:

1. Conocer los principales esquemas de atención a la salud por parte del sistema de salud a nivel federal.
2. Describir el tipo de esquema de atención a la salud por parte del sistema de salud a nivel estatal.
3. Ponderar la importancia económica del sector salud en la población abierta del Municipio de Ixtapaluca, Estado de México.
4. Describir y analizar la importancia económica, política y social de la relación del gasto e ingresos derivados de la operación de un hospital materno-infantil público.
5. Resaltar la importancia económica que representan las migraciones detectadas hacia el Municipio de Ixtapaluca, Estado de México en los últimos diez años.
6. Mencionar y analizar los impactos al desarrollo social derivados de la actividad económica municipal.

Hipótesis: Los ingresos del Hospital Materno-Infantil “Leona Vicario Bicentenario” son menores que sus gastos, y esto aunado a la insuficiencia del presupuesto asignado al sector salud a nivel federal en general y al sector salud a nivel estatal en particular, impide cumplir con el objetivo principal de las autoridades de salud estatales que es el de **brindar una atención de calidad y calidez a la población demandante de los servicios públicos de salud.**

Al respecto, podemos decir que se logró lo siguiente:

En cuanto a los aspectos económicos que caracterizan el suministro de los servicios públicos de salud a la población abierta del Municipio de Ixtapaluca, Estado de México, en el período 2000-2010 se describe en el trabajo como se encuentra integrada la estructura de los servicios públicos de salud en el Municipio, la cual está representada por tres hospitales pertenecientes al

ISEM: Granja la Salud, que atiende pacientes con problemas de tipo psiquiátrico, el Hospital Dermatológico “Dr. Pedro López” con funciones de Hospital General y el HMILVB que en un principio fué proyectado para atender pacientes con problemas maternos-infantiles pero que a la fecha, funciona como una Unidad de Primer Nivel atendiendo desde pacientes con enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión arterial y otras enfermedades respiratorias, diarréicas, etc. hasta partos y cesáreas así como a los bebés que ahí nacen.

Por otro lado, dentro del Municipio, existen la Unidad Médica Familiar No. 70 y la Clínica Familiar No. 86, pertenecientes al IMSS, una Clínica Regional del ISSEMYM, cuatro unidades de atención médica del DIF, una Unidad de Rehabilitación e Integración Social (UBRIS), la Cruz Roja Municipal y 17 Centros de Salud dependientes del ISEM.

Por la parte de los servicios privados de salud, tenemos varias clínicas particulares que poco a poco se han ido incorporando a los servicios de salud del Municipio.

Además se encuentra en construcción, un Hospital de Especialidades de Tercer Nivel, el cuál dependerá directamente de la Secretaría de Salud a Nivel Federal.

Asimismo, menciono un aspecto de gran impacto social como lo es el acelerado y anárquico crecimiento poblacional derivado de las migraciones ocurridas en las últimas dos décadas hacia el Municipio de Ixtapaluca alentadas por la construcción de conjuntos habitacionales como San José de La Palma, Geovillas de Ayotla, Los Héroes, Geovillas de Santa Bárbara, Ciudad Cuatro Vientos y San Buenaventura, el cual ha causado múltiples estragos, sobre todo en los aspectos de suministro de servicios públicos como es el caso de los servicios de salud; además de incrementar de manera muy importante el tránsito de vehículos automotores ante la concurrida e ineficiente infraestructura carretera, ya que muchos de los habitantes que aquí radican, trabajan o estudian fuera del Municipio, principalmente en el Distrito Federal, provocando grandes desplazamientos pendulares característicos de una ciudad dormitorio. La población se incrementó de 180 mil habitantes en 1990, a 645,033 habitantes en el 2005, según el Censo de Población y Vivienda del 2005 del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

Por otro lado se plantea de qué manera se obtienen los ingresos de un hospital que brinda servicios públicos de salud a la población abierta del Municipio de Ixtapaluca como es el caso particular del HMILVB y cuáles son los gastos que se originan derivados de dicha atención.

De la misma manera, se hace referencia a varios problemas económicos que se presentan en el suministro de los servicios públicos de salud a la población abierta del Municipio de Ixtapaluca, los cuales no sólo son inherentes a los servicios municipales sino que también caracterizan a los servicios estatales y federales como son: una infraestructura hospitalaria insuficiente, personal principalmente médico y de enfermería insuficiente, tiempos de espera prolongados para pasar a una consulta, la existencia de personal principalmente médico y de enfermería que labora en dos ó más instituciones, medicamentos y materiales de curación insuficientes y en ocasiones

faltantes de la calidad que se requiere, existencia de un sindicato que en algunos casos protege a trabajadores ineficientes y/o “flojos”, falta de mantenimiento preventivo de los equipos médicos y de oficina, etc.

Es importante resaltar que la mayoría de éstos problemas se reducen a la falta de suficiencia del presupuesto que se asigna a las instituciones de salud en México, ya que como se mencionó en el trabajo, de acuerdo con opiniones de especialistas en la materia, México destina alrededor del 6% de su PIB a la atención de la salud, cuando en otros países de Latinoamérica con condiciones económicas parecidas, se destina un porcentaje mayor, por ejemplo, en Argentina el 8.9% como parte de su PIB, en Brasil el 7.6%, en Colombia el 7.6%, en Uruguay el 9.8%, etc.

