



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE ECONOMÍA**

**“LA INSUFICIENCIA DEL SEGURO POPULAR  
COMO MECANISMO PARA GARANTIZAR LA  
SALUD. EL CASO DEL ESTADO DE MÉXICO  
2004-2014”**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
LICENCIADA EN ECONOMÍA**

**PRESENTA**

**ANAHÍ JARAMILLO DOMÍNGUEZ**

**DIRECTOR DE TESIS**

**DR. ERNESTO BRAVO BENÍTEZ**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX, ABRIL DE  
2017**





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.



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AVENIDA DE  
MEXICO

**LIC. IVONNE RAMÍREZ WENCE  
DIRECTORA GENERAL DE  
ADMINISTRACIÓN ESCOLAR  
P R E S E N T E**

Me permito informar a Usted, que de acuerdo a los Artículos 19 y 20, Capítulo IV del Reglamento General de Exámenes, he leído en calidad de Sinodal, el trabajo de **tesis** que como prueba escrita presenta el (la) sustentante: **C. Anahí Jaramillo Domínguez**, bajo el siguiente título: **“La insuficiencia del seguro popular como mecanismo para garantizar la salud. El caso del Estado de México 2004-2014”**, en tal virtud, considero que dicho trabajo reúne los requisitos para su réplica en examen profesional.

**Atentamente**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ernesto Bravo Benítez', written over a horizontal line.

**Dr. Ernesto Bravo Benítez**

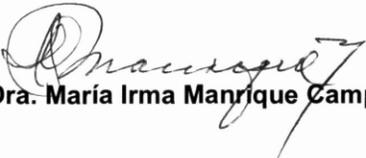


UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

**LIC. IVONNE RAMÍREZ WENCE  
DIRECTORA GENERAL DE  
ADMINISTRACIÓN ESCOLAR  
P R E S E N T E**

Me permito informar a Usted, que de acuerdo a los Artículos 19 y 20, Capítulo IV del Reglamento General de Exámenes, he leído en calidad de Sinodal, el trabajo de **tesis** que como prueba escrita presenta el (la) sustentante: **C. Anahí Jaramillo Domínguez**, bajo el siguiente título: **“La insuficiencia del seguro popular como mecanismo para garantizar la salud. El caso del Estado de México 2004-2014”**, en tal virtud, considero que dicho trabajo reúne los requisitos para su réplica en examen profesional.

**A t e n t a m e n t e**

  
**Dra. María Irma Manrique Campos**



Universidad Nacional  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

**LIC. IVONNE RAMIREZ WENCE  
DIRECTORA GENERAL DE  
ADMINISTRACIÓN ESCOLAR  
P R E S E N T E**

Me permito informar a Usted, que de acuerdo a los Artículos 19 y 20, Capítulo IV del Reglamento General de Exámenes, he leído en calidad de Sinodal, el trabajo de **tesis** que como prueba escrita presenta el (la) sustentante: **C. Anahí Jaramillo Domínguez**, bajo el siguiente título: **"La insuficiencia del seguro popular como mecanismo para garantizar la salud. El caso del Estado de México 2004-2014"**, en tal virtud, considero que dicho trabajo reúne los requisitos para su réplica en examen profesional.

**Atentamente**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'José Manuel Flores Ramos'.

**Dr. José Manuel Flores Ramos**



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

**LIC. IVONNE RAMÍREZ WENCE  
DIRECTORA GENERAL DE  
ADMINISTRACIÓN ESCOLAR  
P R E S E N T E**

Me permito informar a Usted, que de acuerdo a los Artículos 19 y 20, Capítulo IV del Reglamento General de Exámenes, he leído en calidad de Sinodal, el trabajo de **tesis** que como prueba escrita presenta el (la) sustentante: **C. Anahí Jaramillo Domínguez**, bajo el siguiente título: **"La insuficiencia del seguro popular como mecanismo para garantizar la salud. El caso del Estado de México 2004-2014"**, en tal virtud, considero que dicho trabajo reúne los requisitos para su réplica en examen profesional.

**Atentamente**



**Dr. Pablo Trejo Pérez**



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

**LIC. IVONNE RAMÍREZ WENCE  
DIRECTORA GENERAL DE  
ADMINISTRACIÓN ESCOLAR  
P R E S E N T E**

Me permito informar a Usted, que de acuerdo a los Artículos 19 y 20, Capítulo IV del Reglamento General de Exámenes, he leído en calidad de Sinodal, el trabajo de tesis que como prueba escrita presenta el (la) sustentante: **C. Anahi Jaramillo Dominguez**, bajo el siguiente título: **"La insuficiencia del seguro popular como mecanismo para garantizar la salud. El caso del Estado de México 2004-2014"**, en tal virtud, considero que dicho trabajo reúne los requisitos para su réplica en examen profesional.

**A t e n t a m e n t e**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Raúl Carbajal Cortés', written over a horizontal line.

**Dr. Raúl Carbajal Cortés**

*Dedico la presente investigación con mucho cariño a mi Madre, por ser una mujer fuerte y luchadora; por darme una carrera y confiar en mí, incluso en aquellos momentos en los que no creía en mí misma. Por su espíritu inquebrantable y amor incondicional.*

*Así mismo la dedico al Ser que es el motor de mi vida, fuente de mi alegría, sueños y anhelos.*

*Anahí Jaramillo Domínguez*

*D*eseo expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que han contribuido en este proyecto y en mi formación profesional.

*D*e forma especial a mi Asesor de Tesis, el Dr. Ernesto Bravo Benítez; su esfuerzo, dedicación y paciencia en la elaboración de la presente. Su motivación y excelente calidad humana han sido fundamentales en mi formación como profesionista y como persona.

*A* la Asociación Civil Amor Que Salva por el respaldo brindado en la investigación de campo.

*F*inalmente, mi sincero agradecimiento a la Familia Andrade Cruz por autorizarme entrar en su vida como investigadora y permitirme afrontar con ellos los buenos y malos momentos que la vida nos puso en el camino.

*¡Muchas gracias!*

## ÍNDICE GENERAL

	<b>Página</b>
Portada	
Dedicatoria	i
Agradecimientos	ii
Índice General	iii
Índice de Tablas	v
Índice de Figuras	vi
Abreviaturas y siglas usadas	vii
Introducción	1
Capítulo 1. Referencias para la evaluación de políticas públicas en materia de salud	5
1.1 La economía de la salud	6
1.2 El Estado en la provisión del bien salud	9
1.3 La economía pública como marco de referencia para la evaluación de políticas públicas en materia de salud	13
1.4 El gasto público en materia social	16
1.5 El presupuesto	17
Capítulo 2. El Sistema Nacional de Salud	20
2.1 Panorama general de los sistemas de salud en el mundo	21
2.1.1 Antecedentes de los sistemas de salud	21
2.1.2 Organismos mundiales al cuidado de la salud	24
2.1.3 La cobertura universal de los servicios de salud	26
2.2 El Sistema de Salud en México	27
2.2.1 El Sistema Nacional de Salud	27
2.2.2 Antecedentes históricos del sistema de salud mexicano	29
2.3 El derecho a la salud en México	31
2.3.1 El derecho constitucional a la salud	31
2.3.2 Tratados Internacionales en materia de salud	32
2.3.3 Leyes Federales que norman el derecho a la salud	34
2.4 Sistema de Protección Social en Salud: Panorama Nacional	41
2.4.1 Consideraciones Generales	41
2.4.2 Sistema de Protección Social en Salud	42
2.4.3 Seguro Popular	43
Capítulo 3. El Seguro Popular en el Estado de México	56
3.1 Información general del Estado de México	57
3.1.1 Delimitación territorial	57
3.1.2 Información demográfica	58
3.1.3 Información socioeconómica	62
3.2 Información General del Sistema Estatal de Salud Pública	66
3.2.1 Antecedentes del Sistema Estatal de Salud Pública	66
3.2.2 Leyes que norman el derecho a la salud en el Estado de México	71
3.2.3 Estructura Orgánica del Sistema Estatal de Salud Pública	75
3.2.4 El Seguro Popular y el Instituto de Salud del Estado de México	76

	<b>Página</b>
3.3 Evaluación del Seguro Popular en el Estado de México	84
3.3.1 Niveles de afiliación alcanzado por el Seguro Popular	84
3.3.2 Gasto Público en Salud	88
3.3.3 Suficiencia de Recursos Humanos y Físicos	94
3.3.4 Evaluación de la Cobertura del Seguro Popular para la población del Estado de México	102
Capítulo 4. Estudio de Caso	109
4.1 Información General	110
4.2 Información sociodemográfica y económica de la familia	110
4.3 Ingresos y egresos familiares	112
4.4 Antecedentes de salud	114
4.5 Servicios otorgados por el Seguro Popular	114
4.6 Testimonio de la familia Andrade Cruz del Seguro Popular	117
4.7 Aciertos en la prestación del servicio	119
4.8 Problemas encontrados en el servicio	120
4.8.1 Gastos Catastróficos en Salud	120
4.8.2 Problemas de cobertura	125
4.8.3 Problemas de información	129
4.8.4 Desarticulación del Sistema Estatal de Salud	131
4.8.5 Comprobación de la información	133
4.9 Desenlace del caso de la Señora María del Carmen Andrade Cruz	134
Conclusiones	146
Recomendaciones	150
Referencias bibliográficas	151
Anexos	160

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Página</b>
Tabla 1. Diferencias entre el modelo de Bismarck y de Beveridge	24
Tabla 2. Matriz de Indicadores para Resultados del Seguro Popular	49
Tabla 3. Población Total del Estado de México 2000-2014	58
Tabla 4. Tasa Global de Fecundidad 2000-2014	60
Tabla 5. Tasa Bruta de Natalidad y Mortalidad 2000-2014	61
Tabla 6. PIB Estatal de 2003-2013	64
Tabla 7. Índice de Desarrollo Humano del Estado de México 2000-2010	65
Tabla 8. Jurisdicciones Sanitarias del Estado de México	79
Tabla 9. Población asegurada según Institución Pública de Salud:1995, 2000-2011	85
Tabla 10. Población asegurada según Institución, respecto a población total: 1995, 2000-2011 (Porcentajes)	87
Tabla 11. Gasto Público en Salud 2000-2012	88
Tabla 12. Gasto Público en Salud 2000-2012 (Porcentajes)	90
Tabla 13. Gasto Público en Salud 2001-2012 (Variación porcentual)	91
Tabla 14. Recursos humanos por cada mil habitantes asegurados en Instituciones Públicas de Salud. (Parte 1: Personal Médico)	95
Tabla 14. Recursos humanos por cada mil habitantes asegurados en Instituciones Públicas de Salud. (Parte 2: Personal no Médico)	95
Tabla 15. Indicadores hospitalarios de recursos humanos	97
Tabla 16. Recursos físicos por cada mil habitantes asegurados en Instituciones Públicas de Salud	98
Tabla 17. Indicadores hospitalarios de productividad	101
Tabla 18. Principales Causas de Mortalidad General en el Estado de México: 2000, 2010	105
Tabla 19. Ingreso anual esperado de la familia Andrade Cruz	113
Tabla 20. Gastos mensuales de la familia Andrade Cruz	113
Tabla 21. Gastos en salud de la familia Andrade Cruz	120
Tabla 22. Conceptos de pago	126

## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>Página</b>
Figura 1. Bienes públicos y privados	11
Figura 2. Primer teorema de la economía del bienestar	13
Figura 3. Segundo teorema de la economía del bienestar	15
Figura 4. Niveles de cobertura del Seguro Popular en México 2012	52
Figura 5. Evolución del Presupuesto del Seguro Popular	53
Figura 6. Mapa del Estado de México división municipal	57
Figura 7. Población del Estado de México según edad y sexo 2010	59
Figura 8. Tasa Global de Fecundidad 2000-2014	60
Figura 9. Tasa Bruta de Natalidad y Mortalidad 2000-2014	62
Figura 10. Características Educativas	62
Figura 11. Disponibilidad de servicios en las viviendas	63
Figura 12. PIB Estatal 2003-2013	65
Figura 13. Organigrama de Sistema Estatal de Salud Pública del Estado de México	77
Figura 14. Estructura Interna del ISEM	78
Figura 15. Jurisdicciones Sanitarias del Estado de México	83
Figura 16. Población asegurada según Institución Pública de Salud:1995, 2000-2011	85
Figura 17. Comparativo de la condición de aseguramiento según Institución: 2003, 2011	87
Figura 18. Gasto Total en Salud 2000-2012	89
Figura 19. Gasto Público en Salud para la Población sin Seguridad Social 2000-2012	90
Figura 20. Personal médico por cada mil habitantes asegurados en Instituciones Públicas de Salud	96
Figura 21. Personal no médico por cada mil habitantes asegurados en Instituciones Públicas de Salud	96
Figura 22. Recursos físicos en las Instituciones Públicas de Salud	98
Figura 23. Principales causas de morbilidad general: 1997, 2011	102
Figura 24. Familia Andrade Cruz	111
Figura 25. Vivienda de la Familia Andrade Cruz	112
Figura 26. CEAPS Tonicato Mariano Matamoros	115
Figura 27. Módulo de Atención Primaria en Salud: Los Amates	116
Figura 28. Estudio Socioeconómico	123
Figura 29. Hospital Ramón López Rayón Bicentenario	136

## ABREVIATURAS Y SIGLAS USADAS

### A

AC: Asociación Civil  
AQS: Amo Que Salva  
ASE: Aportación Solidaria Estatal  
ASF: Aportación Solidaria Federal  
AT: Antiguo Testamento

### C

CABEME: Catálogo de Beneficios Médicos  
CAUSES: Catálogo Universal de Servicios de Salud  
Cd. Mx.: Ciudad de México  
CEAPS: Centro Especializado en Atención Primaria en Salud  
CIDE: Centro de Investigación y Docencia Económica  
CLUES: Clave Única de Establecimientos de Salud  
CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud  
CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud  
CNPV: Censo Nacional de Población y Vivienda  
CONAMED: Comisión Nacional de Arbitraje Médico  
CONAPO: Consejo Nacional de Población  
CONEVAL: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social  
COPLAMAR: Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas  
COPRISEM: Comisión para la Protección contra Riesgos Sanitarios del Estado de México  
CPEUM: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos  
CS: Cuota Social

### D

DGIS: Dirección General de Información en Salud

### E

Edo: Estado

### F

FASSA: Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud  
FPGC: Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

### G

GPR: Gestión Para Resultados

### H

H.G.: Hospital General  
Hgo: Hidalgo

### I

IDH: Índice de Desarrollo Humano  
IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social  
IMSS-O: Instituto Mexicano del Seguro Social-Oportunidades  
INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía  
ISEM: Instituto de Salud del Estado de México  
ISSEMyM: Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios  
ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

### L

LGS: Ley General de Salud

LISSSTE: Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

LSS: Ley del Seguro Social

## **M**

Mex: México

MIR: Matriz de Indicadores para Resultados

## **N**

NGP: Nueva Gestión Pública

NOM: Norma Oficial Mexicana

## **O**

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

## **P**

PAC: Programa de Ampliación de Cobertura

PBR: Presupuesto Basado en Resultados

PEF: Presupuesto de Egresos de la Federación

PEMEX: Petróleos Mexicanos

PIB: Producto Interno Bruto

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo

PROGRESA: Programa de Educación, Salud y Alimentación

## **R**

REPSS: Régimen de Protección Social en Salud

RLGSMPS: Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud

## **S**

SED: Sistema de Evaluación del Desempeño

SEDENA: Secretaría del Defensa Nacional

SEMAR: Secretaría de Marina

SESA: Servicios Estatales de Salud

SHCP: Secretaría de Hacienda y Crédito Público

SICUENTAS: Sistema de Cuentas en Salud a nivel Federal y Estatal

SIGGC: Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos

SMNG: Sistema Médico para una Nueva Generación

SNS: Sistema Nacional de Salud

SP: Seguro Popular

SPS: Seguro Popular de Salud

SPSS: Sistema de Protección Social en Salud

SSA: Secretaría de Salud

## **T**

TA: Tensión Arterial

TAC: Tomografía de Cráneo

TBM: Tasa Bruta de Mortalidad

TBN: Tasa Bruta de Natalidad

## INTRODUCCIÓN

La presente tesis de licenciatura evalúa los alcances y retos del Seguro Popular en el marco de la provisión de un servicio fundamental: la salud; la cual no tiene sólo incidencias biológicas, sino que está ligada a aspectos sociales, políticos, económicos y culturales que repercuten directamente en la calidad de vida de los individuos y las sociedades.

En el sexenio de Vicente Fox, surge la iniciativa federal de proveer un mínimo de protección en salud a la población mexicana que no contara con seguridad social, ejecutando el Seguro Popular en forma paulatina y escalada hasta llegar a la declaración de "Cobertura Universal en Salud" en la administración del Presidente Felipe Calderón.

El inconveniente de evaluar un Programa a nivel nacional dentro de un sistema ya caracterizado por su complejidad, delimitó la investigación al Estado de México, el cual se distingue por ser el más poblado del país.

Dos preguntas destacan en torno al Seguro Popular: ¿es un mecanismo suficiente para proveer el bien salud a la población afiliada?, ¿brinda atención oportuna, especializada y síncrona a la caracterización epidemiológica de la población? Las respuestas pretenden ser otorgadas a los lectores mediante el contenido capitular de la investigación, la cual se ha planteado como objetivo general: "Evaluar si el Seguro es un mecanismo suficiente para cubrir las demandas de salud de la población mexiquense". De forma específica se busca:

- i. Confirmar si ha alcanzado la Cobertura Universal en Salud.
- ii. Verificar la suficiencia de recursos materiales y humanos destinados para la atención de los afiliados.
- iii. Evaluar la eficacia y eficiencia de los recursos presupuestarios.
- iv. Determinar si el Catálogo Universal de Servicios de Salud cubre las necesidades médico-epidemiológicas específicas de la población del Estado de México.

Son tres los motivos que justificaron la realización de la presente; el principal es de índole político-social, cuyo sustento se encuentra en el actuar reformista del gobierno actual,

autonombrado “el gobierno de las grandes reformas”, mismo que ha señalado que el sector salud habrá de pasar por cambios estructurales. Una posible transformación sería la creación de un Sistema “Unificado” de Salud; algunos especialistas temen que tal unificación contemple también la cartera de servicios salud; situación que apuntaría de forma lógica no a igualar los servicios médicos que reciben los derechohabientes de las principales Instituciones de Seguridad Social del país con el resto de la población, sino a limitar ésta a los servicios otorgados por el Seguro Popular.

Si bien tal reforma ayudaría a contrarrestar los problemas financieros que enfrentan las Instituciones de Seguridad Social, también implicaría una situación desfavorable para la población derechohabiente, que tendría que solventar gastos médicos ahora cubiertos y atravesar las penurias financieras que ya experimenta la población no derechohabiente.

El segundo motivo es de índole profesional, pues esta tesis será la que permita obtener el grado de Licenciatura que consolida el trabajo y esfuerzo de cinco años de estudio y profesionalización. El tercer motivo es de naturaleza personal como retribución a la sociedad, pues los conocimientos obtenidos debían permitir, al menos a un mexiquense, recibir atención en el Seguro Popular en estricto apego a su derecho.

La hipótesis con la que parte esta pesquisa, es que el Seguro Popular es un mecanismo insuficiente para atender las demandas de salud específicas de la población mexiquense. La ineficiencia en el empleo de recursos pone en riesgo su viabilidad y el alcance de la cobertura planteada por el Programa.

El método formal de investigación aplicado es el deductivo, acompañado de la descripción y evaluación de los elementos principales del Programa dentro del contexto geográfico delimitado. Fue ampliamente necesario el trabajo de campo, empleando entrevistas, visitas y acompañamientos, tanto a familias afiliadas como a las instituciones de salud implicadas. Sobresale el apoyo brindado por AQS: Amor Que Salva, Asociación Civil sin fines de lucro que labora en el sur del Estado de México, la cual fungió como vínculo y respaldo frente a las instituciones de segundo y tercer nivel involucradas.

Entre los inconvenientes que se presentaron durante la realización del estudio destaca la existencia de indicadores con diferencias representativas a pesar de provenir de la misma

dependencia, por lo que fue necesario apearse a la información oficial y trabajar los datos aplicando los métodos estadísticos formales para generar información confiable y verificable.

El trabajo consta de cuatro capítulos:

El Capítulo 1, titulado “Referencias para la evaluación de políticas públicas en materia de salud” describe el campo de la economía de la salud, presenta este bien como privado puro y el debate sobre la intervención del Estado en la provisión del mismo. Se explican las bases que proveen la economía pública, la economía del bienestar y las finanzas públicas; señalando la importancia del presupuesto y gasto en materia social así como sus efectos sobre la eficacia, eficiencia y calidad de los servicios de salud. Todo ello en el marco de la gestión pública orientada a resultados.

El Capítulo 2, muestra el panorama general de los Sistemas de Salud en el mundo, recapitulando en forma breve los principales acontecimientos históricos que los llevaron a ser como hoy. Se señala la postura de la OMS y la OPS como organizaciones internacionales respecto a la Cobertura Universal en Servicios de Salud, objetivo que persiguen diversos países. De forma central, se describe el Sistema Nacional de Salud Mexicano, sus antecedentes y fundamento legal. Se pormenoriza en el Sistema de Protección Social en Salud que opera al Seguro Popular, del que se describen objetivos, cobertura, financiamiento, derechos y obligaciones de los afiliados, así como los retos y fortalezas que enfrenta el Programa a nivel nacional.

El Capítulo 3, se enfoca en la evaluación del Seguro Popular en el Estado de México. Comienza por un panorama general de la entidad en términos sociales, demográficos y económicos. Describe al Sistema Estatal de Salud, sus antecedentes, fundamento legal y estructura. La evaluación del Programa se realiza en materia de niveles de afiliación, gasto público, suficiencia de recursos humanos y físicos, así como la cobertura que brinda a la población conforme a sus características epidemiológicas.

El Capítulo 4 es un estudio de caso, que narra la experiencia de la familia Andrade Cruz en torno a la atención recibida por la jefa de familia en el Seguro Popular, quien fue diagnosticada con diabetes mellitus a sus 48 años de edad. Este apartado enmarca en la

persona de la Sra. María del Carmen, las fortalezas y debilidades no sólo del Programa; sino del Sistema de Salud Estatal y Nacional. El seguimiento a este caso tuvo una duración de un año, seis meses y nueve días, con inesperados resultados que se resumen al final.

Sólo resta invitar a los lectores a recorrer las páginas de esta tesis con sentido crítico y reflexivo, pero sobre todo a no perder de vista el impacto social que exalta.

**CAPÍTULO 1:**

**REFERENCIAS PARA LA  
EVALUACIÓN DE POLÍTICAS  
PÚBLICAS EN MATERIA DE  
SALUD**

## 1.1 La economía de la salud

La salud es un factor íntimamente relacionado con la calidad de vida y dignidad humana, con una incidencia importante en la productividad económica de los individuos. La definición de la misma ha variado a través de los años, mucho tiempo se le consideró de manera tradicional como la “ausencia de enfermedad”; sin embargo, esta forma de entenderla la limita a factores biológicos, cuando existen otros que también inciden en ella.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social; no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, esta cita proviene del Preámbulo de la Constitución de la OMS adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional en 1946 y que entró en vigor el 7 de abril de 1948, año desde el cual la definición no ha sido modificada. Esta concepción ha sido rechazada por diversos autores por considerarla utópica, estática y subjetiva. Utópica porque no existe un estado completo de salud; estática por no tener en cuenta a la salud en un entorno dinámico y subjetiva porque la idea de bienestar o malestar depende de la percepción del propio individuo (Salleras, 1985, pp.11-14).

Por su parte Herbert L. Dunn en el año de 1959, describió a la salud de la siguiente manera:

- Alto nivel de bienestar: un método integrado de funcionamiento orientado hacia maximizar el potencial de que el individuo es capaz (...)
- Tres dimensiones: orgánica o física, psicológica y social: el ser humano ocupa una máxima posición en las tres dimensiones para gozar de buena salud o tener alto grado de bienestar, lo cual dependerá en gran medida del ambiente que lo rodea
- Buena salud: estado pasivo de adaptabilidad al ambiente de uno
- Bienestar: un crecimiento dinámico hacia el logro del potencial de uno (Lopategui, 2000, web)

El concepto de Dunn incluye la dimensión social y aporta el significado de bienestar. El condicionamiento social siguió siendo enfatizado, por Alessandro Seppilli (1971) quien definió a la salud como “una condición de equilibrio funcional, tanto mental como físico,

conducente a una integración dinámica del individuo en su ambiente natural y social"; y posteriormente por Milton Terris (1975) la expuso como: "un estado de bienestar físico, mental y social y la capacidad para funcionar y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad" (Ibídem).

Así pues, no es difícil concluir que la salud es un estado de equilibrio entre factores físicos, biológicos, mentales, sociales y ambientales que potencian la capacidad y bienestar tanto de los individuos como de las sociedades a las que pertenecen; constituyéndole un elemento indispensable para el pleno desarrollo de la vida. Lograr el equilibrio de los factores mencionados, hacen de la salud un concepto de importancia colectiva, lo que nos lleva a elevar el concepto al ámbito público. Para tales efectos Charles E. Winslow (1920) dice que:

La Salud Pública es la ciencia y el arte de impedir o prevenir las enfermedades; prolongar la vida, fomentar la salud, la eficiencia física y mental mediante el esfuerzo organizado de la comunidad; dirigida al saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios, el desarrollo de una organización social que asegure a cada individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud (Olivero, 2003).

El acercamiento a la salud desde la perspectiva pública la hace inminentemente globalizadora al integrar distintas disciplinas y áreas del conocimiento para su consecución, ésta es la encomienda de los Sistemas de Salud. Un Sistema de Salud se conforma por todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud. La mayoría de los Sistemas Nacionales comprenden el sector público, privado, tradicional e informal y sus principales funciones son cuatro: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión (OMS, S.f.). Es en este punto donde surge la relación directa con la economía.

La palabra economía es una expresión que proviene del latín "oeconomía" que viene del griego oiko (casa) y voμία (administración) es decir: administración de una casa. Según el Diccionario de la Real Academia Española, la economía se define desde tres puntos, que

son: 1. Administración eficaz y razonable de los bienes. 2. Conjunto de bienes y actividades que integran la riqueza de una colectividad o un individuo. 3. Ciencia que estudia los métodos más eficaces para satisfacer las necesidades humanas materiales, mediante el empleo de bienes escasos (web).

Lionel Robbins expresa que: "la economía es la ciencia que se encarga del estudio de la satisfacción de las necesidades humanas mediante bienes que siendo escasos tienen usos alternativos entre los cuales hay que optar". Desde el punto de vista de Federico Engels, "la economía política es la ciencia que estudia las leyes que rigen la producción, la distribución, la circulación y el consumo de los bienes materiales que satisfacen necesidades humanas" (Méndez, 2005, p.11). Los economistas Samuelson y Nordhaus, en su libro 'Economía', la definen como: "el estudio de la manera en que las sociedades utilizan los recursos escasos para producir mercancías valiosas y distribuirlas entre los diferentes individuos" (p. 4).

Siguiendo esta línea, la economía, es el estudio de la forma en que las sociedades logran y emplean sus ingresos para satisfacer las necesidades de sus miembros, apoyándose de la transformación de recursos en productos y servicios finales, mismos que son distribuidos y usados por los miembros de la sociedad. Por tanto, si la salud es una necesidad que para satisfacerse requiere de producción, distribución, financiación y gestión de recursos; entonces hablar de economía y salud no es hablar de temas alejados o contrapuestos, sino de elementos que poseen vínculos irrompibles, de variables con mutua incidencia.

A partir de estas conexiones es que surge la economía de la salud como:

La rama de la economía que estudia cómo se utilizan los recursos para satisfacer las necesidades de salud, ya sea en el contexto de un individuo o en el de un grupo de población. Se basa en las premisas de la economía (medir, comparar y administrar costos e insumos para obtener productos o consecuencias deseados) aplicadas a la producción en el campo de la salud. Abarca la prevención, curación y el pronóstico, con sus metas que deben estar enfocadas al cumplimiento de un servicio eficiente, con equidad y

calidad. La unión debe ser tan completa que abarque incluso conceptos éticos (Rodríguez y Vidal, 2006).

Los resultados de un análisis desde la perspectiva de la economía de la salud, son evaluados por el impacto del uso de los recursos (costos), sobre la morbilidad, mortalidad y calidad de vida (beneficios) de los individuos. La Evaluación es un elemento clave en cualquier organización cuyo objetivo es determinar que tan suficientes y adecuadas son las políticas implementadas por el Estado para conseguir objetivos sociales; facilitando con ello el proceso de toma de decisiones sobre las mismas. Por esto, el presente capítulo pretende dotar de los elementos teórico-conceptuales esenciales para realizar este análisis.

## **1.2 El Estado en la provisión del bien salud**

Para comprender la intervención del Estado en la provisión del bien salud, es necesario definir de manera general cuáles son las funciones del Estado en la economía. El profesor Musgrave (1994, pp. 7-17) enuncia tres principales:

1. Función de asignación: esta se refiere a la provisión de bienes sociales,<sup>1</sup> el proceso en el que el uso total de los recursos se divide entre bienes privados y sociales.
2. Función de distribución: es aquella en realiza una redistribución de la renta y la riqueza, para asegurar que la distribución se adecúe a lo que la sociedad considera un estado de distribución "equitativo" o "justo".
3. Función de estabilización: se define como el uso de la política presupuestaria para mantener en equilibrio las variables macroeconómicas.

Establecidas las funciones del Estado, el análisis requiere definir qué tipo de bien es el de la salud y profundizar en sus particularidades. Existen dos características básicas para distinguir a los bienes privados de los bienes públicos: el consumo rival y la exclusión. El

---

<sup>1</sup> Aquellos bienes que satisfacen necesidades colectivas o públicas

consumo rival de un bien se presenta cuando el uso particular de una persona, impide o perjudica el uso simultáneo de otra; y la característica de la exclusión indica que es posible impedir que los individuos disfruten de los bienes, si no pagan por ellos. De tal forma que los bienes públicos se identifican por ser de consumo no rival, esto es, los casos en los que los consumos de una persona no impiden los de otra (costos marginales<sup>2</sup> iguales a cero) y por ser imposible la exclusión sin incurrir en grandes costes. Los bienes públicos que cumplen con ambas características se conocen como puros. Muchos bienes suministrados por el Estado, no son bienes públicos puros en este sentido, debido a que el coste de que una persona más los utilice, si bien es pequeño, no es cero; y es posible, pero relativamente caro, impedir que las personas los utilicen. Sin embargo tienen en alguna medida una de las dos propiedades (no rivalidad o imposibilidad de exclusión) y se les clasifica como impuros (Stiglitz, 2000, 149-159).

En la figura 1, Stiglitz (2000) compara ejemplos de bienes que suelen ser suministrados por el Estado con la definición estricta de bien público puro. Muestra la facilidad de exclusión en el eje de abscisas y el coste (marginal) del uso del bien por parte de una persona más en el de las ordenadas. La esquina inferior izquierda representa un bien público puro. De los grandes gastos públicos, la defensa nacional es el único bien que se parece a un bien público puro. La esquina superior derecha representa un bien privado puro, en el que el coste de exclusión es bajo y el coste marginal de su uso por parte de una persona más, es alto. Como se observa, el bien salud es un bien privado puro, pues es fácil cobrar los servicios sanitarios a cada paciente y a un médico le cuesta el doble ver a dos pacientes que ver a uno; es decir, el suministro de servicios sanitarios a más personas tiene considerables costes marginales.

Si al hablar del bien salud se hace referencia a un bien privado puro, ¿cuáles son las causas que llevan al Estado a producir este tipo de bienes?

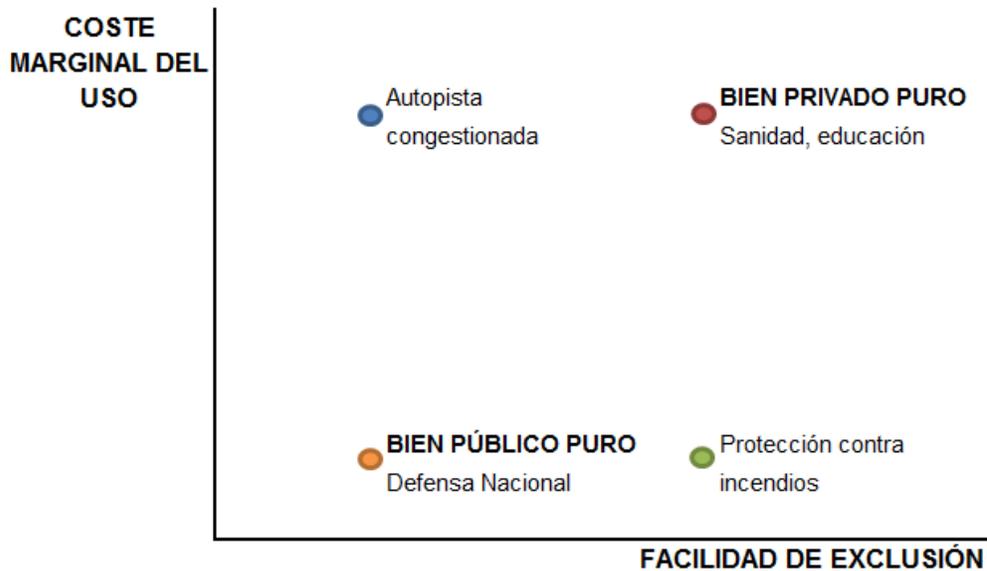
“El fallo del mercado más importante que ha llevado a la producción pública de bienes privados es la inexistencia de competencia en los mercados. Esta constituye, al menos en parte, la razón por la que el Estado produce servicios de correos, telecomunicaciones, agua, puertos, electricidad, etc. (...), una

---

<sup>2</sup> El costo marginal es la variación en el costo total ante el aumento de una unidad en la cantidad producida, esto es el costo de producir una unidad adicional.

razón frecuente por la que los mercados pueden no ser competitivos es la existencia de rendimientos crecientes de escala; donde los costes medios de producción disminuyen cuando aumenta el nivel de producción. En ese caso, la eficiencia económica requiere que haya un número limitado de empresas. Las industrias en las que los rendimientos crecientes son tan importantes que solo debe haber una empresa se denominan monopolios naturales” (Ibíd., pp. 220-221).

**Figura 1. Bienes públicos y privados**



*Fuente: La Economía del Sector Público, Stiglitz, J. 2000, p. 156*

Algunos encuentran respuesta en el argumento de la ineficiencia de los mercados para justificar la participación del Estado en la provisión de bienes privados, sin embargo aunque estos fueran absolutamente eficientes, existiría la preocupación de que personas por su condición socioeconómica, no recibieran la debida asistencia en salud (Stiglitz, op.cit., pp. 363-365). Entra entonces la función de distribución del Estado en la economía, cuya intervención en este tipo de bienes se da por cuestiones de “equidad”.

Los que sostienen esta idea aseguran que el derecho a este servicio, no deber ser controlado por las fuerzas del mercado. “La idea de que hay bienes y servicios, como la asistencia sanitaria, que deben suministrarse a todas las personas independientemente de su renta se conoce con el nombre de igualitarismo específico” (Tobin, 1970, pp. 263-267). Este término en materia de provisión del bien salud alude al límite inferior que debe de cubrir las necesidades esenciales para que la persona pueda vivir en condiciones dignas.

Es importante señalar que no todos los economistas coinciden en que el bien salud no reciba el mismo trato que otros bienes. Por su parte, los defensores de este argumento sostienen, entre otras cosas, que la incidencia de la asistencia médica en la esperanza de vida es muy pequeña, existiendo otros factores de mayor influencia sobre la longevidad y calidad de vida de las personas (estilo de vida, tipo de dieta, etc.). De tal manera que si se quiere mejorar el nivel de salud de la población menos favorecida en términos económicos, se podría hacer de una forma más eficaz y eficiente emprendiendo campañas que promuevan formas de vida más saludables, con mejor alimentación, práctica de ejercicio y contra el uso de sustancias adictivas (Stiglitz, op.cit., p.364).

Existe una tercera opinión –que parece que tienden a defender las democracias occidentales- según la cual todo el mundo debe tener derecho a cierto nivel mínimo de asistencia (Ibídem). De esta forma, es como en muchas economías se justifica e impulsa la participación del Estado en lo referente a la provisión y distribución de la salud; pero el debate no se cierra con las ideas anteriores y continúa girando en torno a tres cuestiones: los costes excesivos del servicio, la limitada cobertura y los problemas presupuestarios que enfrenta el Estado para proporcionar asistencia médica a la población (Ibíd., p. 345).

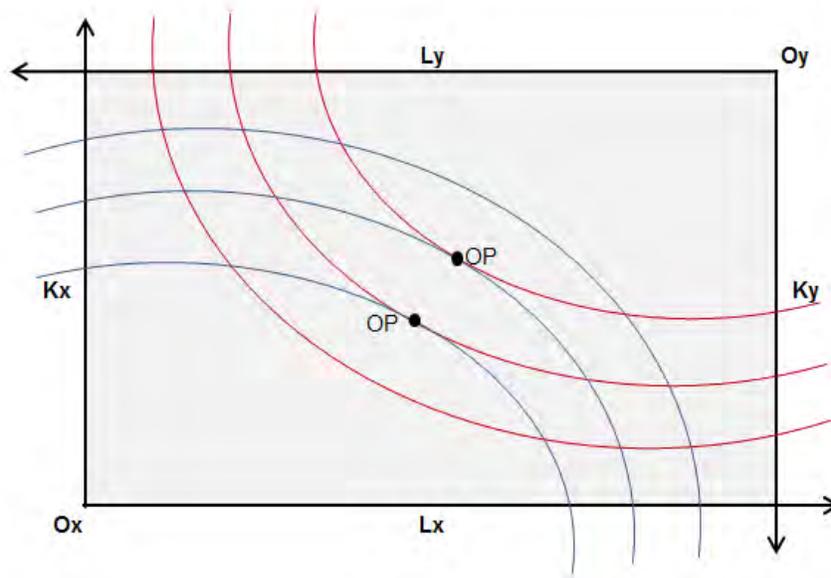
### **1.3 La economía pública como marco de referencia para evaluar las políticas del Estado en materia de salud**

El debate y problemática al que hacía mención Stiglitz, encuentran cabida en otra de las ramas de la economía, cuyo estudio, es capaz de otorgar una evaluación consistente de la forma en que el Estado ha llevado a cabo sus funciones: la economía pública. Esta al conjuntar “la economía del bienestar, la elección pública y las finanzas públicas” nos

brinda elementos necesarios para analizar la eficiencia y eficacia de las políticas que promueve el Estado. La teoría de la economía del bienestar, al considerar dentro de sus campos de estudio las políticas de distribución del ingreso y la riqueza, de combate a la pobreza; formular entre sus teoremas el diseño, elección y evaluación de las políticas de gasto público, las fallas del mercado, la evaluación de proyectos y las teorías de la justicia; nos otorga elementos importantes para evaluar el éxito de los programas que emprende el Estado para cumplimentar sus funciones. Los teoremas fundamentales de la economía del bienestar son dos (Varian, 1999, pp. 544-545):

El primero muestra que la estructura de los mercados competitivos tiene la atractiva propiedad de lograr una asignación eficiente en el sentido de Pareto. En dónde lo único que necesitan conocer los consumidores son los precios de los bienes que desean consumir para determinar sus demandas y si el mercado funciona suficientemente bien para alcanzar los precios competitivos, se tendrá la garantía de que el resultado será eficiente.

**Figura 2. Primer teorema de la economía del bienestar**



*Fuente: Samanamud, Curso de economía del bienestar, web.*

Todo equilibrio competitivo lleva a una situación Pareto óptima. Es decir, un mercado en el que cada agente maximice su propia utilidad da lugar a una asignación eficiente en el sentido de Pareto. Puesto que en los mercados competitivos el precio se determina en el mercado, los individuos sólo necesitan conocer los precios para tomar sus decisiones sin importar cómo se producen los bienes.

El segundo teorema de la economía del bienestar establece que en determinadas condiciones todas las asignaciones eficientes en el sentido de Pareto pueden lograrse mediante el mecanismo del equilibrio competitivo. Este teorema implica que pueden separarse los problemas de distribución de los problemas de la eficiencia. El mecanismo del mercado permite conseguir cualquier asignación eficiente en el sentido de Pareto que deseemos y es neutral desde el punto de vista distributivo; cualesquiera que sean nuestros criterios sobre la distribución justa o buena del bienestar, podemos lograrla utilizando los mercados competitivos.

Los precios desempeñan dos papeles en el sistema de mercado: la asignación y la distribución. Con frecuencia se oyen argumentos a favor de la intervención en la fijación de precios por razones de equidad distributiva. Sin embargo normalmente esas asignaciones van desencaminadas, pues para que las asignaciones sean eficientes conviene que cada agente haga frente a los verdaderos costes sociales de sus actos y tome decisiones que reflejen esos costes. Por tanto en un mercado competitivo la decisión marginal de consumir una cantidad mayor de un bien o una menor depende del precio (Ver Figura 3).

Los postulados anteriores apoyan la no intervención estatal en asuntos económicos: déjese que el mercado opere libremente y el resultado será eficiente en términos de Pareto (“La mano invisible” de Adam Smith). Sin embargo la situación descrita en ellos depende, para llegar a la eficiencia en el sentido de Pareto, de que se cumplan las condiciones de la “competencia perfecta”<sup>3</sup>, que no existe en el mundo real.

Adicionalmente se ha alegado que eficiencia en términos de Pareto no es ni una definición precisa de “eficiencia” ni equivalente a deseable. Amartya Sen (2003) señala que puede haber muchas situaciones que son eficientes en término de Pareto sin que todas sean igualmente deseables o aceptables desde el punto de vista de la sociedad (o sus miembros).

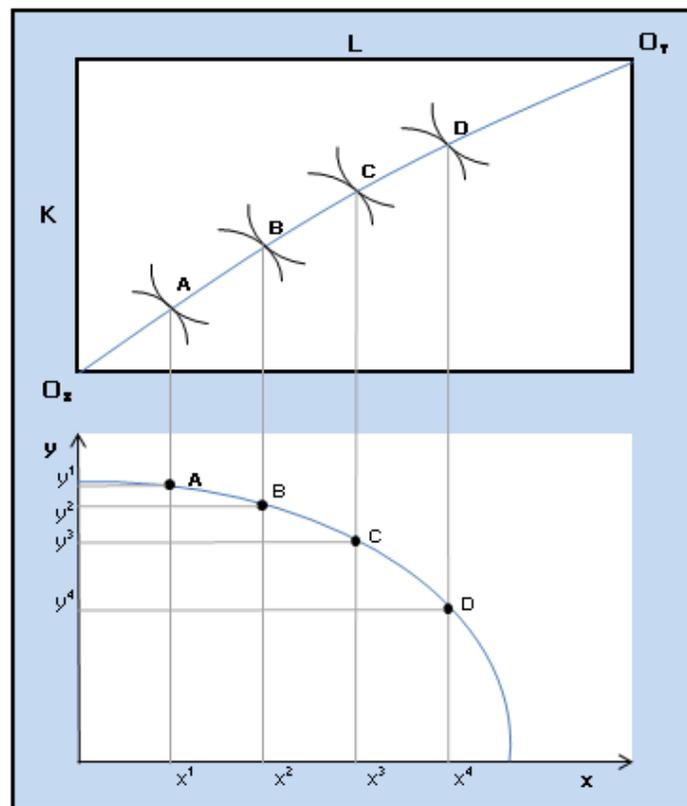
---

<sup>3</sup> Elevado número de compradores y vendedores, producto homogéneo, información perfecta, libre entrada y salida al mercado, movilidad perfecta de bienes y factores de producción y sin costos de transacción.

Así mismo, es necesario aclarar que los teóricos de la economía del bienestar sustentaron:

“Que las soluciones basadas en la intervención del Estado podrían no ser óptimas en el sentido de Pareto, pero sí superiores a las de los mercados competitivos, es decir, podrían surgir soluciones segundo mejor óptimo (...), el Estado también puede fallar al enfrentar problemas de información imperfecta y del conocimiento de las preferencias de los agentes económicos; es decir, relativizó la capacidad del gobierno para resolver eficientemente la asignación de recursos y mejorar la distribución del ingreso” (Ayala, 2001, p.9)

**Figura 3. Segundo teorema de la economía del bienestar**



Fuente: Anlehnung an Scholer, *Fundamentos de Microeconomía*, p. 169

Por su parte, las finanzas públicas permiten tener un panorama más amplio sobre la función del Estado en la Economía. Para Aniceto Rosas y Roberto Santillán (1962) es “la

ciencia que se ocupa del estudio y formas de obtención de los ingresos monetarios, de su utilización por el poder público y de sus efectos en la actividad económica y social del país”. Otra definición dice que: “...las finanzas públicas se ocupan de la vigilancia de los recursos que obtiene el Estado por diversos medios y su correcta canalización con el objeto de obtener óptimos resultados, tanto administrativamente como en programas de acción” (Zorrilla, 1976, p. 41).

Las finanzas públicas son parte de la administración pública y se ocupan de estudiar los ingresos y gastos, así como las operaciones que coadyuvan al cumplimiento de los objetivos del gobierno. Algunas de sus características son: que están dirigidas al manejo de los problemas de financiación de una macroeconomía, la minimización del gasto y aprovechamiento de las inversiones para dar un mejor servicio, se busca el bienestar colectivo, la productividad de la inversión está encaminada a satisfacer los intereses socioeconómicos generales y el presupuesto se constituye como elemento (Zorrilla, 2003, pp.40-56).

La forma en que estas teorías y enfoques proveen de elementos valiosos para el objeto del presente estudio, estará dada por el análisis de lo que Ayala Espino asumiría como el arma más poderosa del Estado para cumplir sus funciones: el “gasto público”, mismo que debe buscar garantizar el bienestar social (2001, pp. 142-142).

#### **1.4 El gasto público en materia social**

Ayala Espino (2001) en su libro “Economía del Sector Público Mexicano” define al gasto público como: “valor total de las compras de bienes y servicios realizados por el sector gubernamental durante un periodo productivo” (...), sobre la definición más general, se puede decir que consiste en:

1. El gasto realizado por los departamentos gubernamentales en bienes y servicios, directamente o a través de subsidios.
2. Los pagos gubernamentales para el bienestar o para beneficios en seguridad social, intereses por concepto de deuda, y otros pagos de transferencia.
3. Los gastos de capital realizados por las empresas públicas.

Existen diferentes clasificaciones del gasto, pero al que particularmente nos referiremos será el “social”, que es la parte del gasto público destinada a financiar las actividades relacionadas con la provisión de servicios sociales básicos para la población. En la clasificación funcional del gasto público propuesta por la ONU, el gasto social queda incluido en el tercer grupo, denominado *servicios sociales*. Los gastos incluidos por la ONU para atender estos servicios sociales son los referentes a educación, sanidad, seguridad social, vivienda, deportes, religión y otros análogos. En las propuestas de las funciones que debía desempeñar el Estado patrocinadas por los economistas, no aparecieron los gastos sociales hasta entrado el siglo XX, cuando comenzó a surgir el estado del bienestar (Ayala, 2001).

Para revisar el impacto del gasto sobre los servicios de salud existen diferentes dimensiones de indicadores según el aspecto de los objetivos que miden, entre estas dimensiones tenemos (SHCP, Guía, web):

- Eficacia: Mide el nivel de cumplimiento de los objetivos.
- Eficiencia: Busca medir que tan bien se han utilizado los recursos en la producción de resultados.
- Calidad: Busca evaluar atributos de los bienes o servicios producidos por el Programa respecto a normas o referencias externas.
- Economía: Mide la capacidad para generar y movilizar adecuadamente los recursos financieros.

## **1.5 El presupuesto**

La forma en que cada nación se caracteriza depende en gran medida de la forma en que destina sus recursos, con base en su cultura, tradiciones y sin duda alguna la consecución de objetivos económicos, políticos y sociales que el Estado establezca; estos se reflejan formalmente en el presupuesto nacional, y en el caso Mexicano en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF).

El PEF dentro de su estructura programática contiene ramos específicos desde los cuales se destinan recursos para los servicios de salud. Tales ramos están comprendidos por el

Ramo 12 y 33. En estos se expresa el objetivo de brindar el derecho a la salud que contempla en su artículo cuarto la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos y que se reglamenta en la Ley General de Salud.

La Nueva Gestión Pública (NGP), es un fenómeno que desde la década de los ochenta, se ha convertido en la modernización de las administraciones públicas a nivel mundial. Esta ha redireccionado la actividad del Estado poniendo énfasis en la eficiencia, eficacia y productividad, implementando herramientas metodológicas propias de la gestión privada.

La Gestión para Resultados (GPR), se entiende como el modelo de cultura organizacional, directiva y de desempeño institucional, que pone el énfasis en los resultados (en vez de en los procedimientos). Aunque interesa cómo se hacen las cosas, cobra mayor relevancia qué se hace, qué se logra y cuál es su impacto en el bienestar de la población; es decir, la creación de valor público.

Por tal, si el presupuesto nacional es la representación formal de cómo el gobierno invierte sus recursos para la consecución de sus fines económicos, políticos y sociales; entonces la NGP realizará la evaluación del presupuesto basándose en los resultados obtenidos. De tal manera que el Presupuesto basado en Resultados (PBR) se constituye como el instrumento metodológico y el modelo de cultura organizacional cuyo objetivo es que los recursos públicos se asignen prioritariamente a los programas que generan más beneficios a la población y que se corrija el diseño de aquéllos que no están funcionando correctamente.

Un presupuesto con enfoque en el logro de resultados consiste en que los órganos públicos establezcan de manera puntual los objetivos que se alcanzarán con los recursos que se asignen a sus respectivos programas y que el grado de consecución de dichos objetivos pueda ser efectivamente confirmado mediante el Sistema de Evaluación del Desempeño (SED). Éste último, permite la valoración objetiva de los programas y las políticas públicas a través del seguimiento y verificación del cumplimiento de metas y objetivos con base en indicadores estratégicos y de gestión para:

- Conocer los resultados del ejercicio de los recursos y el impacto social de los programas;
- Identificar la eficacia, eficiencia, economía y calidad del gasto, y

- Procurar una mayor productividad de los procesos gubernamentales

Lo anterior con el objeto de entregar mejores bienes y servicios públicos a la población, elevar la calidad del gasto público, y promover una adecuada rendición de cuentas (SHCP, PBR, web).

# **CAPÍTULO 2:**

## **EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

## **2.1 Panorama general de los sistemas de salud en el mundo**

### **2.1.1 Antecedentes de los sistemas de salud**

Los sistemas creados en torno a la salud han variado en complejidad a través del tiempo, pues el dinamismo del concepto le ha dado a la salud una caracterización única y complementaria en cada parte de la historia. Este apartado permite conocer de manera general cómo los servicios sanitarios han evolucionado hasta la actualidad.

En la edad antigua el cuidado de la salud era fervientemente relacionado con el cuidado de las viviendas, la higiene personal, la dieta, el ejercicio y el equilibrio entre trabajo y descanso; esto último obviamente era diferente entre la clase esclavista y la aristocracia. Así mismo los sistemas de alcantarillado de la época fueron grandes avances que apoyaron el desarrollo de la misma. En este periodo, la salud no sólo tenía una importancia curativa, sino más bien preventiva. Para aseverar lo anterior Maya y Torres (2005) se basan en los avances de las civilizaciones antiguas que se abordan a continuación.

En la India, 4000 años atrás, se contaba con drenaje y baños en las viviendas. Por su parte los hebreos tuvieron prácticas higiénicas más enérgicas y escribieron el primer código de higiene en el Levítico (uno de los libros del pentateuco, A.T.). En este se señala que la dieta, el orden personal y el sano comportamiento sexual, son elementos importantes para gozar de una buena salud; así mismo se describe como el aislamiento era utilizado para combatir la lepra. Este libro data aproximadamente 1500 años antes de Cristo.

Hipócrates en Grecia, elabora el primer documento que sitia a la salud pública como una variable dependiente del medio ambiente. Este documento se convierte en la base para la comprensión de las enfermedades por poco más de 2000 años. Otro aspecto importante a destacar es que la cultura griega presta gran importancia a la limpieza personal, al ejercicio y a las dietas, haciendo de la suya no una medicina completamente curativa sino preventiva.

El imperio romano retoma los fundamentos griegos en salud clínica, pero sobresale en la construcción de ingeniería sanitaria con la realización de acueductos y baños públicos. Esta infraestructura aventaja a esta civilización en el campo de la higiene personal.

Por su parte los chinos presentan una teoría en donde las emociones y las enfermedades tienen una relación recíproca. Zhong Yin escribe que los mejores médicos son los que previenen la enfermedad.

En América Prehispánica, la civilización Teotihuacana contó con grandes obras hidráulicas que le permitían llevar agua limpia a la ciudad, así como deshacerse del agua sucia. La cultura azteca por su lado, contó con una infraestructura similar, así mismo hay que recordar que ésta creó islotes de asentamiento dentro de un lago, para lo cual debió desarrollar medidas eficaces para evitar su contaminación (Guerrero, 1991).

Todos los aportes de éstas y otras civilizaciones, contribuyeron enormemente al desarrollo de la salud pública; sin embargo, tras la desintegración del imperio greco-romano llegó una época de decadencia en las prácticas salubres: la Edad Media (476-1491).

Durante esta:

“(…) la enfermedad era vista como un castigo divino a los pecadores y la salud, por el contrario, no sólo significaba curación física sino también salvación espiritual, por este motivo la práctica de la medicina estaba a cargo de los monjes médicos (los que serían sucedidos por los médicos seculares) y el paciente estaba totalmente sometido a sus dictados. Los monasterios, embrión de las futuras universidades, mantuvieron y difundieron la literatura médica. En el S. XIII las escuelas médicas llevaron a cabo la incorporación y actualización del galenismo, la regulación de la formación médica y del ejercicio profesional, el cual se va generalizando progresivamente. La organización de la práctica asistencial mantenía las tres divisiones clásicas: los médicos de reyes y nobles que estaban contratados con exclusividad, los médicos de la burguesía que atendían a domicilio, los médicos municipales y de órdenes religiosas que atendían a los pobres en los hospitales” (Rossi y Rubilar, 2007).

La edad moderna (1491-1789) comienza con el fondo histórico del renacimiento que tiene sus orígenes entre el siglo XIV y XV, en esta el arte, la ciencia, música, literatura y pintura resurgen para llegar a su mayor auge. Rossí y Rubilar (2007) señalan que se puso fin al letargo que supuso el medioevo y se produjo un redescubrimiento de la cultura pagana de la antigüedad, es decir se retorna al paradigma ambientalista que había prevalecido en la sociedad esclavista para justificar la concepción del proceso de enfermar. Entre las características resaltables de esta época destaca que la salud pública se consolida como una ciencia matemática, estadística y científica.

En la edad contemporánea (1790 a la fecha) son innumerables las contribuciones que se realizaron en términos de salud, estas surgieron en torno a la creciente industrialización a finales del siglo XVIII. En este periodo se comienza a dar importancia a la situación sanitaria de la población asalariada, reconociendo los elevados costos en enfermedad, discapacidad y muerte. Así pronto el tema de la salud de los trabajadores se convirtió en tema político.

Son dos los modelos más destacados de la época, sin minimizar los logros que a partir de estos se dieron en otras naciones. El primero se da en Alemania con el modelo de Otto von Bismarck. El modelo "bismarckiano" (que fue creado con el objeto de frenar los progresos del socialismo), dio origen al primer sistema estatal de políticas sociales de los tiempos modernos. A partir de su discurso en Reichstag del 17 de noviembre de 1881 se adoptaron una serie de leyes sobre los seguros contra enfermedades (1883), accidentes de trabajo (1884) y vejez e invalidez (1889). Su modelo se caracterizaba por su concepción aseguradora, razón por la que los montos de las pensiones y los subsidios se calculaban en función de los ingresos percibidos por los solicitantes y sus pautas fueron pensadas exclusivamente en función del trabajador asalariado.

El segundo acontecimiento se da en Inglaterra con el Informe Beveridge (1942) cuyo nombre completo era "*Report on Social Insurance and Allied Services*". Las recomendaciones de Beveridge tienen como objetivo prioritario abolir la indigencia, concibiendo la seguridad social como uno de los medios más idóneos para ello. Una de las principales características del informe fue la de elaborar un proyecto completo de seguros que abarcara a todos los ciudadanos, así pues el informe advertía que el Estado debía preocuparse por el bienestar de todos y expresaba la necesidad de un servicio

nacional de salud que prestara la atención médica a toda la población. Este es el origen de lo que posteriormente se denominaría el “Estado de Bienestar”.

Los actuales sistemas de salud se crearon tomando como diseño básico el modelo creado por Bismarck (seguro) o el modelo de Beveridge (servicio). En los países de ingresos medios como los latinoamericanos los sistemas de salud tienden a ser una mezcla de los modelos vigentes en los países desarrollados.

**Tabla 1. Diferencias entre el modelo de Bismarck y de Beveridge**

<b>Modelo de Bismarck</b>	<b>Modelo Beveridge</b>
La cobertura depende de la condición laboral del individuo.	Tendencia hacia la universalización.
Se caracteriza por un régimen de seguros múltiples.	Se basaba en la unificación de los riesgos, la protección deriva de la situación genérica de necesidad.
La financiación depende de las contribuciones del asegurado, del empleador y en ocasiones del Estado.	La financiación depende en su mayoría del presupuesto del Estado.
Hay una administración diferenciada de cada riesgo, e incluso de los colectivos asegurados.	Se busca una gestión administrativa unificada y pública

*Fuente: Instituto de Investigaciones Jurídicas, Principales modelos de seguridad social y protección social. UNAM.*

## **2.1.2 Organismos mundiales al cuidado de la salud**

### **2.1.2.1 Organización Mundial de la Salud (OMS)**

Uno de los asuntos que abordaron los diplomáticos que se reunieron para crear las Naciones Unidas en 1945 fue la posibilidad de establecer una organización mundial dedicada a la salud. Así surge la OMS como la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el Sistema de las Naciones Unidas, cuya Constitución entró en vigor el 7 de abril de 1948. Su mandato es velar por la salud pública, prestando apoyo y asistencia técnica a sus Estados miembros y cumple sus objetivos mediante las siguientes funciones básicas:

- Ofrecer liderazgo en temas cruciales para la salud y participar en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas;

- Determinar las líneas de investigación y estimular la producción, difusión y aplicación de conocimientos valiosos;
- Establecer normas, promover y seguir de cerca su aplicación en la práctica;
- Formular opciones de política que aúnen principios éticos y de fundamento científico;
- Prestar apoyo técnico, catalizar el cambio y crear capacidad institucional duradera;
- Seguir de cerca la situación en materia de salud y determinar las tendencias sanitarias.

### **2.1.2.2 Organización Panamericana de la Salud (OPS)**

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), fundada en 1902, es la agencia de salud pública internacional más antigua del mundo. Brinda cooperación técnica y moviliza asociaciones para mejorar la salud y la calidad de vida en los países de las Américas. Es el organismo especializado en salud del Sistema Interamericano y actúa como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS); junto con ésta, es miembro del sistema de las Naciones Unidas.

Las metas regionales de la OPS son:

- Aumentar la duración de la vida saludable de todas las personas, de tal manera que se reduzcan las disparidades de salud entre los grupos sociales.
- Asegurar el acceso de toda la población a un conjunto determinado de servicios básicos de calidad aceptable, destacando los elementos esenciales de la atención primaria.
- Garantizar el desarrollo de las poblaciones saludables.
- Procurar que todas las personas adopten y mantengan estilos de vida y comportamientos saludables.

### **2.1.3 La cobertura universal de los servicios de salud**

Sin duda alguna en la actualidad, no es indiferente el tema de la cobertura universal de los servicios de salud (OMS, Cobertura Sanitaria, web). Esta es un objetivo que todo gobierno determinado a mejorar el bienestar de sus ciudadanos debe plantearse. Es además un componente fundamental para lograr un desarrollo sostenible, reducir la pobreza y las desigualdades sociales. El objetivo de la cobertura sanitaria universal es asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos.

Para que un país pueda alcanzar la cobertura universal de servicios de salud, se han de cumplir varios requisitos:

1. Existencia de un Sistema de Salud sólido, eficiente y en buen funcionamiento, que satisfaga las necesidades prioritarias en el marco de una atención centrada en las personas (incluidos servicios de VIH, tuberculosis, paludismo, enfermedades no transmisibles, salud materno-infantil) para lo cual deberá:
  - Proporcionar a las personas información y estímulos para que se mantengan sanas y prevengan enfermedades,
  - Detectar enfermedades tempranamente,
  - Disponer de medios para tratar las enfermedades,
  - Ayudar a los pacientes mediante servicios de rehabilitación.
2. Asequibilidad: debe haber un sistema de financiación de los servicios de salud, de modo que las personas no tengan que padecer penurias financieras para utilizarlos. Esto se puede lograr por distintos medios.
3. Acceso a medicamentos y tecnologías esenciales para el diagnóstico y tratamiento de problemas médicos.
4. Una dotación suficiente de personal sanitario bien capacitado y motivado para prestar los servicios que satisfagan las necesidades de los pacientes, sobre la base de las mejores pruebas científicas disponibles.

La cobertura sanitaria universal implica la necesidad de reconocer la función crucial que desempeñan todos los sectores para asegurar la salud de las personas, en particular los de transporte, educación y planificación urbana. Tiene consecuencias directas para la salud de la población. El acceso a los servicios sanitarios permite a las personas ser más productivas y contribuir más activamente al bienestar de sus familias y comunidades.

La cobertura universal está sólidamente basada en la Constitución de la OMS (1948), en la que se declara que la salud es un derecho humano fundamental, así como en el Programa de Salud para Todos establecido en 1978 en la declaración de Alma-Ata. La OPS también la persigue dentro de sus metas regionales.

## **2.2 El Sistema de Salud en México**

El Sistema de Salud Mexicano está compuesto por dos sectores: el privado y el público, éste último también conocido como Sistema Nacional de Salud. El *sector privado* está integrado por todos los establecimientos particulares que prestan servicios de atención a la salud de la población con capacidad de pago, que van desde pequeñas clínicas hasta modernos y grandes hospitales. Por su parte el *sector público* comprende a las Instituciones de Seguridad Social y las que brindan protección social a la población que no cuenta con la anterior.

### **2.2.1 El Sistema Nacional de Salud**

Para poder entender cómo se conforma el Sistema Nacional es conveniente aclarar el significado teórico de seguridad social y protección social.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1991), definió la seguridad social como:

“La protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, o

enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos”. La Seguridad Social es un sinónimo de bienestar, de salud, de ocupación adecuada y segura, de amparo contra todos los infortunios y prevención. Es lucha contra la miseria y desocupación.”

Las Instituciones de Seguridad Social en nuestro país son:

- El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
- El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
- Petróleos Mexicanos (PEMEX),
- Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA)
- Secretaría de Marina (SEMAR)
- Otras

El financiamiento de estas instituciones proviene de tres fuentes (tripartito): contribuciones del Estado, de los empleadores y empleados.

La protección social es definida en la Ley General de Salud como:

“Un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social”(LGS, 2014).

Las Instituciones de Protección Social que atienden a la población sin seguridad social son:

- La Secretaría de Salud (SSA)
- Los Servicios Estatales de Salud (SESA)

- El Seguro Popular (SP)
- EL IMSS-Oportunidades (IMSS-O)

LA SSA, los SESA y el SP se financian con recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales, además de las cuotas de recuperación o cuotas familiares que pagan los usuarios al recibir la atención. La población de responsabilidad de la SSA y de los SESA se atiende en instalaciones propias, mientras que el SP compra servicios de salud para sus afiliados a la SSA, a los SESA y en algunas ocasiones a proveedores privados.

### **2.2.2 Antecedentes históricos del Sistema de Salud Mexicano**

Diferentes autores como Sevilla (2011), Blanco y Maya (2005), describen como antes de la llegada de los españoles se desarrolló en el Valle de Anáhuac la cultura náhuatl, misma que tenía un nivel de organización y eficiencia en asuntos de salud, incluso superior a la europea. Estos hechos fueron aceptados por el mismo Hernán Cortés, quien en sus Cartas de Relación ponía de manifiesto que no era necesario el envío de médicos españoles. Sin embargo ante la conquista y aculturación eminente, una parte de la medicina náhuatl se cristianizó y la parte que no renunció a su misticismo religioso fue perseguida por la inquisición.

A finales del siglo XVIII existían tres modelos de salud: uno que se remite a la medicina tradicional, el oficial ejercido por la Iglesia Católica que atienden a las clases pudientes y a los pobres en menor medida, y un tercero que se consolida con el establecimiento de las ciencias médicas en 1883. En este momento tiene un impacto el papel político que lleva a cabo el médico Valentín Gómez Farías, quien elabora la Ley de Instrucción Pública del 26 de octubre de 1833 y reglamenta las primeras leyes de estadística del país (Sevilla, 2011).

Es hasta las reformas juaristas que la medicina se pone en manos del Estado laico que asume atender a los ciudadanos bajo la forma de beneficencia pública, una de las manifestaciones que ha tomado la protección social a través de los tiempos. También el Estado asume la responsabilidad de llevar un registro oficial de nacimientos y defunciones. Durante el gobierno porfirista se continúa la misma línea, se elabora el

primer Código Sanitario, se fundan hospitales modernos y se ponen los cimientos de la federalización de los servicios de salud. En este periodo se enfatiza la desigualdad en el acceso a la atención médica, que se encuentra arraigada a un pago (Ibídem).

Debido al desencanto social de la época, surge una guerra civil en el país. Es la Revolución Mexicana la que impactará de forma significativa el acceso a la salud. En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 se concibe a la salud como una de las garantías individuales de todos los mexicanos.

Sin embargo es hasta la época del cardenismo cuando se comienza a materializar este derecho conferido por la Constitución. En este periodo se forman los Servicios Médicos Rurales por medio de los cuales los campesinos tendrán por primera vez el contacto con un Sistema de Salud basado en los avances técnicos y científicos de la época.

En 1943 surge la Secretaría de Salubridad y Asistencia que conjuga en una sola institución las labores de saneamiento y salud pública con las de atención a enfermos que no cuentan con atención derivada de contratos de trabajo. En paralelo, el ascenso en las luchas de una creciente clase trabajadora industrial logrará que los trabajadores cuenten con servicios médicos y pensiones pagados por los empleadores. De esta forma, los trabajadores urbanos se incorporarán también a la posibilidad de acceder al Sistema de Salud (Soto, Lutzow & González, 2012).

Dichos avances se consolidarán y ampliarán con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (1943) y posteriormente con el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado (1961). Vale la pena señalar que lo anterior no significó la desaparición de la medicina tradicional ni del ejercicio de la medicina privada. De hecho, esta última evolucionará de los consultorios y pequeños hospitales a los grandes hospitales privados de hoy (Ibídem).

En tiempos más recientes, se desarrollaron nuevas formas de atención a sectores muy pobres de las zonas rurales y de las periferias urbanas. Un ejemplo de esto son las medidas dirigidas a ampliar la cobertura a los trabajadores temporales y rurales por parte del IMSS a través del régimen “solidario” (hoy IMSS Oportunidades) además de una

mayor inversión en la atención de la población “abierta” o no asegurada, atendida por la Secretaría de Salud que enfatizaba la atención primaria a la salud.

De esta manera llegamos a la creación del Sistema de Protección Social en Salud, que por medio del Seguro Popular, atiende a la población que no cuenta con seguridad social. A la fecha, México continúa con un sistema de salud segmentado y esta división se da con base en las características de la población, de acuerdo con el lugar que ocupa en la sociedad, su perfil ocupacional o su capacidad de pago (OCDE, 2005, web).

### **2.3 El derecho a la salud en México**

El derecho a la salud se encuentra contemplado en la legislación mexicana en la Constitución, Tratados Internacionales y en diversas leyes y normas complementarias. Así mismo cada Entidad Federativa, dentro de su marco jurídico, refuerza los principios de este derecho.

#### **2.3.1 El derecho constitucional a la salud**

Nuestra ley máxima, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, a partir de la reforma del 10 de junio de 2011, denomina al Capítulo I del Título Primero, como: “De los derechos humanos y sus garantías”, dejando atrás el incompleto concepto de “garantías individuales”. En su artículo primero nuestra Carta Magna obliga a cumplimentar los “Derechos Humanos” bajo los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. Así mismo establece que las normas relativas a estos derechos deberán interpretarse de conformidad con la Constitución y los Tratados Internacionales en la materia, favoreciendo en todo momento a las personas con la protección más amplia.

Dentro de los derechos humanos fundamentales a los que se refiere el artículo primero se encuentra el de la salud, consagrado en nuestra ley suprema en el artículo cuarto (cf. “CPEUM”, 1917), en el que se señala que todos los mexicanos tienen derecho a la protección de la salud; a una alimentación nutritiva; a un medio ambiente sano; al acceso,

disposición y saneamiento de agua; y a una vivienda digna; siendo éstos últimos, factores importantes para la consecución del primero.

El artículo cuarto además menciona que será “La Ley la que definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general, de conformidad a lo establecido por la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución”, en el cuál se faculta al Congreso de la Unión, entre otras, para dictar las leyes convenientes en la materia (cf. “CPEUM”, 1917).

Otro artículo constitucional que alude a la salud como derecho es el 123, en el cual se le asocia con las prestaciones de seguridad social de la clase trabajadora, no como derecho para todos, sino para los trabajadores y su familia. De esta manera es redacta la fracción XXIX del apartado A del artículo mencionado, en el Título Sexto, denominado: "Del trabajo y la previsión social".

Hay dos artículos que se pueden relacionar con el derecho a la salud desde el punto de vista de la función pública. El artículo 134 señala que “Los recursos económicos de que dispongan la Federación, los estados, los Municipios, el Distrito Federal y los órganos político-administrativos de sus demarcaciones territoriales, se administrarán con eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez para satisfacer los objetivos a los que estén destinados”; por tanto, este artículo señala los lineamientos para realizar las compras gubernamentales así como la evaluación del ejercicio de los recursos por parte de las autoridades competentes. Finalmente el artículo sexto establece la transparencia y el acceso a la información gubernamental.

### **2.3.2 Tratados Internacionales en materia de salud**

Los Tratados Internacionales de los que es partícipe el Estado Mexicano y que contienen disposiciones específicas vinculadas con la salud son:

- La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial (1965). Señala en su artículo quinto que el derecho a la

salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales, deben otorgarse libres de todo tipo de discriminación racial.

- El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966). En su artículo 12 reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
- La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (1979). En su artículo 11 establece el derecho de la mujer a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción.
- El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, mejor conocido como “Protocolo de San Salvador” (1988). Reconoce que toda persona tiene derecho a la salud, como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social.
- La Convención sobre los Derechos del Niño (1989). Señala en su artículo 24 el derecho de las niñas y los niños al disfrute del nivel de salud más alto posible, así como a los servicios para el tratamiento de enfermedades y rehabilitación; reconociendo de esta manera a la salud como uno de sus derechos fundamentales.
- Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000). Los objetivos 4,5 y 6 establecen la reducción de la mortalidad infantil, la mejora de la salud materna y el combate al SIDA respectivamente.
- La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006). En su artículo 25 señala que los Estados partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud.

### **2.3.3 Leyes Federales que norman el derecho a la salud**

Las inferencias Constitucionales en materia de salud contenidas en los artículos mencionados anteriormente, nos remiten a la legislación reglamentaria que en cumplimiento de estos preceptos, se han propuesto y aprobado en el Congreso de la Unión, mismas que se abordan a continuación para fortalecer el marco legal de la investigación.

#### **2.3.3.1 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal**

El texto vigente de esta ley establece las bases de organización de la Administración Pública Federal, centralizada y paraestatal. Se establecen en ella las Secretarías de Estado y las atribuciones y competencias de las mismas, así como las de la Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal.

Esta ley toma vital relevancia, al dictaminar en su artículo 39, las competencias de la Secretaría de Salud, instancia que coordina la operación del Seguro Popular que es el Programa objeto de la investigación. Entre sus funciones se encuentran:

- Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; y coordinar los Programas de servicios a la salud de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y Programas afines que, en su caso, se determinen.
- Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer a la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

Asimismo, propiciará y coordinará la participación de los sectores social y privado en dicho Sistema Nacional de Salud y determinará las políticas y acciones de inducción y concertación correspondientes.

- Dictar las normas técnicas a que quedará sujeta la prestación de servicios de salud en las materias de Salubridad General, incluyendo las de Asistencia Social, por parte de los sectores público, social y privado, y verificar su cumplimiento.
- Estudiar, adaptar y poner en vigor las medidas necesarias para luchar contra las enfermedades transmisibles, contra las plagas sociales que afecten la salud, contra el alcoholismo y las toxicomanías y otros vicios sociales, y contra la mendicidad.
- Actuar como autoridad sanitaria, ejercer las facultades en materia de salubridad general que las leyes le confieren al Ejecutivo Federal, vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables y ejercer la acción extraordinaria en materia de Salubridad General.
- Establecer las normas que deben orientar los servicios de asistencia social que presten las dependencias y entidades federales y proveer a su cumplimiento.

#### **2.3.3.2 Ley General de Salud**

La ley que reglamenta el derecho a la protección social en salud que tienen todas las personas en términos del artículo 4o. constitucional, es la Ley General de Salud; esta establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud así como la participación de la Federación, los Estados y el Distrito Federal, en materia de salubridad general.

En su artículo segundo la Ley General de Salud, menciona las siete finalidades que tiene el derecho a la protección social en salud, siendo éstas:

- i. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- ii. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- iii. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- iv. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;

- v. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- vi. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- vii. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Es importante señalar que la LGS fue reformada el 15 de mayo del 2003 para permitir el nacimiento del Sistema de Protección Social en Salud, cuyo brazo operativo es el Seguro Popular. Esta modificación contempla las siguientes adiciones:

- i. Artículo 3o. con una fracción II bis, en el cual se comienza a considerar materia de salubridad general a la protección social en salud.
- ii. Artículo 13, apartado A) con una fracción VII bis que señala la obligación del Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, de regular, desarrollar, coordinar, evaluar y supervisar las acciones de protección social en salud.
- iii. Creación del Título Tercero bis denominado: "De la protección Social en Salud", con los artículos 77 bis 1-41; que conforman los siguientes diez capítulos: Disposiciones Generales, De los beneficios de la Protección Social en Salud, De las Aportaciones para el Sistema de Protección Social en Salud, Del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, De las Cuotas Familiares, Del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, De la Transparencia, Control y Supervisión del Manejo de los Recursos del Sistema de Protección Social en Salud, Del Consejo Nacional de Protección Social en Salud, Derechos y Obligaciones de los Beneficiarios, y Causas de Suspensión y Cancelación al Sistema de Protección Social en Salud.

Se realizaron las siguientes reformas:

- i. Fracción I del apartado b) del artículo 13, señalando que corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, en materia de salubridad general, como autoridades locales y dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales: Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general a que se refieren las fracciones II, II Bis, IV, IV Bis, IV Bis 1, IV

Bis 2, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXVI Bis y XXVII Bis, del artículo 3o. de esta Ley, de conformidad con las disposiciones aplicables;

- ii. La fracción IX del artículo 17, Compete al Consejo de Salubridad General: Las demás que le correspondan conforme a la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y esta Ley.
- iii. El artículo 28: Para los efectos del artículo anterior, habrá un Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica y un Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel, elaborados por el Consejo de Salubridad General a los cuales se ajustarán las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, y en los que se agruparán, caracterizarán y codificarán los insumos para la salud. Para esos efectos, participarán en su elaboración: La Secretaría de Salud, las instituciones públicas de seguridad social y las demás que señale el Ejecutivo Federal.
- iv. Y finalmente el artículo 35: Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los residentes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.

Los derechohabientes de las instituciones de seguridad social podrán acceder a los servicios a que se refiere el párrafo anterior en los términos de los convenios que al efecto se suscriban con dichas instituciones, de conformidad con las disposiciones aplicables.

Esta ley, a su vez se encuentra reglamentada por otros instrumentos jurídicos y legales secundarios, entre éstos destacan los siguientes reglamentos:

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

- Reglamento Interno del Consejo Nacional de Protección Social en Salud.
- Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General.

### **2.3.3.3 Ley del Seguro Social**

La Ley del Seguro Social (LSS) es el marco legislativo bajo el cual rige sus operaciones el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Éste, es una Institución del gobierno federal, autónoma y tripartita, dedicada a brindar servicios de salud y seguridad social a la población afiliada, cuya importancia radica en ser, precisamente, la institución de seguridad social más grande del país.

La finalidad de la seguridad social, se encuentra señalada en el artículo segundo de esta ley, y es garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

Entre los instrumentos legales que norman al IMSS, además de la ley citada, se encuentran los siguientes:

- Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Reglamento de Organización Interna del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Manual de Organización del Instituto Mexicano del Seguro Social.

### **2.3.3.4 Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**

La Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (LISSSTE), reglamenta las operaciones del propio Instituto. El ISSSTE es el segundo pilar de la Seguridad Social en nuestro país, su organización y funcionamiento está regulado, además de la LISSSTE, entre otros, por los siguientes instrumentos legales:

- Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- Reglamento del Comité de Evaluación y Seguimiento de los Servicios de Salud del ISSSTE.
- Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- Reglamento Orgánico de las Delegaciones Estatales y Regionales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- Manual de Organización General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

#### **2.3.3.5 Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas**

Es la que reglamenta la organización y el funcionamiento del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, que es un organismo público descentralizado federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio.

#### **2.3.3.6 Ley de Institutos Nacionales de Salud**

Tiene por objeto regular la organización y funcionamiento de los Institutos Nacionales de Salud, así como fomentar la investigación, enseñanza y prestación de servicios que se realice en ellos.

#### **2.3.3.7 Ley Federal del trabajo**

La presente ley es de observancia general en toda la República y rige las relaciones de trabajo comprendidas en el artículo 123, apartado A, de la Constitución. Señala que el trabajo es un derecho y un deber social que exige respeto para las libertades y dignidad del prestador, y debe efectuarse en condiciones que aseguren la vida, la salud y un nivel económico decoroso para el trabajador y su familia.

### **2.3.3.8 Ley de Asistencia Social**

Esta ley se fundamenta en las disposiciones que en materia de Asistencia Social contiene la Ley General de Salud, para el cumplimiento de la misma, garantizando la concurrencia y colaboración de la Federación, las Entidades Federativas, el Distrito Federal y los sectores social y privado. Tiene por objeto sentar las bases para la promoción de un Sistema Nacional de Asistencia Social que fomente y coordine la prestación de servicios de asistencia social pública y privada e impulse la participación de la sociedad en la materia.

Para tales efectos define a la asistencia social como el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva. La asistencia social comprende acciones de promoción, previsión, prevención, protección y rehabilitación.

En la Ley de Asistencia Social se resalta que los servicios de salud que en materia de asistencia social presten la Federación, los Estados, los Municipios y los sectores social y privado, forman parte del Sistema Nacional de Salud, a través del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada.

### **2.3.3.9 Ley para la Protección de los Derechos de niñas, niños y adolescentes**

Como que la Ley General de Salud, tiene su fundamento en el artículo 4° Constitucional y tiene por objeto garantizar a niñas, niños y adolescentes la tutela y el respeto de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución. Contiene un capítulo específico del derecho a la salud de las niñas, niños y adolescentes.

### **2.3.3.10 Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública**

Tiene su fundamento en el artículo 6° constitucional, cuya finalidad es garantizar por los medios necesarios a toda persona el acceso a la información gubernamental.

## **2.4 Sistema de Protección Social en Salud: Panorama Nacional**

### **2.4.1 Consideraciones Generales**

A finales del siglo XX, debido al lento crecimiento de la economía mexicana, el sistema de salud enfrentaba serios desequilibrios en términos de cobertura y financiamiento. Aproximadamente la mitad de la población carecía de un empleo formal y por ende de un esquema de aseguramiento médico público. Esta porción de la población se encontraba sumamente vulnerable a incurrir en gastos catastróficos en materia de salud ante la presencia de enfermedades en el seno familiar; poniendo en riesgo el patrimonio o la vida de quien por falta de recursos económicos, no pudiera acceder a los tratamientos médicos oportunos.

En términos de financiamiento, en 2002 el gasto de bolsillo de salud de las familias era de más del 52% y anualmente de dos a tres millones de familias sin seguridad social incurrían en gastos catastróficos por motivos de atención médica, que frecuentemente provocaba su empobrecimiento. El gasto público como porcentaje del PIB era más bajo que el de otros países de similar desarrollo y existía una distribución inequitativa de los recursos entre las Entidades Federativas. En ese mismo año, también se registró un bajo nivel de inversión en salud, donde México destinaba 5.6% del PIB, mientras que en América Latina el promedio era de 6.6%. A su vez, la participación de las Entidades Federativas en el financiamiento de la salud era muy desigual, de forma que había una diferencia de 115 a 1 entre la Entidad que más aportaba recursos por persona respecto a la que menos aportaba. (CIDE, Seguro Popular: Una mirada a su construcción y financiamiento, web)

Ante esta situación, el país requería hacer grandes avances en materia de salubridad, era imperioso fortalecer y reconstruir el sistema y el modelo de salud, para satisfacer las necesidades de una población con una caracterización económica, demográfica, social y epidemiológica diferente y demandante. Debían buscarse los mecanismos para lograr el acceso universal y equitativo a los servicios de salud conforme a lo dispuesto en el artículo 4° constitucional; era imprescindible garantizar la protección de la salud a todos los mexicanos.

En respuesta a este panorama, el Estado Mexicano, diseñó un mecanismo para garantizar el acceso a la salud de aquellos que por su condición laboral, carecieran de acceso a la seguridad social. Para ello realizó modificaciones a la Ley General de Salud mediante la reforma del 15 de mayo de 2003 (a la que se refirió anteriormente en esta investigación), en la que se establece el Sistema de Protección Social en Salud.

#### **2.4.2 Sistema de Protección Social en Salud**

El párrafo segundo del artículo 77 bis 1 de la Ley General de Salud define la protección social en salud como un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Indica que como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) es un instrumento de la política social del Estado Mexicano cuyo objetivo principal es brindar protección financiera a la población que no cuenta con servicios de seguridad social. En la Ley General de Salud se entiende

por Sistema de Protección Social en Salud a las acciones que en esta materia provean los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.