También en el trabajo se hizo una descripción de cómo se encuentra el esquema de atención tanto a nivel federal como a nivel estatal y municipal, y cuáles son las instituciones de salud públicas que brindan los servicios en cada uno de ellos.

Se mencionó también que en México, el sistema de salud se caracteriza por ser un sistema fragmentado y mixto con instituciones públicas que atienden por un lado a la población que cuenta con algún sistema de seguridad social y otras que brindan servicios a aquella parte de la población que no tiene acceso a ningún esquema de salud y por otro, con instituciones privadas de salud que suministran atención médica a aquellas personas que tienen la capacidad económica para acudir a sus servicios.

De igual manera, se estableció que los principales problemas del sistema público de salud mexicano son la falta de cobertura y la calidad con que se brindan los servicios de salud y que precisamente éstos problemas son los que han orillado a la población aún a aquella de escasos recursos económicos, a recurrir cada vez más a los servicios privados de salud.

Por otro lado, se pudo demostrar la veracidad de la hipótesis planteada que establece que los ingresos del HMILVB son menores que sus gastos, ya que se mostraron cifras de ambos rubros basadas en información real proporcionada por los departamentos del hospital encargados de generar y controlar dicha información; y al mismo tiempo se pudo demostrar que debido a ésta situación y a la insuficiencia del presupuesto asignado al sector salud, en la unidad se han originado problemas que dificultan el suministro con la calidad requerida de los servicios de salud que son demandados por la población abierta del Municipio de Ixtapaluca.

DISCUSION DE RESULTADOS

Con los resultados obtenidos a través de éste trabajo de investigación, se nos hace obligatorio tanto a los usuarios de los servicios públicos de salud como a las autoridades correspondientes, reflexionar acerca del tema y buscar alternativas que nos permitan allegar los recursos económicos suficientes a las instituciones públicas de salud, con la finalidad que en un futuro, todos los habitantes del país podamos acceder a los servicios públicos de salud y no tengamos la necesidad de desembolsar recursos propios para poder recibir una atención por parte de las instituciones privadas, las cuáles han surgido y crecido cómo consecuencia de la ineficiencia de las instituciones públicas para atender con calidad a la población que así lo requiere.

Esto es de suma importancia, ya que como vimos a través de la realización del presente trabajo, si se desea lograr un desarrollo económico y un bienestar social además de una estabilidad política del país, es necesario aumentar el monto del presupuesto que se destina al rubro de la salud, con la finalidad de satisfacer cada vez más y mejor, las exigencias que se van presentando en el suministro de los servicios públicos de salud.

Sin embargo, ésta no es una tarea que sólo compete al Estado mexicano, el cuál si bien desde una óptica económica tiene la obligación de ir incorporando sistemas coparticipativos y de autogestión cada vez más eficientes en la prestación social de los servicios de atención médica ,los habitantes del país también debemos cooperar, apoyando al Sector Salud, principalmente aceptando y sometiéndonos a las campañas nacionales de salud que van encaminadas a la preservación del bienestar físico y mental, y acudiendo a los servicios médicos cuando nos encontremos enfermos, además de cuidar nuestro organismo no consumiendo alcohol, tabaco y otras drogas que dañan nuestra salud; lo cuál le permitirá al país contar con una población sana que pueda ser productiva y le genere ingresos suficientes para lograr un bienestar común. Asimismo, los empresarios, también deben hacer conciencia acerca de la importancia que tiene su participación dentro de los esquemas públicos de salud, proporcionando todos los equipos de protección y la seguridad social a sus trabajadores, con el fin de evitarles riesgos de trabajo y facilitarles el acceso a los servicios públicos de salud y de ésta manera, poder contar con mano de obra que tenga una permanencia cada vez mayor en sus actividades productivas.

CONCLUSIONES

La salud es un elemento básico para la formación de capital y el desarrollo económico de un país. En éste sentido, la inversión en salud, como fuente del capital humano, es la más productiva.

Una buena salud, reflejada en una mayor esperanza de vida y en menores tasas de mortalidad en la población, tiene efectos positivos para la productividad, el incremento de la fuerza laboral, la mayor permanencia productiva de los individuos y el aumento de la capacidad física de las personas para realizar actividades manufactureras entre otras.

Desde su creación en 1943, el **sistema de salud mexicano** se ha caracterizado por ser un **sistema mixto y fragmentado**: por un lado contempla a los trabajadores del sector formal y a sus familias que tienen acceso a la seguridad social y a aquella parte de la población que no está incluida en ningún esquema de aseguramiento público y por otro, a aquellos trabajadores que tienen capacidad de pago para financiar los servicios privados de salud.

Actualmente a nivel nacional el sistema de salud mexicano para aquellas personas que tienen acceso al algún esquema de salud, está representado por cinco instituciones: el IMSS (para trabajadores formales de empresas privadas), el ISSSTE (para trabajadores de instituciones públicas), las unidades médicas para los trabajadores de PEMEX, las unidades médicas para los miembros de la SEDENA y las unidades médicas para los integrantes de la Secretaría de Marina (SEMAR).