Se creó la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), como entidad coordinadora del Seguro Popular y encargada de transferir el financiamiento a los servicios estatales de salud. En las Entidades Federativas, se constituyó un Régimen de Protección Social en Salud como responsable de la administración y operación del Seguro Popular en cada Entidad (CIDE, Seguro Popular: Una mirada a su construcción y financiamiento, web).

### **2.4.3 Seguro Popular**

El Seguro Popular (SP) el brazo operativo del Sistema de Protección Social en Salud. Su propósito es brindar protección a la población no derechohabiente mediante un seguro de salud, público y voluntario; orientado a reducir los gastos médicos de bolsillo y fomentar la atención oportuna a la salud. Es un Programa de carácter federal, cuyo propósito central está encaminado a la prestación de servicios médicos y a evitar que éstos sigan cubiertos mayoritariamente por el gasto bolsillo. En consecuencia es un mecanismo de protección de las finanzas familiares (Ibídem).

#### **2.4.3.1 Objetivos**

Los objetivos por los que el Seguro Popular sigue trabajando son:

- Ofrecer a los mexicanos que carecen de algún tipo de seguridad social acceso a servicios de salud, mediante un esquema de aseguramiento sin desembolso al momento de su utilización, con trato digno y de calidad que favorezca la igualdad social en materia de salud.
- Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos.
- Abatir las desigualdades en salud.
- Optimizar la capacidad de respuesta de los servicios públicos.
- Asegurar justicia en el financiamiento en materia de salud.

- Fortalecer el sistema de salud que hay en México, sobre todo en instituciones públicas.
- Fomentar en el Estado una cultura de protección social en salud, propiciando una sociedad sana, justa y desarrollada.
- Disminuir significativamente los gastos que por salud realizan las familias para así mejorar su calidad de vida.

#### **2.4.3.2 Población objetivo**

Las personas no derechohabientes de las Instituciones de Seguridad Social, o que no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud.

#### **2.4.3.3 Cobertura geográfica**

El Seguro Popular es un programa federal de aplicación nacional, aunque en su fase piloto se limitó a 5 Estados.

#### **2.4.3.4 Cobertura médica**

El Seguro Popular, ha ido aumentando la cobertura médica a través de los años, el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME) con que dio inicio el Seguro Popular de Salud, contemplaba 78 intervenciones médicas; el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) ha triplicado ese número al financiar, actualmente, la atención médica de 285 intervenciones de primer y segundo nivel de atención, lo que representa una cobertura de más de mil 500 enfermedades.

Por medio del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC); contempla la cobertura de 59 intervenciones de alta especialidad (tercer nivel de atención).

Finalmente, con el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), todas las intervenciones médicas para menores de cinco años, no contempladas en el CAUSES ni en el FPCG, están cubiertas.

#### **2.4.3.5 Financiamiento**

La Comisión Nacional de Protección Social de Salud en la historia del Seguro Popular indica que el modelo de financiero del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) se sustenta en un esquema tripartito con aportaciones 1) del Gobierno Federal, 2) de las Entidades Federativas y 3) contribuciones de los afiliados conforme a su capacidad económica. Las aportaciones al SPSS y el mecanismo de actualización están contenidos en la Ley General de Salud (LGS).

La Cuota Social (CS) por persona beneficiaria es equivalente al 3.92 por ciento de un salario mínimo general vigente diario en el Distrito Federal. Esta CS se calculó por única vez el 1º de enero de 2009 y se actualiza anualmente con base en el Índice Nacional de Precios al Consumidor. En 2011, el monto de esta aportación fue de 847.80 pesos. (CNPSS, Historia del Seguro Popular, web)

La Aportación Solidaria Federal (ASF) por persona afiliada, equivale a 1.5 veces el monto de la Cuota Social. La distribución entre las entidades federativas de esta aportación se realiza de conformidad con la fórmula establecida en el artículo 87 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud (RLGSMPSS) vigente en 2011, la cual contiene componentes de asignación por persona afiliada, necesidades de salud, esfuerzo estatal y desempeño, de tal forma que la aportación es diferente para cada entidad federativa. El promedio nacional en 2011 de la ASF fue de mil 271 pesos con 70 centavos. Un muy escaso porcentaje de personas incorporadas al Seguro Popular participan con una cuota, que es anual y progresiva conforme a su nivel de ingreso familiar. El pago de la cuota puede ser de forma trimestral (CNPSS, Historia del Seguro Popular, web).

La aplicación de los recursos del SPSS se destinan a garantizar el financiamiento de:

- La prestación de los servicios de salud ofrecidos a la población afiliada contenidos en el Catálogo Universal de servicios de salud (CAUSES)
- El tratamiento de los padecimientos de alta especialidad y alto costo que representan un riesgo financiero o gasto catastrófico, mediante el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) y,
- La previsión presupuestal, a través del Fondo de Previsión Presupuestal (FPP), conforme a lo establecido en la LGS, que contempla recursos para:
  - El desarrollo de infraestructura y equipamiento para la atención primaria y de especialidades básicas en zonas de mayor marginación social;
  - La cobertura de las diferencias imprevistas en la demanda de servicios esenciales en el nivel estatal;
  - El establecimiento de una garantía ante el eventual incumplimiento de pago por la prestación interestatal de servicios de salud (portabilidad).

El uso de estos recursos se realiza de acuerdo al destino al que pertenecen (subsidio o fondos del SPSS).

#### **2.4.3.6 Carta de Derechos y Obligaciones de los afiliados**

Los beneficiarios del Seguro Popular tienen derecho a:

1. Recibir servicios integrales de salud
2. Acceso igualitario a la atención
3. Trato digno, respetuoso y atención de calidad
4. Recibir los medicamentos que sean necesarios y que correspondan a los servicios de salud
5. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen
6. Conocer el informe anual de gestión del Sistema de Protección Social en Salud
7. Contar con su expediente clínico

8. Decidir libremente sobre su atención
9. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos
10. Ser tratado con confidencialidad
11. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión
12. Recibir atención médica en urgencias
13. Recibir información sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y obtención de servicios de atención médica.
14. No cubrir cuotas de recuperación específicas por cada servicio que reciban.
15. Presentar quejas ante los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud o ante los servicios estatales de salud, por la falta o inadecuada prestación de servicios, así como recibir información acerca de los procedimientos, plazos y formas en que se atenderán las quejas y consultas.
16. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida

Los beneficiarios del Seguro Popular tienen la obligación de:

1. Adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades
2. Hacer uso de la credencial y/o póliza de afiliación que los acredite como beneficiario y presentarla siempre que se requieran servicios de salud
3. Informarse sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y servicios de atención médica.
4. Colaborar con el equipo de salud informando verazmente y con exactitud sobre sus antecedentes, necesidades y problemas de salud.
5. Cumplir las recomendaciones prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse.
6. Informarse acerca de los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen, así como los procedimientos de consultas y quejas
7. Cubrir oportunamente las cuotas familiares y reguladoras que en su caso, se le fijen
8. Dar un trato respetuoso al personal médico, auxiliar y administrativo de los servicios de salud, así como a los otros usuarios y sus acompañantes.

9. Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud y colaborar en su mantenimiento
10. Hacer uso responsable de los servicios de salud
11. Proporcionar de manera fidedigna la información necesaria para documentar su incorporación al Sistema de Protección Social en Salud y par la definición del monto a pagar por concepto de cuota familiar.
12. Acudir al Módulo de Afiliación y Orientación en caso de necesitar alguna modificación y/o actualización en los datos de su Póliza de Afiliación, tales como cambio de domicilio, incorporación o baja de n integrante de la familia, cambio en la seguridad social de algún miembro, etc.
13. Notifica alta o baja de derechohabencia del ISSSTE, IMSS, SEDENA, o alguna otra institución de Seguridad Social a nivel Estatal.
14. Renovar la póliza al término de su vigencia en el Módulo de Afiliación y Orientación para seguir gozando de los servicios de salud.

#### **2.4.3.7 Cumplimiento de objetivos del Programa**

Para analizar el grado de avance en los objetivos del Programa del Seguro Popular se parte de la Matriz de Indicadores para Resultados (Ver Tabla 2).

Según el “Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2012 – 2013. Valoración de la información de desempeño presentada por el Programa” (CONEVAL), el Seguro Popular tiene los siguientes resultados y hallazgos.

Resultados atribuibles:

1. Efecto en reducción de gastos catastróficos y efecto menor en el gasto de bolsillo por medicamentos en la atención ambulatoria, si bien hubo mayor ahorro en medicamentos para atención hospitalaria
2. Mayor probabilidad de utilización de servicios de salud de la población afiliada al Programa
3. No hubo efectos en las condiciones de salud

**Tabla 2. Matriz de Indicadores para Resultados del Seguro Popular (Parte 1)**

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES			MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
	NOMBRE	FÓRMULA	FRECUENCIA DE MEDICIÓN		
<b>FIN</b>					
Contribuir a evitar el empobrecimiento por motivos de salud, mediante el aseguramiento médico de la población que carece de seguridad social	Proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares	(Gasto de bolsillo en salud de los hogares)/(Gasto total en salud) X 100	Bianual	Información del a Dirección General de Información en Salud (DGIS) Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS)	La población económicamente desfavorecida, utiliza los servicios del Seguro Popular, contribuyendo con ello a evitar su empobrecimiento por motivos de salud
<b>PROPÓSITO</b>					
La población que carece de seguridad social cuenta con acceso a las intervenciones esenciales de prevención de enfermedades y atención médica curativa.	Porcentaje de avance en el cumplimiento de incorporación de personas al Seguro Popular	(Total de personas incorporadas en el año)/Total de personas Programadas a incorporar al 2011) X 100	Anual	Sistema de Administración del Padrón del Sistema de Protección Social en Salud	La población económicamente desfavorecida, utiliza los servicios del Seguro Popular, contribuyendo con ello a evitar su empobrecimiento por motivos de salud
<b>COMPONENTES</b>					
Acceso efectivo a los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud	Acceso a beneficios del Sistema de Protección Social en Salud (PEF)	(Número de consultas en el periodo)/ (Total de personas afiliadas en el periodo)	Semestral	Sistema de Administración del Padrón del Sistema de Protección Social en Salud Dirección General de Información en Salud (Concentrado por unidad Médica)	La población económicamente desfavorecida, utiliza los servicios del Seguro Popular, contribuyendo con ello a evitar su empobrecimiento por motivos de salud

Fuente. Secretaría de Salud

**Tabla 2. Matriz de Indicadores para Resultados del Seguro Popular (Parte 2)**

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES			MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
	NOMBRE	FÓRMULA	FRECUENCIA DE MEDICIÓN		
ACTIVIDADES					
Personas nuevas incorporadas al Seguro Popular	Personas nuevas incorporadas al Seguro Popular (PEF)	$((\text{Tota de personas nuevas afiliadas en el año})/(\text{Total de personas nuevas Programadas para su afiliación en el año})) \times 100$	Semestral	Sistema de Administración del Padrón del SPSS	La población económicamente desfavorecida, utiliza los servicios del Seguro Popular, contribuyendo con ello a evitar su empobrecimiento por motivos de salud
Transferencia de Recursos a las Entidades Federativas	Cumplimiento en la transferencia de recursos calendarizados	$(\text{Recursos de CS y ASF transferidos a las Entidades Federativas con ASE acreditada})/(\text{Recursos de CS y ASF calendarizados modificados para transferir a las Entidades Federativas con ASE acreditada}) \times 100$	Semestral	Oficios de transferencias para las Entidades Federativas de la Dirección General de Financiamiento Informes Sistema de Información y Administración Financiera de la SHCP	
Revisar la eficiencia en la radicación de recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos	Cumplimiento del tiempo empleado para el pago de casos validados del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos	$(\text{Número de casos pagados del FPCGC dentro del tiempo promedio de pago})/(\text{Número total de casos pagados}) \times 100$	Trimestral	Base de datos de los pagos del FPCGC	
Revisar la información enviada por las Entidades Federativas para la acreditación de la ASE	Cumplimiento del tiempo empleado para revisar y notificar la situación del proceso de acreditación de la ASE a las Entidades Federativas	$(\text{Número de Estados a los que se les revisa y notifica la situación del proceso de acreditación de la ASE dentro de los 14 días establecidos})/(\text{Total de Entidades Federativas}) \times 100$	Anual	Informes de notificación de acreditación de la ASE	

Fuente. Secretaría de Salud

Otros efectos:

El incremento de la cobertura del Seguro Popular (SP) disminuye la probabilidad de que los hogares elegibles al Programa realicen un gasto de bolsillo en salud favorable en - 0.088 puntos porcentuales. Hay evidencia de que el SP reduce también la probabilidad de hacer un gasto en atención primaria y en hospitalización (CIDE, 2012, Evaluación Costo-Efectividad).

Otros hallazgos:

Se encuentran afiliados al sistema 51.8 millones de personas, con lo cual se declara cobertura universal voluntaria, que reconoce que existe un grupo de la población que busca administrar sus riesgos financieros por motivos de salud por otros medios. En cuanto a la operación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) se han acreditado 75% de las unidades aunque no se conoce el porcentaje de personas atendidas en dichas unidades. Un aspecto fundamental que debe revisarse es el financiamiento de los servicios de salud a la población afiliada. Se propone crear un solo canal de financiamiento, el cual debe seguir a la demanda; esto implica, reformar la Ley de Coordinación Fiscal para que el financiamiento del FASSA-P se consolide con el del SPSS y se asigne a los diferentes Estados por afiliado. Por otra parte, se reconoce que el SPSS documenta sus resultados a nivel de Fin y Propósito con indicadores de la MIR, informes de resultados, estudios internacionales, evaluaciones externas que no son de impacto y una evaluación de impacto. Con base en la información disponible se concluye que el Programa ha tenido resultados positivos a nivel de Fin y Propósito (Ibídem).

La cantidad de recursos existentes no son el factor determinante en la calidad de los servicios sino la forma como se utilizan y operan. Se aprecia una distribución inadecuada del personal médico ya sea por zona geográfica, cargas de trabajo y horarios de atención. El mecanismo de acreditación de las unidades médicas es insuficiente para asegurar la calidad de la atención. La satisfacción de los usuarios fue elevada con promedio nacional de 97% si bien se reportaron tiempos prolongados de espera para recibir la atención ambulatoria. Menos de la mitad de los beneficiarios recibieron información sobre sus derechos al momento de su inscripción. Un área de oportunidad es el resurtimiento de medicamentos en la cantidad que requiere el afiliado (CIDE, 2012 Estudio sobre la calidad).

### 2.4.3.7.1 Análisis de cobertura

La población potencial está correctamente identificada. Sin embargo, no es posible estimar apropiadamente la cobertura debido a la inadecuada definición de la población objetivo. Esta definición se establece "ad hoc" para el Programa de acuerdo a su disponibilidad presupuestal, no cumple con representar a la población que cubre los criterios de afiliación. Este problema conceptual se refleja en las cifras de las poblaciones objetivo y atendida, que son prácticamente idénticas, lo que tiene como consecuencia una "cobertura" de 100% o mayor, que resulta artificial. Es necesario redefinir las poblaciones de acuerdo al objetivo del Programa. Si el objetivo final es afiliación, este es el criterio de población atendida. Justamente la población atendida (la que se logra afiliar), permitirá estimar la cobertura y reflejará las capacidades de recursos y los límites de atención de los Estados, como menciona el Programa. Aún con este ajuste, será necesario revisar con detalle estas definiciones, que carecen de coherencia con el alcance que el Programa tiene de acuerdo a sus objetivos, los que consideran el "acceso efectivo" a los servicios, que rebasa el nivel reflejado en las definiciones (Ver Figura 4).

**Figura 4. Niveles de cobertura del Seguro Popular en México 2012**

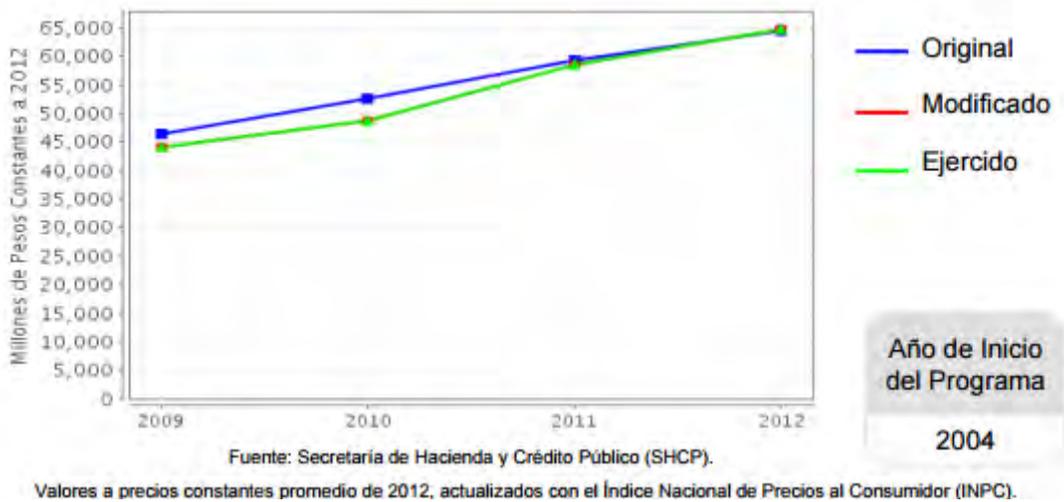


*Fuente: CIDE, 2012 Estudio sobre la calidad*

### 2.4.3.7.2 Evolución del presupuesto

El incremento progresivo en los montos de los presupuestos del año 2008 al 2012 es notable, con casi 30%, lo que resulta coherente con el aumento de la población afiliada al Seguro Popular y la elevación de la cantidad de servicios proporcionados. El crecimiento sostenido del presupuesto va ligado a la cantidad de nuevas personas afiliadas, ya que el Sistema de Protección Social en Salud implica una aportación federal por persona afiliada. Aunque se ha ejercido prácticamente el total de los recursos asignados en el Presupuesto Modificado, no es posible estimar el impacto en salud, si bien se ha documentado la reducción de gasto de bolsillo en algunos segmentos poblacionales.

**Figura 5. Evolución del Presupuesto del Seguro Popular**



### 2.4.3.7.3 Conclusiones, recomendaciones y observaciones

#### 2.4.3.7.3.1 Conclusiones del evaluador externo

El Programa ha mostrado avances que son sustentados por numerosas evaluaciones recientes que han analizado diferentes dimensiones del mismo. Es relevante el efecto documentado en la disminución de la probabilidad de gasto de bolsillo, aunque éste es heterogéneo, con mayor protección sobre los hogares con niños y adultos mayores. Se concluye que el Programa ha tenido resultados positivos a nivel de fin y propósito, aunque

no es posible documentar a través de los indicadores actuales el efecto que tienen sus acciones, implementadas con los recursos financieros de que disponen, sobre las condiciones de salud de sus afiliados. La definición de la población objetivo es deficiente y genera dificultad para estimar apropiadamente la cobertura. Los aspectos de mejora deben ser revisados a la luz de nuevas definiciones de población. La cobertura pronto llegará a ser universal, lo cual implicará cambiar indicadores y métodos de cálculo, donde debe estar presente la reafiliación.

#### **2.4.3.7.3.2 Fortalezas, retos y recomendaciones**

Fortalezas:

1. El Programa responde a la necesidad de protección financiera en salud para población vulnerable por carecer de seguridad social.
2. La afiliación de población sin derechohabiencia ha sido considerable y hay tendencia hacia la cobertura universal.
3. El Programa ha sido evaluado de manera periódica por instancias externas, lo que ha identificado áreas de oportunidad para su mejora.
4. Los indicadores de fin y propósito están bien planteados tanto en su denominación y en su método de cálculo.
5. Sus resultados son demostrables por el cumplimiento de su objetivo de fin.

Retos y Recomendaciones:

1. Efectuar una nueva evaluación externa de impacto que permita contrastar con la realizada en 2005, con el fin de establecer los efectos del Programa a través del tiempo.
2. Generar nuevos indicadores que midan mejor la gestión del Programa y no solo el cumplimiento de acciones administrativas.
3. Revisar la definición de población objetivo para hacerla conceptualmente coherente.

4. Incorporar la dimensión de tutela de derecho para asumir la responsabilidad del Programa en el acceso efectivo a los servicios y la calidad de la atención, más allá de la función financiadora.

#### **2.4.3.7.3.3 Observaciones del CONEVAL**

El Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular fue la acción pública más emblemática y mejor financiada del último sexenio. El Programa está respondiendo positivamente a una serie de observaciones y evaluaciones. Sin embargo:

1. Es positivo que se hayan incorporado a esta evaluación algunos estudios recientes; no obstante, es necesario que las evaluaciones y los estudios relevantes se hagan públicos.
2. Hay una brecha entre lo afirmado por las publicaciones oficiales del SP y la percepción del público, particularmente en lo tocante al acceso efectivo y la calidad de la atención.
3. En 2012, se usó la noción de "universalidad voluntaria" que da a entender que toda la población sin seguridad social que lo desea puede afiliarse al SP. Sin embargo, hay una población que se afiliaría o se mantendría afiliada al SP si este proceso fuera más sencillo y si los servicios cumplieran con la norma. La población no afiliada total no carece de acceso sólo por preferir los servicios privados, sino por deficiencias en el acceso y la atención.
4. Para cumplir cabalmente con su fin, y para convertirse en un pilar de la protección social universal, es necesario que el Programa por sí mismo o a través de la cabeza de sector (Secretaría de Salud del Gobierno Federal) aplique mecanismos eficaces de seguimiento del gasto que aseguren que los fondos transferidos a los Estados, y el financiamiento estatal comprometido, se apliquen realmente a la infraestructura, el personal y los consumibles médicos pertinentes. La Secretaría de Salud del Gobierno Federal, por ley, debe regular (incluso acreditar), supervisar y evaluar los servicios estatales.

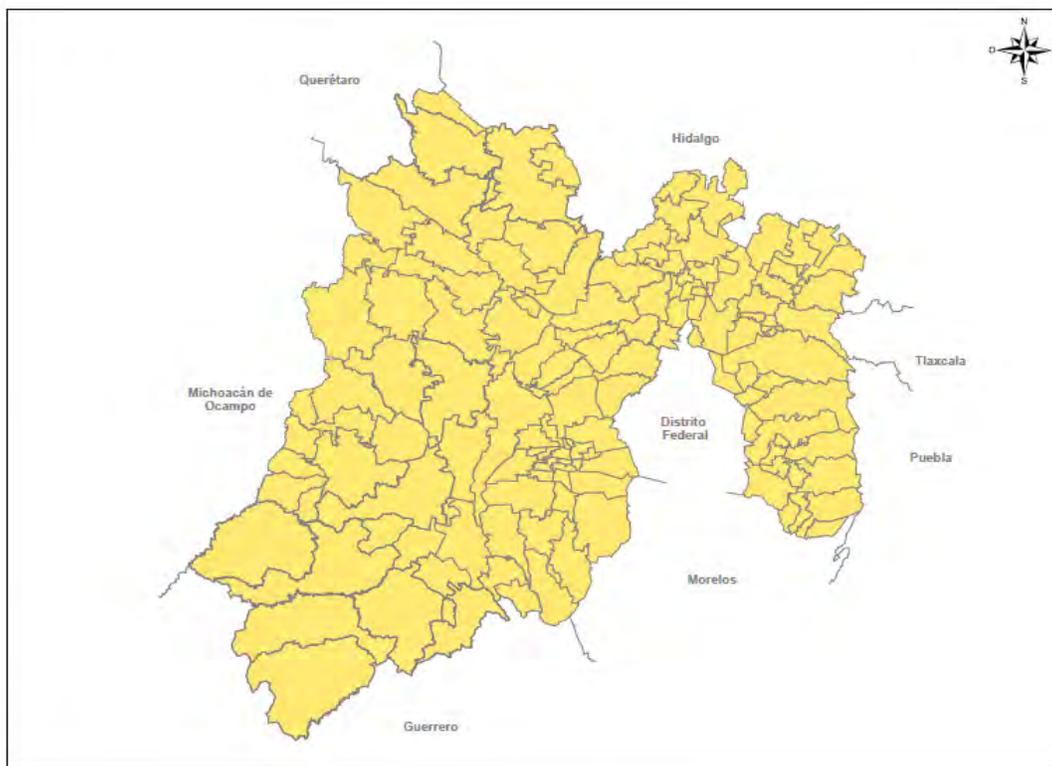
# **CAPÍTULO 3: EL SEGURO POPULAR EN EL ESTADO DE MÉXICO**

### 3.1 Información general del Estado de México

#### 3.1.1 Delimitación territorial

El Estado de México, oficialmente, Estado Libre y Soberano de México; se encuentra al centro sur del país y limita al norte con Querétaro e Hidalgo, al sur con Morelos y Guerrero, al oeste con Michoacán, al este con Tlaxcala y Puebla y rodea al Distrito Federal. Tiene una extensión territorial de 22,351 km<sup>2</sup> que representan el 1.1% de la superficie del país, ocupando el lugar veinticinco. Lo integran 125 Municipios y su capital es Toluca de Lerdo. (INEGI, 2010).

**Figura 6. Mapa Estado de México División Municipal**



*Fuente: INEGI*

### 3.1.2 Información demográfica

#### 3.1.2.1 Población

El Estado de México se caracteriza por ser el más poblado del país, el Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2010 indica que la población estatal representan el 13.5% de la población nacional y en promedio viven 679 habitantes por kilómetro cuadrado. En la Tabla 3 se presenta la población total del Estado en el periodo 2000-2014, cuya tasa de crecimiento total es del 26.89%. La población mexiquense está compuesta por un 51.3% de mujeres y 48.7% de hombres, y la mediana de edad es de 26 años. La esperanza de vida promedio es de 76.04 años; para los hombres de 73.6 y para las mujeres de 78.5 años.

**Tabla 3. Población Total del Estado de México 2000-2014**

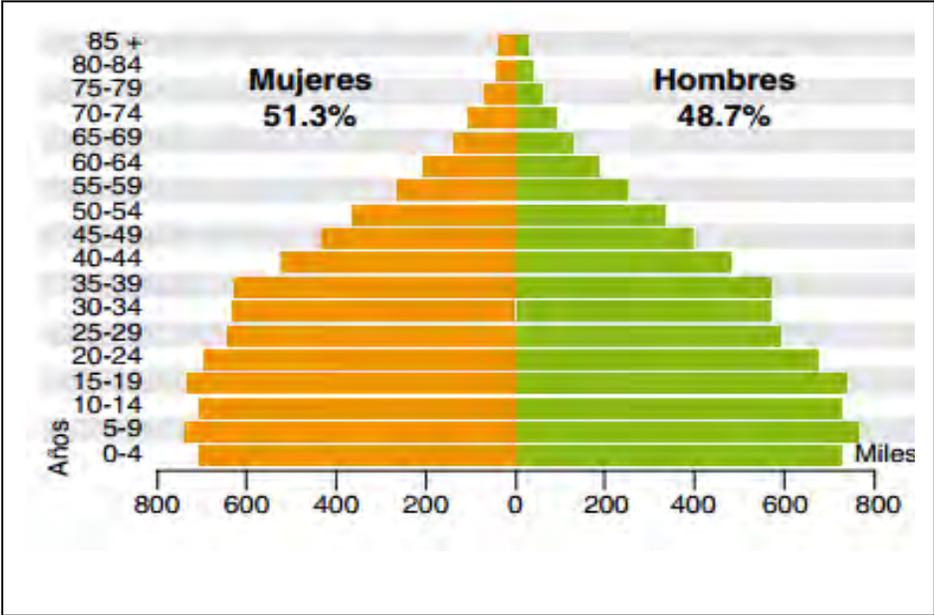
<b>AÑO</b>	<b>PERSONAS</b>
2000	13,096,686
2001	13,120,050
2002	13,358,101
2003	13,585,435
2004	13,803,752
2005	14,007,495
2006	14,227,630
2007	14,435,284
2008	14,638,436
2009	14,837,208
2010	15,175,862
2011	15,222,056
2012	16,106,485
2013	16,364,210
2014	16,618,929

*Fuente: CONAPO-COLMEX*

La Entidad mexiquense está compuesta en un 89% por localidades rurales<sup>4</sup>, en las cuales vive el 13% de la población; el 11% restante corresponde a localidades urbanas en las que se concentra el 87% de la población estatal (INEGI, 2010, CNPV).

La razón de dependencia por edad es de 51.6, que significa que por cada 100 personas en edad productiva (15 a 64 años) hay 51 en edad de dependencia (menores de 15 años y mayores de 64).

**Figura 7. Población del Estado de México según edad y sexo 2010**



Fuente: CNPV 2010

**3.1.2.2 Fecundidad**

La tasa global de fecundidad, responde de forma más precisa a la pregunta: ¿cuántos hijos están teniendo hoy en día las mujeres?, también es denominada “tasa de fecundidad”. En definición es el número promedio de hijos que habría tenido una mujer (o grupo de mujeres) durante su vida si sus años de reproducción trascurrieran conforme a la tasa de fecundidad por edad de un determinado año (CONAPO). En la Tabla 4 y Figura

<sup>4</sup> De acuerdo con el INEGI el número de habitantes que tiene una población determina si esta es rural o urbana. Se considera rural a aquella que tiene menos de 2,500 habitantes y urbana a la que tiene 2,500 o más.

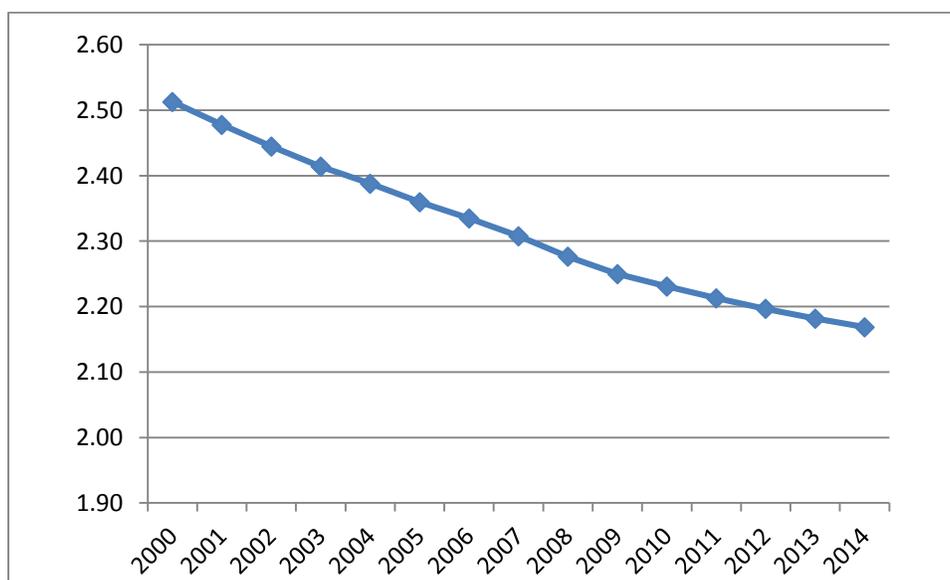
8, se expone el comportamiento de este indicador en el periodo 2000-2014 y se observa que tiende a disminuir, es decir, las mujeres mexiquenses han tomado la decisión de tener menos hijos a través de los años.

**Tabla 4. Tasa Global de Fecundidad 2000-2014**

<b>AÑO</b>	<b>TASA</b>
2000	2.51
2001	2.48
2002	2.44
2003	2.41
2004	2.39
2005	2.36
2006	2.33
2007	2.31
2008	2.28
2009	2.25
2010	2.23
2011	2.21
2012	2.20
2013	2.18
2014	2.17

*Fuente: Estimaciones y proyecciones de la CONAPO*

**Figura 8. Tasa Global de Fecundidad 2000-2014**



*Fuente: Estimaciones y proyecciones de la CONAPO*

### 3.1.2.3 Natalidad y Mortalidad

Las Tasas Brutas de Natalidad y Mortalidad avalan al número promedio anual de nacimientos o defunciones (respectivamente) durante un año por cada 1000 habitantes. En el caso del Estado de México la Tasa Bruta de Natalidad (TBN) tiene una tendencia a la baja, mientras que la Tasa Bruta de Mortalidad (TBM) aumenta al paso de los años (Ver Figura 9). Según el Boletín de Estadísticas Vitales (INEGI, 2010) las principales causas de muerte fueron la diabetes mellitus, las enfermedades del corazón y los tumores malignos.

**Tabla 5. Tasa Bruta de Natalidad y Mortalidad 2000-2014**

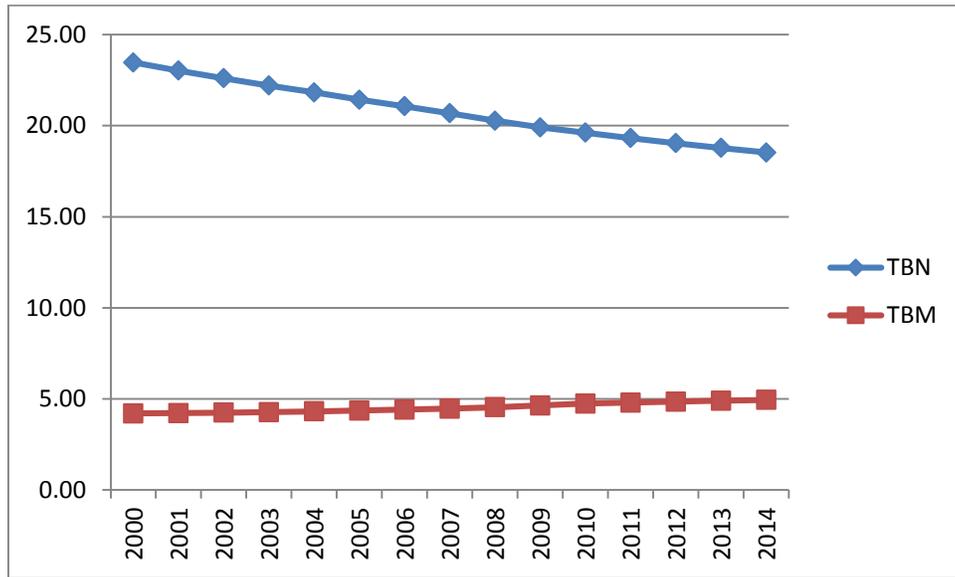
<b>AÑO</b>	<b>TASA BRUTA DE NATALIDAD (TBN)</b>	<b>TASA BRUTA DE MORTALIDAD (TBM)</b>
2000	23.47	4.21
2001	23.03	4.22
2002	22.61	4.25
2003	22.20	4.28
2004	21.82	4.32
2005	21.42	4.36
2006	21.07	4.41
2007	20.69	4.47
2008	20.27	4.55
2009	19.90	4.64
2010	19.62	4.74
2011	19.32	4.80
2012	19.04	4.85
2013	18.78	4.90
2014	18.53	4.95

*Fuente: Estimaciones y proyecciones de la CONAPO*

### 3.1.2.4 Emigración e Inmigración

Anualmente salen del Estado 330 mil personas para radicar en otras Entidades, principalmente al Distrito Federal, Hidalgo, Puebla, Veracruz y Querétaro. En tanto que llegan más de 580 mil personas procedentes principalmente del Distrito Federal, Puebla, Hidalgo, Michoacán y Oaxaca. La emigración a Estados Unidos es de aproximadamente 70 mil al año.

**Figura 9. Tasa Bruta de Natalidad y Mortalidad 2000-2014**



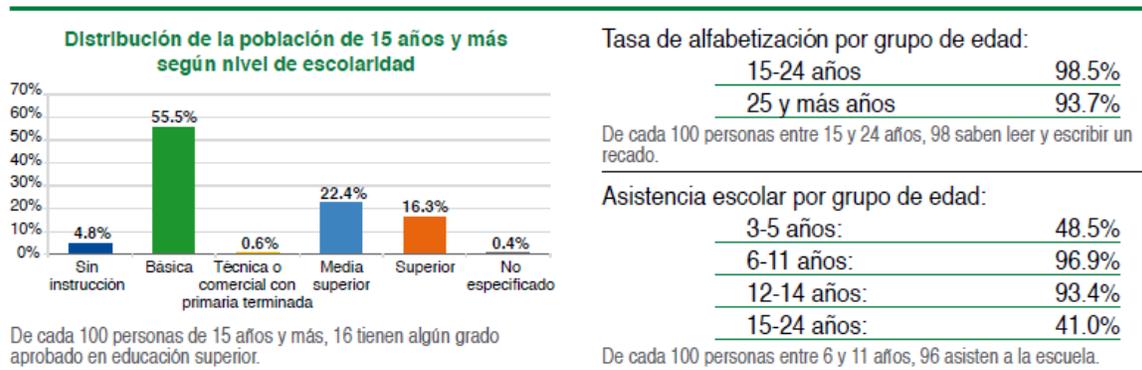
Fuente: Estimaciones y proyecciones de la CONAPO

### 3.1.3 Información socioeconómica

#### 3.1.3.1 Educación

El nivel de alfabetización del Estado de México es del 95.6%, denota que de cada 100 personas 4 no saben leer ni escribir. La población de 15 años y más tiene un promedio de escolaridad de 9.1 años, que suponen la culminación de la educación básica (CNPV 2010). Las principales características en educación se muestran en la Figura 10.

**Figura 10. Características Educativas**



Fuente: CNPV 2010

### 3.1.3.2 Religión

La Religión con mayor número de adeptos en 2010 fue la Católica, concentrando al 85% de la población. A nivel nacional el 83% profesa esta religión.

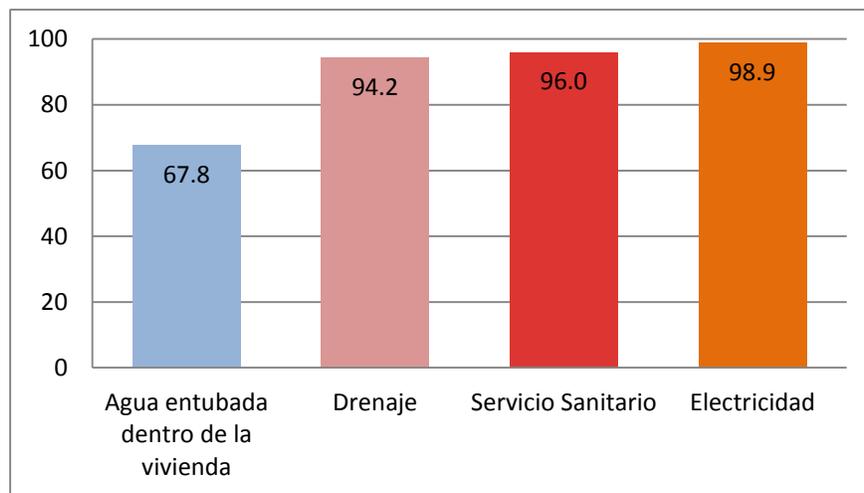
### 3.1.3.3 Salud

Para el año 2010 según información de los Anuarios Estadísticos por Entidad Federativa (INEGI, 2011) el 82.29% de la población del Estado de México se encontraba bajo algún régimen de aseguramiento en alguna Institución Pública de Salud. De cada 100 mexiquenses, 31 fueron atendidos en el IMSS, 7 en el ISSSTE, 6 en ISSEMyM y 38 en el Seguro Popular.

### 3.1.3.4 Vivienda

En el año 2010, se contabilizaron 3,749,106 viviendas particulares habitadas, con un promedio de 4 habitantes. Sólo el 3.8% permanece con piso de tierra. Se puede contemplar en la Figura 11 que los servicios de drenaje, sanitario y electricidad se encuentran cerca de la cobertura total al sobrepasar el 90% de disponibilidad en las viviendas; el más rezagado es el servicio de agua entubada con sólo el 67.8% (CNPV).

**Figura 11. Disponibilidad de servicios en las viviendas**



Fuente: CNPV 2010

### 3.1.3.5 Producto Interno Bruto de la Entidad

En el Estado de México los porcentajes de aportación al PIB según sector de actividad productiva, indican que el más importante es el de actividades terciarias con un 64.53% de participación al PIB Estatal, seguido por el sector secundario con un 34.87% y el primario con un 1.60% de participación.

El Estado de México aporta el 9.1% del PIB nacional ocupando el segundo lugar después del Distrito Federal (INEGI). A continuación se muestra la evolución del PIB Estatal en el periodo 2003-2013 (Ver Tabla 6) y la Figura 12 muestra gráficamente la tendencia creciente del PIB estatal, a excepción del año 2009 en el que hay una disminución, consecuencia de la crisis financiera de ese año.