La Secretaria de Salud es la principal proveedora de servicios de salud para la población no asegurada, brinda atención a la población de escasos recursos, trabajadores del sector informal, subempleados ó desempleados. Otras instituciones como el IMSS-Oportunidades y el DIF, también ofrecen aunque en menor escala, atención médica a estos grupos poblacionales.

En México, de acuerdo con estimaciones de especialista en materia de salud, el 54% del gasto en servicios de salud, es financiado con recursos privados de la población, lo que origina para los habitantes del país, los llamados “Gastos Catastróficos”

Nuestro país destina alrededor del 6% como porcentaje del PIB para la atención de los servicios públicos de salud, el cuál es insuficiente para cubrir las necesidades que está tarea implica.

La falta de recursos en los servicios públicos de salud es más notoria en las zonas rurales, en los Estados de la República con menor PIB por habitante como son Oaxaca, Guerrero y Chiapas el número de camas y médicos por habitante es menor que en aquellas entidades con mayor PIB por habitante como son el DF, Nuevo León y Jalisco.

Esto trae como consecuencia, una esperanza de vida menor para los habitantes de aquellas zonas del país que se encuentran en condiciones económicas menos favorables.

Los **principales problemas de los servicios públicos de salud** son la falta de **cobertura y la calidad** con que se brindan éstos. La falta de calidad se refleja principalmente en los prolongados tiempos que un paciente debe esperar para pasar a una consulta.

Los problemas de calidad han obligado a los habitantes de nuestro país aún a aquellos de escasos recursos económicos, a recurrir cada vez más a los servicios privados de salud.

En México, del gasto total en salud, 46% está representado por el gasto público y 54% por el gasto privado. Con los recursos públicos se financian por un lado aquellas instituciones que atienden a las personas con acceso a una seguridad social y que en éste caso son el IMSS, el ISSSTE, PEMEX, la SEDENA y la SEMAR, y por otro lado, a las instituciones dedicadas a atender a la población sin seguridad social (Secretaría de Salud e IMSS-Oportunidades). Con los recursos privados se financian las actividades de una gran cantidad de prestadores de servicios privados de servicios de salud representados por consultorios, clínicas y hospitales.

Con la finalidad de minimizar los “Gastos Catastróficos”, el gobierno de México llevo a cabo reformas en el sistema de salud y puso en marcha en el año 2003, el llamado Seguro Popular en el que se contempla un Fondo de Aportaciones contra “Gastos Catastróficos”. Éste sistema pretende brindar la cobertura de servicios de salud para todos aquellos mexicanos que no están afiliados a ninguna institución de seguridad social.

Las mejoras en los servicios de salud en México en las últimas 3 décadas, han permitido una disminución de la mortalidad general e infantil, esto aunado a un descenso acelerado de la fecundidad, ha traído como resultado un envejecimiento de la población. Al haber un aumento de los habitantes con mayor edad dentro de la estructura poblacional, se han incrementado los costos económicos y sociales para el país, pues son éstas personas las que sufren de enfermedades que requieren una atención médica más compleja y costosa.

En el Estado de México, las instituciones encargadas de brindar servicios públicos de salud son el ISEM, el ISSEMYM, el DIFEM y el IMIEM.

De acuerdo con el Programa de Salud del Estado de México 2005-2011, existen varios problemas que deben ser superados por el sistema de salud actual de la entidad:

- 1.- El Estado de México ocupa el lugar número 30 en mortalidad infantil y el 25 en mortalidad materna y cirrosis.
- 2.- el 53% de la población no está incluida en un sistema de seguridad social.
- 3.- El presupuesto per cápita destinado a la seguridad social para la población abierta es insuficiente, lo que trae como consecuencia un aumento en los “gastos catastróficos” en salud que éstas personas deben realizar por concepto de atención médica.

4.- En cuanto a los tiempos de espera para pasar a una consulta, el Estado de México ocupa el último lugar (mientras que a nivel nacional el tiempo de espera promedio para pasar a una consulta es de 26 minutos, en el Estado de México es de 48 minutos).

5.- La disponibilidad de médicos por 1000 personas bajo su responsabilidad, es menor en el Estado de México (0.6) contra 1.1 a nivel nacional, y en el caso de disponibilidad de enfermeras, también es más bajo (0.8) en comparación con el 1.5 a nivel nacional.

6.- La disponibilidad de camas hospitalarias en el Estado de México es de 0.8 en comparación con 1.3 a nivel nacional.

7.- El sistema de salud en el Estado de México se encuentra fragmentado, desarticulado y con deficiencias estructurales, lo cuál impide que haya un enfoque cada vez más amplio y coherente de la salud pública y la política de atención médica.

8.- En el Estado de México se destina un 2.5% como porcentaje del PIB (según el Programa Salud del Estado de México 2005-2011) a la atención de los servicios de salud, el cuál es insuficiente para cubrir las necesidades de éste sector.

Por lo que se refiere a los servicios de salud públicos en Municipio de Ixtapaluca, Estado de México, en la actualidad existen tres hospitales pertenecientes al ISEM: Granja la Salud, que atiende pacientes con problemas de tipo psiquiátrico, el Hospital Dermatológico “Dr. Pedro López” con funciones de Hospital General y el HMILVB que en un principio fué proyectado para atender pacientes con problemas maternos-infantiles pero que a la fecha, funciona como una Unidad de Primer Nivel atendiendo desde pacientes con enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión arterial y otras enfermedades respiratorias, diarreicas, etc. hasta partos y cesáreas así como a los bebés que ahí nacen.

Por otro lado, dentro del Municipio, existen la Unidad Médica Familiar No. 70 y la Clínica Familiar No. 86, pertenecientes al IMSS, una Clínica Regional del ISSEMYM, cuatro unidades de atención médica del DIF, una Unidad de Rehabilitación e Integración Social (UBRIS), la Cruz Roja Municipal y 17 Centros de Salud dependientes del ISEM.

Por la parte de los servicios privados de salud, se encuentran varias clínicas particulares que poco a poco se han ido incorporando a los servicios de salud del Municipio.

Además se encuentra en construcción, un Hospital de Especialidades de Tercer Nivel, el cuál dependerá directamente de la Secretaria de Salud a Nivel Federal.

En cuanto al caso particular del HMILVB, se trata de un hospital de 18 camas que comenzó a ser proyectado el año 2004 como una de las obligaciones impuestas por el gobierno estatal a la empresa que construyó el Fraccionamiento Habitacional “San Buenaventura” denominada Consorcio de Ingeniería Integral, S.A. de C.V. y fue donado al ISEM el 3 de octubre del año 2007 por parte del Presidente Municipal en funciones. Abrió sus puertas al público a mediados del 2007, otorgando únicamente servicios de Consulta Externa y fue inaugurado oficialmente por el Gobernador del Estado de México, Lic. Enrique Peña Nieto el 14 de febrero del año 2008; a partir de esa fecha, comenzó a brindar servicios de Urgencias y posteriormente, en el mes de junio de ese mismo año, se implementó la atención en los servicios de Tococirugía y Hospitalización.

Actualmente, esta unidad hospitalaria brinda servicios de salud de primer nivel en Medicina General, Medicina Preventiva, Odontología, Nutrición, fortalecida con otras actividades hospitalarias básicas en Ginecoobstetricia, Pediatría y Cirugía General con apoyo de Anestesiología, Laboratorio Clínico y Rayos X.

Los servicios con mayor demanda dentro del hospital en un principio eran los de Consulta General y posteriormente, los de Consulta de Urgencia; sin embargo en la actualidad, todos los servicios tienen una gran demanda y la infraestructura y el personal del hospital, son insuficientes para atender a la población que acude a solicitar atención médica.

En el hospital se comenzó a atender a pacientes de “población abierta” pero actualmente dado el incremento en la afiliación de pacientes al Seguro Popular y al Seguro para una Nueva Generación, además de pacientes que entran en el rubro de “Servicios Exentos de Pago” como aquellos que padecen enfermedades tales como diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades diarreicas agudas, enfermedades respiratorias agudas, partos normales, cesáreas, etc. el universo de pacientes ha crecido.

Los ingresos del hospital se obtienen con base en un tabulador de recuperación de cuotas por cada servicio otorgado, el cual es elaborado por la Dirección de Finanzas del ISEM en colaboración con la Subdirección de la Beneficencia Pública del mismo instituto. Este tabulador se encuentra integrado por 7 niveles: Nivel Exento, Nivel 1, Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4; Nivel 5 y Nivel 6.

Por su ubicación geográfica el HMILVB aplica el Nivel 5 de cobro.

Debido a la forma en que se calculan estas cuotas de recuperación, su monto es realmente bajo por lo que, el hospital no tiene posibilidades de captar grandes ingresos por los servicios que brinda a los pacientes.

Respecto a los gastos del hospital, podemos clasificarlos en dos grupos: los **Gastos de Operación** que son los que se encuentran representados por los desembolsos en rubros como agua, energía eléctrica, servicio telefónico, gas LP, diesel, gasolina para vehículos, nómina, activo fijo mayor, activo fijo menor, insumos proporcionados por el almacén central del ISEM, insumos adquiridos por compra directa y reparaciones de equipo médico y de oficina y los **Gastos en Servicios Subrogados**, representados por los montos erogados en otros servicios necesarios para el funcionamiento del hospital como son: vigilancia, intendencia (limpieza), recolección de residuos peligrosos infecciosos, renta y lavandería de ropa clínica y quirúrgica, suministro de gases medicinales (oxígeno), control de plagas (fumigación), fotocopias, cocina y farmacia.

Además de éstos gastos, al incrementarse la atención de pacientes afiliados al Seguro Popular, el hospital se ha visto en la necesidad de gastar en estudios de laboratorio para pacientes embarazadas que por falta de material ó equipo, tuvieron que enviarse a laboratorios externos para que se los realizaran.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que se hacen por medio de éste trabajo van encaminadas a tratar de solucionar los problemas que aquejan actualmente al Hospital Materno-Infantil “Leona Vicario” Bicentenario que como ya vimos son principalmente los siguientes:

- 1.- Infraestructura insuficiente.
- 2.- Personal insuficiente.
- 3.- Tiempos de espera prolongados para pasar a consulta.
- 4.- Falta de personal especializado en las áreas de Ginecología, Pediatría y Anestesiología.
- 5.- Personal que labora en dos instituciones ó más.
- 6.- Insumos insuficientes y en ocasiones faltantes de la calidad que se requiere.
- 7.- Existencia de un sindicato que en algunos casos protege a trabajadores ineficientes y/o “flojos”.
- 8.- Falta de automatización de procesos.
- 9.- Uso de equipo de oficina obsoleto.
- 10.- Falta de mantenimiento preventivo de los equipos médicos y de oficina.