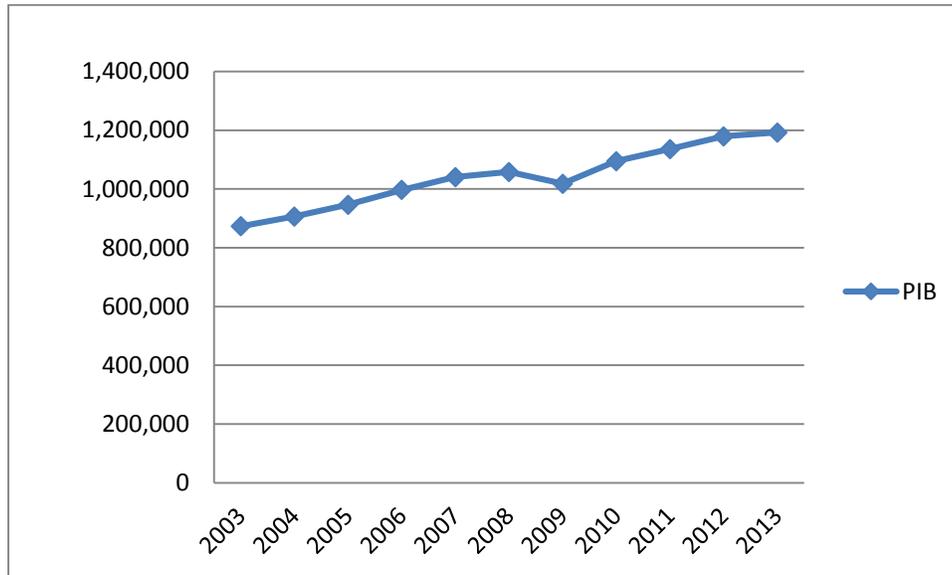
**Tabla 6. PIB Estatal 2003-2013**

A precios constantes de 2008  
(Millones de pesos)

AÑO	PIB
2003	873,441
2004	906,505
2005	946,445
2006	997,129
2007	1,041,075
2008	1,058,285
2009	1,018,003
2010	1,095,216
2011	1,136,340
2012	1,179,723
2013	1,192,616

*Fuente: Banco de Información Económica, INEGI*

**Figura 12. PIB Estatal 2003-2013**  
A precios constantes de 2008  
(Millones de pesos)



Fuente: Banco de Información Económica, INEGI

### 3.1.3.7 Índice de Desarrollo Humano

El IDH sintetiza el avance promedio de tres aspectos básicos del desarrollo humano, medido en un rango de cero a uno, en el que los valores más cercanos a uno significan un mayor desarrollo. Los 3 aspectos que mide son salud, educación e ingresos (PNUD). Según la clasificación<sup>5</sup> que hace el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) el Estado de México obtuvo un IDH medio del año 2000 al 2003 y un IDH alto de 2004 a 2013 como se observa en la Tabla 7.

**Tabla 7. Índice de Desarrollo Humano del Estado de México 2000-2010**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
IDH	0.7915	0.7942	0.7956	0.7978	0.8015	0.8061	0.8113	0.8137	0.8154	0.8132	0.8195

Fuente: Oficina de Investigación en Desarrollo Humano, PNUD México

Nota: La serie 2007-2010 no es estrictamente comparable con la serie 2000-2006 debido al cambio metodológico introducido por el Inegi para el cálculo del PIB Estatal. Esta base de datos y sus componentes se encuentran disponibles para su consulta en: [www.undp.org.mx/desarrollohumano](http://www.undp.org.mx/desarrollohumano).

<sup>5</sup> IDH alto igual o superior a 0.8, IDH medio mayor o igual a 0.5 y menor a 0.8, IDH bajo menor a 0.5

## **3.2 Información General del Sistema Estatal de Salud Pública**

### **3.2.1 Antecedentes del Sistema Estatal de Salud Pública**

La organización para la atención médica y las acciones sanitarias, han estado estrechamente relacionadas con los acontecimientos socio-políticos más importantes ocurridos en el país. Algunos de los cambios organizativos más significativos que se realizaron para el otorgamiento de los servicios de salud a la población abierta, se encuentran a partir de la promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el 5 de febrero de 1917.

En 1926, se crearon 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, para fomentar la coordinación entre los niveles de gobierno. En 1934, año en que se constituyó la Secretaría de Asistencia Pública, se estableció la Jefatura de los Servicios Estatales de Salubridad, así como los 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, consideraba una jefatura y las secciones de epidemiología, higiene, asistencia y administrativa, así como jurisdicciones sanitarias en el nivel aplicativo.

En el año de 1958 se contaba solamente con el Hospital General “José Vicente Villada” en la ciudad de Toluca, que posteriormente en 1963, fue sustituido por el Hospital General “Lic. Adolfo López Mateos”. En ese mismo año, se inició la creación de Centros de Salud “A” Urbanos, uno en la ciudad de Toluca y siete en Nezahualcóyotl; Centros de Salud “B” con Hospital “D” en Tenango, Tejupilco, Ixtlahuaca, Atlacomulco, Valle de Bravo, Tenancingo, Ixtapan de la Sal, Jilotepec, Atizapán de Zaragoza, Texcoco, Amecameca, Zacualpan, Tlalnepantla y Teotihuacán; así como aproximadamente setenta centros de salud rurales en el resto del territorio estatal.

Entre 1959 a 1964 los Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado de México, implementaron los Distritos Sanitarios como organismos técnico administrativos, ubicados en regiones con características homogéneas para el control de las unidades aplicativas y los Programas.

EN 1970 se cambiaron las secciones del nivel estatal por los Departamentos de Administración Médica, Medicina Preventiva, Promoción de la Salud, Control Sanitario y Administrativo; desaparecieron los distritos y se contaba con once jurisdicciones.

En los años siguientes la estructura orgánica de los Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado de México continuó sufriendo adecuaciones, hasta que en 1984, con motivo del inicio del proceso de descentralización de los servicios, se aprobó una organización acorde con el mismo, existiendo entonces 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; asimismo, se crearon las Coordinaciones Municipales de Salud.

En 1986, después de la firma del convenio de descentralización, la jefatura se convirtió en Dirección General y se crearon también direcciones de área, subdirecciones y coordinaciones regionales, incorporándose, además Coordinaciones de Regulación Sanitaria, así como los Servicios de Urgencias del Estado de México y el Laboratorio Regional, estos 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 1° de abril de 1987, sentaron las bases para la creación del Instituto de Salud del Estado de México, que inicialmente se integró por un Consejo Interno, una Dirección General, las Direcciones de Servicios de Salud, de Planeación y de Administración, así como por 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 del organismo 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 fungían como órganos de enlace entre los niveles central y jurisdiccional.

La última reestructuración integral que se efectuó del Instituto de Salud del Estado de México fue en 1998. Entre las modificaciones que se realizaron a su estructura de organización, destaca la incorporación de un nuevo nivel para reducir el tramo de control de la Dirección General, así como para fortalecer su papel de supervisión y dirección; en este sentido se crearon las coordinaciones de Salud y Regulación Sanitaria y de Administración y Finanzas, como unidades administrativas intermedias entre la Dirección General y las Direcciones de Áreas. Estas coordinaciones permitieron integrar en un solo mando funciones afines y complementarias.

En marzo de ese mismo año, se firmó un convenio entre la Federación y el Estado para poner en marcha el Programa de educación salud y alimentación (PROGRESA), el cual tiene como propósito fundamental apoyar a las familias que viven en condiciones de pobreza extrema y ampliar las oportunidades y capacidades de sus miembros para alcanzar mejores niveles de bienestar, quedando como órgano operativo la Unidad del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC).

En ese mismo año y debido a que era indispensable contar con un área responsable del mantenimientos, conservación, reparación e instalación de equipo médico especializado en unidades médicas se creó el Departamento de Ingeniería Biomédica e Instalaciones, dependiente de la Subdirección de Infraestructura en Salud.

El 4 de marzo de 2000 mediante el decreto número 156 publicado en Gaceta del Gobierno se hacen adiciones a la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de México referente a los artículos 19, fracción III, 25 y 26 para crear la Secretaría de Salud en la entidad como la dependencia encargada de conducir la política estatal en materia de salud y garantizar que las instituciones que integran el Sistema Estatal de Salud operen en un esquema de coordinación eficaz, permitan la descentralización de los servicios médicos para dar respuesta ágil y efectiva a los problemas y necesidades locales, mejoren el nivel de salud de la población, distribuyan equitativamente los beneficios, mejoren la percepción de los usuarios y optimicen los recursos. Para el 7 de

agosto del mismo año se decreta el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud del Estado, indicando en su articulado que el ISEM la auxiliará en el logro de sus metas.

La Secretaría de Salud para el cumplimiento de sus objetivos y desarrollo de sus funciones contó con una estructura de organización autorizada en septiembre de 2000, integrada por tres unidades administrativas, la oficina del titular de la dependencia y dos unidades de apoyo, la de Estudios y Proyectos Especiales y la de Seguimiento y Evaluación (SSA, Estado de México).

La Gaceta del Gobierno del 13 de Diciembre del 2001, mediante decreto No. 41 publica el Código Administrativo del Estado de México, derogando la Ley de Salud vigente a la fecha, retomando la institucionalidad del Instituto de Salud del Estado de México. El 13 de marzo del 2002 se publica el Reglamento de Salud del Estado de México, ampliando las materias del Código Administrativo, obligaciones que se asumen en la estructura orgánica del ISEM, para la realización de planes y Programas.

Con el propósito de fortalecer orgánica y funcionalmente al Instituto de Salud del Estado de México, en octubre del 2002 se determinó separar a la Coordinación de Salud y Regulación Sanitaria en dos; instituyéndose la Coordinación de Salud y la de Regulación Sanitaria, para atender con mayor eficacia las materias que les son encomendadas.

El 5 de agosto de 2004, en sesión No. 133, el Consejo Interno del Instituto autorizó las siguientes modificaciones a la Estructura del Instituto: la Unidad del Programa de Ampliación de Cobertura cambia su denominación por Unidad Estatal de Protección Social en Salud; en cumplimiento en lo establecido en la Ley de Planeación del Estado de México y Municipios con la estructura de la Subdirección de Planeación Y Evaluación se crea la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación a la que se le adiciona el Departamento de Estadística, que anteriormente pertenecía a la Unidad de Informática; la Subdirección de Enseñanza e Investigación se constituye en la Unidad de Enseñanza, Investigación y Calidad; el Departamento de Promoción de la Salud absorbe los Programas del Departamento de Adicciones; el Departamento de Supervisión y Apoyo Técnico a Unidades Médicas se reubica en la Subdirección de Atención Médica; las 19 Jurisdicciones Sanitarias se reubican dependiendo de la Dirección de Servicios de Salud; los hospitales generales y los hospitales generales de Programas de Reconstrucción se

fusionan y cambian su adscripción a la Dirección de Servicios de Salud; los hospitales de Especialidad se transfieren a la Dirección de Servicios de Salud; se formaliza en estructura el Módulo de Oftalmología y Comunicación Humana y los 913 Centros de Salud; el Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea se readscribe a la Dirección de Servicios de Salud y la Coordinación de Regulación Sanitaria, mantiene la función de regulación sanitaria de la sangre; los Servicios de Urgencias del Estado de México y el Laboratorio Estatal de Salud Pública se reubican dependiendo de la Dirección de Servicios de Salud; así también se formaliza el desdoblamiento de la Unidad de Contraloría Interna.

El 22 de octubre de 2004, en sesión No. 134, el Consejo Interno del Instituto aprobó las siguientes modificaciones a la estructura orgánica: cambia de adscripción la Unidad de Enseñanza, Investigación y Calidad pasando de la Dirección de Salud a la Coordinación de Salud; los hospitales generales pasan de 31 a 29, debido a que los hospitales generales de Coatepec Harinas y de Huixquilucan se reclasificaron como Centros de Salud con Hospitalización.

Más tarde, en la sesión ordinaria No. 137 del Consejo Interno del 15 de marzo de 2005, se aprueba la estructura de la Unidad Estatal de Protección Social en Salud, derivada del acuerdo ISE/134/007, lo que permite iniciar la institucionalización de la Unidad del Seguro Popular y asimilación del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, cuyas funciones se reorientan a la administración de los recursos, compra de servicios a los prestadores, tutela de derechos y rendición de cuentas.

En el mes de diciembre de 2006 se autorizan tres unidades administrativas a la estructura orgánica de la Secretaría: la Coordinación de Hospitales Regionales de Alta Especialidad, la Dirección de Proyectos de Servicios Médicos Ambulatorios y de Diagnóstico y la Dirección de Proyectos de Servicios Médicos con Internamiento. Con la creación de esta coordinación se contribuye al fortalecimiento de la prestación de servicios médicos de acuerdo con las características y necesidades particulares de cada región de la entidad y se acerca la atención médica de especialidad a la población que lo requiera. La Secretaría de Salud del Estado de México considera bajo su coordinación sectorial al Instituto de Salud del Estado de México, el Instituto Materno Infantil del Estado de México,

la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de México y el Centro Estatal de Trasplantes.  
(SSA, Estado de México)

### **3.2.2 Leyes que norman el derecho a la salud en el Estado de México**

Las leyes del Estado de México que amparan el derecho a la salud, consagrado en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, son la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México y el Código Administrativo del Estado de México.

La Constitución Estatal contempla en su Título Segundo denominado “De los Principios Constitucionales, los Derechos Humanos y sus Garantías” el derecho a la salud de la siguiente manera.

En el Estado de México se fomentará a sus habitantes el cuidado de su salud, procurando que las autoridades atiendan la nutrición adecuada, la promoción de la activación física y deportiva de las familias, la alimentación segura, así como los medios para obtenerla, con primordial atención en la calidad de la alimentación que consumen los niños y jóvenes, en esta tarea participarán las dependencias y organismos competentes de la administración pública del Gobierno del Estado de México, así como los correspondientes de los Municipios de la Entidad.

Por su parte el Código Administrativo del Estado de México, publicado el 13 de diciembre de 2001, que abrogó entre otras, a la Ley de Salud del Estado de México, contiene todo referente a la Salud en su Libro segundo denominado: “De la Salud”. La estructura de éste contempla cuatro Títulos que son: Disposiciones generales, De los Institutos Especializados en Materia de Salud del Estado de México, De la Salubridad General y De la Salubridad local respectivamente.

- TÍTULO PRIMERO: Disposiciones generales

Señala que el libro segundo tiene por objeto regular los servicios públicos de salud que presta el Estado, y el ejercicio del control sanitario en materia de salubridad local; siendo su finalidad garantizar y proteger el derecho a la salud de la población.

Se enuncian como autoridades en materia de salud, la Secretaría de Salud, el Instituto de Salud del Estado de México y, en su caso, los Municipios; señalándose las atribuciones de los mismos en los capítulos tercero y cuarto. En el capítulo quinto se establecen la existencia del Consejo de Salubridad del Estado de México y se norma su organización y atribuciones. Finalmente en el último capítulo se expresan las disposiciones referentes al Sistema de Información y del Registro Estatales de Salud.

- TÍTULO SEGUNDO: De los Institutos Especializados en Materia de Salud del Estado de México

Este apartado enmarca a los Institutos Especializados de Salud como organismos públicos descentralizados con personalidad jurídica y patrimonio propios, que tienen por objeto la investigación, enseñanza y prestación de servicios de alta especialidad. Se consideran Institutos Especializados: El Instituto Materno Infantil del Estado de México; el Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango; y los demás que el Ejecutivo del Estado considere necesarios. También se contemplan las atribuciones, la dirección, administración y el patrimonio de los mismos.

- TÍTULO TERCERO: De la salubridad general

Dentro de las disposiciones generales se alude cuales son los XVII servicios de salud que presta el Estado en materia de salubridad general, siendo éstos:

- I. Atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;
- II. Atención materno-infantil;
- III. Planificación familiar;
- IV. Salud mental;

- V. Organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud;
- VI. Promoción de la formación de recursos humanos para la salud;
- VII. Coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en seres humanos;
- VIII. Información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud;
- IX. Educación para la salud;
- X. Orientación y vigilancia en materia de nutrición;
- XI. Prevención y control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre;
- XII. Salud ocupacional y saneamiento básico;
- XIII. Prevención y control de enfermedades transmisibles, no transmisibles y de accidentes;
- XIV. Prevención de la discapacidad y la rehabilitación de las personas con capacidades diferentes;
- XV. Asistencia social;
- XVI. Programas contra el alcoholismo y tabaquismo;
- XVII. Los demás que se establezcan en la Ley General de Salud y otras disposiciones aplicables.

Además, el Estado de México está obligado a prestar los servicios de salud en el marco del federalismo y concurrencia establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley General de Salud, como lo señala el Artículo 2.17.

El Sistema Estatal de Salud, está constituido por las dependencias y organismos auxiliares de la administración pública estatal, y las personas físicas y morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud en la Entidad y tiene los siguientes objetivos:

- i. Proporcionar servicios de salud a toda la población del Estado y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los requerimientos sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas;
- ii. Contribuir al adecuado desarrollo demográfico;

- iii. Colaborar al bienestar social de la población mediante la prestación de servicios de salud, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y personas con capacidades diferentes, para fomentar y propiciar su incorporación a una vida activa en lo económico y social;
- iv. Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez;
- v. Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida;
- vi. Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud;
- vii. Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud, y con el uso de los servicios que se presten para su protección;
- viii. Promover un sistema de fomento sanitario que contribuya al desarrollo de actividades y servicios que no sean nocivos para la salud.

El Sistema Estatal de Salud podrá auxiliarse de los organismos nacionales e internacionales que estime necesarios para el cumplimiento de sus objetivos. La coordinación de este sistema, está a cargo de la Secretaría de Salud del Estado, quien entre sus funciones tiene:

- i. Coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y organismos auxiliares de la administración pública estatal;
- ii. Apoyar la coordinación de los programas y servicios de salud de toda dependencia o entidad pública federal, en los términos de la legislación aplicable y de los acuerdos de coordinación que en su caso se celebren;
- iii. Impulsar, en los términos de los convenios que al efecto se suscriban, la desconcentración y descentralización a los Municipios de los servicios de salud;
- iv. Determinar la periodicidad y características de la información que deberán proporcionar las dependencias y organismos auxiliares de salud;
- v. Coordinar el proceso de programación de las actividades de salud;
- vi. Formular recomendaciones a las dependencias y organismos auxiliares competentes sobre la asignación de los recursos que requieran los programas de salud;

- vii. Impulsar las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud;
- viii. Coadyuvar con las dependencias federales competentes en lo relativo a la transferencia de tecnología en el área de salud;
- ix. Apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y educativas del Estado, para formar y capacitar recursos humanos para la salud y el otorgamiento de campos clínicos;
- x. Coadyuvar a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades del sistema estatal de salud;
- xi. Impulsar la participación de los usuarios de servicios de salud, en el sistema estatal de salud;
- xii. Fomentar la coordinación con los proveedores de insumos para la salud para racionalizar y procurar su disponibilidad;
- xiii. Promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de su salud;
- xiv. Impulsar la permanente actualización de las disposiciones legales en materia de salud;
- xv. Las demás que se requieran para el cumplimiento de los objetivos del sistema estatal de salud.

- TÍTULO CUARTO: De la salubridad local.

Establece todas las responsabilidades de la Comisión para la Protección contra Riesgos Sanitarios del Estado de México "COPRISEM" en tres capítulos: Disposiciones Generales, De las Autorizaciones Sanitarias, y De la Vigilancia.

Así mismo el Código Administrativo del Estado de México, cuenta con un reglamento específico (Reglamento de Salud del Estado de México), que tiene por objeto proveer en la esfera administrativa el cumplimiento del Libro Segundo.

### **3.2.3 Estructura Orgánica del Sistema Estatal de Salud Pública**

La Secretaría de Salud del Estado de México, es la dependencia encargada de conducir la política estatal en materia de salud y garantizar que las instituciones que integran el

Sistema Estatal de Salud operen en un esquema de coordinación eficaz, permitan la descentralización de los servicios médicos para dar respuesta ágil y efectiva a los problemas y necesidades locales, mejoren el nivel de salud de la población, distribuyan equitativamente los beneficios, mejoren la percepción de los usuarios y optimicen los recursos (SSA, Edo. Méx.). En su estructura de organización interna cuenta con nueve unidades administrativas y de coordinación para el cumplimiento de sus objetivos y desarrollo de sus funciones.

En 2004 se formaliza en la estructura de organización el Consejo de Salud del Estado de México, como una instancia permanente de coordinación, consulta y apoyo para la planeación, programación y evaluación de los servicios de salud, cuya función es contribuir a consolidar el Sistema Estatal de Salud, apoyar a los Comités Municipales de Salud y coordinar éstos con el Sistema Nacional y Estatal (Ibídem).

La Secretaría de Salud del Estado de México cuenta con tres órganos desconcentrados y con el apoyo de cinco organismos descentralizados que la ayudan en el cumplimiento de sus objetivos (Ver Figura 13).

#### **3.2.4 El Seguro Popular y el Instituto de Salud del Estado de México**

Como se hizo mención en los antecedentes de ésta unidad, de octubre de 2004 a marzo de 2005 se realizan las modificaciones normativas e institucionales necesarias para poder operar de manera formal el Programa del Seguro Popular en el Estado de México, institucionalizado en la Entidad por el ISEM (en la Figura 14, se muestra la estructura y organización interna del mismo). Los servicios médicos y administrativos que ofrece el Seguro Popular se otorgan en las instalaciones propias del Instituto, lo que lo convierte en el principal prestador de servicios del Programa. La dotación de Servicios de Salud se lleva a cabo por medio de las Jurisdicciones Sanitarias.

Figura 13. Organigrama del Sistema Estatal de Salud Pública del Estado de México



Fuente: Secretaría de Salud del Estado de México

**Figura 14. Estructura Interna del ISEM**



*Fuente: Secretaría de Salud del Estado de México*

### **3.2.4.1 Jurisdicciones Sanitarias**

Según el Manual de Organización Tipo de Jurisdicción Sanitaria, publicado en la Gaceta del Gobierno del Estado de México el 16 de junio de 2010, una Jurisdicción Sanitaria es una unidad técnico-administrativa desconcentrada por región del Instituto de Salud del Estado de México, que cuenta con recursos y facultades para otorgar atención médica a la población no asegurada, con el propósito de conducir adecuadamente las acciones del sector en su área de influencia.

Dentro del proceso de regionalización y descentralización de los servicios de salud, la Jurisdicción Sanitaria tiene un papel relevante, debido a que es el área técnico-administrativa que está más próxima al sitio donde la comunidad requiere de los servicios.

En razón de la descentralización de funciones que impulsa la Secretaría de Salud (SSA) hacia los Organismos Estatales, la Jurisdicción Sanitaria debe realizar el diagnóstico, la programación y la instrumentación de acciones de salud que respondan a las necesidades locales; ello las obliga a que además de contar con recursos financieros y materiales, dispongan de personal técnicamente preparado para tomar decisiones que le permitan cumplir con sus funciones.

La ubicación de la Jurisdicción Sanitaria en el ámbito geográfico del Estado de México, la coloca en una posición estratégica para concertar con los Municipios acciones que permitan alcanzar los objetivos de los Programas de salud, ajustadas a las circunstancias socioeconómicas y al patrón epidemiológico local. La conformación de la jurisdicción Sanitaria está determinada por la regionalización; por las áreas geodemográficas delimitadas con características étnicas, culturales, económicas, políticas, sociales, ambientales y de desarrollo comunes; con el fin de planificar la prestación de los servicios, hacer uso óptimo de los recursos y poder responder a las necesidades de atención a la salud particulares de la región (SSA, 1994, Proyecto de Desarrollo). Las Jurisdicciones Sanitarias en el Estado de México son 19 y se muestran en la Tabla 8.

**Tabla 8. Jurisdicciones Sanitarias del Estado de México**

No.	CÓDIGO	JURISDICCIÓN	MUNICIPIO	No. MUNICIPIO
1	217B20010	AMECAMECA	Amecameca	009
			Atlautla	015
			Ayapango	017
			Cocotitlán	022
			Chalco	025
			Ecatzingo	034
			Ixtapaluca	039
			Juchitepec	050
			Ozumba	068
			Temamatla	083
			Tenango del aire	089
			Tepetlixpa	094
			Tlalmanalco	103
			Valle de Chalco Solidaridad	122

Fuente: ISEM

**Tabla 8. Jurisdicciones Sanitarias del Estado de México**

No.	CÓDIGO	JURISDICCIÓN	MUNICIPIO	No. MUNICIPIO
2	217B20011	ATIZAPÁN DE ZARAGOZA	Atizapán de Zaragoza	013
			Isidro Fabela	038
			Nicolás Romero	060
3	217B20012	ATLACOMULCO	Acambay	001
			Atlacomulco	014
			El Oro	064
			Temascalcingo	085
			San José del Rincón	124
4	217B20013	CUAUTITLÁN	Coyotepec	023
			Cuautitlán	024
			Cuautitlán Izcalli	121
			Melchor Ocampo	053
			Teoloyucan	091
			Tepotzotlán	095
			Tultepec	108
			Tultitlán	109
5	217B20014	ECATEPEC	Coacalco de Berriozábal	020
			Ecatepec de Morelos	033
6	217B20015	IXTLAHUACA	Ixtlahuaca	042
			Jiquipilco	047
			Jocotitlán	048
			Morelos	056
			San Felipe del Progreso	074
7	217B20016	JILOTEPEC	Aculco	003
			Chapa De Mota	026
			Jilotepec	045
			Polotitlán	071
			Soyaniquilpan de Juárez	079
			Timilpan	102
			Villa del Carbón	112
8	217B20017	NAUCALPAN	Jilotzingo	046
			Naucalpan de Juárez	057
9	217B20018	NEZAHUALCÓYOTL	Nezahualcóyotl	058
			La Paz	070
10	217B20019	TEJUPILCO	Amatepec	008
			San Simón de Guerrero	077
			Tejupilco	082
			Temascaltepec	086
			Tlatlaya	105
			Luvianos	123

Fuente: ISEM

**Tabla 8. Jurisdicciones Sanitarias del Estado de México**

No.	CÓDIGO	JURISDICCIÓN	MUNICIPIO	No. MUNICIPIO
11	21B20020	TENANCINGO	Almoloya de Alquisiras	004
			Coatepec Harinas	021
			Ixtapan de la Sal	040
			Malinalco	052
			Ocuilán	063
			Sultepec	080
			Tenancingo	088
			Texcaltitlán	097
			Tonatico	107
			Villa Guerrero	113
			Zacualpan	117
			Zumpahuacán	119
12	217B20021	TENANGO DEL VALLE	Almoloya del Río	006
			Atizapán	012
			Calimaya	018
			Capulhuac	019
			Chapultepec	027
			Joquicingo	049
			Mexicaltzingo	055
			Rayón	072
			San Antonio la Isla	073
			Tenango del Valle	090
			Texcalyacac	098
			Tianguistenco	101
			Xalatlaco	043
13	217B20022	TEOTIHUACÁN	Acolman	002
			Axapusco	016
			Nopaltepec	061
			Otumba	065
			San Martín de las Pirámides	075
			Temascalapa	084
			Teotihuacán	092
14	217B20023	TEXCOCO	Atenco	011
			Chiautla	028
			Chicoloapan	029
			Chiconcuac	030
			Chimalhuacán	031
			Papalotla	069
			Tepetlaoxtoc	093
			Texcoco	099
Tezoyuca	100			

Fuente: ISEM

**Tabla 8. Jurisdicciones Sanitarias del Estado de México**

No.	CÓDIGO	JURISDICCIÓN	MUNICIPIO	No. MUNICIPIO
15	217B20024	TLALNEPANTLA	Tlalnepantla de Baz	104
16	217B20025	TOLUCA	Almoloya de Juárez	005
			Metepec	054
			Toluca	106
			Zinacantepec	118
17	217B20026	VALLE DE BRAVO	Amanalco	007
			Donato Guerra	032
			Ixtapan del Oro	041
			Otzoloapan	066
			Santo Tomas	078
			Valle de Bravo	110
			Villa de Allende	111
			Villa Victoria	114
Zacazonapan	116			
18	217B20027	XONACATLÁN	Huixquilucan	037
			Lerma	051
			Ocoyoacac	062
			Otzolotepec	067
			San Mateo Atenco	076
			Temoaya	087
			Xonacatlán	0115
19	217B20028	ZUMPANGO	Apaxco	010
			Huehuetoca	035
			Hueypoxtla	036
			Jaltenco	044
			Nextlalpan	059
			Santa María Tonanitla	125
			Tecámac	081
			Tequixquiac	096
			Zumpango	120

Fuente: ISEM

**Figura 15. Jurisdicciones Sanitarias del Estado de México**



Fuente: ISEM

**JURISDICCIONES SANITARIAS**

- |   |   |
|---|---|
| <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: #90EE90; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></span> TEJUPILCO            | <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: #006400; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></span> NAUCALPAN      |
| <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: #DDA0DD; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></span> TENANCINGO           | <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: #D2B48C; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></span> JILOTEPEC      |
| <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: #FFFF00; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></span> TOLUCA               | <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: #FFFFE0; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></span> CUAUTILÁN      |
| <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: #2F4F4F; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></span> VALLE DE BRAVO       | <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: #DC143C; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></span> ZUMPANGO       |
| <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: #B8860B; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></span> ATLACOMULCO          | <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: #FF4500; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></span> TEOTIHUACÁN    |
| <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: #6495ED; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></span> TENANGO DEL VALLE    | <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: #32CD32; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></span> TEXCOCO        |
| <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: #8B0000; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></span> IXTLAHUACA           | <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: #FF8C00; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></span> TLALNEPANTLA   |
| <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: #8B4513; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></span> XONACATLÁN           | <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: #ADD8E6; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></span> ECATEPEC       |
| <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: #7FFFD4; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></span> ATIZAPÁN DE ZARAGOZA | <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: #191970; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></span> NEZAHUALCÓYOTL |

### **3.3 Evaluación del Seguro Popular del Estado de México**

Después de analizar el contexto institucional en el que se instala el Seguro Popular en el Estado de México se iniciará la evaluación de suficiencia y eficacia del Programa a fin de comprobar si ha cumplido con las expectativas en él depositadas. Para tal fin se analizarán: niveles de afiliación, gasto, suficiencia de recursos materiales y humanos, y cobertura en salud.

#### **3.3.1 Niveles de afiliación alcanzados por el Seguro Popular**

Uno de los grandes retos planteados al crear e implementar el Sistema de Protección Social en Salud a nivel nacional, era conseguir que todos los mexicanos contaran con acceso a servicios de salud. El logro más vociferado del Seguro Popular ha sido la consecución de la Cobertura Universal de Servicios de Salud en cuanto a niveles de afiliación. Por tanto la primicia a evaluar en este apartado gira en torno a la comprobación de ésta aseveración en el Estado de México.

En esta Entidad según cifras de la CNPSS (diciembre de 2011), en siete años se alcanzó el 103% respecto a la afiliación voluntaria, cifra que permitió declarar la Cobertura Universal en Salud en el Estado de México.

En la Tabla 9 se presentan los datos de la población asegurada según Institución Pública de Salud, y se observa que la mayoría de las instituciones han aumentado sostenidamente el número de personas que cubren con sus servicios; a excepción del IMSS, que alcanzó su máximo de afiliación en el año 2004 desincorporando para 2005 a más de un millón doscientas mil personas que se encontraban bajo su régimen de aseguramiento.

En la Figura 16 se plasma la evolución de los niveles de afiliación en cada una de las Instituciones Públicas de Salud, donde resalta la rápida y creciente incorporación que se dio en las filas del Seguro Popular. También se observa que el IMSS es la única institución que presenta disminuciones significativas en sus niveles de asegurados en 2005 y 2008, mientras que el ISSSTE e ISSEMyM han tenido niveles de asegurados prácticamente iguales en la última década.

**Tabla 9. Población asegurada según Institución Pública de Salud: 1995, 2000-2011.**

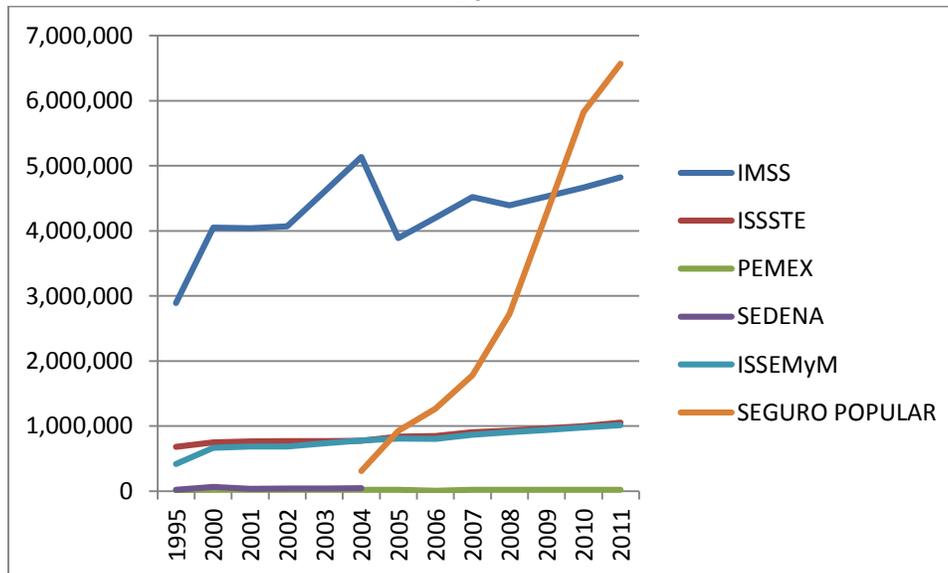
AÑO	TOTAL	INSTITUCIONES					
		IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	ISSEMyM	SEGURO POPULAR
1995	4,020,956	2,889,664	680,698	13,458	19,475	417,661	-
2000	5,546,326	4,048,202	748,363	18,862	63,178	667,721	-
2001	5,546,476	4,042,058	761,989	18,888	37,202	686,339	-
2002	5,580,716	4,069,636	766,470	19,209	39,062	686,339	-
2003*	6,167,188	4,601,944	770,693	19,061	42,115	733,376	-
2004	7,060,984	5,134,252	774,915	18,912	45,167	780,413	307,325
2005	6,478,160	3,889,935	835,536	18,935	N.d.	807,345	926,409
2006	7,122,470	4,200,889	847,202	5,057	N.d.	802,005	1,267,317
2007	8,093,973	4,519,797	906,815	18,967	N.d.	867,667	1,780,727
2008	8,964,976	4,393,966	930,452	19,033	N.d.	903,981*	2,717,544
2009*	10,726,772	4,530,431	964,548	19,228	N.d.	940,295	4,272,271
2010	12,488,568	4,666,895	998,643	19,423	N.d.	976,609	5,826,998
2011	13,477,881	4,824,568	1,053,219	19,563	N.d.	1,013,850	6,566,681

Fuente: Elaborada con base en la información de los Anuarios Estadísticos por Entidad Federativa, INEGI, 2005-2012.

N.d. No disponible

\*Datos estimados debido a que las instituciones de Salud no reportaron cifras para estos años.

**Figura 16. Población asegurada según Institución Pública de Salud: 1995, 2000-2011**



Fuente: Elaborada con base en la información de los Anuarios Estadísticos por Entidad Federativa, INEGI, 2005-2012

El Seguro Popular comenzó afiliando a 307,325 habitantes, para superar en 2011 seis millones y medio, que representan el 43.14% de la población estatal (Ver Tabla 10). La

gran incorporación de personas al Programa lo ha confirmado desde 2009, como el medio de aseguramiento con mayor número de afiliados en la Entidad; superando al IMSS que pese a la baja de asegurados de 2005, se había caracterizado por ocupar la primera posición.

La Figura 17 presenta un comparativo en la condición de aseguramiento de la población del Estado, antes y después de implementar el Seguro Popular, donde se observan los grandes avances del Programa en términos de reducción del nivel de población que no cuenta con servicios de salud. En 2011 se logró asegurar en alguna Institución Pública de Salud a 13,477,881 personas que representan 88.54% de la población mexiquense. Si bien es el porcentaje de afiliación más alto que se ha podido lograr según cifras oficiales, en gran medida gracias al Programa del Seguro Popular, no confirma la Cobertura Universal de Servicios de Salud en la Entidad, pues aunque SEDENA dejó de reportar cifras desde 2005, su población asegurada no representa ni el 1% de la población total. Si el 11.46% restante de la población cuenta con un aseguramiento en Instituciones Privadas de Salud, no existe información oficial que lo confirme.

La información analizada hasta el momento no permite ratificar la Cobertura Universal en Salud en la Entidad. Esto significa que la estimación inicial que hicieron la SSA y CNPSS en la que calcularon cuantas personas debían incorporarse al Seguro Popular y que superaron con un 103% en 2011, presenta algunos problemas. El principal es que a 12 años de implementar el Programa no se ha terminado el Padrón Nacional Único de Seguro, que permita en primera instancia, reafirmar que no existe duplicidad en los servicios de salud (es decir que en el Seguro Popular sólo estén afiliadas personas que no sean derechohabientes del IMSS, ISSSTE, ISSEMyM, PEMEX, etc.); y en segunda, este padrón debía facilitar observar que personas han emigrado de un Sistema de Seguridad Social al Seguro Popular, pues la desincorporación de asegurados de 2005 del IMSS que representó un 8.88% de la población total de ese año, no es un dato que deba desestimarse. El padrón debía ser concluido a finales de 2013, pero aún no existe información oficial que confirme que así ha sucedido.

Finalmente, la información oficial, la ausencia del Padrón Nacional Único de Seguro, y la inexistencia de información que verifique que cantidad de población se encuentra

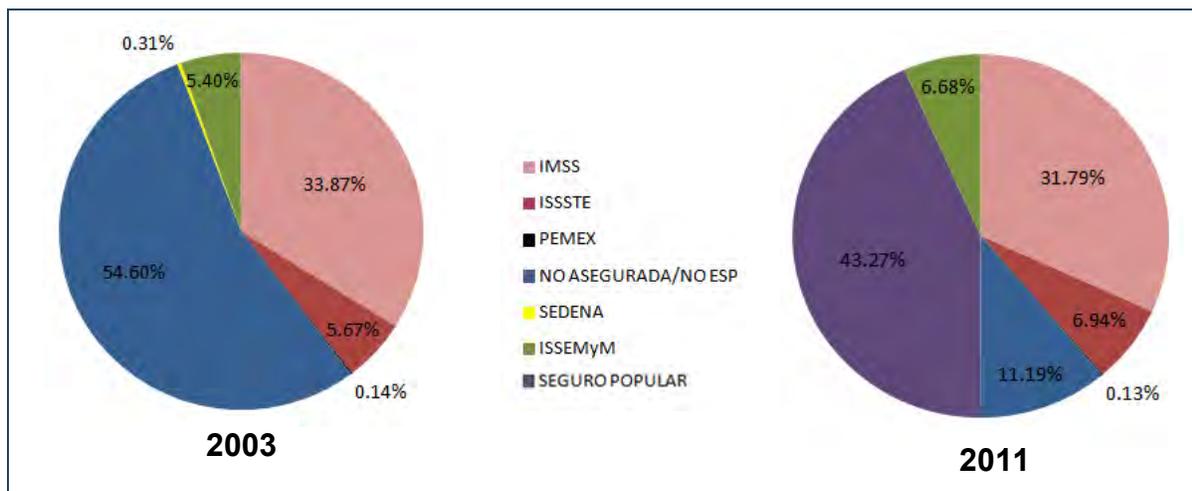
protegida bajo un Sistema Privado de Aseguramiento, permiten concluir que no se ha logrado la ansiada Cobertura Universal en Salud en la Entidad.

**Tabla 10. Población asegurada según Institución respecto a población total: 1995, 2000-2011(Porcentajes)**

AÑO	POB ASEG	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	ISSEMyM	SEGURO POPULAR	NO ASEG O NO ESP
1995	34.34	24.68	5.81	0.11	0.17	3.57	-	65.66
2000	42.35	30.91	5.71	0.14	0.48	5.10	-	57.65
2001	42.27	30.81	5.81	0.14	0.28	5.23	-	57.73
2002	41.78	30.47	5.74	0.14	0.29	5.14	-	58.22
2003	45.40	33.87	5.67	0.14	0.31	5.40	-	54.6
2004	51.15	37.19	5.61	0.14	0.33	5.65	2.23	48.85
2005	46.25	27.77	5.96	0.14		5.76	6.61	53.75
2006	50.06	29.53	5.95	0.04		5.64	8.91	49.94
2007	56.07	31.31	6.28	0.13		6.01	12.34	43.93
2008	61.24	30.02	6.36	0.13		6.18	18.56	38.76
2009	72.30	30.53	6.50	0.13		6.34	28.79	27.70
2010	82.29	30.75	6.58	0.13		6.44	38.40	17.71
2011	88.54	31.69	6.92	0.13		6.66	43.14	11.46

Fuente: Elaborada con base en la información de los Anuarios Estadísticos por Entidad Federativa, INEGI, 2005-2012 y estimaciones de población CONAPO-COLMEX  
N.d. No disponible

**Figura 17. Comparativo de la condición de aseguramiento según Institución: 2003, 2011**



Fuente: Elaborada con base en la información de los Anuarios Estadísticos por Entidad Federativa, INEGI, 2005-2012 y estimaciones de población CONAPO-COLMEX

### 3.3.2 Gasto Público en salud

El Gasto Público destinado al sector salud en el Estado de México, se ha incrementado notablemente desde la puesta en marcha del Sistema de Protección Social en Salud y su Programa operativo el Seguro Popular. En la Tabla 11 se presenta la evolución del Gasto Público en Salud del año 2000 al 2012, periodo en el que el gasto total se ha triplicado. En estos trece años de referencia sólo en dos se rompe la tendencia de incremento del gasto, uno de ellos posterior a la implementación del Seguro Popular (2011) y uno anterior a la existencia del mismo (2002).

**Tabla 11. Gasto Público en Salud 2000-2012**

(Millones de pesos de 2008)

AÑO	GASTO PÚBLICO EN SALUD						
	TOTAL	POB CON SEG SOC	POB SIN SEG SOC	FEDERAL	ESTATAL	RAMO 12	FASSA/ RAMO 33
2000	\$ 12,978.16	\$ 8,786.28	\$ 4,191.88	\$ 4,043.12	\$ 148.76	\$ 175.09	\$ 3,868.03
2001	\$ 17,518.35	\$ 9,773.65	\$ 7,744.70	\$ 7,536.54	\$ 208.16	\$ 3,395.40	\$ 4,141.14
2002	\$ 16,762.10	\$ 9,001.54	\$ 7,760.55	\$ 7,625.15	\$ 135.40	\$ 3,506.23	\$ 4,118.92
2003	\$ 19,216.99	\$ 10,200.34	\$ 9,016.65	\$ 8,953.58	\$ 63.07	\$ 4,426.51	\$ 4,527.07
2004	\$ 21,557.84	\$ 12,394.45	\$ 9,163.39	\$ 8,823.75	\$ 339.64	\$ 4,219.02	\$ 4,604.73
2005	\$ 22,577.49	\$ 11,215.12	\$ 11,362.37	\$ 9,736.39	\$ 1,625.98	\$ 4,834.99	\$ 4,901.39
2006	\$ 23,356.66	\$ 11,429.66	\$ 11,927.00	\$ 9,998.87	\$ 1,928.13	\$ 4,878.39	\$ 5,120.48
2007	\$ 27,247.18	\$ 11,611.77	\$ 15,635.41	\$ 12,037.47	\$ 3,597.94	\$ 6,893.57	\$ 5,143.90
2008	\$ 30,397.26	\$ 11,742.11	\$ 18,655.15	\$ 13,930.01	\$ 4,725.14	\$ 8,838.54	\$ 5,091.48
2009	\$ 35,314.96	\$ 12,843.28	\$ 22,471.68	\$ 15,124.42	\$ 7,347.26	\$ 9,645.12	\$ 5,363.63
2010	\$ 41,533.51	\$ 13,557.66	\$ 27,975.86	\$ 17,007.67	\$ 10,968.19	\$ 11,395.83	\$ 5,568.28
2011	\$ 37,278.61	\$ 15,696.66	\$ 21,581.96	\$ 18,810.74	\$ 2,771.22	\$ 12,626.45	\$ 6,006.92
2012	\$ 43,705.55	\$ 19,569.58	\$ 24,135.97	\$ 20,231.13	\$ 3,904.85	\$ 13,770.94	\$ 6,351.79

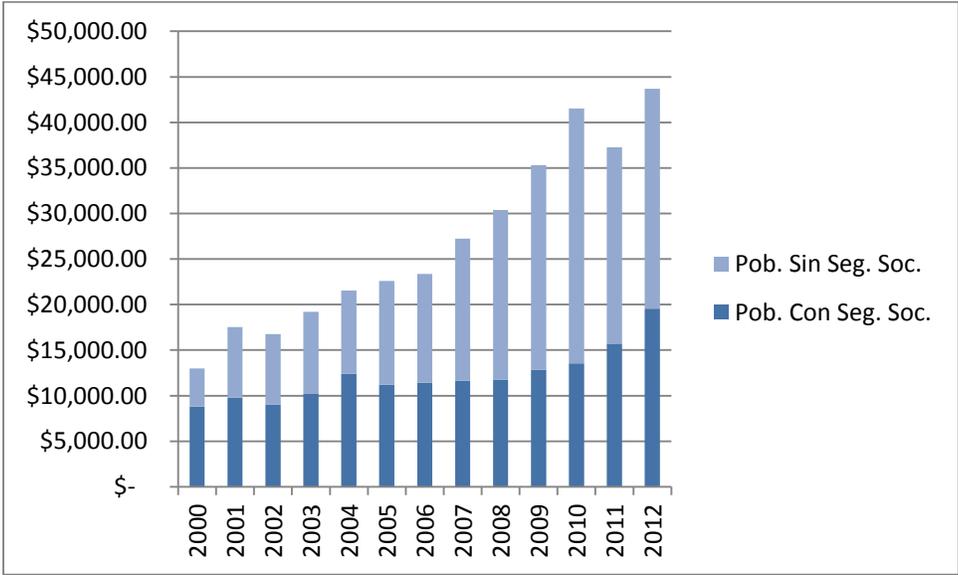
Fuente: SINAIS

NOTAS:

1. El Gasto Público Total en Salud = Gasto Público en Salud para la Población con Seguridad Social + Gasto Público en Salud para la Población sin Seguridad Social.
2. El Gasto Público en Salud para la Población con Seguridad Social = Gasto del IMSS + Gasto del ISSSTE + ISSFAM + Gasto en Salud de PEMEX + Instituciones de Seguridad Social de las Entidades Federativas.
3. El Gasto Público en Salud para la Población sin Seguridad Social = Gasto Estatal en Salud + Gasto del Ramo 12 + Gasto del FASSA + IMSS-Oportunidades + SEDENA + SEMAR
4. El Gasto Federal en Salud = Gasto de Ramo 12 + Gasto del FASSA + IMSS-Oportunidades + SEDENA + SEMAR.
5. Es el Gasto en Salud efectuado con recursos propios de los Estados.

En el año 2000 el gasto en salud para la población sin seguridad social era menor al gasto destinado a la población con seguridad social; en términos generales comparativos, el segundo duplicaba al primero. Es en el año 2005 cuando prácticamente se iguala el gasto público en salud para ambas poblaciones, y a partir de el, son mayores los recursos destinados para la población sin seguridad social. La Figura 18 permite contemplar como a partir del segundo año de la implementación del Seguro Popular se destinaron mayores recursos para la atención de la salud de las personas que no cuentan con seguridad social y se aprecia gráficamente cómo los recursos destinados a ésta población pasaron de representar sólo un tercio del gasto total del sector, a ser más del 50% de los recursos totales del mismo.

**Figura 18. Gasto Total en Salud 2000-2012**  
(Millones de pesos de 2008)



Fuente: Elaborada con base en información del SINAIS

Los recursos propios del Estado destinados para la población sin seguridad social ha pasado del 0.70%, (mínimo registrado en 2003) a 39.21% (máximo registrado en 2010) cantidad diez veces superior a la observada en el año inicial del análisis (Ver Tabla 12). Así mismo la Figura 19 muestra la participación estatal y federal respecto al gasto en salud para la población sin seguridad social.

**Tabla 12. Gasto Público en Salud 2000-2012 (Porcentajes)**

AÑO	GASTO PÚBLICO EN SALUD						
	TOTAL <sup>1</sup>	POB CON SEG SOC <sup>2</sup>	POB SIN SEG SOC <sup>3</sup>	FEDERAL <sup>4</sup>	ESTATAL <sup>5</sup>	RAMO 12 <sup>6</sup>	FASSA/RAMO 33 <sup>7</sup>
2000	100.00	67.70	32.30	96.45	3.55	4.33	95.67
2001	100.00	55.79	44.21	97.31	2.69	45.05	54.95
2002	100.00	53.70	46.30	98.26	1.74	45.98	54.02
2003	100.00	53.08	46.92	99.30	0.70	49.44	50.56
2004	100.00	57.49	42.51	96.29	3.71	47.81	52.19
2005	100.00	49.67	50.33	85.69	14.31	49.66	50.34
2006	100.00	48.94	51.06	83.83	16.17	48.79	51.21
2007	100.00	42.62	57.38	76.99	23.01	57.27	42.73
2008	100.00	38.63	61.37	74.67	25.33	63.45	36.55
2009	100.00	36.37	63.63	67.30	32.70	63.77	35.46
2010	100.00	32.64	67.36	60.79	39.21	67.00	32.74
2011	100.00	42.11	57.89	87.16	12.84	67.12	31.93
2012	100.00	44.78	55.22	83.82	16.18	68.07	31.40

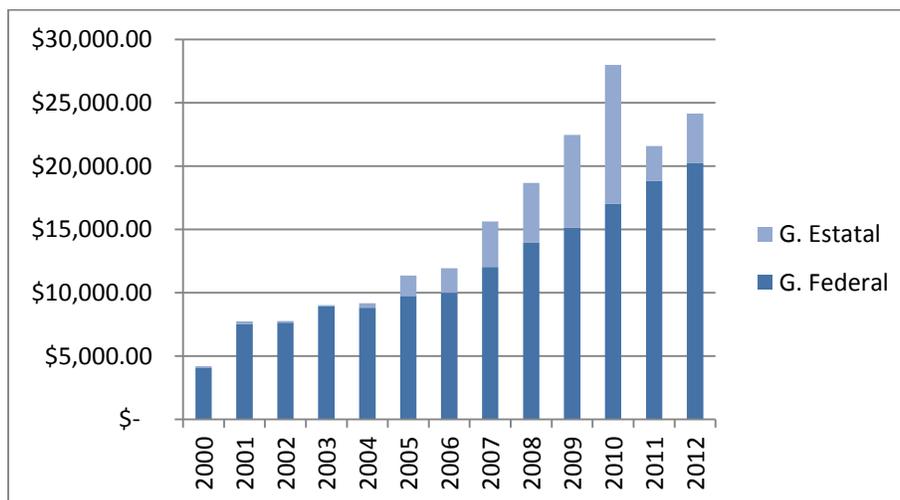
Fuente: Elaborada con base en información del SINAIS

NOTAS:

1. Es la suma de los porcentajes de gasto destinados a la población con seguridad social y sin seguridad social.
2. Es el porcentaje destinado a la población con seguridad social respecto al gasto total en salud.
3. Es el porcentaje destinado a la población sin seguridad social respecto al gasto total en salud.
4. Es la participación porcentual del gobierno federal respecto al gasto total destinado a la población sin seguridad social
5. Es la participación porcentual del gobierno estatal respecto al gasto total destinado a la población sin seguridad social
6. Es el porcentaje destinado al RAMO 12 respecto al Gasto Público en Salud Federal.
7. Es el porcentaje destinado al FASSA/RAMO 33 respecto al Gasto Público en Salud destinado Federal.

La diferencia de la suma entre RAMO 12 y FASSA/RAMO 33 es el IMSS-O

**Figura 19. Gasto Público en Salud para la Población Sin Seguridad Social 2000-2012**  
(Millones de pesos de 2008)



Fuente: Elaborada con base en información del SINAIS

La Tabla 13 muestra las variaciones porcentuales experimentadas por el gasto público en salud respecto a lo ejercido en el periodo anterior. Los incrementos y disminuciones más significativas se dan en el gasto estatal destinado a la población sin seguridad social que van desde incrementos del 438.52% (2004) a disminuciones del 74.73% (2011).

El gasto federal para la población sin seguridad social ha aumentado durante el periodo de estudio a excepción del año 2004. Este gasto está compuesto por el gasto de los Ramos 12 y 33 (FASSA), desde los cuales se lleva a cabo el financiamiento del Seguro Popular. Los datos expuestos muestran un claro efecto positivo sobre el gasto en salud, en especial en el gasto dirigido a las personas sin seguridad social. Esto es gracias a la operación del Seguro Popular; sin embargo no importa sólo el hecho de que ahora se destinen mayores recursos al sector, sino la eficacia y eficiencia con que éstos son utilizados.

**Tabla 13. Gasto Público en Salud 2001-2012 (Variación porcentual)**

GASTO PÚBLICO EN SALUD							
AÑO	TOTAL	POB CON SEG SOC	POB SIN SEG SOC	FEDERAL	ESTATAL	RAMO 12	FASSA/RAMO 33
2001	34.98	11.24	84.75	86.40	39.93	1839.20	7.06
2002	-4.32	-7.90	0.20	1.18	-34.95	3.26	-0.54
2003	14.65	13.32	16.19	17.42	-53.42	26.25	9.91
2004	12.18	21.51	1.63	-1.45	438.51	-4.69	1.72
2005	4.73	-9.51	24.00	10.34	378.74	14.60	6.44
2006	3.45	1.91	4.97	2.70	18.58	0.90	4.47
2007	16.66	1.59	31.09	20.39	86.60	41.31	0.46
2008	11.56	1.12	19.31	15.72	31.33	28.21	-1.02
2009	16.18	9.38	20.46	8.57	55.49	9.13	5.35
2010	17.61	5.56	24.49	12.45	49.28	18.15	3.82
2011	-10.24	15.78	-22.86	10.60	-74.73	10.80	7.88
2012	17.24	24.67	11.83	7.55	40.91	9.06	5.74

Fuente: SINAIS

NOTAS:

1. El Gasto Público Total en Salud = Gasto Público en Salud para la Población con Seguridad Social + Gasto Público en Salud para la Población sin Seguridad Social.
2. El Gasto Público en Salud para la Población con Seguridad Social = Gasto del IMSS + Gasto del ISSSTE + ISSFAM + Gasto en Salud de PEMEX + Instituciones de Seguridad Social de las Entidades Federativas.
3. El Gasto Público en Salud para la Población sin Seguridad Social = Gasto Estatal en Salud + Gasto del Ramo 12 + Gasto del FASSA + IMSS-Oportunidades + SEDENA + SEMAR
4. El Gasto Federal en Salud = Gasto de Ramo 12 + Gasto del FASSA + IMSS-Oportunidades + SEDENA + SEMAR.
5. Es el Gasto en Salud efectuado con recursos propios de los Estados.

La Auditoría Superior de la Federación, en el Informe de Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública de los años 2008 a 2010 señala:

El Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2010 mandata a la Auditoría Superior de la Federación (ASF) para revisar los recursos federales que se transfieren a las entidades federativas para la operación del Seguro Popular, por lo cual, a partir de la Cuenta Pública de 2009, la ASF auditó este recurso en las 32 Entidades Federativas; cabe señalar que para la revisión del ejercicio 2008 se realizaron solamente dos auditorías. En el caso del Estado de México se auditaron las cuentas públicas de 2009 y 2010.

En el periodo del 2008-2010, la Entidad recibió 11,263.0 millones de pesos para la operación del Seguro Popular, en los años que se auditaron se asignaron 8,807.7 millones de pesos, el universo seleccionado fue de 8,814.4 millones de pesos, cifra mayor que la asignada en los años revisados debido a que se incluyeron los rendimientos generados y se auditó una muestra de 4,551.0 millones de pesos, la cual significó el 40.4% del monto asignado en el periodo 2008-2010, el 51.6% del universo y el 51.7% del importe asignado.

La Auditoría concluye lo siguiente:

Se reconoce el esfuerzo importante de la Entidad por solventar las acciones que la ASF ha emitido en las cuentas públicas de 2009 y 2010; sin embargo, se identificaron irregularidades que presentan recurrencia en los dos años, ya sea por su monto o por su incidencia. Las observaciones más recurrentes respecto del monto de las recuperaciones determinadas se deben principalmente a irregularidades relacionadas con la falta de documentación justificativa y comprobatoria del gasto, que representaron el 96.2% del total de recuperaciones determinadas.

De las observaciones que no generaron una recuperación o que fueron solventadas durante el ejercicio de la auditoría, merecen atención especial por su comportamiento creciente o constante, o porque sólo se encontraron

en 2010, las irregularidades con las cuentas bancarias, las relacionadas con la falta de transparencia en la gestión del Seguro Popular, la falta de documentación, el subejercicio o sobre ejercicio, las insuficiencias en la contabilidad, las relacionadas con la falta de evaluación externa del Seguro Popular en la entidad, el incumplimiento de objetivos al no utilizar los recursos con eficiencia, eficacia y oportunidad y diversas irregularidades.

Las recuperaciones determinadas aumentaron de la revisión del ejercicio 2009 al de 2010 en un 45.6% y su porcentaje respecto de la muestra auditada conjuntamente en ambos años fue del 62.9%; el año en que se alcanzó una mayor proporción fue en 2010 con el 68.6%; si se compara con el nivel nacional, en el periodo de revisión de la Cuenta Pública 2008-2010, las recuperaciones determinadas constituyeron el 21.9% de la muestra auditada, lo que puede significar la existencia de debilidades en el control de la gestión de los recursos del Seguro Popular.

La Entidad reintegró el 19.5% de las recuperaciones determinadas, que corresponde al 12.2% de la muestra auditada, la mayor parte de ellas se realizó en 2010, si se compara igualmente con el nivel nacional, las recuperaciones operadas significaron el 31.9% de las recuperaciones determinadas en el periodo de revisión de las cuentas públicas 2008-2010.

El diagnóstico que nos ofrece la ASF respecto a la cuenta pública del Seguro Popular, es de opacidad en el ejercicio del gasto federalizado. Si en primera instancia concluíamos que el Seguro Popular propició mayor inversión en el Sector Salud en el Estado de México, éste estudio nos indica el incumplimiento de los objetivos del Programa al no utilizar los recursos con “eficacia, eficiencia y oportunidad”, develando las grandes irregularidades que giran en torno al Seguro Popular. Por tanto un Programa que no utiliza de manera óptima los recursos asignados no puede ser un Programa eficiente.

### **3.3.3 Suficiencia de Recursos Humanos y Físicos**

Para que un Programa sea eficiente debe contar con los recursos necesarios para ofrecer calidad en sus servicios. Por ello se analiza si el Seguro Popular cuenta con los recursos materiales y humanos suficientes. De inicio es necesario remarcar que es imposible saber con exactitud qué cantidad de recursos humanos o materiales son pagados o comprados por el Seguro Popular, esto debido a que no existe una cuenta propia del Programa y a todas las irregularidades en torno al ejercicio del gasto de las que se hizo mención en el apartado anterior. Por tanto, se analizará la cantidad de recursos humanos y materiales existentes en las Instituciones Públicas de Salud, antes y durante la implementación del Seguro Popular.

#### **3.3.3.1 Suficiencia de Recursos Humanos**

Las Instituciones Públicas de Salud no han tenido la capacidad de igualar el crecimiento de la población total y asegurada bajos sus servicios, con la cantidad de recursos humanos para su atención.

En el caso de la atención médica, la Organización Mundial de la Salud recomienda 3 médicos por cada mil habitantes y las Instituciones mexiquenses no cumplen con el estándar establecido (Ver Tabla 14). Aplicando la ley de la transitividad, si las Instituciones que ofertan la atención a los afiliados del Seguro Popular no cumplen con el número de médicos por habitante, se puede aseverar que el Seguro Popular no tiene personal médico suficiente para atender a sus afiliados y que ha contribuido a la disminución de recursos médicos en el Sistema Estatal de Salud, en cuanto a la relación por habitantes asegurados.

En la Figura 20 se puede apreciar la tendencia reductiva de personal médico según área de especialidad.

**Tabla 14. Recursos humanos por cada mil habitantes asegurados en Instituciones Públicas de Salud. (Parte 1: Personal Médico)**

AÑO	TOTAL	EN CONTACTO DIRECTO CON EL PACIENTE									EN OTRAS LAB
		TOTAL	MEDS GRALS	MÉDICOS ESPECIALISTAS				RESID	PAS	ODONT	
				TOTAL	GIN-OBS	PEDIA-TRAS	OTROS /a				
1995	2.456	2.036	0.717	0.604	0.115	0.112	0.377	0.191	0.319	0.206	0.420
2000	2.072	1.712	0.616	0.567	0.079	0.080	0.409	0.122	0.237	0.170	0.360
2001	2.087	1.731	0.617	0.597	0.114	0.104	0.379	0.115	0.234	0.168	0.356
2002	2.121	1.763	0.638	0.590	0.115	0.106	0.370	0.111	0.231	0.193	0.357
2003	2.001	1.609	0.565	0.581	0.105	0.098	0.377	0.227	0.118	0.118	0.393
2004	1.737	1.502	0.496	0.572	0.096	0.087	0.389	0.211	0.108	0.115	0.235
2005	1.981	1.769	0.543	0.757	0.071	0.080	0.606	0.144	0.219	0.106	0.212
2006	1.806	1.597	0.493	0.710	0.103	0.095	0.512	0.183	0.107	0.105	0.209
2007	1.323	1.114	0.356	0.300	0.057	0.056	0.187	0.095	0.158	0.102	0.209
2008	1.707	1.518	0.487	0.639	0.105	0.102	0.433	0.204	0.091	0.097	0.189
2009	1.521	1.352	0.439	0.576	0.096	0.094	0.386	0.183	0.070	0.084	0.169
2010	1.358	1.212	0.391	0.529	0.089	0.083	0.358	0.159	0.057	0.076	0.146
2011	1.390	1.248	0.407	0.533	0.067	0.081	0.385	0.155	0.059	0.082	0.141

Fuente: Elaborada con base en la información de los Anuarios Estadísticos por Entidad Federativa, INEGI, 2005-2012. /a incluye cirujanos, internistas y otros especialistas

**Tabla 14. Recursos humanos por cada mil habitantes asegurados en Instituciones Públicas de Salud. (Parte 2: Personal no Médico)**

AÑO	PERSONAL PARAMÉDICO							PER DE SERVS AUX DE DIAG Y TRAT /b	PER ADMO	OTRO PER /c
	TOTAL	ENFERMERAS					OTRO/b			
		TOTAL	AUX	GRALES	ESP	OTRAS /a				
1995	3.757	3.007	1.291	1.036	0.300	0.380	0.750	0.558	1.630	1.551
2000	3.245	2.596	N.d.	N.d.	N.d.	N.d.	0.649	0.811	2.236	0.466
2001	3.292	2.636	1.039	0.954	0.255	0.387	0.657	0.825	2.321	0.424
2002	3.307	2.632	1.038	0.953	0.255	0.387	0.675	0.814	2.233	0.452
2003	4.150	2.348	0.843	0.891	0.221	0.393	0.493	0.731	0.459	0.118
2004	3.757	2.160	0.761	0.836	0.207	0.357	0.552	0.474	0.508	0.062
2005	6.527	2.380	0.381	0.953	0.231	0.815	0.979	1.382	1.285	0.510
2006	5.796	2.299	0.755	0.935	0.243	0.365	1.411	0.706	0.895	0.485
2007	5.313	2.133	0.694	0.924	0.248	0.268	1.208	0.753	0.785	0.434
2008	5.276	2.126	0.662	0.960	0.237	0.267	1.248	0.712	0.777	0.413
2009	4.753	1.957	0.580	0.881	0.243	0.252	1.084	0.612	0.739	0.361
2010	4.298	1.804	0.517	0.829	0.222	0.236	2.494	N.d.	N.d.	N.d.
2011	4.318	1.825	0.510	0.859	0.222	0.234	2.494	N.d.	N.d.	N.d.

Fuente: Elaborada con base en la información de los Anuarios Estadísticos por Entidad Federativa, INEGI, 2005-2012.

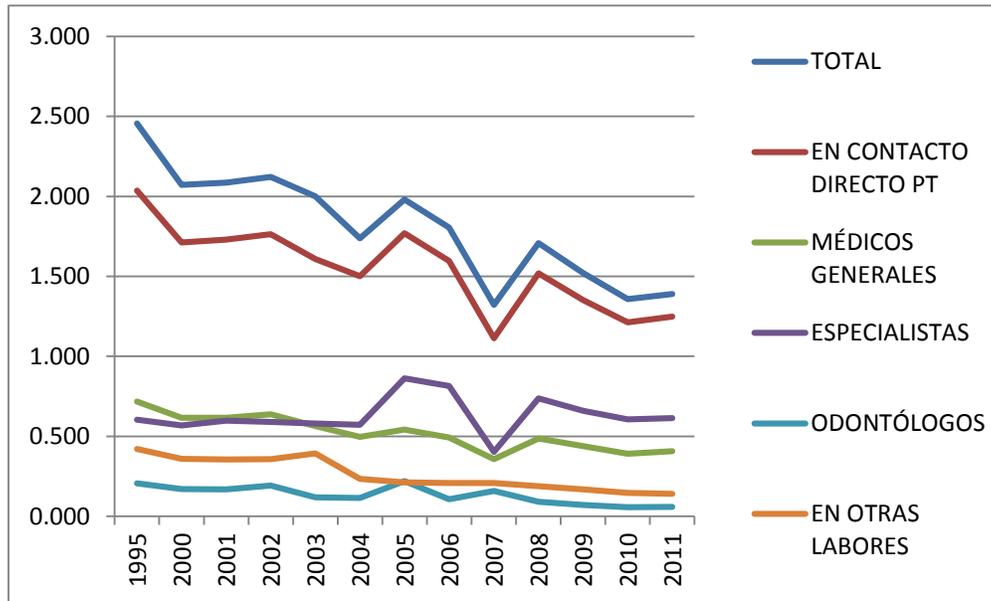
/a A partir de 2003 se refiere a enfermeras pasantes y en otras labores.

/b Personal que sirve de apoyo al médico en la definición o confirmación de un diagnóstico clínico o en el tratamiento integral del paciente.

/c a partir de 2003 se refiere a personal de trabajo social

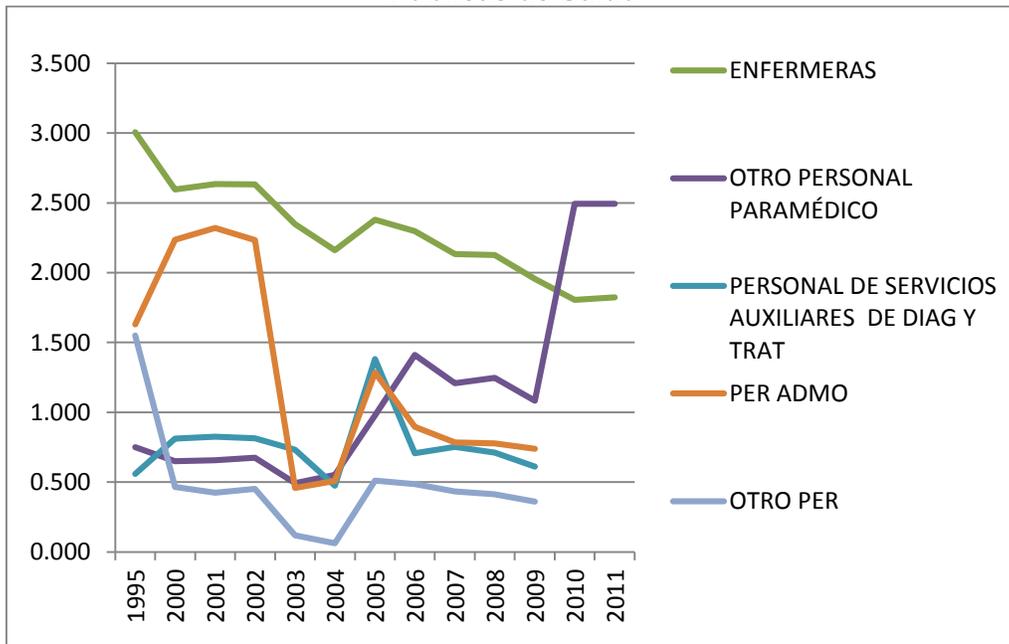
N.d. No disponible

**Figura 20. Personal médico por cada mil habitantes asegurados en Instituciones Públicas de Salud**



Fuente: Elaborada con base en la información de los Anuarios Estadísticos por Entidad Federativa, INEGI, 2005-2012.

**Figura 21. Personal no médico por cada mil habitantes asegurados en Instituciones Públicas de Salud**



Fuente: Elaborada con base en la información de los Anuarios Estadísticos por Entidad Federativa, INEGI, 2005-2012.

En términos generales el personal no médico ha aumentado su razón por cada mil habitantes. Sin embargo se presentan disminuciones importantes en el personal de enfermería, en el personal administrativo y en el personal de trabajo social. Este comportamiento puede observarse en la Figura 21. La OMS recomienda 4 enfermeras por cada mil habitantes por tanto, también se concluye que el Seguro Popular no cuenta con el personal de enfermería suficiente para atender a sus afiliados.

En la Tabla 15 se observa cómo la razón de médicos por consultorio ha aumentado, mientras que la razón de enfermeras por médico tampoco cumple con el estándar de la OMS de contar con al menos tres enfermeras por cada médico.

En general los recursos humanos con los que operan las Instituciones Públicas de Salud, incluidas aquellas en las que se brinda la cartera de servicios del Seguro Popular, son insuficientes.

**Tabla 15. Indicadores hospitalarios de recursos humanos**

<b>AÑO</b>	<b>RAZÓN DE MÉDICOS POR CONSULTORIOS</b>	<b>RAZÓN DE ENFERMERAS POR MÉDICO</b>
1995	2.13	1.48
2000	2.19	1.52
2001	2.23	1.52
2002	2.22	1.49
2003	2.32	1.46
2004	2.25	1.44
2005	2.40	1.70
2006	2.38	1.30
2007	1.76	1.31
2008	2.56	1.30
2009	2.51	1.45
2010	2.50	1.49
2011	2.49	1.46

*Fuente: Elaborada con base en la información de los Anuarios Estadísticos por Entidad Federativa, INEGI, 2005-2012.*

### **3.3.3.2 Suficiencia de recursos físicos**

Los recursos físicos con los que cuentan las Instituciones Públicas de Salud para atender a la población mexiquense, también han mermado con el paso de los años (Ver Tabla 16).

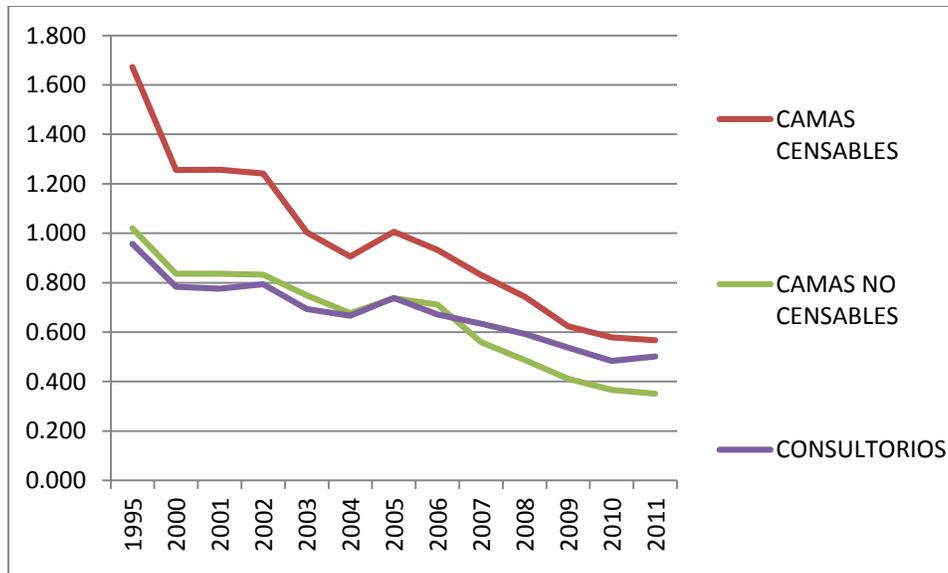
**Tabla 16. Recursos físicos por cada mil habitantes asegurados en Instituciones Públicas de Salud**

AÑO	CAMAS CENSABLES	CAMAS NO CENSABLES	CONSULTORIOS	LABS DE ANÁLISIS CLÍNICOS	GABINETES DE RADIOLOGÍA	QUIRÓFANOS	SALAS DE EXPULSIÓN
1995	1.672	1.020	0.957	0.029	0.043	0.040	0.097
2000	1.255	0.836	0.783	0.025	0.025	0.032	0.074
2001	1.257	0.836	0.775	0.025	0.031	0.033	0.074
2002	1.241	0.833	0.793	0.025	0.027	0.034	0.075
2003	1.003	0.749	0.693	0.023	0.028	0.030	0.067
2004	0.905	0.676	0.666	0.021	0.024	0.025	0.060
2005	1.005	0.737	0.738	0.014	0.014	0.034	0.067
2006	0.933	0.712	0.671	0.014	0.013	0.034	0.062
2007	0.831	0.559	0.634	0.021	N.d.	0.026	0.048
2008	0.744	0.487	0.593	0.024	N.d.	0.025	0.033
2009	0.624	0.412	0.538	0.028	N.d.	0.022	0.027
2010	0.578	0.367	0.484	0.017	N.d.	0.020	0.024
2011	0.568	0.352	0.502	0.017	N.d.	0.021	0.019

Fuente: Elaborada con base en la información de los Anuarios Estadísticos por Entidad Federativa, INEGI, 2005-2012.

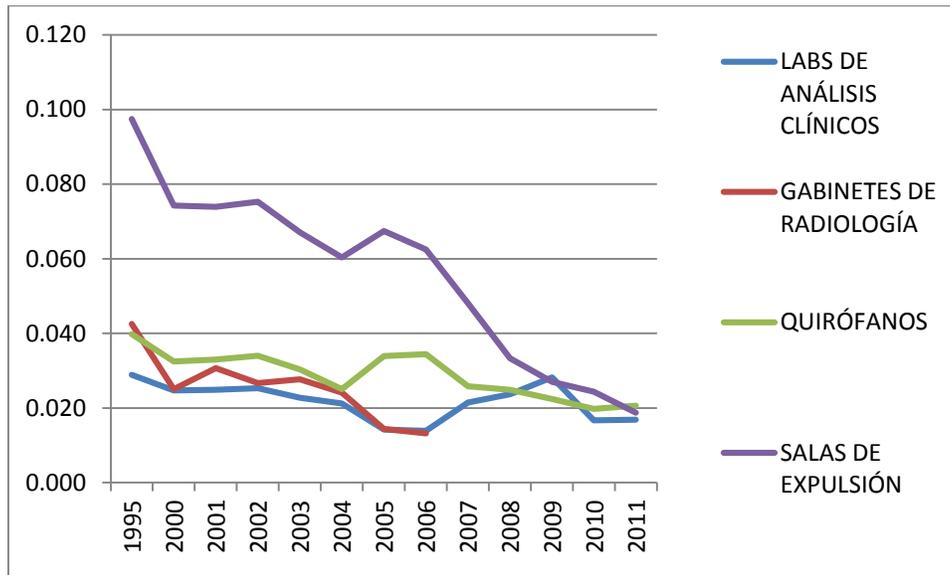
La recomendación de la OMS de tener al menos una cama censable por cada mil habitantes fue cumplida hasta el año 2003 y en el año 2005. A partir de 2004 ese indicador a disminuido, actualmente el Estado de México sólo cuenta con el 57% de las camas que la recomendación señala, en razón de la población que radica en la Entidad.

**Figura 22. Recursos físicos en las Instituciones Públicas de Salud (Parte 1)**



Fuente: Elaborada con base en la información de los Anuarios Estadísticos por Entidad Federativa, INEGI, 2005-2012.

**Figura 22. Recursos físicos en las Instituciones Públicas de Salud (Parte 2)**



*Fuente: Elaborada con base en la información de los Anuarios Estadísticos por Entidad Federativa, INEGI, 2005-2012.*

La gráfica anterior ejemplifica claramente la tendencia reductiva de recursos físicos en las Instituciones Públicas de Salud y la insuficiencia de los recursos existentes. En conclusión los recursos físicos con los que son atendidos los afiliados del Seguro Popular no son suficientes.

### **3.3.3.3 Indicadores Hospitalarios de Eficiencia**

Los Indicadores Hospitalarios de Productividad y Eficiencia muestran el grado de existencia de éstas características en las unidades hospitalarias. Para ésta investigación se seleccionaron cuatro indicadores, cuya evolución se observa en la Tabla 17.

Promedio diario de intervenciones quirúrgicas por quirófano. Es la relación de productividad diaria de intervenciones quirúrgicas realizadas a partir del número de salas de operación (quirófanos) disponibles en las unidades de atención del segundo nivel de las instituciones de salud públicas (SNS, 1999, p.396). En el caso del Estado de México éste indicador muestra eficiencia en la disponibilidad y utilización de quirófanos, al mantener razones mayores o iguales a 3 en todos los años exceptuando el año 2006.

Promedio de días de estancia hospitalaria. Es el total de días (promedio) que cada paciente recibe atención desde su ingreso hasta su alta. Bajo condiciones estandarizadas, una estancia hospitalaria de menor duración representa un uso más eficiente de recursos. Esto, por supuesto, sólo es cierto si la reducción en la longitud de la estancia no se acompaña de reducción en la efectividad de las intervenciones o de un aumento en los eventos adversos (Frenk, Lozano, Zurita, pp.183-189. En teoría, su duración idónea es la suficiente para preparar la cama y el entorno para un nuevo paciente y no debería superar un día o día y medio. Con la referencia anterior, éste indicador no muestra eficiencia en las unidades hospitalarias del Estado de México, pues además de ser superiores a 1.5 días muestra aumentos en casi todos los años de investigación.

Ocupación Hospitalaria. Grado de utilización de las camas censables en las unidades hospitalarias del sector público a partir de 360 días considerados como hábiles por año. La tasa de ocupación es un sólido indicador del nivel de utilización de un hospital. En términos generales se considera que la tasa de ocupación debe ubicarse entre 70 y 80%, ya que por arriba de estas cifras la saturación de los servicios impediría que el hospital reaccionara adecuadamente a súbitos picos de demanda y, por el contrario, cifras muy bajas denotarían ineficiencia en la asignación y uso de recursos (Ibídem). En la Tabla 17 se observan cinco años con una tasa de ocupación eficiente y siete con una tasa de ocupación ineficiente; de estos, cinco con recursos ociosos (2000-2002 y 2010-2011) y dos con saturación de servicios.

Índice de Rotación. Relación del número de egresos que potencialmente puede generarse a partir del número de camas censables existentes en unidades de hospitalización del sector público en un periodo y unidad de atención determinada. Otro indicador de eficiencia en la utilización de los recursos hospitalarios puede determinarse a partir del número de egresos hospitalarios generados con base al número de camas censables existente en un periodo determinado. Esta relación permite, por un lado, valorar la capacidad potencial de la unidad a partir de sus recursos (egresos por cama censable), y por el otro, es un acercamiento a la utilización adecuada de los recursos; por ejemplo, un índice de rotación bajo implica que los egresos son menores a lo potencialmente posible (subutilización) (Ibídem). De manera general se aprecia un aumento en la productividad de este indicador. A pesar de algunas limitaciones en los indicadores evaluados se puede concluir que los hospitales de segundo y tercer nivel laboran en condiciones de eficiencia.

**Tabla 17. Indicadores hospitalarios de productividad**

<b>AÑO</b>	<b>PROM DIARIO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS POR QUIRÓFANO</b>	<b>PROMEDIO DE DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA</b>	<b>OCUPACIÓN HOSPITALARIA</b>	<b>ÍNDICE DE ROTACIÓN</b>
2000	3.519	4.585	61.942	44.916
2001	3.390	2.140	62.512	44.260
2002	3.192	2.142	55.825	45.595
2003	3.193	2.434	70.549	52.683
2004	3.490	2.636	70.857	53.369
2005	3.052	2.678	73.325	53.354
2006	2.893	2.952	76.838	54.688
2007	3.730	2.869	74.719	59.566
2008	3.778	2.376	81.504	63.880
2009	3.568	2.785	85.525	65.808
2010	3.576	2.107	60.890	62.425
2011	3.347	2.660	67.560	63.012

*Fuente: Elaborada con base en la información de los Anuarios Estadísticos por Entidad Federativa, INEGI, 2005-2012.*

### **3.3.4 Evaluación de la Cobertura del Seguro Popular para la población del Estado de México**

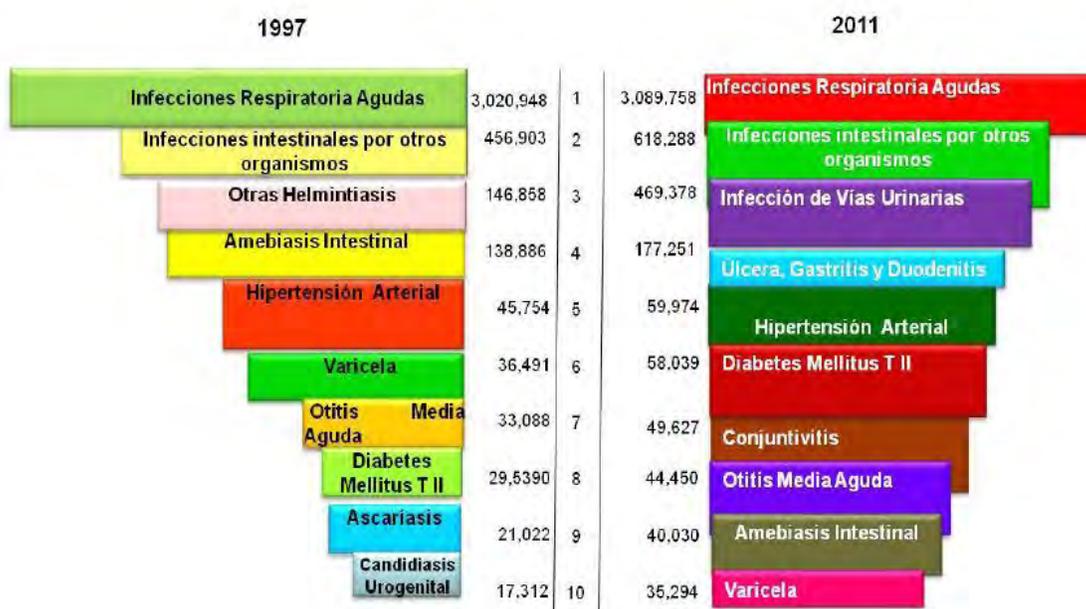
El CAUSES se actualiza cada dos años incrementando su amplitud y cobertura de intervenciones. Para evaluar el nivel de protección que éste brinda a la población del Estado de México se analiza su relación con 3 aspectos esenciales que son: morbilidad, mortalidad y prevención de enfermedades.