En cuanto a la infraestructura insuficiente del HMILVB se refiere, se sugiere que el hospital sea ampliado en su totalidad(máxime que existe terreno suficiente que permite hacerlo) para poder lograr la cobertura de los servicios que son demandados por la población tanto abierta como la que se encuentra afiliada al SP en el Municipio de Ixtapaluca ,para ello se recomienda se envíe un estudio bién fundamentado con el crecimiento de la demanda y la productividad obtenida de los servicios que brinda el hospital desde que inició hasta la fecha al Secretario de Salud y Director General del ISEM, solicitándole que dicho estudio sea analizado concienzudamente y que de ser posible, el hospital sea visitado por él ó algún representante en su lugar, con la finalidad de determinar las necesidades reales de la unidad médica y su intervención ante la Secretaría de Salud a nivel federal, la Cámara de Diputados, la Secretaría de Hacienda ó la institución que tenga las facultades para asignar un mayor presupuesto y así, poder llevar a cabo la ampliación del hospital y dotarlo de todo el equipo médico, mobiliario, insumos y personal médico, de enfermería y administrativo que se requieren para continuar brindando servicios médicos de calidad a la población que así los requiere.

Por lo que se refiere al personal insuficiente en el hospital, es obvio que al crecer la infraestructura del mismo, también deberá haber un presupuesto mayor que se destinará al pago de sueldos de personal principalmente médico y de enfermería, por ello se sugiere solicitar también a la institución correspondiente, un presupuesto mayor para la contratación del personal necesario una vez que el hospital fuera ampliado.

Para reducir los tiempos de espera para pasar a una consulta principalmente de medicina general, en el hospital ya se implementó una medida que consiste en proporcionar consultas basadas en citas telefónicas y con esto el paciente llega al hospital sólo unos minutos antes de su cita. Sin embargo, ahora se está presentando otro problema: el médico ya tiene programadas sus citas y si un paciente acude a solicitar atención médica ya sea al servicio de Consulta Externa ó al Servicio de Urgencias y si su estado de salud no es valorado por el médico como una urgencia, no puede ser atendido en ese momento y se le tiene que programar una cita que en ocasiones tiene que ser para varios días después; ante ésta situación, se sugiere, que dentro de la ampliación del hospital se considere un consultorio más y dentro del personal médico que se contrate de manera extraordinaria, un médico más que pueda atender a éstos pacientes cuando así se requiera y cuando no, le sean asignados pacientes de los que ya se encuentran citados con otro médico para que los atienda y se reduzcan de ésta manera aún más, los tiempos de espera para pasar a consulta.

Respecto a la falta de personal médico calificado y especializado en las áreas de Ginecología, Pediatría y Anestesiología, el cuál es indispensable para cumplir de manera adecuada y eficiente con la función para la que fué creado el HMILVB, que es la atención de pacientes embarazadas y bebés, se sugiere que las autoridades del ISEM, gestionen ante la Secretaría de Comunicaciones y Transportes y ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para que una parte de los ingresos de la Caseta de Cobro de Chalco, sea destinada a la creación de escuelas en la zona de éstas especialidades y que los egresados de la carrera de Medicina de diferentes universidades sean estimulados con becas que cubran sus gastos al 100% con la finalidad de aumentar el número de éstos profesionistas dentro del Municipio, quienes en caso de no encontrar empleo en la región podían emigrar a otra parte del Estado, pues éste fenómeno de falta de éste tipo de especialistas, se presenta en todo el Estado de México.

En lo que concierne al personal principalmente de las áreas médica y de enfermería que además de laborar en el HMILVB, trabajan en alguna otra institución que suele ser el IMSS, el ISSSTE ó el Departamento de Distrito Federal, ello se debe a que en el hospital la contratación de personal se lleva a cabo por períodos cortos de tiempo por lo que no existe una seguridad ni una estabilidad laboral para el personal, ante ésta situación se sugiere ofrecer a aquellos empleados y empleadas que sean realmente eficientes y productivos, mejores condiciones de trabajo en comparación con su otro empleo para contar con ellos de manera permanente y en los casos de los empleados y empleadas que laboran en otra institución y que no son productivos y únicamente usan al hospital como un “relleno” para poder obtener mayores ingresos, darles las gracias por su trabajo y contratar y darle la oportunidad a profesionistas que se encuentran desempleados y que realmente tiene ganas de trabajar, condicionándole a su buen desempeño, su permanencia en la institución.

En cuanto a la insuficiencia de medicamentos y material de curación se refiere, se sugiere que el director del hospital envíe un escrito a las autoridades del ISEM, solicitándoles que cuando se elaboren los cuadros de distribución de medicamentos y materiales de curación, se tome en

cuenta la opinión del personal médico, de enfermería y administrativo de la unidad, que son quienes realmente conocen las necesidades por encontrarse involucrados directamente en los procesos y no se diseñen éstos desde un escritorio.