La transición epidemiológica ha sido un proceso en el cual la salud se ha visto involucrada al cien por ciento, esta transición tiene dos etapas; la primera constituye la alta mortalidad que ocasionan las patologías infecciosas y la desnutrición; y la segunda se caracteriza por enfermedades crónico-degenerativas. Actualmente en el Estado de México se experimenta una profunda transición donde la disminución de las enfermedades infecciosas y parasitarias ha sido sustancial pero aún insuficiente y ha sido acompañada del incremento rápido de los procesos crónicos. (ISEM, 2012)

La morbilidad entendida médicamente como el número de personas afectadas por una enfermedad en un periodo de tiempo y lugar determinado, nos señala el riesgo de contraer una enfermedad. En el caso del Estado de México, las IRAS (Infecciones Respiratorias Agudas) y las infecciones intestinales, continúan ocupando las posiciones uno y dos respectivamente desde 1997 (año comparativo). Por su parte las helmintiasis (enfermedades parasitarias como lombrices, solitarias o gusanos redondos) han desaparecido de las 10 principales causas de morbilidad, gracias a las campañas de desparasitación promovidas a nivel nacional en la última década; mientras que la amebiasis intestinal ha pasado del de ser la cuarta causa de morbilidad en 1997, a la novena en 2011 (Ver Figura 23).

Como se ha mencionado, la preocupación actual gira en torno al rápido avance de las enfermedades crónico-degenerativas al grado que hoy en día existe mayor riesgo de contraer hipertensión arterial o diabetes que enfermedades parasitarias o varicela. A pesar de ello, las diez causas de morbilidad general aquí referidas se encuentran contempladas en el CAUSES y cubiertas en mayor o menor medida por el mismo.

**Figura 23. Principales causas de morbilidad general 1997, 2011.**



Fuente: SUIVE

**Tabla 18. Principales Causas de Mortalidad General en el Estado de México: 2000, 2010**

2000	No.	2010
Enfermedades del corazón Enfermedades isquémicas del corazón	1	Diabetes mellitus
Diabetes mellitus	2	Enfermedades del corazón Enfermedades isquémicas del corazón
Tumores malignos Tumor maligno del cuello del útero Tumor maligno del estómago Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	3	Tumores malignos Tumor maligno del estómago Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón Tumor maligno de la próstata
Enfermedades del hígado Enfermedad alcohólica del hígado	4	Enfermedades del hígado Enfermedad alcohólica del hígado
Accidentes Accidentes de tráfico de vehículos de motor	5	Accidentes Accidentes de tráfico de vehículos de motor
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal Hipoxia intrauterina, asfixia y otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal	6	Enfermedades cerebrovasculares
Enfermedades cerebrovasculares	7	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma
Agresiones (homicidios)	8	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal Hipoxia intrauterina, asfixia y otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal
Neumonía e influenza	9	Agresiones (homicidios)
Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	10	Neumonía e influenza
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	11	Insuficiencia renal
Insuficiencia renal	12	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas Malformaciones congénitas del sistema circulatorio
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	13	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales
Bronquitis crónica, enfisema y asma	14	Bronquitis crónica, enfisema y asma
Enfermedades infecciosas intestinales	15	Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios)
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	16	Enfermedades infecciosas intestinales
Septicemia	17	Septicemia
Síndrome de dependencia del alcohol	18	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana
Anemias	19	Anemias
Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios)	20	Síndrome de dependencia del alcohol

Fuente: ISEM

Al analizar la Tabla 18, que presenta las causas de Mortalidad General de los años 2000 y 2010, es posible identificar aquellas que han escalado posiciones durante este periodo de estudio y son: la diabetes mellitus, las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, la insuficiencia renal y los suicidios.

Al profundizar sobre la cobertura del Seguro Popular en comparativa con las principales causas de muerte en la entidad, se pretende observar si la evolución del CAUSES se ha orientado a la atención de estos padecimientos o si ha logrado modificar el orden de las mismas gracias a la atención que brinda a los afiliados.

Para comprobar los efectos, se revisó de forma detallada el caso de la diabetes mellitus, actualmente la principal causa de muertes en el Estado de México y en el país. Esta enfermedad crónico-degenerativa se encuentra incluida en el CAUSES, sin embargo la investigación muestra que la cobertura que se brinda para este padecimiento se limita al diagnóstico y tratamiento farmacológico, a la estabilización del padecimiento en situaciones de urgencia y algunas acciones preventivas durante el embarazo; sin considerar dentro de la cobertura las distintas complicaciones que derivan de esta enfermedad, algunas de las cuales, pueden relacionarse directamente con otras de las causas de muerte referidas en la Tabla 18.

Para fundamentar la afirmación anterior, es necesario describir las complicaciones de la diabetes, que se forma general se dividen en 3 categorías:

1. Daños en los nervios (neuropatía)

La neuropatía diabética es un trastorno de los nervios que conlleva adormecimiento y, algunas veces, genera dolor y debilidad en las manos, los brazos, los pies y las piernas. La neuropatía también puede causar problemas en el sistema digestivo, el corazón y en los órganos sexuales.

Alrededor del 50% de las personas con diabetes tienen algún grado de daño en los nervios, pero no todos experimentan los mismos síntomas físicos. La neuropatía es más común en personas que han tenido diabetes durante al menos 25 años, que tienen sobrepeso, no mantienen el nivel de la glucosa correctamente y que tienen la presión arterial elevada. La neuropatía más común es la periférica (provoca entumecimiento en

los pies), y esto a su vez, aumenta la probabilidad de lesiones, que en caso de no ser tratadas correctamente, pueden conducir a la amputación.

## 2. Los daños a grandes vasos sanguíneos (llamada enfermedad macrovascular)

El exceso de glucosa en la sangre provoca el endurecimiento de las arterias (arterosclerosis), lo que puede provocar ataques cardíacos, accidentes cerebro vasculares y/o mala circulación en los pies. Las enfermedades cardíacas son la principal causa de muerte relacionada con la diabetes. Los diabéticos adultos tienen de 2 a 4 veces más riesgo de padecer este tipo de enfermedades que los adultos sin diabetes.

## 3. Daño a los vasos sanguíneos pequeños, como los capilares (llamada enfermedad microvascular)

El exceso de glucosa en la sangre también engrosa las paredes capilares, se hace más densa la sangre y puede causar que los vasos sanguíneos pequeños tengan una pequeña fuga. En conjunto, estos efectos reducen la circulación de la sangre a la piel, los brazos, las piernas y los pies. La reducción del flujo sanguíneo capilar puede causar algunas manchas oscuras en las piernas.

Estas 3 categorías generales de complicaciones derivan en:

- Complicaciones de la visión (retinopatía, cataratas y glaucoma). Estos 3 padecimientos se encuentran incluidos en el Seguro Popular, sin embargo en nuestro sistema de salud forman parte del tercer nivel de atención; así que para tener acceso es necesario pasar por los dos niveles previos, situación que provoca tiempos de espera que van de 2 a 6 meses, mismos que aumentan la probabilidad de ceguera en los pacientes que no son atendidos con oportunidad, de forma especial en el caso del glaucoma<sup>6</sup>.

Los afiliados, al no tener consultas de rutina en niveles especializados de atención, solicitan el acceso a éstos hasta que los síntomas comienzan a lacerar de forma significativa su calidad de vida. Así concluimos que aunque estas complicaciones

---

<sup>6</sup> Segunda causa de ceguera a nivel mundial

se encuentren contempladas en el CAUSES, el acceso a sus respectivos tratamientos es muy limitado.

- Ataques cardíacos. Al menos el 65% de los diabéticos mueren a causa de enfermedades cardíacas o accidentes cerebrovasculares. Estas complicaciones se relacionan con las causas de mortalidad 2 y 6 en el caso del Estado de México. El CAUSES contempla el tratamiento de la angina de pecho, arritmias cardíacas, insuficiencia cardíaca y edema pulmonar. Pero excluye algunas otras enfermedades isquémicas como son infarto del miocardio y cardiopatía isquémica crónica. Estas complicaciones podrían requerir de un trasplante de corazón, mismo que no se encuentra incluido en el CAUSES.

Por su lado los accidentes cerebrovasculares no se encuentran contemplados. Se ha incluido la rehabilitación de la parálisis facial, que podría ser consecuencia de uno de éstos, en el menor de los casos.

- Complicaciones renales. Esta es una de las principales lagunas del CAUSES, y recobra importancia al ubicar la insuficiencia renal como la causa de muerte número 11 en el Estado de México. Tratamientos como diálisis y sus insumos, o trasplantes renales, no son cubiertos por el Seguro Popular, y al ser uno de los padecimientos más caros, pone en graves riesgos físicos, económicos y morales, a los afectados.

- Complicaciones en los pies. Hay dos efectos de la diabetes que pueden ser perjudiciales para los pies: la reducción del flujo de sangre a las piernas y pies, y la neuropatía (daño en los nervios) que reduce la sensación en los mismos. Estas complicaciones pueden terminar en la amputación de los miembros inferiores del cuerpo, cirugía que sí se encuentra contemplada en el CAUSES.

La Angiología que es la especialidad médica que se encarga del estudio de los vasos del sistema circulatorio (venas y arterias), no forma parte de los servicios que brinda el Seguro Popular, problema que se agudiza con el hecho de que sólo existen 8 médicos especialistas en esta área de la salud en el Estado de México. La única Institución de Seguridad Social que brinda este servicio en el Estado es el ISSEMyM, pues incluso instituciones como el IMSS e ISSSTE, no cuentan con esta atención en sus unidades. Por tanto las personas afiliadas al

SP que requieren de esta atención deben acceder a ella en el sector privado, o ser trasladados al D.F. a hospitales federalizados, en los cuales deberán pagar por la atención recibida.

- Complicaciones de la piel. El Seguro Popular sólo cubre algunos tratamientos dermatológicos básicos.
- Complicaciones dentales. La atención brindada a los afiliados al Seguro Popular en cuanto a servicios dentales es muy limitada y no incluye ningún tipo de prótesis.
- Depresión. La depresión, no sólo relacionado a la diabetes, es un padecimiento que va en aumento entre la población mexiquense, pues los suicidios, son la causa de muerte que más lugares a escalado en nuestra lista de análisis, al pasar de la causa número 20, a la 15. El CAUSES contempla este padecimiento, sin embargo la atención psiquiátrica que este amerita sólo se otorga en el tercer nivel de atención y su acceso es sumamente limitado, así que el tratamiento que se otorga se basa únicamente en la prescripción de antidepresivos en el primero y segundo nivel de atención.

El motivo por el que se describieron de esta manera las complicaciones de la diabetes, es para hacer notar los problemas que surgen al utilizar el sistema de clasificación de causa básica de muerte y no uno de causa múltiple a nivel institucional y federal, pues el último sería más certero y representativo.

Continuando el análisis, se percibe un avance significativo en la atención a las personas con VIH, pues al incluir el tratamiento a este padecimiento en el Fondo Contra Gastos Catastróficos (FCGC), con la mira puesta en la consecución de los Objetivos del Milenio, ésta enfermedad pasó de ser la causa de muerte número dieciséis a la dieciocho en el Estado.

La causa de muerte número 3: Tumores malignos, a pesar de permanecer en el mismo puesto, sí tuvo movimientos en su subclasificación. El tumor maligno de cuello de útero que encabezaba la lista ya no se encuentra entre las 3 primeras posiciones. Este efecto

positivo se debe a que el Seguro Popular cubre este padecimiento, además de las extensas campañas de prevención y diagnóstico que se han lanzado en favor de las mujeres. La cobertura del cáncer cérvico-uterino y de mama que brinda el Seguro Popular, según los expertos es del 70%. Por otro lado aunque el cáncer de próstata también forma parte del Catálogo, la cobertura a este padecimiento es sólo del 40% del total de los gastos.

Uno de los retos más relevantes que arroja este análisis es la necesidad de invertir en salud preventiva, actualmente estas acciones (incluyendo vacunas) representan solamente el 9.8 por ciento respecto al total de padecimientos contemplados en el Catálogo, lo que habla de la necesidad de evolucionar de una medicina regenerativa a una preventiva. Sin la mira puesta en esta evolución, dados los perfiles epidemiológicos, demográficos y las limitantes del Sistema de Salud, éste no tendría el soporte necesario para brindar una atención de calidad, pese a las posibles reformas que pudiesen aplicarse en el sector.

El resultado final de la investigación de este apartado indica que, aunque el CAUSES contempla la mayoría de los padecimientos y servicios relacionados con la atención a las principales causas de mortalidad y morbilidad, la cobertura no es total, el acceso a los servicios no es inmediato, y en la mayoría de los casos, no ha influido para variar significativamente la evolución epidemiológica actual.

# **CAPÍTULO 4:**

# **ESTUDIO DE CASO**

#### **4.1 Información General**

El presente capítulo narra la experiencia de la familia Andrade Cruz en el Seguro Popular. Comienza por describir las características sociodemográficas y económicas de la familia y en este contexto analiza la atención y cobertura médica recibida por la Señora María del Carmen en un momento de crisis ocurrido el 23 de julio del año 2014. Lo anterior para verificar la protección brindada por el Programa objeto de estudio.

Es importante señalar que la familia Andrade Cruz fue seleccionada al azar entre 23 casos de enfermedad a los que daba seguimiento la Asociación Civil Amor Que Salva A.C., organización que me otorgó la información inicial de la familia e hizo posible su autorización para realizar la presente investigación de campo.

#### **4.2 Información sociodemográfica y económica de la familia**

La familia Andrade Cruz es originaria de Tonatico, Estado de México, Municipio que se localiza al sur de la Entidad. Limita al norte y al poniente con los Municipios de Ixtapan de la Sal y Villa Guerrero, al sur con el Municipio de Pilcaya (Guerrero), y al oriente con Zumpahuacán. Tiene 12,099 habitantes de los cuales el 52% son mujeres y el 48% hombres (CPV, 2010). Su hogar se encuentra ubicado en Los Amates, una de las once rancherías de Tonatico.

La familia Andrade Cruz está integrada por 3 personas:

La Señora María del Carmen Andrade Cruz, de 52 años, nació el 16 de julio de 1963 en los Amates, Tonatico. Es madre soltera, sus hijos son Catalina y Daniel Andrade Cruz. Estudió hasta el tercer año de educación primaria, desde entonces se dedicó a trabajar en el campo y al tejido-bordado de rebozos, manteles y otros artículos.

Catalina Andrade Cruz, es la hija mayor de la Señora María del Carmen. Nació el 25 de marzo de 1988 en el municipio de Ixtapan de la Sal, tiene 28 años de edad. Tuvo la oportunidad de concluir sus estudios de educación secundaria y desde entonces se

dedicó a la elaboración artesanal del dulce de tamarindo y palanqueta originarios de Tonicato.

Daniel Andrade Cruz es el hijo menor de la Señora María del Carmen. Nació el 20 de febrero de 1991, en Los Amates, tiene 25 años de edad. Concluyó sus estudios de secundaria y desde entonces se dedicó a trabajar como campesino.

**Figura 24. Familia Andrade Cruz**



La vivienda que habita la familia Andrade Cruz pertenecía a la madre de la Señora María del Carmen, Ángela Cruz Ramírez quien falleció en agosto del año 1998. Ella heredó de palabra esta propiedad a su hija María del Carmen, pero no legalmente. Esta situación es motivo de conflictos familiares.

La vivienda consta de un baño, dos habitaciones y una cocina; el material de construcción es adobe, teja y pisos de cemento. Cuenta con el servicio de electricidad; no tiene drenaje y el agua debe ser bombeada o transportada en baldes de los pozos que hay en la comunidad.

**Figura 25. Vivienda de la familia Andrade Cruz**



### **4.3 Ingresos y egresos familiares**

El ingreso mensual de la familia Andrade Cruz es variable, pues la Señora María y su hija Catalina tienen trabajos eventuales según la época del año. Durante los meses de octubre a diciembre se dedican a la cosecha de cacahuates, y de diciembre a mayo, a la elaboración de dulce artesanal de tamarindo y palanqueta que se comercializa en las festividades de diversos Municipios de los Estados de México, Guerrero y Morelos. Daniel Andrade es campesino de tiempo completo, y su ingreso es el único que puede considerarse fijo.

En la Tabla 19 se muestra el ingreso anual esperado. La familia Andrade Cruz asegura que sus ingresos disminuyeron desde que la Señora María del Carmen fue diagnosticada con diabetes y se esfuerzan para que el desgaste de la vista que sufre Catalina no

impacte negativamente los mismos. Ningún miembro es parte de algún Programa de apoyo Federal.

**Tabla 19. Ingreso anual esperado de la familia Andrade Cruz**

MES	APORTE MENSUAL (PESOS M.N.)			
	MARÍA	CATALINA	DANIEL	TOTAL
Enero	\$ -	\$ 2,000.00	\$ 3,000.00	\$ 5,000.00
Febrero	\$ -	\$ 1,500.00	\$ 3,000.00	\$ 4,500.00
Marzo	\$ -	\$ 1,500.00	\$ 3,000.00	\$ 4,500.00
Abril	\$ -	\$ 1,200.00	\$ 3,000.00	\$ 4,200.00
Mayo	\$ -	\$ 1,500.00	\$ 3,000.00	\$ 4,500.00
Junio	\$ -	\$ 400.00	\$ 3,000.00	\$ 3,400.00
Julio	\$ -	\$ 400.00	\$ 3,000.00	\$ 3,400.00
Agosto	\$ -	\$ 400.00	\$ 3,000.00	\$ 3,400.00
Septiembre	\$ -	\$ 400.00	\$ 3,000.00	\$ 3,400.00
Octubre	\$ 400.00	\$ 600.00	\$ 3,000.00	\$ 4,000.00
Noviembre	\$ 400.00	\$ 3,600.00	\$ 3,000.00	\$ 7,000.00
Diciembre	\$ 400.00	\$ 600.00	\$ 3,000.00	\$ 4,000.00
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 1,200.00</b>	<b>\$ 14,100.00</b>	<b>\$ 36,000.00</b>	<b>\$ 51,300.00</b>

*Fuente: Elaboración propia con base en información proporcionada por la familia*

**Tabla 20. Gastos mensuales de la familia Andrade Cruz**

CONCEPTO DE GASTO	PORCENTAJE DE GASTO RESPECTO A INGRESO MENSUAL
Alimentación	74%
Vestido y calzado	2%
Pago de servicios (gas y luz)	10%
Transporte	5%
Entretenimiento	2%
Salud	7%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Elaboración propia con base en información proporcionada por la familia*

El ingreso mensual de la familia Andrade Cruz es en promedio de \$4,275.00 pesos, equivalentes a 2.23 salarios mínimos<sup>7</sup> diarios. La Tabla 20 muestra los rubros en los que mensualmente la familia gasta sus ingresos.

#### **4.4 Antecedentes de salud**

La Señora María del Carmen, al igual que sus doce hermanos, fue diagnosticada con diabetes mellitus tipo II e hipertensión, a sus 48 años de edad. Se encuentra afiliada al Seguro Popular desde el año 2006 (Ver Anexo 1).

Catalina padece una discapacidad visual congénita, que le ha afectado toda su vida y que es de tipo progresivo. Esta discapacidad le ha provocado diversos accidentes. Padece obesidad mórbida (tipo IV). Tiene propensión a sufrir hemorragias vaginales. Se encuentra afiliada al Seguro Popular desde el año 2006 (Ver Anexo 2).

Daniel Andrade no padece ninguna enfermedad de tipo crónico-degenerativo. Actualmente no se encuentra afiliado al Seguro Popular.

La familia Andrade Cruz fue clasificada en el Seguro Popular en el segundo decil de la población respecto a sus ingresos, por lo cual pertenecen al “Régimen No Contributivo”.

#### **4.5 Servicios otorgados por el Seguro Popular**

Al ser afiliada al Seguro Popular en el año 2006 la familia Andrade Cruz fue asignada a una Unidad de Atención Primaria en Salud en donde recibirían los beneficios del Programa. Según la página del ISEM, Tonatico sólo cuenta con dos Unidades Médicas: el CEAPS Tonatico Mariano Matamoros y El Terrero. Por cercanía la familia Andrade Cruz fue asignada al CEAPS Tonatico en donde han recibido la atención que les confiere el Programa del Seguro Popular. En la Imagen 4.5.1 aparece la información general del Centro de Atención Primaria en Salud (CEAPS) mencionado, publicada en la página oficial del ISEM.

---

<sup>7</sup> Salario mínimo general 2014, \$63.77 pesos (Secretaría del Trabajo y Previsión Social)

**Figura 26. CEAPS Tonatico Mariano Matamoros**

Jueves 30 de abril de 2015

**Unidades Médicas**



<b>Clave Clues:</b>	MCSSA007912
<b>Nombre de la Unidad:</b>	CEAPS TONATICO
	MARIANO
	MATAMOROS
<b>Jurisdicción:</b>	TENANCINGO
<b>Municipio:</b>	TONATICO
<b>Localidad:</b>	TONATICO
<b>Domicilio:</b>	ANTONIO VAZQUEZ
<b>CP:</b>	51950
<b>Teléfono:</b>	(721) 1411144, 1411277
<b>Correo Electrónico:</b>	asoniadd@hotmail.com
<b>Tipo de Unidad:</b>	UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA
<b>Tipología:</b>	CEAPS
<b>Días Laborables:</b>	LOS 365 DÍAS
<b>Horario:</b>	24 HORAS
<b>Responsable:</b>	DRA. ANA SONIA DIAZ DOMINGUEZ

[Ver Mapa de Ubicación](#)

Fuente: CLUES Cierre Enero 2015

Fuente: ISEM página web

La Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) es referida en la Normatividad Mexicana Vigente en Salud como:

Identificador único, constitutivo e intransferible que asigna la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Información en Salud de manera obligatoria a cada establecimiento de salud (entre los que se encuentran: unidades médicas, laboratorios, centros de tratamiento, oficinas administrativas, sean estos fijos o móviles) que exista en el territorio nacional, sea público, privado o social, y con la cual se identifica toda la información reportada por el mismo a cada uno de los componentes del Sistema Nacional de Información en Salud (NOM-035-SSA3-2012).

A partir del año 2012 la población afiliada al Seguro Popular con residencia en Los Amates, fue transferida del CEAPS Tonatico a un nuevo módulo de atención ubicado en ésta misma comunidad. Sin embargo según testimonio de la familia Andrade Cruz, el servicio brindado en éste Módulo es más precario que en el CEAPS Tonatico, pues aunque oficialmente la atención es de lunes a viernes de las 08:30 hrs. a las 15:30 hrs., en ocasiones sólo hay consultas cada tercer día. Éste

módulo es atendido sólo por un médico y el desabasto de medicinas es mayor. Catalina refiere que en ocasiones, cuando no hay medicamento, el médico no les da una receta oficial que puedan surtir en el CEAPS Tonicato o en cualquier farmacia, sino que les otorga la prescripción médica en hojas blancas, ésta situación hace que no puedan adquirirlos, sobre todo si se trata de antibióticos que no se surten sin receta médica.

Por esta situación Catalina y María del Carmen Andrade Cruz prefieren atenderse en el CEAPS Tonicato, aunque constantemente son cuestionadas por no acudir al módulo asignado, hasta el día de hoy no les ha sido negado el servicio. Desafortunadamente el funcionamiento de éste módulo es irregular pues no cuenta con su CLUES ni aparece registrado en el portal oficial del ISEM.

**Figura 27. Módulo de Atención Primaria en Salud: Los Amates**



La Señora María del Carmen y su hija aseguran que estar afiliadas al Seguro Popular les ha ayudado, pues la insulina y los medicamentos para el control de la presión que usa la Señora María del Carmen los reciben de forma gratuita. Sólo deben gastar en la compra de jeringas o agujas dependiendo la presentación en la que les sea dotada la insulina.

A pesar de la conformidad que la familia tiene con el primer nivel de atención médica que reciben, también expresaron que el Seguro Popular no les ha beneficiado tanto como esperaban, pues cada vez que Catalina o María del Carmen han sufrido alguna situación que requiere atención médica de urgencia u hospitalización, debieron solventar

cantidades de dinero que han dejado endeudada a la familia. Para descubrir por qué la familia se siente protegida en el primer nivel de atención pero no en el segundo nivel, se analizará el testimonio basado en uno de los últimos accesos a los servicios de urgencias de la Señora María del Carmen Andrade Cruz.

#### **4.6 Testimonio de la familia Andrade Cruz del Seguro Popular**

El día 23 de julio del año 2014 la Señora María del Carmen Andrade Cruz se encontraba visitando a una de sus hermanas cuyo domicilio se encuentra en el centro del Municipio de Tonalico. A las 11:30 horas sus familiares llamaron a Protección Civil para solicitar el apoyo de paramédicos y ambulancia al percatarse de que la Señora María presentaba dificultades para hablar, desequilibrio, pérdida de la visión y momentos de inconsciencia. La respuesta del Sistema de Protección Civil Municipal fue que sólo una de dos ambulancias estaba en funcionamiento y en ese momento se encontraba brindando otro servicio, motivo por el cual no podían atenderla. Le propusieron comunicarse con Cruz Roja de Ixtapan de la Sal. Catalina Andrade prefirió solicitar servicio de taxi y así trasladó a su mamá al Hospital General de Ixtapan de la Sal.

Al llegar a la unidad médica fue atendida en el área de urgencias, donde la evaluación inicial indicó que presentaba un cuadro de hipertensión (TA 170/120) e hiperglucemia (568 mg/dl). El doctor a cargo le diagnosticó un accidente cerebro-vascular que provocó una embolia, la cual, dejó paralizada la mitad de su cara y cuerpo (hemiplejia) y mermó su capacidad de hablar. El proceso de estabilización de la paciente requirió la pronta aplicación de medicamentos de control para la presión y glucosa en sangre. Para identificar qué había provocado la embolia, y el daño que había causado a nivel cerebral, el médico solicitó una serie de estudios en calidad de urgencia; entre ellos: una química sanguínea de 6 elementos, biometría hemática y tomografía de cráneo simple.

Le fue informado a Catalina que se había solicitado transporte para trasladar a la paciente a la clínica en la que le realizarían la tomografía (ya que el hospital no cuenta con un tomógrafo) y que debía pagar la cantidad de \$1,800.00 pesos para que la realizaran. Catalina preguntó si el Seguro Popular cubría el estudio, y el médico le respondió que no,

pero si quería asegurarse debía visitar al médico del Seguro Popular, el cual conoce con certeza el catálogo de intervenciones y estudios que cubre el Programa.

Al dirigirse a la oficina del médico del Seguro Popular, le comunicaron que éste no se encontraba pero que podía pasar a trabajo social a exponer su caso. La trabajadora social le dijo que este estudio efectivamente no estaba cubierto y que debía ver la manera de cubrir su costo puesto que pronto trasladarían a la paciente. Catalina informó a su hermano, quien solicitó a su patrón en calidad de préstamo la cantidad para cubrir el estudio.

Con el resultado de la TAC el médico concluyó que la paciente no había sufrido daño cerebral grave ni presentaba hemorragias. La crisis de la Señora María en ese momento estaba controlada y permanecería unas horas en observación. Se le indicó a Catalina que después del alta, debía llevar a su mamá con el médico familiar para mejorar el control de su presión y diabetes; así mismo, le recomendaron canalizarla a rehabilitación en su Municipio, para que recibiera terapias que le permitieran recuperar, en forma gradual, la movilidad de las partes del cuerpo que en ese momento se encontraban paralizadas. Finalmente le dio cita para observar su progreso en 6 meses.

En la mañana del 24 de julio la Señora María recibió el alta médica y le comunicaron a su hija que debía pasar a caja a cubrir el pago correspondiente por los servicios médicos y hospitalarios recibidos. La cuenta era de \$764.00 pesos, según el “Recibo único No. 182138” (ver Anexo 3). Al preguntar a la cajera si nada de lo que estaba en cuenta estaba cubierto por el Seguro Popular, ésta respondió con molestia que no, que pasara con el Médico del Seguro Popular si tenía alguna duda pero que de cualquier manera el costo de su factura no bajaría. La cajera no le permitió llevar el recibo donde el médico del Seguro Popular.

Catalina buscó por segunda ocasión al médico y le informaron que estaría ausente, así que una vez más acudió a trabajo social para ver si podían hacerle algún descuento. La trabajadora le dijo que su cuenta era fácil de pagar y que no podía hacer nada para reducir la cantidad. Después de esta negativa y ante la incapacidad económica para cubrir la cuenta, acudió a las instalaciones de Amor Que Salva, Asociación Civil sin fines de lucro que le apoyó con el pago total de la factura hospitalaria.

La Señora María se presentó sin ninguna referencia del Hospital General en la Unidad de Rehabilitación de Tonatico, donde fue admitida un mes después de su crisis para recibir terapia física, ocupacional y psicológica. En esta Unidad tuvo una recuperación asombrosa, a los 2 meses había superado las dificultades del habla, comenzó a dar sus primeros pasos con andadera y recuperó la movilidad de su brazo. Después de 4 meses de terapias su recuperación era ya del 90%, sin embargo, no fue dada de alta de la debido a que el accidente cerebro vascular que sufrió afectó su capacidad visual. Por este motivo acudió al CEAPS de Tonatico para solicitar una consulta oftalmológica, pero el médico que la atendió no la estimó necesaria pues consideró su déficit visual normal, debido a la embolia sufrida y al proceso de degeneración causada por la diabetes.

La familia Andrade Cruz acudió una vez más a la Asociación Civil Amor que Salva para solicitar apoyo con la atención oftalmológica, esta Asociación trasladó a la Señora María del Carmen a una consulta con un especialista originario de la Ciudad de Pachuca, que en ese momento se encontraba en la Ciudad de México. Después de dos consultas (la segunda realizada en Pachuca, Hgo.) el especialista le dijo que su problema desafortunadamente se encontraba ya muy avanzado debido a la falta de control de la presión ocular y a un glaucoma no tratado. A pesar del duro diagnóstico, el tratamiento médico recibido ayudó a la Señora María a controlar los fuertes dolores oculares que sufría, permitiéndole recuperar un mínimo de calidad de vida.

#### **4.7 Aciertos en la prestación del servicio**

De manera general se pueden observar los siguientes aciertos en la atención de la Señora María del Carmen Andrade Cruz

- i. Atención médica en el área de urgencias pronta y oportuna
- ii. Control de crisis efectiva
- iii. Buena comunicación entre el médico tratante y la familiar de la paciente
- iv. Trato amable del personal médico y de enfermería

La Señora María del Carmen dijo estar satisfecha con la atención que recibió en el momento de la crisis, sin embargo su hija Catalina se encuentra insatisfecha por la falta de amabilidad y atención recibida por parte del personal de caja y trabajo social. Ambas

se encuentran agradecidas con el personal del Centro de Rehabilitación de Tonicato en donde dicen haber recibido una excelente atención.

#### 4.8 Problemas encontrados en el servicio

##### 4.8.1 Gastos Catastróficos en Salud

El problema más evidente en el caso de la Señora María del Carmen Andrade Cruz, es que el Seguro Popular no evitó que su familia sufriera un gasto empobrecedor. Los gastos en salud que realizaron la familia Andrade Cruz y la Asociación Civil que les apoyó, se muestran a continuación.

**Tabla 21. Gastos en Salud de la familia Andrade Cruz**

CONCEPTO	GASTO	OBSERVACIONES
Transporte para trasladar a la paciente al hospital	\$ 30.00	Gasto asumido por la familia Andrade Cruz
Tomografía de Cráneo Simple	\$ 1,800.00	Gasto asumido por la familia Andrade Cruz
Hospitalización	\$ 764.00	Gasto asumido por Amor Que Salva A.C.
Transporte para trasladar a la paciente a su casa	\$ 50.00	Gasto asumido por la familia Andrade Cruz
Terapias	\$ 2,880.00	Gasto asumido por la familia Andrade Cruz
Transporte para trasladar al Centro de Rehabilitación	\$ 2,640.00	Gasto asumido por la familia Andrade Cruz
Traslado visita a oftalmólogo Cd. Mx.	\$ 1,000.00	Gasto asumido por Amor Que Salva A.C.
Consulta oftalmológica Cd. Mx.	\$ 500.00	Gasto asumido por Amor Que Salva A.C.
Traslado visita a oftalmólogo Pachuca, Hgo.	\$ 2,000.00	Gasto asumido por Amor Que Salva A.C.
Consulta oftalmológica en Pachuca, Hgo.	\$ 500.00	Gasto asumido por Amor Que Salva A.C.
<b>GASTO TOTAL ASUMIDO POR LA FAMILIA ANDRADE CRUZ</b>	\$ 7,400.00	
<b>GASTO TOTAL ASUMIDO POR AMOR QUE SALVA A.C.</b>	\$ 4,764.00	
<b>TOTAL</b>	\$ 12,164.00	

*Fuente: Elaboración propia con base en información probatoria y testimonial*

También debe considerarse que el padecimiento y la recuperación de la Señora María del Carmen, tuvo repercusiones directas sobre los ingresos anuales esperados de la familia ya que la condición de la Sra. María la impidió de su trabajo al igual que a su hija Catalina, quien tuvo que brindarle cuidados especiales, primero debido a su parálisis y después por su pérdida de visión. Ésta disminución del ingreso corresponde a los meses de octubre a diciembre en el caso de la Señora María y de agosto a noviembre en el caso de Catalina, que en conjunto suman la cantidad de \$6,200.00 pesos que la familia dejó de percibir.

El impacto directo del padecimiento de la Señora María del Carmen sobre los ingresos de la familia representó una disminución del 12.09% sobre el ingreso anual esperado, dejando su ingreso mensual promedio en \$3,758.33 pesos, que representan 1.96 salarios mínimos al día. Los gastos incurridos para la atención integral de la Señora María representan el 26.97% de sus ingresos familiares anuales, que a su vez equivalen al ingreso familiar promedio de 3.2 meses dedicados exclusivamente a atender su problema de salud. Es preciso recordar que la familia Andrade Cruz contó con el apoyo económico de Amor Que Salva A.C., gracias al cual, los gastos asumidos por la familia representaron sólo el 16.41% de sus ingresos anuales (igual al ingreso promedio de 2 meses).

Si se reducen las cifras a los gastos de hospitalización y estudios que cubrió la familia en las 24 horas de la crisis, éstos ya representan en sí mismos un gasto catastrófico, pues los \$2,564.00 pesos que estos conceptos generaron representan el 68.22% del ingreso mensual promedio de la familia. Situación que los puso directamente en una condición de pobreza alimentaria en el mes posterior a la crisis.

Afortunadamente para la familia existe en su localidad una Asociación Civil que apoyó su problema, pero, ¿qué pasará con las familias que se encuentran en situaciones similares, en los Municipios en los que no existen asociaciones o grupos que los apoyen de la forma que hizo Amor Que Salva A.C.? Fue necesario investigar si existen en el Estado de México otras Asociaciones que brinden apoyos en efectivo a personas que enfrentan gastos catastróficos en salud y no se encontró otra. La mayoría de las Asociaciones, Fundaciones o Instituciones de Asistencia Privada relacionadas con la salud tienen una cartera de servicios definida que incluye medicamentos o tratamientos para padecimientos específicos, así que al investigar por qué Amor Que Salva A.C. ha decidido incluir este tipo de apoyo en los servicios que brinda ellos respondieron:

Las necesidades en materia de salud de la población sur del Estado de México son crecientes conforme los padecimientos crónico-degenerativos aumentan en la población. Como Organización de la Sociedad Civil, sabemos que existen otras organizaciones e instituciones con las que nos honramos en formar redes de apoyo, que brindan diferentes servicios y tratamientos específicos para enfrentar los grandes retos en materia de salud de nuestro tiempo. Nosotros en cambio hemos observado, que ante una situación de enfermedad el grueso de la población sufre para cubrir las necesidades más inmediatas, como lo es: la compra de medicamentos, pago de estudios no cubiertos por el Seguro Popular, y el pago de los servicios hospitalarios. Debemos referirle que al iniciar nuestro proyecto altruista no consideramos éste tipo de apoyos, fue la creciente demanda de personas que lo solicitaban lo que provocó nuestra intermediación entre los solicitantes y nuestros benefactores para ayudar a solventar estos gastos en salud (Secretaría, AQS).

Hasta ahora se ha analizado el impacto que tuvieron en la familia los gastos en salud efectuados para lograr la recuperación de la Señora María del Carmen, pero es necesario indagar en las raíces. Al revisar el Recibo Único de pago de la paciente (Anexo 3) destaca el elemento número 5 del mismo, referido como “Cuota”, el cual hace alusión a la cuota de recuperación por servicios médicos y el nivel de la Señora María es el número Cinco.

En el Manual de Procedimientos para el control de Cuotas de Recuperación de Hospitales ISEM (2011) se define:

Cuotas de recuperación: Son los dineros que debe pagar la población abierta por la prestación de los servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda, según como se establezca en el contrato de prestación de servicios de salud que para el evento suscriba el ente territorial con la institución prestadora de servicios (web).

En el mismo manual en el Formato de Estudio Socioeconómico se clasifican 7 niveles de cuotas de recuperación: exento y los niveles del 1 al 6. Es interesante observar cómo una persona que en el momento de su afiliación fue clasificada en el decil 2 perteneciente al

régimen no contributivo, pasó a ser una persona ubicada en el nivel 5 de cuotas de recuperación, el segundo más alto de los niveles.

El Formato de Estudio Socioeconómico se basa en la calificación de 3 aspectos para asignar el nivel de cuota de recuperación de las personas, cada aspecto otorga un puntaje que va del 1 al 10 como a continuación se muestra.

**Figura 28. Estudio Socioeconómico (Parte 1)**

( 27 ) I. ESTRUCTURA FAMILIAR

MARQUE SOLO UNA OPCIÓN

No. DE PERSONAS	CALIFICACIÓN	OBSERVACIONES	CALIFICACIÓN ASPECTO "1"
DE 1 A 2 INTEGRANTES	10		
DE 3 A 4 INTEGRANTES	8		
DE 5 A 6 INTEGRANTES	7		
DE 7 A 8 INTEGRANTES	6		
DE 9 O MAS INTEGRANTES	5		
DE 1 A 2 INTEGRANTES MAYORES 60 AÑOS	2		
INDIGENTE O ABANDONADO	1		

II. INGRESO FAMILIAR MENSUAL

MARQUE SOLO UNA OPCIÓN

INGRESOS	CALIFICACIÓN	SALARIO MÍNIMO DE LA REGIÓN (28)	\$
SIN INGRESO O MENOS DE 1 SALARIO MÍNIMO	1		
DE MAS DE 1 SALARIO MÍNIMO Y MENOS DE 2	4	(ENTRE)	INGRESO TOTAL (DÍAS DEL MES)
DE 2 SALARIOS MÍNIMOS	5		30
DE 3 SALARIOS MÍNIMOS	6	CALIFICACIÓN ASPECTO "2"	INGRESO DIARIO (entre) SAL. MIN.
DE 4 SALARIOS MÍNIMOS	8		(igual) No. DE SAL.
DE 5 O MÁS SALARIOS MÍNIMOS	10		

III. TIPO DE VIVIENDA

MARQUE SOLO UNA OPCIÓN

TIPO DE VIVIENDA	CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN ASPECTO "3"	SUMA DE CALIFICACIONES(33)	
			ASPECTO	CALIFICACIÓN
SIN VIVIENDA, CHOZA	1		1	
RENTADA	2		2	
PRESTADA	3		3	
INTERÉS SOCIAL	4		4	
PROPIA DE TEJA Y ADOBE	5		5	
PROPIA DE CONCRETO TECHO DE LAM.	6		6	
PROPIA SIN ACABADOS	8	8		
PROPIA CON ACABADOS	10	10		
			TOTAL	

\* De acuerdo a la sumatoria de calificaciones se asigna el nivel (CLASIFICACIÓN) de acuerdo a la escala. Asimismo se obtendrá copia de la identificación del Paciente o responsable.

Fuente: ISEM

A partir de la suma de los puntajes obtenidos en cada aspecto, se clasifican a las personas en el nivel que corresponde, de acuerdo a la siguiente tabla de referencia.

**Figura 28. Estudio Socioeconómico (Parte 2)**

Nota: el área de trabajo social deberá apegarse al procedimiento establecido para el llenado del presente estudio; el cual queda sujeto a revisión, por las instancias competentes del Instituto. Si la capacidad de pago del Paciente es mayor de acuerdo al criterio del trabajador social y así lo plasma en rubro de observaciones, se podrá asignar el nivel de cuota inmediato superior.

ESCALA	PUNTAJE	NIVEL
	3 a 5	EXENTOS
6 a 7	1	
8 a 10	2	
11 a 13	3	
14 a 24	4	
25 a 27	5	
28 a 30	6	

No. DE PASE DE SALIDA _____
OBSERVACIONES
(41)
(42)

Nota: si el paciente no cumplió con sus donadores de sangre no podrá ser reclasificado.

Fuente: ISEM

Al realizar la evaluación de la Señora María del Carmen, siguiendo el procedimiento que marca el estudio, se obtiene:

En el aspecto 1: Estructura familiar, obtendría 8 puntos pues su familia está integrada por tres personas.

En el aspecto 2: Ingreso familiar mensual, obtendría 5 puntos (el promedio de salario mínimo diario es de 2.23 según el análisis inicial).

En el aspecto 3: Tipo de vivienda, obtendría 3 puntos, recordando que la casa se la heredó su madre sólo de palabra. Legalmente la casa se encuentra intestada y oficialmente los 12 hijos de la Señora Ángela serían dueños de la propiedad, así que debería clasificarse como prestada.

La sumatoria total de los 3 aspectos serían 16 puntos, lo que ubicaría a la Señora María del Carmen en el nivel de cuota número 4. ¿Por qué entonces está clasificada en el nivel número 5? ¿Qué aspectos evaluaron mal a la Señora María del Carmen?

En el primer aspecto no podría haber error ya que su familia ha estado integrada por 3 personas desde el año 1998, en el que falleció la Señora Ángela. Es posible que en el aspecto tres la Señora María dijera al momento de realizarle el estudio socioeconómico que la casa que habita es propia de adobe y teja, calificándola con 5 puntos. Estos dos aspectos sumarían 13 puntos, así que aunque la Trabajadora Social hubiera determinado

que la familia tiene un ingreso igual o superior a 5 salarios mínimos diarios eso la dejaría con un total de 23 puntos. Ese puntaje la ubicaría nuevamente en el nivel de cuota 4.

Lo único que explicaría por qué la Señora María fue ubicada en un nivel de cuota superior, estaría expresado en la nota con el paréntesis (40) del Estudio Socioeconómico que dice: "(...).Si la capacidad de pago del Paciente es mayor de acuerdo al criterio del trabajador social y así lo plasma en rubro de observaciones, se podrá asignar el nivel de cuota inmediato superior." Si éste fuera el caso diría que el trabajador social tuvo un criterio por demás equivocado. Éste paréntesis (40) es en sí un signo discriminatorio, al considerar sólo eventos o situaciones que podrían ubicar a una persona en un nivel inmediato superior pero no en uno inmediato inferior.

La ubicación en un nivel de cuota de recuperación superior a la capacidad de pago de la familia Andrade Cruz es un factor que provocó mayores gastos para la familia y que la pone en riesgo de incurrir en nuevos gastos catastróficos. La Señora María del Carmen no es la única que ha sido ubicada en un nivel de cuota superior, como prueba el Anexo 5, en el que se aparece un Recibo de la Familia Hernández Guzmán que debería estar ubicada en el nivel de Cuota 3 según el estudio socioeconómico y que también se encuentra ubicada en el Nivel de Cuota 5.

#### **4.8.2 Problemas de cobertura**

Los gastos que tuvo que efectuar la familia Andrade Cruz para la atención de la Señora María supondrían de forma inmediata, que el Seguro Popular no cubrió los conceptos de pago (Ver Tabla 22), por lo cual, ahora se estudiará el alcance de la cobertura del Seguro Popular en este caso particular.

Para tal análisis es necesario recordar que la Señora María del Carmen fue atendida en el área de urgencias y se diagnosticó con 3 padecimientos al momento de ingresar al hospital de segundo nivel en el que fue atendida: hipertensión (TA 170/120) e hiperglucemia (568 mg/dl) que provocaron un accidente cerebro-vascular que dejó paralizada a la paciente en la mitad de su cuerpo (hemiplejía).

Los dos primeros padecimientos se encuentran contenidos en el CAUSES, en el conglomerado de Urgencias con los números de intervenciones 145: Estabilización en Urgencias por crisis hipertensiva y 146: Estabilización de Urgencias del paciente diabético. El Accidente Cerebro-vascular no se encuentra en el catálogo por tanto la prueba requerida para su diagnóstico (TAC simple) no está cubierta por el Seguro Popular. Así que en primera instancia se puede decir que el Seguro Popular cubría 2 de los 3 padecimientos que presentaba la Señora María del Carmen, en términos porcentuales a su ingreso la cobertura que le brindaba su póliza era del 66.66%.

**Tabla 22. Conceptos de pago**

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	IMPORTE
Consulta de Urgencias	1	\$ 124.00	\$ 124.00
Venoclisis	1	\$ 112.00	\$ 112.00
Biometría Hemática	1	\$ 86.00	\$ 86.00
Química Sanguínea (6)	1	\$ 177.00	\$ 177.00
Electrocardiograma en reposo	1	\$ 72.00	\$ 72.00
Observación de 12 a 23 hrs.	1	\$ 124.00	\$ 124.00
Electrolitos Séricos	1	\$ 69.00	\$ 69.00
Tomografía de cráneo simple	1	\$ 1,800.00	\$ 1,800.00
Total			\$ 2,564.00

*Fuente: Elaboración propia con base en los recibos de pago*

En el CAUSES se describen las intervenciones, la normatividad vigente, los medicamentos y auxiliares de diagnóstico correspondientes. Al revisar las intervenciones 145 y 146 (Anexo 6), se aprecia que describen formalmente la atención recibida por la Señora María del Carmen según el testimonio de su hija; pero resalta que la consulta de urgencias, la biometría hemática, el electrocardiograma, la observación de 12 a 23 horas y los electrolitos séricos por los que pagó la familia, sí se encuentran cubiertos por el Seguro Popular. En estricto apego a lo indicado en el CAUSES la Química Sanguínea de seis elementos no estaría incluida, ya que el Catálogo sólo contempla cinco, el sexto elemento correspondiente a los triglicéridos no se encuentra cubierto. Por su parte la venoclisis no aparece en el Catálogo de Medicamentos y Otros Insumos.

No obstante, tanto la Química Sanguínea (6) como la venoclisis, estarían cubiertas si se tomara en cuenta lo que señala el CAUSES en el apartado de “Vinculación con los Cuadros Básicos y Catálogos de Insumos del Sector Salud y Libertad en la responsabilidad de prescribir y la participación del Gestor de Servicios de Salud”:

(...)

Los medicamentos considerados en el Catálogo de Medicamentos y Otros Insumos del CAUSES o en su caso en el Anexo I, pueden ser prescritos para las distintas intervenciones que conforman el Catálogo Universal de Servicios de Salud estén o no mencionados explícitamente para la atención de la patología que corresponde y su ubicación posible deberá hacerse con base en las particularidades clínicas y organizativas de cada entidad federativa y, bajo su entera responsabilidad.

Es necesario tomar en cuenta que los insumos necesarios para la atención de un paciente, incluidos los materiales de curación, los **requerimientos para el mantenimiento de vena permeable** y el instrumental médico y/o quirúrgico desechable para la atención de cada una de las intervenciones de salud descritas en el presente documento, quedan también bajo la cobertura financiera del SPSS.

Aun cuando en cada intervención el CAUSES, establece una serie de exámenes de laboratorio, gabinete, medicamentos u otros insumos, su utilización para determinar el alcance clínico de cada intervención y su correspondiente cobertura será definida por el médico tratante de acuerdo a la variabilidad clínica, estableciéndose en el expediente clínico los manejos terapéuticos, evolución clínica y tratamientos para justificar médicamente cada uno de los servicios o áreas de estancia intrahospitalaria, siempre y cuando los esquemas terapéuticos estén alineados a la cobertura del Catálogo de Medicamentos y Otros Insumos del CAUSES.

**En la aplicación de estos criterios será oportuna la participación del Gestor de Servicios de Salud para verificar el uso racional y oportuno de los medicamentos e insumos, así como la aplicabilidad de los auxiliares**

**de diagnóstico** y, a su vez, revisar el abasto de los mismos o la continuidad para recibir la atención debida o prescrita; de igual manera deberá corroborar el apego de la prescripción con respecto al Catálogo de Medicamentos y Otros Insumos del CAUSES, mismo que se anexa.

Es importante señalar que no se especifican días de estancia hospitalaria ya que para su determinación es necesaria la evaluación de la situación clínica específica del paciente.

**Como parte de la tutela de los derechos de los afiliados, el Gestor tiene una participación fundamental en el otorgamiento de los servicios cubiertos en la cartera de servicios del SPSS**, a fin de dar seguimiento a la atención médica, vigilando su calidad y participando en la correcta aplicación del esquema de referencia y contrarreferencia del afiliado. Asimismo, debe considerar el manejo adecuado del expediente clínico, tomando en cuenta sus atributos de privacidad y confidencialidad. (2012, p.17)

Finalmente se concluye que la cobertura en intervenciones inicialmente expuesta del 66.66%, se traduce en una cobertura económica del 29.79% respecto a los gastos totales en salud efectuados en las 24 hrs. de la crisis. Esta cobertura del 29.79% en el caso de la Señora María del Carmen fue nula, pues pagó incluso las pruebas de diagnóstico que cubre el Seguro Popular. Lo anterior hace surgir el siguiente cuestionamiento ¿por qué si la paciente entregó en el momento de su ingreso su póliza de afiliación vigente le fueron cobrados conceptos incluidos en la cobertura del Seguro Popular? Con base en lo contenido en la cita anterior, se podría suponer que en lo sucedido tuvo que ver el Gestor de Servicios de Salud.

Para resolver el cuestionamiento planteado se hizo contacto vía telefónica con el Seguro Popular del Estado de México por medio de la línea gratuita 01 800 000 2535 y al preguntar al operador por qué fueron cobradas consultas y pruebas cubiertas por el Seguro Popular, después de corroborar el domicilio del Hospital, indicó:

-Efectivamente las pruebas a las que hace referencia se encuentran contempladas en el CAUSES y por consiguiente cubiertas por el Seguro

Popular. Sin embargo si usted no acude con el Gestor de Servicios de Salud del Hospital y le presenta su póliza, se obvia que usted no quiere hacer uso de la misma para deslindar los pagos por esos servicios y el Sistema entiende que usted prefiere hacerse cargo de los gastos. Para no pagar esos estudios debe acudir con el Gestor antes de pasar a la caja a pagar su Recibo-.

La respuesta del operador puso al descubierto que la verdadera responsable de no hacer válida la póliza del Seguro Popular y por consiguiente su cobertura, fue la propia paciente o en este caso su sistema de apoyo (Catalina). Se identificó que el tan nombrado Doctor del Seguro Popular, que no estuvo ninguna de las ocasiones que fue solicitado por Catalina, es en realidad el Gestor de Servicios de Salud del Hospital, lo que pone en evidencia dos problemas más: la falta de información al alcance de los usuarios del Seguro Popular y la desarticulación del Sistema Estatal de Salud en la prestación de servicios.

#### **4.8.3 Problemas de información**

El análisis anterior muestra que existen serios problemas de información respecto al Seguro Popular que pueden explicarse en la definición económica del problema del agente-principal. Éste designa al conjunto de situaciones que se originan cuando una persona o actor económico denominado “Principal” contrata a otra persona o actor llamado “Agente” para que realice tareas en su representación y sobre el cual no tiene perfecta información. Una de las consecuencias de éste problema es el riesgo moral.

El riesgo moral es un concepto que describe aquellas situaciones en las que un individuo tiene información privada acerca de las consecuencias de sus propias acciones y sin embargo son otras personas las que soportan las consecuencias de los riesgos asumidos. El riesgo moral informa de cómo los individuos asumen en sus decisiones mayores riesgos cuando las posibles consecuencias negativas de sus actos no son asumidas por ellos, sino por un tercero. (Krugman-Wells, 2008, p.449)

Con estos conceptos es como se explican algunas situaciones incurridas en el caso de la Señora María del Carmen Andrade Cruz. El Estado como actor principal, responsable del

funcionamiento del Sistema de Salud, contrata agentes para realizar actividades específicas; por lo cual es necesario analizar a aquellos que tuvieron contacto la Señora María y su hija en su estancia intrahospitalaria.

Trabajador social. Entre otras funciones le corresponde clasificar a las personas según su capacidad de pago en el nivel de cuota adecuado. Sin embargo la falta de esfuerzo o responsabilidad del agente en su trabajo lo hizo asumir el riesgo de clasificar a la Señora María del Carmen en un nivel de cuota superior al indicado, siendo ésta la tercera implicada que asume los costos de tal decisión.

Personal médico y de enfermería. Asumen el riesgo de no conocer el CAUSES ni el funcionamiento del Sistema, por tanto no pueden brindar información precisa respecto a la cobertura del Seguro Popular ni sobre las gestiones que a los afiliados corresponden realizar para hacer válida su póliza. Al ser éstos los agentes que mantienen mayor contacto con el paciente y sus familiares deberían ser capaces de ofrecer un mínimo de orientación.

Según el testimonio de Catalina, fue la enfermera que ayudó a alistar a la Señora María para salir del hospital la que la refirió a la caja, cuando debió haberle indicado pasar con el Gestor Médico en primera instancia. Por otra parte los médicos deberían tener la responsabilidad de alinear en la medida de lo posible los esquemas terapéuticos a la cobertura que brinda el Seguro Popular, siempre que ésta no sea limitativa en la atención requerida por el paciente.

Gestor de Servicios de Salud. Según información del a Comisión Nacional de Protección Social en Salud, los gestores son los representantes del Seguro Popular en la Unidades Médicas de Primer y Segundo Nivel, cuyas funciones se clasifican en 11 conglomerados: Atención de Beneficiarios, Medicamentos, Gastos Catastróficos, Evaluación del Desempeño, Afiliación, Red de Prestadores de Servicios, Acreditación de Unidades Médicas, Convenios, Satisfacción del Beneficiario, Capacitación y Difusión (Ver Anexo 7).

En las funciones categorizadas en Atención de Beneficiarios, aparece evitar cobros indebidos y trámites innecesarios. Es curioso que en las funciones de difusión no aparezca la de informar las gestiones que deben hacer los afiliados para hacer válida su

póliza en la utilización de servicios específicos, ni la de difundir las responsabilidades que tiene el Gestor para con los afiliados al Seguro Popular.

Regresando al caso de la familia Andrade Cruz es inquietante que ninguna de las dos ocasiones que Catalina buscó asesoría respecto a la cobertura del Seguro Popular tuviera acceso a la misma. La ausencia de la única persona capacitada por el Sistema de Salud para dar información precisa sobre las intervenciones y estudios cubiertos por el Seguro Popular y la única con la facultad de validar su póliza, hizo asumir a la familia Andrade Cruz costos innecesarios. No es un comentario a la ligera decir que al menos en el Hospital General de Ixtapan de la Sal, el único con acceso físico al Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) es por medio del llamado “Doctor del Seguro Popular”.

Al no existir una copia impresa del CAUSES a la que puedan tener acceso los pacientes o sus familiares en el Hospital General de Ixtapan de la Sal, el acceso al mismo sólo podría darse por medio de la Internet, de contar con los dispositivos tecnológicos adecuados. En su caso, la familia Andrade Cruz no posee dispositivos móviles que les permita el acceso a Internet y tampoco tienen conocimientos sobre cómo hacer uso de esta herramienta tan fundamental en nuestro tiempo.

#### **4.8.4 Desarticulación del Sistema Estatal de Salud**

En el capítulo 1 de la presente investigación se definía que un Sistema de Salud es aquel que concentra a todas las instituciones y organizaciones que encaminan su acción a la mejora de la Salud de la población en general, sin embargo se produce una desarticulación en el Sistema, cuando las organizaciones que lo constituyen, no están coordinadas entre ellas.

En los Sistema Estatales de Salud participan como actores a los tres órdenes de gobierno. El Federal con el Seguro Popular<sup>8</sup>, los Estados con el financiamiento de los Institutos Estatales de Salud y los Municipios con los servicios de salud que brinda Protección Civil y los Centros de Rehabilitación a cargo del DIF. ¿Qué sucede cuando las

---

<sup>8</sup> Aunque también es financiado por el gobierno Estatal

acciones de estos actores no están bien coordinadas? El caso de la Señora María del Carmen puede ser revelador.

Si el principal objetivo que perseguía el Gobierno Federal instrumentando el Seguro Popular era evitar gastos catastróficos en Salud, los Gobiernos Estatales deberían apoyar la premisa fortaleciendo sus Institutos y ampliando la cartera de servicios según las necesidades específicas de su población, sin embargo esto no sucede en el Estado de México. Mientras el Seguro Popular (Programa Federal) clasificó a la Señora María del Carmen en un régimen no contributivo según su capacidad de pago, ISEM (Institución Estatal) la clasificó según ésta misma, en el segundo nivel de cuota más alto.

Pareciera que mientras el Seguro Popular como programa federal se esfuerza por concentrar a la población en los regímenes de contribución más bajo, la Institución Estatal se esfuerza por concentrarla en los niveles de contribución más elevados. Significa que sus políticas de clasificación están contrapuestas o alguno está fallando en el proceso. Regresando al caso de la Señora María ésta desarticulación se extendió al nivel Municipal que le brindó los servicios de Rehabilitación, pues pasaron 5 meses para que éste la clasificara como persona de escasos recursos y bajara las cuotas de las terapias a la mitad. Sería diferente si a partir de la clasificación que se hace a la personas al afiliarlas al Seguro Popular, el Estado y los Municipios encontraran su equivalente en sus niveles de cuota.

La segunda evidencia se observa cuando el representante del Seguro Popular y en este caso de los derechos de los afiliados, se ausentó del Hospital, pues ninguna otra persona (de ISEM) salió en defensa de los derechos de la Señora María, el personal mostró total apatía y desconocimiento al respecto. Fue más sencillo para el Sistema “obviar” que ella no quería validar su póliza que tomar alguna responsabilidad como prestador de los servicios del Seguro Popular. Si así funciona el Sistema además de ineficiente es deshonesto.

La tercera evidencia surge a partir de la inexistente articulación entre los Centros de Rehabilitación Municipales con los CEAPS y los Hospitales ISEM, pues éstos últimos no canalizan de manera formal a los pacientes que requieren de rehabilitación; es decir, no los envían con alguna orden o diagnóstico inicial, ni existe convenio para transferir de

manera directa los estudios de imagenología realizados en sus instalaciones, para que sean valorados por el médico del Centro de Rehabilitación y así brindar la mejor atención posible. En caso de que estos estudios sean solicitados por el médico del Centro, el paciente debe tramitarlos directamente en la institución hospitalaria. El resultado de esta falta de coordinación se traduce en los afiliados al Seguro Popular en cuotas excesivas, innecesarias y en trámites que retrasan su atención.

#### **4.8.5 Comprobación de la información**

Para comprobar la exactitud de la interpretación de la información contenida en el CAUSES y expresada en el servicio telefónico del Seguro Popular, se asistió como parte de la investigación a una entrevista con el Gestor Médico del H.G. de Ixtapan de la Sal, quien aclaró:

- i. El Gestor Médico es el tutelar de los derechos de los afiliados del Seguro Popular y es el único defensor de sus derechos en las unidades de 1er y 2º nivel de atención.
- ii. No todas las Unidades de 1º y 2º nivel de atención cuentan con Gestor, aunque sí la mayoría de ellos. En los centros de 2º nivel hay atención 24 hrs. de lunes a sábado, los domingos sólo hay gestor en el turno matutino.
- iii. Además de presentar su póliza al personal médico o de enfermería que reciben a los pacientes en el área de urgencias, es necesario acudir donde el Gestor para validar la cobertura del Seguro Popular, no realizar este paso obliga a los afiliados a solventar el total de su cuenta.
- iv. En ausencia del Gestor Médico, queda en la conciencia del personal de caja, hacer los cobros debidos considerando lo cubierto por el Seguro Popular.
- v. El Seguro Popular sí cubre el servicio de tomografía, siempre y cuando haya el equipo en el centro de atención médica y exista el espacio para realizarla. Asegura que la lista de espera es superior a 3 meses por tanto las de emergencia deben ser cubiertas por los afiliados.
- vi. El Seguro Popular sí cubre la venoclisis y la solución fisiológica aunque no se mencionen explícitamente en el CAUSES.

- vii. A partir de la modificación del CAUSES en 2014, el Seguro Popular debía cubrir la Química Sanguínea de 6 elementos, siempre y cuando el Gestor realizara el trámite en el área financiera de la Unidad. Sin embargo el Gestor del Hospital asegura que es imposible lograr que el área financiera acepte cubrir estos gastos (nunca hay recursos suficientes).

El estudio de Caso de la Señora María del Carmen Andrade Cruz, ejemplifica algunas de las problemáticas planteadas en los Capítulos anteriores de la investigación y expone otros que hasta el momento no habían sido considerados.

#### **4.9 Desenlace del caso de la Sra. María del Carmen Andrade Cruz**

La historia de la Señora María del Carmen, no culmina con la experiencia narrada hasta ahora, como investigadora tuve la oportunidad de dar seguimiento a su situación de salud y atención médica durante 1 año, 6 meses y 9 días, tiempo real en el que se desarrollan los hechos que permitieron la formulación de éste capítulo de investigación.

En primer momento la familia Andrade fue elegida al azar entre los múltiples casos a los que daba seguimiento Amor Que Salva A.C., pero es mi deber social y profesional no dejar al azar su historia, como muchas otras no contadas que circulan alrededor del Seguro Popular; donde la ignorancia, la negligencia y el maltrato, son variables que se involucran día a día en la atención brindada en los centros hospitalarios; en los que la voz de los más vulnerables suele ser silenciada, sus derechos pisoteados y sus lágrimas no logran más que consumirse en sus mejillas.

Es mi deber romper el agonizante silencio con un grito que clama justicia para la Señora María del Carmen Andrade Cruz, fallecida el pasado 9 de febrero de 2016 a causa de un Sistema incapaz de satisfacer las demandas de salud de sus afiliados, y un sin número de negligencias recibidas por parte del personal de salud del Hospital General de Ixtapan de la Sal y del Hospital Federal al que fue transferida.

El calvario de la Señora María del Carmen inició en el mes de marzo de 2015, cuando comenzó a sufrir dolores en su pantorrilla izquierda, acudiendo al Hospital General en

múltiples ocasiones para ser diagnosticada y atendida. Sin importar su constante regreso por el mismo padecimiento sólo recibió medicamentos para tratar el dolor. Finalmente el día 29 de junio le fue ordenada una ecografía Doppler del área afectada, que es un ultrasonido para examinar el flujo sanguíneo de las venas y arterias (NIH, web). Desafortunadamente, la paciente ya presentaba úlceras (llagas) pequeñas en su pie izquierdo. El resultado del estudio fue: Insuficiencia arterial. Insuficiencia venosa profunda y superficial (Ver Anexo 8). El médico abusó de la ignorancia de la familia para interpretar dicho estudio (no contemplado en el CAUSES), pues no se alcanza a entender cómo un diagnóstico de éste tipo pasó a ser tratado por un desinflamante de venta libre.

Catalina al ver los dolores tan intensos que seguía sufriendo la Señora María, decidió llevarla al Hospital Ramón López Rayón Bicentenario del Municipio de Coatepec Harinas, también perteneciente a ISEM, el cual fue degradado a un centro de primer nivel. Acudió a éste lugar por la buena atención que habían recibido con anterioridad del Dr. Fernando López Fuentes, quien labora en ésta Institución. Fueron atendidas amablemente por el Dr. López, quien por primera vez realizó un desbridamiento de las úlceras del pie de la Sra. María, le hizo curación y le enseñó a su hija Catalina a hacerlas ella misma<sup>9</sup>.

Por medio de citas cada tercer día, el Doctor observó el progreso de la Sra. María del Carmen, pero como el dolor no cedía y éste impedía a la paciente de realizar necesidades básicas como comer y dormir, finalmente recomendó una amputación supracondílea (arriba de la rodilla), sin embargo, ante la reacción anímica de la paciente por la posibilidad de ser amputada, la canalizó al servicio de Angiología en el Hospital General de México (Ver Anexo 9), con la esperanza de que ellos pudieran salvar su miembro. El Dr. Fernando realizó la hoja de referencia de la paciente después de dos semanas de tratamiento, mientras que el Hospital General de Ixtapan de la Sal no lo hizo en los cuatro meses en los que trató a la paciente por este padecimiento.

Con la referencia con fecha 17 de agosto (Anexo 9), Catalina tuvo que llamar al Hospital General de México<sup>10</sup> para sacar cita, ya que la Hoja de Referencia es sólo el primer requisito para ser admitida. La cita le fue dada para el día 4 de noviembre de 2016, es

---

<sup>9</sup> El Dr. López les regaló un tubo de kitocell gel con un costo comercial de \$880.00 pesos para que realizaran las curaciones de forma adecuada, ya que el Seguro Popular no proporciona este medicamento y el costo no podía ser solventado por la familia Andrade Cruz.

<sup>10</sup> En el capítulo anterior se señaló que en el Estado de México sólo hay 8 Angiólogos y ninguno de ellos trabaja para la Secretaría de Salud, por eso debió ser trasladada a un Hospital de la Ciudad de México.

decir dos meses y 17 días después; éste es un dato que las Encuestas de Satisfacción del Seguro Popular deberían proveer, el tiempo que sus afiliados tardan en acceder a un servicio del tercer nivel de atención no cubierto por el Programa.

**Figura 29. Hospital Ramón López Rayón Bicentenario**

Unidades Médicas



Clave Clues:	MCSSA001484
Nombre de la Unidad:	HOSPITAL RAMÓN LÓPEZ RAYÓN BICENTENARIO COATEPEC HARINAS
Jurisdicción:	TENANCINGO
Municipio:	COATEPEC HARINAS
Localidad:	COATEPEC HARINAS
Domicilio:	VENUSTIANO CARRANZA
CP:	51700
Teléfono:	(723) 1452264, 1450748
Correo Electrónico:	hmcoatharinas@hotmail.com
Tipo de Unidad:	UNIDAD DE HOSPITALIZACION
Tipología:	HOSPITAL MUNICIPAL
Días Laborables:	LOS 365 DÍAS
Horario:	24 HORAS
Responsable:	DR. ERNESTO ESCOBAR PRADO

[Ver Mapa de Ubicación](#)

Fuente: CLUES Cierre Enero 2016

Fuente: ISEM

Una vez más AQS, apoyó a la Sra. María para asistir a un Angiólogo en el Sector Privado. Personalmente acompañé la Señora el día 25 de agosto de 2015 a su primera cita y a las posteriores. El Angiólogo Hugo Carrasco que labora en el Hospital Florencia en la Ciudad de Toluca, me permitió observar las lesiones que la Señora María tenía en su pie, en este punto la movilidad era casi imperceptible, tenía un color que enfatizaba la muerte del miembro y una circulación sanguínea muy disminuida. Para mi escaso conocimiento era evidente que el miembro debía ser amputado, sin embargo el Médico le expresó a la paciente que se tenían que hacer múltiples esfuerzos para salvarlo. Inició tratamiento con ella (Ver Anexo 10), pero le pedí al especialista que realizáramos un análisis económico de la paciente, para conocer las alternativas de tratamiento a las que realmente podría tener acceso.

El resultado del análisis no fue muy alentador, era imposible solventar los estudios que necesitaba (angiogramografía \$15,000.00) para después llevar a cabo un procedimiento quirúrgico (oscilaba entre \$50,000 y hasta \$150,000.00) por lo cual se decidió que con él

se trataría la cuestión del dolor y la mejora de las lesiones de su pie, hasta que pudiera ingresar a un Hospital Federal que le brindara los servicios que requería a un menor costo. Fue impresionante escuchar la analogía que utilizó el médico para explicarme la gravedad de la situación de la Señora María: -“Hubo un terremoto y durante 5 meses nadie hizo nada por ayudar”, después del Doppler yo la habría sometido inmediatamente a una angioplastia. Esta es la verdadera diabetes y desafortunadamente el Seguro Popular no incluye esta especialidad en sus servicios, en México no se practica como debería la medicina preventiva. Consultas regulares a mi servicio, habrían sin duda hecho la diferencia; es tan severo el dolor que ella sufre y la infección en sangre que ella tiene, que está en grave riesgo de sufrir un infarto o una sepsis-.

Gracias al tratamiento del Angiólogo Hugo Carrasco se controló la infección en sangre que tenía la Señora María, las lesiones en su pie mejoraron drásticamente, recuperó un poco la movilidad del miembro, aunque en este punto ya no le fue posible mantenerse de pie por cuenta propia, por lo que era trasladada en silla de ruedas. Si bien los avances mencionados eran alentadores, el dolor fue muy difícil de controlar, en un primer momento los medicamentos comenzaron a hacer efecto, aunque muy pronto dejaron de funcionar. Como último recurso el Angiólogo le recetó parches de morfina los cuales tampoco ayudaban a la paciente a controlar el dolor.

Llegó a tal grado el sufrimiento de la Señora María del Carmen, que se negó a ir a la última consulta programada con el Angiólogo, pidiendo que se le ingresara al Hospital General de Ixtapan de la Sal para que le fuera practicada la amputación. Fue recibida en el área de urgencias por el mismo médico que recibió los resultados del doppler, y que le dijo en aquella ocasión que no tenía nada. Catalina le informó sobre todo el tratamiento que había recibido por el angiólogo, y éste por medio telefónico autorizó realizarle la amputación a la Sra. María. De esta forma el médico de urgencias le dijo que la canalizaría con el cirujano para que la Programara.

Cuatro días después de su ingreso al área de urgencias Catalina se comunicó conmigo para preguntarme si podía acompañar a su mamá en el Hospital por unas horas, mientras ella salía a comer y asearse. Al llegar me comentó que el cirujano aún no pasaba a ver a su Mamá. Entré donde la Señora María del Carmen y la encontré con dolores muy fuertes que prácticamente la hacían retorcerse en la cama, se sentaba estrepitosamente para

hacer presión en su pierna. No pudiendo soportar esas escenas me acerqué a la estación de enfermeras para preguntar si podían administrarle más medicamento para el dolor.

Al llegar al módulo encontré a varios doctores platicando y riendo a carcajadas con las enfermeras, como si fuera “la hora del amigo”, pregunté quién era la encargada de la cama 1, en la cual se encontraba la Señora María para hacerle mi petición. La enfermera me preguntó por qué se encontraba en urgencias mi paciente, algo que me pareció absurdo pues ella era su enfermera a cargo y su turno había comenzado apenas 2 horas antes, lo que me indicó que la enfermera o no había hecho la evaluación inicial de la Señora María al recibir su turno o que 6 pacientes que estaban a su cargo eran demasiados como para recordar el motivo por el que se encontraban en ésta área. A pesar de mi molestia le indiqué que se encontraba esperando que le practicaran una amputación. Para mi sorpresa uno de los médicos que se encontraban en la estación de enfermeras resultó ser el médico cirujano, quien al escuchar mi comentario me siguió de inmediato donde la Señora María. Fue indignante darme cuenta que el doctor no tenía la menor idea de que la paciente estaba esperando una cirugía desde hacía cuatro días, y en este momento descubrimos que el médico de urgencias nunca pasó el caso al área de cirugía general.

Fue tal la molestia del Doctor Saravia que mandó traer al Médico que había admitido a la Señora María y frente a mí le gritó -cómo era posible que a cuatro días de estar atendiendo a ésta paciente aún no la hubiera canalizado con él ni la hubiera transferido al área de hospitalización interna- ya que el médico cirujano sólo hace visitas a los pacientes que están en esa área. El Médico de urgencias sólo le respondió disculpe se me pasó canalizarla con usted, se dio la vuelta y se fue mientras el Cirujano seguía vociferando a la Interna que lo seguía, -cómo era posible que ese cabrón siguiera haciéndole esas pendejadas a los pacientes- y le aseguró a la Interna que intentaba calmarlo que “no era la primera vez que algo así sucedía”. Después de calmarse y recordar que estaba frente a mí y la paciente, me pidió que le contara la situación de la Señora María, le expliqué el tratamiento brindado por el Angiólogo y cómo este había autorizado la amputación del miembro a causa del incontrolable dolor que sufría y que la ponía en riesgo de un paro infarto.

El Cirujano descubrió el miembro inferior izquierdo de la Señora María, el cual habían vendado a su ingreso a urgencias (aunque nunca le realizaron ninguna curación), al observarlo no quedó convencido de realizar una amputación pues me comentó que la Señora María era muy joven para tal procedimiento y que además externamente no veía muy mal su pie, pues las llagas que tenía estaban sanadas en un 90% gracias al tratamiento recibido. Le dije que la Señora María no pudo ser tratada quirúrgicamente por el Angiólogo particular por el alto costo implicado, y que el día anterior, mientras esperábamos la amputación, se había perdido la cita en el Hospital General de México, pues la Señora María del Carmen debido a los fuertes dolores, ahora pedía la amputación del miembro. En este momento me percaté que Catalina se encontraba fuera del Hospital, por lo que le pedí al Doctor, me permitiera llamarle a su hija, ya que él no sabía que yo no era un familiar directo de la paciente. Entro Catalina y según su testimonio el Cirujano, aunque poco convencido, accedió a programar a la Señora María para cirugía. Sin embargo tres días después le dijo a Catalina que no la operaría y que arreglaría la transferencia de la paciente al Hospital General de México para que la valorara el Servicio de Angiología, y si lo consideraban necesario, ellos deberían realizar la amputación.

Hay que imaginar el dolor que sentía la Señora María del Carmen que cuando su hija le dio la noticia comenzó a llorar diciendo que ella no quería ir a otro hospital ni que le hicieran otras cosas, ella sólo quería que le cortaran su pierna para ya no sentir dolor. ¿Cuánta desesperación debe tener una persona como para desear que le corten un miembro con tal de sentir un momento de alivio? Catalina me pidió que hablara con su mamá, fui y le expliqué que aún existía una pequeña posibilidad de salvar su miembro y que si el tratamiento no funcionaba, tendría la certeza de que su cirugía sería practicada por médicos especialistas en la materia. Finalmente accedió a ser transferida a un nuevo hospital.

El Cirujano comenzó los trámites y el día 10 de noviembre comunicó a Catalina y su Mamá que el traslado sería al día siguiente para que se prepararan. Esa fue toda la información que recibieron. Catalina y sus familiares lograron reunir cinco mil pesos para solventar los gastos que pudieran surgir. El día 11 de noviembre se trasladó a la paciente a la Ciudad de México, para sorpresa de Catalina el traslado no fue al Hospital General de México sino al Hospital Juárez de México ubicado al Norte de la Ciudad, fue recibida y se le otorgó la consulta. Sin embargo el Angiólogo que recibió a la Señora María les preguntó

si llevaban suficiente dinero, pues la angiografía que necesitaba la Sra. María tenía un costo de seis mil pesos; la angioplastia que era el siguiente paso del tratamiento, un costo aproximado de diecisiete mil pesos; además de la serie de estudios preoperatorios. Todo debía pagarse por adelantado y entregar los recibos para proceder con el tratamiento.

Catalina preguntó si algunos de esos estudios estaban cubiertos por el Seguro Popular. El Doctor le dijo que nada estaba cubierto por el Seguro, que le harían un estudio socioeconómico, pero que requeriría entre 20 y 30 mil pesos para la atención. Al escuchar esto la Señora María del Carmen sufrió una crisis nerviosa y comenzó a gritar que la sacaran de ahí. No porque no quisiera recibir la atención sino por los grandes costos que la atención implicaba. Debido a la impotencia e incapacidad económica debieron rechazar la atención. Sin embargo el Angiólogo en la contrarreferencia del Hospital General de Ixtapan de la Sal escribió: que la paciente rechazaba la atención por falta de recursos económicos y debido a que el Hospital General de Ixtapan de la Sal no informó a la paciente sobre los costos que debían solventar al no estar cubiertos por el Seguro Popular.

Al salir del hospital, cuando eran trasladadas nuevamente a Ixtapan de la Sal Catalina me marcó y me contó lo sucedido, desafortunadamente en este punto fue poco lo que pude hacer puesto que ya regresaban al Hospital General de Ixtapan. Sin embargo al llegar acudí con ellas y me narraron cómo desde la salida del Hospital Juárez de México la doctora y enfermera que las acompañaban les gritaron y amedrentaron por hacerlas quedar en vergüenza al rechazar la atención por falta de recursos económicos.

Las tranquilicé un poco pues ya me había comunicado con la Asociación Amor Que Salva quien había accedido a solventar una vez más el tratamiento de la Señora María. Aquí tuve la oportunidad de leer la contrarreferencia que tanto molestó al personal de Ixtapan de la Sal, y aunque desafortunadamente la copia de este documento fue extraviada por Catalina, como testigo presencial puedo dar testimonio de lo que ella decía<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Amor Que Salva A.C. intentó recuperar esta evidencia como parte de los documentos que requerían para formar el expediente de la Sra. María y presentarlo a los altruistas benefactores que contribuyeron a solventar los gastos de su atención. El Hospital General respondió favorablemente el Oficio (Ver Anexo 11) sin embargo no entregó la Referencia que ellos hicieron ni la contrarreferencia del Hospital Juárez de México, en cambio entregaron copia de la Referencia que hizo el Dr. Fernando del Hospital de Coatepec Harinas. Casualmente éste documento que es evidencia de su falta de información no fue encontrado en el Archivo de la Paciente. Dando muestras de la Corrupción que existe en este Hospital.

Al día siguiente la Señora María fue dada de alta del Hospital General de Ixtapan de la Sal, desestimando el dolor insoportable que ella padecía. Catalina le pidió al Cirujano que una vez más refiriera a su Mamá al Hospital Juárez, ya que ahora la Asociación asumiría los gastos. El Dr. Saravia se molestó y le dijo que -el Hospital ya no tenía ninguna obligación con ella, que ya habían hecho lo que les correspondía y que si ellas no habían aprovechado la oportunidad que se les había dado era su problema. La paciente ya estaba dada de alta (Ver Anexo 12) y debía proceder a llevársela. No había ninguna posibilidad de que el Hospital le hiciera una segunda referencia-. Catalina se comunicó conmigo después de la negativa del Cirujano y le pedí que hablara con el Director del Hospital y exigiera el derecho que su mamá tenía a ser atendida.

El Director mandó traer al Cirujano para llegar a un acuerdo entre Catalina y el Hospital, pero Catalina indica que el éste nunca se presentó. El Director le dijo que sí se le proporcionaría una nueva referencia, pero que podía tardar hasta dos semanas en lo que se encontraba una cama disponible para trasladar a la paciente. Aclaró que el Servicio de Ambulancia debía correr por su cuenta y que en esta ocasión no sería acompañada por personal médico ni de enfermería. Así mismo puntualizó que la paciente estaba dada de alta y no podía permanecer en el Hospital.

Esto fue una muestra más del despotismo que con que se opera en este Institución, pues la contrarreferencia médica del Hospital Juárez de México indicaba el tratamiento que debía continuarse con la Señora María del Carmen, y se ordenaba realizarle la amputación. ¿Cómo entonces antes de saber el cirujano general, que la Familia Andrade Cruz (gracias a la intervención de Amor Que Salva A.C.) ya contaba con los recursos económicos para continuar el tratamiento de la paciente en el área de angiología, se atrevió a darla de alta ignorando la indicación del especialista? ¿No debía acaso programar a la paciente para la cirugía? El descontento un doctor fue razón suficiente para sacar literalmente a la Señora María del Hospital por un error que ellos mismos cometieron, por su falta de responsabilidad al no otorgar información oportuna y verás a los pacientes y familiares sobre los costos de sus tratamientos. Oficialmente ¿cuál fue el motivo de la alta médica? Según hace constar el Anexo 12: "Mejoría" de la paciente, aunque en realidad su estado empeoraba cada día, cada minuto su miembro inferior izquierdo moría un poco más, debido a la falta de circulación sanguínea y esto provocaba que los dolores fueran más intensos.

El día 18 de noviembre, tras esperar durante siete días la nueva referencia del H.G. de Ixtapan y ante el desmejoramiento de la Sra. María, me comuniqué con el Director del Hospital para preguntar sobre el estatus del trámite. No se encontraba y fui transferida con la trabajadora social quien me indicó que aún no había cama en el Hospital Juárez y que seguramente el trámite se continuaría hasta después del puente del 20 de noviembre.

Una vez más indignada acudí a Amor Que Salva, para que validaran como Persona Moral unos documentos que había elaborado, y que consistían en una solicitud de acceso para la Señora María al Servicio de Angiología del Hospital Juárez de México (Ver Anexo 13) así como una Constancia de Situación Socio-económica (Ver Anexo 14) para que la ubicaran en el nivel de cuota más bajo. Estos documentos los realicé poniendo en práctica los conocimientos previos que me había dejado la investigación sobre los niveles de cuota de ISEM. AQS accedió y entregó los documentos validados, y a las 4:00 am del día 19 de noviembre salimos rumbo al Hospital Juárez de México.

Al llegar al Nosocomio nos dirigimos al área de urgencias, ahí nos fue solicitada la hoja de Referencia del Hospital de segundo nivel, al no llevarla entregamos la solicitud firmada por AQS, con este documento y ante la problemática que presentaba la paciente accedieron a abrir su expediente y nos entregaron su carnet. Para ser atendida nos pidieron que pagáramos la consulta en caja. Así lo hicimos y como hace constar el Recibo de Pago (Anexo 15), sin la realización de ningún estudio socioeconómico la Señora María del Carmen volvió a ser ubicada en el Nivel de Cuota 3. Mientras esperaba su turno para ser atendida un doctor realizó una entrevista previa y ordenó una serie de estudios antes de la consulta. Fui a la caja a pagarlos y el costo era de \$970.00 (Novecientos setenta pesos 00/100 M.N.). Entonces le pregunté a la cajera cómo hacer para bajar la cuenta, ella me indicó que debía pasar a trabajo social, pero que era muy difícil que lograra que asignaran a la paciente en un nivel de cuota inferior. Aún así no accedí a pagar los estudios. Le pedí a Catalina que pasara con la trabajadora y que presentara el oficio y la constancia que nos había firmado AQS.