Por otro lado, en cuanto a los trabajadores y trabajadoras que amparándose en que tienen una plaza de base, incurran en el ausentismo, el “tortugismo” y se nieguen a apoyar a otras áreas cuando así se requiera, se sugiere modificar las condiciones de trabajo al respecto y establecer un apartado en el que se mencione que éstas personas también están obligadas al igual que el resto de los trabajadores y trabajadoras a cumplir con sus obligaciones y que en caso de no hacerlo se les rescinda su contrato. Se solicita también que se respeten las normas de trabajo ya existentes por parte de los trabajadores de base y los representantes sindicales en cuanto a las situaciones reales y lógicas en las cuales si puede ser válida una “comisión sindical”.

Respecto a la falta de automatización de procesos en áreas de archivo clínico y caja se sugiere que éstas áreas sean dotadas con equipos de cómputo que le permitan al archivo, elaborar de manera más ágil un expediente clínico y poder llevar en forma electrónica el registro de todos los expedientes existentes en el hospital y su fácil consulta cuando así se requiera, reduciendo con esto los tiempos de espera de los pacientes para pasar a una consulta y también el espacio y el mobiliario con el que es necesario contar para una debida clasificación de éstos documentos. En cuanto al área de caja, también se sugiere que se le dote con un equipo de cómputo (incluyendo una impresora) con la finalidad que los recibos de cobro sean elaborados de forma computarizada con un diseño preestablecido, lo cuál redundaría en un mejor servicio para los pacientes. De igual manera, éste equipo de cómputo le permitiría a los cajeros hacer sus cortes de forma más rápida y eficiente y llevar un registro diario más confiable de los ingresos del hospital.

Por lo que se refiere al uso de máquinas de escribir mecánicas por parte de los médicos para la elaboración de los distintos documentos que integran el expediente clínico de un paciente, se sugiere que a los médicos se les dote de equipos de cómputo con un programa que contenga los diferentes formatos que emplean en la atención de un paciente, lo cuál les permitiría emplear menos tiempo en el llenado de los mismos y por tanto, disponer de más tiempo para dedicar mayor atención en el padecimiento de los pacientes y así poder emitir un mejor diagnóstico.

En cuanto al mantenimiento preventivo del equipo médico y de oficina se refiere, se sugiere que dentro del Departamento de Biomédica exista un área con personal calificado y capacitado para dar un mantenimiento preventivo y en caso de ser necesario, reparar los diferentes equipos médicos con que cuenta el ISEM, y que cuando se adquiera un equipo cuyo uso se desconoce, dicho personal se envíe a la empresa que lo fabrica y/o distribuye para que sea capacitado en cuanto a su funcionamiento, mantenimiento preventivo y correctivo, y esté en posibilidades de aplicar los conocimientos adquiridos cuando sea necesario.

Respecto a la reparación de equipo de oficina se sugiere que también el Instituto cuente con personal capacitado que se desplace hacia las diferentes unidades médicas cuando se requieran sus servicios para dar mantenimiento preventivo ó reparar un mueble ó un equipo en el lugar y un taller dónde se puedan llevar aquellos equipos ó mobiliario que por la falta de espacio, herramientas ó refacciones no puedan ser reparados en el domicilio dónde se encuentran.

Todas éstas acciones redundarían en un ahorro para el ISEM, ya que los proveedores de servicio debido a que en ocasiones no viven ó no tienen sus talleres cerca de las unidades médicas que los requieren, aumentan el costo de los mismos al tener que ir a reparar los bienes a domicilio ó al tener que ir a recogerlos, llevarlos a su taller, repararlos y devolverlos a su lugar de origen, lo cuál incrementa sin duda el costo del servicio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Archivo Histórico Municipal de Ixtapaluca, años 1919-1930.
2. Arreola Héctor y Gustavo Nigenda “La economía de la salud como una herramienta para la toma de decisiones en el sector salud”. Centro de Análisis Social y Económico en la Salud (CASEsalud).
3. BVB (Bancomer) “Calidad de los Servicios de Salud Pública”. Serie Propuestas No. 19, febrero, 2002.
4. Cosme Casulo, Jorge “et al” “Economía y salud. Conceptos, retos y estrategias”. La Habana Cuba, 1999.
5. Díaz del Castillo, Bernal “Historia verdadera de la conquista de la Nueva España (Antología), Editorial Porrúa, México D.F., 1996.
6. Fernández, Juan Antonio “Sistema de protección social en salud (Seguro Popular) 2001-2006”. Comisión Nacional de Protección en Salud. Cancún Quintana Roo, 2006.
7. Flores Aréchiga, Amador “El Sistema de Salud Mexicano, observaciones y notas comparativas “Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Vol. 3, No. 2, abril-junio 2002.
8. Fundación Mexicana para la Salud “La Salud en México: 2006/2012”. Primera Edición, México, 2006.
9. Gobierno del Estado de México, Secretaría de Salud “Programa Estatal de Salud del Estado de México 2005-2011”

10. Gómez de Conceicao Ma. Cristina “Servicios de salud en México, indicadores de cobertura y uso de servicios”.FLACSO México.
11. Gómez Guzmán, Luis G. “México un país en transición: Salud y Pobreza “Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición, Universidad Autónoma de Nuevo León.Vol. 3, No. 3, julio-septiembre 2002.
12. H. Ayuntamiento Municipal de Ixtapaluca, Memoria Municipal 1994-1996, Ixtapaluca, 1996.
13. Horis del Prete, S. “Salud Pública de México-Economía y salud en tiempos de reformas”. La Plata Argentina: Universidad Nacional de la Plata, 2000.
14. Informe de la Asociación de Industriales de Chalco e Ixtapaluca, Zona Oriente del Estado de México, A.C.
15. Lamas Alberto, Edgar Mauricio “El Sistema Público de Salud en México. Una cuestión de incentivos e ineficiencia”. Tesis presentada para obtener el título de Licenciado en Economía, Facultad de Economía, U.N.A.M., México, agosto de 2010.
16. Lozano R., Frenk Julio y María González Block “Economía y Salud, propuestas para el avance del sistema de salud en México”. Fundación Mexicana para la Salud, México, 1994.
17. Martínez Coll, Juan Carlos “Economía de la salud en la economía de mercado, virtudes e inconvenientes”,25 de octubre de 2007.
18. Noguez, Alejandra “Cobertura para todos”. BBC Mundo, México, 7 de agosto de 2006.
19. Peñaloza Sosa, Erick Clemente “et al” “El financiamiento de la salud en México”. Ejecutivos de Planeación Estratégica de Sistemas de Salud de la SSA, México 2002.
20. Pérez Alvirde, Moisés “Erecciones municipales, villas, ciudades, anexiones y segregaciones territoriales del Estado de México, LII Legislatura del Estado de México, Toluca, 1997.
21. Ramos, Pierre “Caminitos del cerro”. Ixtapaluca, México, 1947
22. Reglamento de Salud en el Estado de México. Marzo, 2002.
23. Romo Gamboa, Carlos Enrique “Sistema de salud en México”. Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de Zacatecas.
24. Ruiz de Chávez, Manuel H. y José Cuauhtémoc Valdés Olmedo “La salud de los mexicanos en el siglo XXI: Un futuro con responsabilidad para todos”. Fundación Mexicana para la Salud, primera edición, 2005.
25. Secretaría de Salud “Programa Nacional de Salud 2001-2006, acciones hoy para un México del futuro”. Primera Edición, México, 2001.

26. Secretaría de Salud “Programa Nacional de Salud 2007-2012, por un México sano: construyendo alianzas”. Primera Edición, México D.F., 2007.
27. SEP “Monografía Estatal”. Estado de México, México, S.A.
28. Sexto Informe de Gobierno “Salud y protección para todos”. México, 2006.
29. Soberón Acevedo, Guillermo y Cuauhtémoc Valdés Olmedo “Evidencias y salud”: ¿Hacia dónde va el sistema de salud en México? Salud Pública de México, Volumen 49, Cuernavaca, Morelos.
30. Suazo, Miguel “Economía de la salud: Aspectos bioéticos de la gestión de los servicios de salud”, marzo 2009.

ANEXOS ESTADISTICOS

INGRESOS DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL “LEONA VICARIO”BICENTENARIO EN EL PERIODO 2007-2010 (EN PESOS) POR SERVICIOS OTORGADOS A PACIENTES DE POBLACION ABIERTA.

No. Servicios/Ingresos	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010
No. de Servicios	1,581	17,952	19,074	17,449
Ingresos percibidos	103,849.00	1,170,438.50	1,142,262.14	1,009,157.00

INGRESOS DEJADOS DE PERCIBIR EN EL HOSPITAL MATERNO-INFANTIL “LEONA VICARIO”BICENTENARIO EN EL PERIODO 2007-2010 (EN PESOS) POR SERVICIOS OTORGADOS A PACIENTES CON ENFERMEDADES CONSIDERADAS DENTRO DE PROGRAMAS “EXENTOS DE PAGO”.

No. Servicios/Ingresos	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010
No. de Servicios	255	10,611	20,111	20,851
Ingresos dejados de percibir	2,040.00	147,592.00	952,523.00	1,149,040.00

INGRESOS DEJADOS DE PERCIBIR EN EL HOSPITAL MATERNO-INFANTIL “LEONA VICARIO”BICENTENARIO EN EL PERIODO 2007-2010 (EN PESOS) POR SERVICIOS OTORGADOS A PACIENTES AFILIADOS AL SEGURO POPULAR Y AL SEGURO MEDICO PARA UNA NUEVA GENERACION.

No. Servicios/Ingresos	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010
No. de servicios a pacientes de Seguro Popular	3	2	1	1503
No. de servicios a pacientes del seguro Médico para una Nueva Generación	7	41	467	360
Ingresos dejados de percibir	700.00	3,245.00	32,760.00	379,933.00

Fuente: Departamento de Recursos Financieros del hospital.

**GASTOS DE OPERACION DEL HOSPITAL MATERNO-INFANTIL “LEONA VICARIO”
BICENTENARIO EN EL PERIODO 2007-2010 EN PESOS (IVA INCLUIDO).**

CONCEPTO DEL GASTO	GASTO AÑO 2007	GASTO AÑO 2008	GASTO AÑO 2009	GASTO AÑO 2010	TOTAL
Agua	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Energía Eléctrica	120,000.00	120,000.00	120,000.00	120,000.00	480,000.00
Servicio Telefónico	0.00	22,500.00	79,200.00	41,400.00	143,100.00
Gas LP	0.00	33,600.00	105,840.00	175,200.00	314,640.00
Diesel	258.00	5,913.60	9,600.00	10,776.00	26,547.60
Gasolina para Vehículos	1000.00	49,800.00	64,800.00	61,300.00	176,900.00
Gastos de Nómina	277,427.56	10,323,086.95	20,270,641.08	26,193,044.76	56,786,772.79
Activo Fijo Mayor	5,189,360.45	2,521,960.80	134,523.00	1,205,701.42	9,051,545.67
Activo Fijo Menor	126,356.21	50,739.11	0.00	15,932.02	193,027.34
Insumos proporcionados por Almacén Central del ISEM	0.00	245,559.27	777,780.75	798,876.45	1,822,213.47
Insumos adquiridos con presupuesto del hospital(Compra Directa)	0.00	121,074.40	207,004.68	260,806.24	588,885.32
Reparaciones de Equipo Médico	0.00	0.00	391,093.64	314,919.55	706,013.19

Fuente: Departamentos de Recursos Financieros, Recursos Humanos, Recursos Materiales y Servicios Generales del hospital.

GASTOS DEL HOSPITAL MATERNO-INFANTIL “LEONA VICARIO” BICENTENARIO EN SERVICIOS SUBROGADOS EN EL PERIODO 2007-2010 EN PESOS (IVA INCLUIDO)

NOMBRE DEL SERVICIO SUBROGADO	GASTO AÑO 2007	GASTO AÑO 2008	GASTO AÑO 2009	GASTO AÑO 2010	TOTAL
Vigilancia	967,336.20	967,336.20	1,118,232.00	1,118,232.00	4,171,136.40
Intendencia	148,005.00	592,020.00	642,735.00	648,324.00	2,031,084.00
Recolección de Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos (R.P.B.I.)	0.00	37,404.60	131,328.00	144,000.00	312,732.60
Renta y Lavandería de Ropa Clínica y Quirúrgica	0.00	0.00	273,496.00	796,837.00	1,070,333.00
Suministro de Gases Medicinales (Oxígeno)	0.00	93,522.37	206,502.83	296,004.88	596,030.08
Control de Plagas (Fumigación)	0.00	30,000.00	24,000.00	23,664.00	77,664.00
Fotocopias	0.00	0.00	40,512.00	53,280.00	93,792.00
Cocina	0.00	209,833.00	693,810.00	841,247.17	1,744,890.17
Farmacia	202,139.29	3,416,671.29	6,660,528.05	10,319,852.70	20,599,191.33
TOTAL	1,317,480.49	5,346,787.46	9,791,143.88	14,241,441.75	30,696,853.58

Fuente: Departamentos de Servicios Generales, Recursos Materiales y Servicio de Nutrición del hospital.

GASTOS EN ESTUDIOS DE LABORATORIO PARA PACIENTES AFILIADAS AL SEGURO POPULAR DEL HOSPITAL MATERNO-INFANTIL “LEONA VICARIO” BICENTENARIO EN EL PERIODO 2007-2010 EN PESOS (IVA INCLUIDO)

NOMBRE DEL SERVICIO	GASTO AÑO 2007	GASTO AÑO 2008	GASTO AÑO 2009	GASTO AÑO 2010	TOTAL
Estudios para pacientes de Seguro Popular	0.00	0.00	0.00	39,966.65	39,966.65

Fuente: Departamento de Recursos Financieros del Hospital.

Glosario de términos

IMSS.- Instituto Mexicano del Seguro Social.

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

PEMEX.- Petróleos Mexicanos.

SEDENA.- Secretaría de la Defensa Nacional.

SEMAR.-Secretaría de la Marina.

ISEM.- Instituto de Salud del Estado de México.

ISSEMYM.- Instituto de Seguridad Social para los trabajadores del Estado de México y sus Municipios.

DIF.- Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia.

IPIEM.- Instituto de Protección a la Infancia en el Estado de México.

HMILVB.- Hospital Materno-Infantil “Leona Vicario” Bicentenario.

EM.- Estado de México.

JSA.- Jurisdicción Sanitaria Amecameca.

PIB.- Producto Interno Bruto.

SP.- Seguro Popular.

SPS.- Seguro Popular en Salud.

SS.- Secretaría de Salud.

SCSPEM.- Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de México.

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

Citas y referencias bibliográficas

(1) Fox Quesada Vicente: Sexto Informe de Gobierno. Año 2006. P. 55.

(2) Fundación Mexicana para la Salud “La salud en México: 2006/2012. Primera Edición, México, 2006. P. 33.

(3) Datos del Censo 2000, basado en la información sobre población derechohabiente de la rama de la salud.

(4) Ruiz, Sara “Abren seguro popular con bajas expectativas”, Reforma, Sección Nacional, 25 de febrero de 2002.

(5) Ver Fundación Mexicana para la Salud (1994).

(6) Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México: hacia un sistema universal de salud, México 2006, p.17.

(7) Op Cit. p.20.