La trabajadora social me hizo pasar a su módulo de atención, pues AQS me facultó para acudir como Representante del Comité de Ética de la Asociación, ella me recibió amablemente y me dijo que no me preocupara que la Señora María del Carmen sería asignada en el nivel de cuota más bajo y me agradeció como miembro de AQS por la

labor realizada en favor de las personas de escasos recursos. En el carnet hizo la asignación al Nivel de Cuota I (Ver Anexo 16) y con este pasamos a caja a realizar el pago de los estudios. La cuenta descendió un 90%, pues sólo se pagaron \$97.00 pesos (Ver Anexo 17). Después de la consulta en urgencias la Sra. Carmen fue transferida a hospitalización y tuvo que esperar hasta las 16 horas del mismo día para ingresar debido a la falta de camas<sup>12</sup>.

Durante varios días la Sra. María del Carmen recibió la mejor atención por parte del Servicio de Angiología, Clínica del dolor, y Cardiología. El día 24 de noviembre le fue ordenada la angiografía (Ver Anexo 18) que es un estudio previo para realizarle la angioplastia. Desafortunadamente tuvo que ser dada de alta, al no haber en existencia un catéter que necesitaban para intervenirla.

Se le dio cita para el día martes primero de diciembre a las 8:00am para ingresar nuevamente a hospitalización. Para tal fecha aún no conseguían el catéter por lo que fue dada de alta nuevamente el 2 de diciembre. La nueva cita y fecha definitiva, fue para el martes 8 de diciembre, día en el que llegamos al hospital y entregamos sus documentos (carnet e identificación) para que fuera admitida y le asignaran cama. Aproximadamente a medio día la Sra. María del Carmen se quejó de no aguantar más el dolor, así que mientras su hija esperaba la asignación de cama, yo llevé a la Señora María al área de urgencias para que fuera valorada y se le aplicara algún medicamento. A pesar de que habíamos entregado su carnet en otra área del hospital, no nos validaron el nivel de cuota correspondiente, por lo que la consulta fue cobrada como si perteneciera al nivel de cuota 3 (Ver Anexo 19).

Una vez que accedimos a la consulta fuimos recibidos por 5 estudiantes de medicina y por el doctor a cargo. Fue triste y molesto que de 6 médicos en la sala ninguno quiso descubrir el miembro afectado de la Señora María, me pidieron que yo retirara las vendas y gasas que llevaba, ni siquiera me proporcionaron guantes para respetar el protocolo de higiene y seguridad. No le administraron ningún medicamento puesto que consideraron que debía esperar hasta ser admitida en hospitalización para que la visitara Clínica del

---

<sup>12</sup> La llegada al Hospital fue a las 6:30am, la plática con la Trabajadora social 10:30 am, la Consulta en Urgencias 11:00 am y la hospitalización a las 4:00pm. En nueve horas y media se logró lo que el H.G. de Ixtapan de la Sal no pudo hacer en siete días.

dolor. Qué triste que doctores inhumanos estén formando de la misma manera a las nuevas generaciones.

El día 9 de diciembre le fue realizada la angioplastia a la Sra. María, no se le pidió hacer ningún pago al respecto pues dijeron que estaba incluida en el mismo concepto de la angiografía, lo que significó que el estudio que inicialmente dijeron valdría 6 mil pesos, terminó costando \$525.00 pesos (Anexo 18) y la cirugía que inicialmente cotizaron en 17 mil terminó sin costo alguno.

Pero las consecuencias finales del tiempo de espera para recibir el tratamiento fueron catastróficas. La angioplastia ya no pudo restablecer el flujo sanguíneo de la pierna izquierda de la paciente y finalmente fue amputada el día 11 de diciembre (ver Anexo 20), en una cirugía que tardó aproximadamente una hora treinta y cinco minutos. La Señora María nunca recibió visita del área de psicología o tanatología, pues el cirujano consideró que se veía muy bien anímicamente después de la amputación y hasta me comentó que la paciente pidió por cuenta propia la amputación. Fue dada de alta el día 14 de diciembre y se le dio cita para el 8 de enero de 2016, día que serían retirados los puntos de la cirugía.

Las cosas se complicaron el día que retiraron los puntos pues al llegar nuevamente a su casa, la herida se abrió por completo, siendo necesario internar a la Señora María en el área de urgencias del Hospital General de Ixtapan de la Sal. Permaneció en el lugar hasta el 31 de enero, cuando fue dada de alta una vez más por “mejoría”, a pesar de tener una infección grave, nuevos problemas intestinales producto de la medicación y un descontrol de sus niveles de azúcar. Los familiares se opusieron al alta sin éxito, pues observaban a su paciente decaer rápidamente. Al cabo de nueve días en su casa, la Señora María del Carmen falleció reusándose con las pocas fuerzas que le quedaban a ir al hospital, pues exclamaba: -“Si me llevan allá me van a matar, yo prefiero morirme en mi casa”-.

El caso de la Señora María, desafortunadamente termina ejemplificando los grandes problemas que denuncia esta Tesis sobre el Seguro Popular y el Sistema Público de Salud en general: insuficiencia de servicios, saturación en el sistema, falta de atención preventiva en salud, desarticulación entre instituciones, escasas de personal, materiales y equipo, problemas de información y sobre todo despotismo y poca humanidad en el trato.

Dos problemas se hicieron más evidentes: el Seguro Popular no evita gastos catastróficos y no tiene incidencias sobre el estado de salud de la población. La atención de los últimos 8 meses de vida de la Señora María tuvo un costo aproximado de \$42,000.00 pesos, algunos aportados por personas solidarias y otra parte hoy representan deuda pendiente de sus hijos.

Esta historia ha logrado trascender en el sur del Estado, pues hace evidente que hay que contrarrestar un dato nacional: en México sólo una de cada veinticinco negligencias médicas son denunciadas (Notimex, 2012), y esto lo único que propicia es un círculo vicioso que corrompe cada vez más al Sistema. La vida de la Sra. María del Carmen cobrada por un Programa insuficiente, sólo tendrá sentido en la medida en que la población afiliada al Seguro Popular conozca y exija sus derechos, sobre todo el de recibir una atención digna, oportuna y de calidad.

También se ha difundido información en la región para que las personas que sean víctimas de médicos ineptos denuncien frente a la CONAMED o frente al Ministerio Público cada uno de sus casos. Sólo así podremos comenzar a purificar nuestro Sistema de Salud de personas que no debería tener licencia para desarrollar una profesión que tiene incidencia directa sobre la vida y muerte de las personas.

Las palabras finales de éste capítulo no pueden ser otras que:

***Descanse en paz, Señora María del Carmen Andrade Cruz, porque “por mi raza, hablará el espíritu” (José Vasconcelos).***

## CONCLUSIONES

La finalidad de esta tesis, fue evaluar la suficiencia de la provisión del bien salud por parte del Programa del Seguro Popular en el Estado de México, analizando aspectos esenciales como: los niveles de afiliación alcanzados, la suficiencia de recursos materiales y humanos, la eficiencia del gasto y la concordancia del CAUSES con el perfil epidemiológico de los mexiquenses. Para lograr dar respuesta a las interrogantes que fundamentaron la investigación se realizó un largo recorrido panorámico, histórico, legal e institucional sobre los sistemas de salud; revisando los objetivos que persiguen a nivel mundial hasta llegar a los ámbitos nacional y estatal, con el fin de tener un rico marco de referencia comparativo que permitiera descubrir dónde nos encontramos situados y vislumbrar el rumbo hacia el cual hemos de dirigir nuestros pasos en torno a la salud; la cual, como se ha mencionado, tiene incidencias políticas, culturales, sociales, económico-productivas y no solamente físico-biológicas.

Las conclusiones a las que se llegaron con la investigación son:

1. Cada vez más naciones a nivel mundial, se han planteado el objetivo de la Cobertura Sanitaria como componente fundamental para lograr un desarrollo sostenible y la OMS ha estimado requisitos indispensables para lograrlo en forma óptima. Esta tesis demuestra que en el caso de México dichas recomendaciones fueron desestimadas, pues: i) el Seguro Popular se implantó sobre un Sistema de Salud ineficiente, ii) el Programa no evita penurias financieras a los usuarios, iii) existe acceso ineficiente a tecnologías esenciales para diagnóstico y tratamiento, iv) no hay suficiencia de recursos físicos y humanos para la atención.
2. Existe una brecha entre lo afirmado por las publicaciones oficiales del Seguro Popular y la percepción del público, particularmente en lo referente al acceso efectivo y la calidad de la atención.
3. En el Estado de México no existe información convincente que sostenga el logro de la cobertura universal en servicios de salud. La inexistencia de datos oficiales respecto a la población asegurada en instituciones privadas y del padrón único de

beneficiarios, que permita verificar la no duplicidad de servicios, son razones categóricas para desestimar el logro de éste objetivo.

4. La utilización del Gasto Público en Salud es ineficiente, pues no existen datos certeros sobre qué se compra o paga con los recursos destinados al Seguro Popular.
5. Los recursos humanos utilizados en la atención de la población mexiquense es insuficiente. Se demuestra cómo la implementación del Seguro Popular mermó más las estadísticas de personal del sector público; existiendo aún menos personal médico y de enfermería por cada mil habitantes que hace 20 años. Sin embargo se comprobó un aumento en personal auxiliar de diagnóstico y paramédico.
6. La disponibilidad de recursos físicos por cada 10 mil habitantes han disminuido y se ubican por debajo de los estándares de suficiencia establecidos. Se encontraron índices con amplios márgenes de diferencia sobre camas censables, a pesar de tener la misma dependencia como fuente de información. Este hecho resta confiabilidad a sus indicadores, por lo que para esta investigación fueron calculados a partir de los anuarios estadísticos, conforme al método de cálculo que señala la Secretaría de Salud.
7. El análisis epidemiológico, de mortalidad y morbilidad señala que el CAUSES tiene: i) grandes huecos en la atención de padecimientos que sufre la población mexiquense, ii) insuficiencia en la cobertura de pruebas auxiliares de diagnóstico, materiales y equipo.
8. En el Estado de México no existe congruencia entre los niveles de cuota establecidos por el Programa del Seguro Popular y los aplicados por el ISEM a la hora de ajustar cuentas por los servicios no cubiertos. A pesar de que la clasificación se hace mediante un Estudio Socioeconómico en ambos casos, mientras el Seguro Popular considera a la población en un nivel de cuota exenta de pago, ISEM la considera en sus niveles de cuota más altos.

9. Existe una fractura entre servicios hospitalarios, de rehabilitación y transporte. Lo que muestra la desarticulación entre el segundo y tercer orden de gobierno (Estatal-Municipal) en torno al bien salud, de forma concisa entre el Sistema Estatal de Salud Pública, los Ayuntamientos y los Sistemas DIF Municipales.
10. Existen serios problemas de información de los usuarios respecto al alcance de sus derechos, la cobertura de su póliza y los procedimientos de validación de la misma.
11. La especialidad de Angiología en el Estado de México es escasa, sólo existen 8 especialistas en la entidad y todos trabajan para el sector privado. A pesar de que la diabetes y la hipertensión son 2 de las principales causas de mortalidad y morbilidad entre los mexiquenses, el Sistema Público no ha incorporado la especialidad a su cartera de servicios con el fin de ejercer la salud preventiva y paliativa.
12. No existe personal independiente al Sistema de Salud que oriente las denuncias administrativas o legales ante las irregularidades que surgen en la atención hospitalaria. Instituciones Públicas de Salud del Estado de México piden a los usuarios presentarlas ante el Director de la Unidad Médica, lo que provoca un “conflicto de intereses”. Pocas personas saben que pueden denunciar ante la CONAMED sus inconformidades y menos se atreven a iniciar procesos penales.
13. Existe un factor psicológico que relaciona el proceso de curación de los pacientes con la calidad y calidez que reciben en las unidades de salud, atención que crea un ambiente de confianza en el paciente. Cuando este vínculo no se establece de forma adecuada afecta de forma directa el proceso de recuperación. Es prioritario por tal, humanizar la atención que se brinda en las unidades hospitalarias.

A partir de la información anteriormente planteada, se encuentra evidencia suficiente para comprobar la hipótesis de la investigación y afirmar que el Seguro Popular es un mecanismo insuficiente para atender las demandas de salud específicas de la población mexiquense. La ineficiencia en el empleo de recursos pone en riesgo su viabilidad y el alcance de la cobertura planteada por el Programa.

Sin embargo la presente, deja espacios para investigaciones futuras como: el acceso efectivo al Seguro Popular, si ha existido migración de población de Instituciones de Seguridad Social al Seguro Popular y el volumen de la misma, entre otros.

## RECOMENDACIONES

1. Interconectar de forma oficial los servicios de salud que se ofertan a nivel federal, estatal y municipal, en pro de una mejor atención de los afiliados del Seguro Popular.
2. La promoción y ejercicio de la salud preventiva como forma de fortalecer el Sistema Estatal de Salud, sobre todo teniendo en cuenta el fenómeno demográfico que se presenta en México (bono demográfico) y su reversión futura.
3. Plantearse los cambios necesarios para lograr que el Programa sí tenga efectos en las condiciones de salud de los afiliados.
4. Las reformas del Sector deben encaminarse no sólo a la unificación del Sistema, sino a elevar la calidad de servicios y a impulsar la salud preventiva. Se recomienda implementar un sistema de evaluación-incentivos para el personal que labora en las instituciones de salud, principalmente a quienes mediante su práctica logren incidir en la salud de sus pacientes por medio de cambios en el estilo de vida (hábitos alimenticios, vicios, etc.).
5. Se recomienda la generación periódica de indicadores cuantitativos y cualitativos del Seguro Popular (no agrupados con los de las Instituciones desde las que otorgan los servicios).
6. El fin del Seguro Popular debería ser garantizar la salud de la población con altos estándares de calidad y no evitar gastos catastróficos en salud, pues de esta manera se enfocan los reflectores en términos de dinero, sublevando a la persona misma, su calidad de vida y desarrollo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### Libros

- Ayala, J. (2001). *Economía del Sector Público Mexicano*. 2ª Ed. México, D.F.: Editorial Esfinge.
- Ayala, José, *Economía Pública. Una guía para entender al Estado*, Facultad de Economía UNAM, México, 1997, p. 9
- Ayala, José. (2001). *Economía del Sector Publico Mexicano*, Facultad de Economía UNAM, México.
- Beveridge, W.H. (1989) *Seguro Social y Servicios afines*, traducción española. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid.
- Frenk J, Lozano R, Zurita B. Estado actual del sistema hospitalario en México. *Gac. Méd. Méx.* Vol. 132, suplemento No. 2: 183-189.
- Guerrero, M. (1991). *El Agua*, Fondo de Cultura Económica. México. Recuperado de [http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen2/ciencia3/102/html/el\\_agua.html](http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen2/ciencia3/102/html/el_agua.html)
- Hernández, A. (2008). *La seguridad social en crisis. El caso del seguro social en México*. Primera edición, México, D.F.
- Instituto de Investigaciones Jurídicas, *Principales modelos de seguridad social y protección social*. UNAM. Recuperado de <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/7/3120/4.pdf>

- Krugman, Paul R.; Wells, Robin. (2012). *Introducción a la economía: Microeconomía*. Editorial Reverté.
- Ledesma, L. (2005). *Administración de planes sobre Previsión Social*, Tercera edición. Editorial ISEF.
- Lopategui, E. (2000). El concepto de salud. Recuperado de <http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaCon.html>
- Méndez, S. (2005). *Fundamentos de Economía*. 4ª Ed. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Musgrave, R. (1994). *Hacienda Pública: Teórica y Aplicada*, 5a edición, Madrid: McGraw Hill.
- Olivero, I. (2003). *Manual básico de salud, alimentación y nutrición pública*. 1ª Ed. San Luis: Nueva Editorial Universitaria.
- Rodríguez y Vidal (2006). *Conceptos básicos de economía de la salud para el médico general*. Ed. CIDAC. Mazatlán, Sinaloa. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im075o.pdf>
- Rodríguez, M. y Vidal C. (2007). *Conceptos básicos de economía de la salud para el médico general*, *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, [en línea], volumen 45, número 5. Recuperado de [http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev\\_med/pdf/gra\\_art/A45.pdf](http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A45.pdf)
- Rosas A. y Santillán R. (1962). *Teoría general de las finanzas públicas y el caso de México*, Escuela Nacional de Economía, UNAM, México.
- Rossí, M. y Rubilar, A. (2007). *Amanda, Breve reseña histórica de la evolución de los sistemas de salud. El caso argentino: una historia de*

fragmentación e inequidad. Revista de la Asociación Médica Argentina, Vol. 120, Número 2.

- Salleras, L. (1989). Educación Sanitaria: Principios, Métodos y aplicaciones. Madrid: Ed. Díaz de Santos.
- Samanamud, E. (S.f). Curso Economía del Bienestar. Recuperado de <http://www.slideshare.net/csamanam/economia-del-bienestar>
- Samuelson P. & Nordhaus W. (2005). Economía. 18ª Ed. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Sen, A. (2003). Sobre ética y economía. México: Editorial Alianza.
- Soto EG, Lutzow SMA, Gonzáles GR, Libro en proceso de publicación: colección “Salud pública para estudiantes de medicina”; Volumen I: La salud pública y el trabajo en comunidad. Capítulo 10, Rasgos generales del Sistema de Salud en México, Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. Departamento de Salud Pública. Disponible en <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spii/antologia%20III/sistemas.htm>
- Stiglitz, J. (2000). La Economía del Sector Público. 3ª Ed. Barcelona, España: Antoni Bosch.
- Tobin, J. “On Limiting the Domain of Inequality”, Journal of Law and Economics, 13, 1970.
- Varian, H. (1999). Microeconomía intermedia: un enfoque actual. 5ª Ed. Barcelona: Antoni Bosch.
- Zorrilla, S. (1976). Introducción socioeconómica al panorama de México. México: Limusa.

- Zorrilla, S. (2003). Aspectos socioeconómicos de la problemática en México. 6ª Edición. México: Limusa.
- Zorrilla, S. (2004). Como aprender economía. Conceptos básicos. México: Limusa Editores.

## Recursos

- CIDE, Seguro Popular: Una mirada a su construcción y financiamiento. Disponible en <http://seguropopular.cide.edu/>
- CIDE. (2012). Evaluación Costo-Efectividad del Programa U005 Seguro Popular.
- CNPSS, Historia del Seguro Popular, Disponible en [http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=332&Itemid=326](http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=332&Itemid=326)
- CNPSS, Seguro Popular, Preguntas Frecuentes, Disponible en [http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=328&Itemid=363](http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=328&Itemid=363)
- CONEVAL, Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2012 – 2013. Valoración de la información de desempeño presentada por el Programa Seguro Popular. Recuperado de [http://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Especificas\\_Desempeno2012/SALUD/12\\_U005/12\\_U005\\_Ejecutivo.pdf](http://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Especificas_Desempeno2012/SALUD/12_U005/12_U005_Ejecutivo.pdf)
- INEGI. (2004). Anuarios Estadísticos por Entidad Federativa. Recuperado de [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)

- INEGI. (2005). Anuarios Estadísticos por Entidad Federativa. Recuperado de [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)
- INEGI. (2006). Anuarios Estadísticos por Entidad Federativa. Recuperado de [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)
- INEGI. (2007). Anuarios Estadísticos por Entidad Federativa. Recuperado de [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)
- INEGI. (2008). Anuarios Estadísticos por Entidad Federativa. Recuperado de [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)
- INEGI. (2009). Anuarios Estadísticos por Entidad Federativa. Recuperado de [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)
- INEGI. (2010). Anuarios Estadísticos por Entidad Federativa. Recuperado de [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)
- INEGI. (2010). Censo Nacional de Población y Vivienda. Recuperado de [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)
- INEGI. (2010). Banco de Información Estadística. Recuperado de [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)
- INEGI. (2011). Anuarios Estadísticos por Entidad Federativa. Recuperado de [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)
- INEGI. (2012). Anuarios Estadísticos por Entidad Federativa. Recuperado de [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)
- INEGI. (2013). Anuarios Estadísticos por Entidad Federativa. Recuperado de [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)

- INEGI. (2014). Anuarios Estadísticos por Entidad Federativa. Recuperado de [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)
  
- OIT. (1991). Administración de la Seguridad Social.
  
- OMS. (S.f.) Cobertura Sanitaria Universal. Recuperado de [http://www.who.int/universal\\_health\\_coverage/es/](http://www.who.int/universal_health_coverage/es/)
  
- OMS. (S.f.). Sistemas de Salud. Recuperado de [http://www.who.int/topics/health\\_systems/es/](http://www.who.int/topics/health_systems/es/)
- OPS, (S.f.). Acerca de OPS. Recuperado de [http://www.paho.org/Arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=184&Itemid=486](http://www.paho.org/Arg/index.php?option=com_content&view=article&id=184&Itemid=486)
  
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. 2005. Estudios sobre los sistemas de salud. México. Cap. 1 “Organización del sistema de salud en México”.
  
- Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española. 22ª Ed. Madrid, España. Recuperado de <http://www.rae.es/rae.html>
  
- SHCP, Presupuesto Basado en Resultados, Disponible en [http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/sitio\\_pbr/Paginas/conceptualizacion.aspx](http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/sitio_pbr/Paginas/conceptualizacion.aspx)
  
- SHCP. (2010). Guía para el diseño de Indicadores Estratégicos. Recuperado de: <http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/PEF/sed/Guia%20Indicadores%20Referencia%20rapida.pdf>
  
- SHCP. (2010). Presupuesto Basado en Resultados. Un enfoque orientado en objetivos y metas. Recuperado de

[http://www.cmdrs.gob.mx/comisiones/COPSP/Documents/2013/2a\\_ordinaria/pres.pdf](http://www.cmdrs.gob.mx/comisiones/COPSP/Documents/2013/2a_ordinaria/pres.pdf)

- Sistema Nacional de Salud. (1999). Boletín de información estadística, volumen I, recursos y servicios. México, D.F. SSA.: 396.
- SPSS, Informe de Resultados del SPSS 2011.
- SSA, Carta de Derechos y Obligaciones 2012, Disponible en [http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=282&Itemid=298](http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=282&Itemid=298)
- SSA. (1994). Proyecto de Desarrollo de Jurisdicciones Sanitarias. Recuperado de [https://books.google.com.mx/books/about/Proyecto\\_de\\_desarrollo\\_de\\_jurisdicciones.html](https://books.google.com.mx/books/about/Proyecto_de_desarrollo_de_jurisdicciones.html)

### **Leyes, Códigos y Reglamentos**

- Cámara de Diputados. (2001). Código Administrativo del Estado de México. Recuperado de [legislacion.edomex.gob.mx/sites/legislacion.edomex.gob.mx](http://legislacion.edomex.gob.mx/sites/legislacion.edomex.gob.mx)
- Cámara de Diputados. (2014). Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142\\_010616.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_010616.pdf)
- Cámara de Diputados. (2015). Ley de Asistencia Social. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/270\\_191214.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/270_191214.pdf)

- Cámara de Diputados. (2015). Ley de Institutos Nacionales de Salud. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/51\\_270115.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/51_270115.pdf)
- Cámara de Diputados. (2015). Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas. Recuperado de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lissfam.htm>
- Cámara de Diputados. (2015). Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISSSTE\\_240316.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISSSTE_240316.pdf)
- Cámara de Diputados. (2015). Ley del Seguro Social. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/92\\_121115.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/92_121115.pdf)
- Cámara de Diputados. (2015). **Ley** Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de [www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5436283](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5436283)
- Cámara de Diputados. (2015). Ley Federal del Trabajo. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125\\_120615.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125_120615.pdf)
- Cámara de Diputados. (2015). Ley para la Protección de los Derechos de niñas, niños y adolescentes. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de [www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/doc/LGDNNA\\_041214.doc](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/doc/LGDNNA_041214.doc)
- Constitución de la Organización Mundial de la Salud, [Const.] (1946). Preámbulo. Recuperado de [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPUM). (1917). Vigente. Recuperado de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm>
- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México. (1917). Vigente. Recuperado de <http://www.metepec.gob.mx/wp-content/uploads/2016/05/Constitucion-Politica-del-Estado-Libre-y-Soberano-de-Mexico.pdf>

# ANEXOS

## Anexo 1. Póliza de afiliación SP María del Carmen Andrade Cruz



**PÓLIZA DE AFILIACIÓN**  
COMISIÓN NACIONAL DE  
PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD



PERIODO VIGENCIA ANTERIOR: 04-Feb-2014 al 31-Mar-2014  
GENCIA POLIZA NUEVA: 01-Abr-2014 al 31-Mar-2017  
MES DE REAFILIACIÓN: Marzo 2017

FOLIO: 1505002152  
FECHA DE EXPEDICIÓN: 04-Feb-2014 1:49:38 pm

CENTRO DE SALUD: CEAPS TONATICO MARIANO MATAMOROS

MÓDULO: HOSP GRAL IXTAPAN DE LA SAL

ESTADO: MEXICO

DATOS DEL TITULAR:		APORTACIÓN FAMILIAR:	
<b>Nombre:</b>	ANDRADE CRUZ MARIA DEL CARMEN	<b>Régimen</b>	No Contributiva
<b>CURP:</b>	AACC630716MMCNR19		
<b>Domicilio:</b>	SIN NOMBRE SIN NUMERO INTERIOR SIN NUMERO, NINGUNO LOS AMATES, C.P. 51950, LOS AMATES (SAN JOSÉ DE LOS AMATES), TONATICO, MEXICO, ABAJO DE LA IGLESIA Y FRENTE A LA TIENDA DE LA SRA GRISELDA ALBARRAN		

**RELACIÓN DE BENEFICIARIOS**

No integrante	Nombre	Sexo	Fecha Nacimiento	Parentesco
05002152-1	ANDRADE CRUZ MARIA DEL CARMEN	MUJER	16-Jul-1963	TITULAR

- ESTA PÓLIZA AMPARA LOS SERVICIOS Y MEDICAMENTOS DEL CATÁLOGO UNIVERSAL DE SERVICIOS DE SALUD Y DEL FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS.

- LA VALIDEZ DE LA INFORMACIÓN DE LA CECASOEH ES DE TRES AÑOS FINALIZANDO EL 31 - MARZO - 2017. POSTERIORMENTE, PARA EFECTOS DE REAFILIACIÓN DEBERÁ APLICARSE OTRA CECASOEH POR LO QUE DEBERÁ PRESENTARSE PARA LLEVAR A CABO SU REAFILIACIÓN, DEL 01-MARZO AL 31-MARZO DE 2017 EN EL MÓDULO DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN.

- DURANTE LA VALIDEZ DE LA INFORMACIÓN DE LA CECASOEH, LAS FAMILIAS DEL RÉGIMEN NO CONTRIBUTIVO GOZARÁN DE LA REAFILIACIÓN ANUAL DE MANERA AUTOMÁTICA; LAS FAMILIAS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEBERÁN ESTAR AL CORRIENTE EN EL PAGO DE SU CUOTA FAMILIAR PARA MANTENER SUS DERECHOS VIGENTES, GOZANDO DE LA REAFILIACIÓN ANUAL SIMPLIFICADA.

- CUALQUIER MODIFICACION A LOS DATOS CONTENIDOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, FAVOR DE DIRIGIRSE AL MÓDULO DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN UBICADO EN \_\_\_\_\_

"EL SEGURO POPULAR ES PÚBLICO, AJENO A CUALQUIER PARTIDO POLÍTICO, QUEDA PROHIBIDO EL USO PARA FINES DISTINTOS AL DESARROLLO SOCIAL."

ATENDEMOS TUS DUDAS EN EL 01800 7172 583 SERVICIO GRATUITO

Representante de familia de conformidad con el Artículo 77 Bis 4,  
Fracción I, II o III de la Ley General de Salud

Firma de Conformidad y  
Acuse de recibo

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Administración del Padrón, con fundamento en el artículo 77 Bis 5, inciso A, fracción X e inciso E, fracción II de la Ley General de Salud, artículos 43, 50 y 51 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud y Capítulo VI, numerales 1 y 15 de los Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional, actualización y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud, cuya finalidad es contar con un padrón nacional que contenga la relación de familias afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud, incluida la información socioeconómica derivada de su incorporación, el cual fue registrado en el Estado de Sistemas de Datos Personales ante el Instituto Federal de Acceso a Información Pública (www.inec.org.mx) (www.inec.org.mx), mismo que de igual forma podrá ser transferido a otras dependencias e instituciones de Salud, con la finalidad de realizar el Censo de Padrones, a que se refiere en artículo 77 Bis 5, inciso A, fracción XI de la Ley General de Salud, así como de otras estadísticas previstas en la Ley. La unidad administrativa responsable del Sistema de Administración del Padrón es la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la cual, desde el momento de su creación, ejerció los derechos de acceso y consulta en términos del último párrafo del artículo 95 del Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental en el domicilio de la Unidad de Enlace que se lista en el artículo 95, Párrafo Segundo, Columna Tercera, Delegación Cuauhtémoc, México, D.F. en forma en el Módulo de Afiliación y Orientación señalada en presente Póliza. La anterior se informa en cumplimiento al inciso a) del artículo 17 de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de Federación el 30 de Septiembre de 2005.

## Anexo 2. Póliza de afiliación SP Catalina Andrade Cruz



**SEGURO POPULAR**  
COMISIÓN NACIONAL DE  
PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

**PÓLIZA DE AFILIACIÓN**



VALIDEZ DE LA PÓLIZA: 10-Jul-2014 al 09-Jul-2017  
MES DE REAFILIACIÓN: Julio 2017

FOLIO: 1511359739

FECHA DE EXPEDICIÓN: 10-Jul-2014 11:06:25 am

CENTRO DE SALUD: "CEAPS TONATICO" "MARIANO MATAMOROS"

MÓDULO HOSPITAL GENERAL IXTAPAN

ESTADO: DE LA SAL MEXICO

DATOS DEL TITULAR:		APORTACIÓN FAMILIAR:	
<b>Nombre:</b>	ANDRADE CRUZ CATALINA	<b>DECIL:</b>	2
<b>CURP:</b>	AACC880325MMCNR05	<b>Régimen</b>	No Contributiva
<b>Domicilio:</b>	SIN NOMBRE SN , RANCHERÍA LOS AMATES, C.P. 51950, LOS AMATES (SAN JOSÉ DE LOS AMATES), TONATICO, MEXICO, 3 CASAS DESPUES DE LA IGLESIA.		

RELACIÓN DE BENEFICIARIOS				
Folio integrante	Nombre	Sexo	Fecha Nacimiento	Parentesco
1511359739-1	ANDRADE CRUZ CATALINA	MUJER	25-Mar-1988	TITULAR

- ESTA PÓLIZA AMPARA LOS SERVICIOS Y MEDICAMENTOS DEL CATÁLOGO UNIVERSAL DE SERVICIOS DE SALUD Y DEL FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS.

- LA VALIDEZ DE LA INFORMACIÓN DE LA CECASOEH ES DE TRES AÑOS FINALIZANDO EL 9 - JULIO - 2017. POSTERIORMENTE, PARA EFECTOS DE REAFILIACIÓN DEBERÁ APLICARSE OTRA CECASOEH, POR LO QUE DEBERÁ PRESENTARSE PARA LLEVAR A CABO SU REAFILIACIÓN, DEL 10-JUNIO AL 09-JULIO DE 2017 EN EL MÓDULO DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN.

- DURANTE LA VALIDEZ DE LA INFORMACIÓN DE LA CECASOEH, LAS FAMILIAS DEL RÉGIMEN NO CONTRIBUTIVO GOZARÁN DE LA REAFILIACIÓN ANUAL DE MANERA AUTOMÁTICA; LAS FAMILIAS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEBERÁN ESTAR AL CORRIENTE EN EL PAGO DE SU CUOTA FAMILIAR PARA MANTENER SUS DERECHOS VIGENTES, GOZANDO DE LA REAFILIACIÓN ANUAL SIMPLIFICADA.

- CUALQUIER MODIFICACION A LOS DATOS CONTENIDOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, FAVOR DE DIRIGIRSE AL MÓDULO DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN UBICADO EN \_\_\_\_\_

"EL SEGURO POPULAR ES PÚBLICO, AJENO A CUALQUIER PARTIDO POLÍTICO. QUEDA PROHIBIDO EL USO PARA FINES DISTINTOS AL DESARROLLO SOCIAL."

ATENDEMOS TUS DUDAS EN EL 01800 7172 583 SERVICIO GRATUITO

Representante de familia de conformidad con el Artículo 77 Bis 4,  
Fracción I, II o III de la Ley General de Salud

Firma de Conformidad y  
Acuse de recibo

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Administración del Padrón, con fundamento en el artículo 77 Bis 5, inciso A, fracción X, e inciso B, fracción II de la Ley General de Salud, artículos 49, 50 y 51 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud y Capítulo VII, numerales 1 y 15 de los Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud, cuya finalidad es contar con un padrón nominal que contenga la relación de familias afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud, incluída la información socioeconómica derivada de su incorporación, el cual fue registrado en el listado de Sistemas de Datos Personales ante el Instituto Federal de Acceso y Información Pública (<http://www.ifa.org.mx/>), mismo que de igual forma podrán ser transmitidos a otras dependencias e instituciones de Salud, con la finalidad de realizar el Censo de Padrones a que se refiere el artículo 77 Bis 5, inciso A, fracción XI de la Ley General de Salud, además de otras transmisiones previstas en la Ley. La unidad administrativa responsable del Sistema de Administración del Padrón es la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección en términos del último párrafo del artículo 66 del Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental es en el domicilio de la Unidad de Enlace que se ubica en Reforma, No. 99, Plante baja, Colonia Tabacalera, Delegación Cuauhtémoc, México, D.F. así como en el Módulo de Afiliación y Orientación señalado en la presente Póliza. Lo anterior se informa en cumplimiento al trigésimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de Federación el 30 de Septiembre de 2005.

Anexo 3. Recibo Único de Pago



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



ENGRANDE  
R.F.C. ISE-870331-CR6



RECIBO ÚNICO

1/ No.:

182138

2/ FECHA: 24-07-2014 3/ No. DE EXP.: SN 4/ T. DE ATENCIÓN: URGENCIAS

5/ CUOTA: CINCO 5

6/ RECIBIMOS DE: MARIA ANDRADE CRUZ

7/ CON DOMICILIO: TONATICO

8/ R.E.C.: NO APLICA

POR LOS SIGUIENTES SERVICIOS:

9/ CLAVE DE SERVICIOS	10/ DESCRIPCIÓN	11/ CANTIDAD	12/ VALOR UNITARIO	124.00 MONTE
	Consulta urgencias	1	112.00	112.00
360-03	venocisis	1	86.00	86.00
200-00	Biometría Hemática	1	177.00	177.00
193-26	Química sanguínea (8)	1	72.00	72.00
120-14	electrocardiograma en reposo	1	124.00	124.00
010-07	Observación de 12 a 23 hrs	1	69.00	69.00
198-00	Electrolitos sericos (3)	1		

13/ TOTAL \$ 764.00 (SESENTA Y CUATRO PESOS 00/100 M.N.)

14/ TOTAL \$ 764.00

HOSPITAL GENERAL DE IXTAPALUCA  
VALLE DE LA SIERRA  
SECCION DE URGENCIAS  
SELLO

EMELIA ALBARRAN GARCIA

15/ CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA: 15080400001001M018

16/ NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO

17/ CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA

Anexo 4. Evidencia de pago de terapias

**DIF**  
TONATICO MEXICO

**UNIDAD DE REHABILITACION  
E INTEGRACION SOCIAL**

**DEPARTAMENTO**

Tonalico, Méx., a 20 de Agosto de 2019.

Recibi de: Marg del Carmen Andrade

la cantidad de : \$ 2000.00 con letra

Por concepto de: T.T.T. y T.O

[Firma] **RECIBO** No. **11739**

FIRMA Y SELLO

**DIF**  
TONATICO MEXICO

**UNIDAD DE REHABILITACION  
E INTEGRACION SOCIAL**

**DEPARTAMENTO**

Tonalico, Méx., a 2 de Septiembre de 2019.

Recibi de: Marg del Carmen Andrade

la cantidad de : \$ 2000.00 con letra

Por concepto de: T.T.T. y T.O

[Firma] **RECIBO** No. **11858**

FIRMA Y SELLO

Anexo 5. Recibo Único de Pago Familia Hernández Guzmán



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO  
R.F.C. ISE-870331-CR6



**RECIBO ÚNICO**

1/ No.: **19409916**

2/ FECHA: 03/10/2014 3/ No. DE EXP.: S/N 4/ T. DE ATENCIÓN: PEDIATRIA

5/ CUOTA: CINCO 5

6/ RECIBIMOS DE: HERNANDEZ GUZMAN ANGEL EDUARDO

7/ CON DOMICILIO: IX TAPAN DE LA SAL 8/ R.F.C.: 0

**POR LOS SIGUIENTES SERVICIOS:**

9/ CLAVE DE SERVICIO	10/ DESCRIPCIÓN	11/ CANTIDAD	12/ VALOR UNITARIO	13/ IMPORTE
196-22	Electrolitos (6)	1	187,00	187,00
193-26	Química sanguínea (6)	1	177,00	177,00
190-00	Pruebas de funcionamiento hepático	1	375,00	375,00
196-00	Electrolitos sericos (3)	1	69,00	69,00
193-01	glucosa	2	23,00	46,00
0	GENERAL	0	0,00	0,00
0	GENERAL	0	0,00	0,00
14/ TOTAL:				\$ 854,00

15/ CANTIDAD CON LETRAS: CINCUENTA Y CUATRO PESOS 00/100 (M.N.) \$ 854,00

CAJA  
15080400001001M018

ISRAEL JUAREZ MILLAN  
16/ NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO

15080400001001M018  
17/ CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA

## **145. ESTABILIZACIÓN EN URGENCIAS POR CRISIS HIPERTENSIVA**

### **Descripción**

Esta intervención está enfocada a la crisis hipertensiva que se define arbitrariamente como una severa elevación de la presión arterial generalmente considerada la de la cifra diastólica mayor a 120 - 130 mmHg.

Las Crisis Hipertensivas se dividen en emergencias y urgencias.

Las emergencias hipertensivas implican un estado de mayor gravedad y peor pronóstico, por la presencia de daño a un órgano terminal y la evidencia inminente de un rápido o progresivo deterioro a nivel neurológico, miocárdico o renal, típicamente son condiciones en las cuales el súbito aumento de las cifras tensionales requieren reducirse de manera inmediata a través de medicaciones por vía endovenosa, en un lapso de horas, mientras que las urgencias hipertensivas, son formas menos graves de hipertensión arterial pero no por esto menos importantes, y que también requieren la reducción de las cifras en forma gradual, generalmente en un periodo de 24 a 48 horas, de manera paulatina, incluso en días a través de medicamentos por vía oral. No hay un nivel arbitrario de cifras de presión arterial que las distinga.

Los pacientes con emergencias hipertensivas (encefalopatía hipertensiva, hemorragia intracerebral, infarto e isquemia al miocardio, disección aórtica, insuficiencia renal y la eclampsia) tendrán que ser hospitalizados, en el caso de urgencias hipertensivas, la mayoría de estos enfermos, no requieren de hospitalización, comúnmente se inicia el tratamiento por vía oral en la sala de urgencias y se egresan en las próximas 12 – 24 horas. Al igual que en las emergencias hipertensivas deben evitarse reducciones precipitadas de la presión arterial, a una cifra diastólica no mayor del 20% de la cifra original. Si estos enfermos ya recibían tratamiento antihipertensivo al adicionar un segundo medicamento con diferente mecanismo de acción se logran los objetivos deseados.

Se incluyen estudios de laboratorio, gabinete y medicamentos, para la atención de la urgencia hipertensiva y su estabilización en la sala de urgencias.

### **Auxiliares de diagnóstico**

- Biometría hemática completa.
- Colesterol total en sangre.
- Colesterol en sangre fracciones HDL/LDL.

- Examen general de orina.
- Química sanguínea de 5 elementos.
- Electrolitos séricos.
- Radiografía de tórax.
- Electrocardiograma. (CAUSES, 2012, p. 217)

## **146. ESTABILIZACIÓN DE URGENCIA DEL PACIENTE DIABÉTICO**

### **Descripción**

La diabetes mellitus es un padecimiento con trastornos sistémicos que afectan al metabolismo de carbohidratos, proteínas y grasas. Puede afectar cada uno de los órganos y sistemas del cuerpo y causar complicaciones a largo plazo, y de no tratarse poner en riesgo la vida, causar descompensación en un momento dado y provocar hiperglucemia sérica, por lo cual el manejo del paciente diabético debe ser en urgencias. En el paciente pediátrico es una de las formas con las que cursa la Diabetes mellitus tipo 1 en el 35 a 40% de los casos; el riesgo de cetoacidosis diabética en niños con DM 1 es de 1 a 10%, siendo más frecuente en los que tienen pobre control metabólico, con episodios previos, adolescentes o prepuberales, además en los que presentan desordenes psiquiátricos, incluyendo alteraciones en la alimentación.

La mortalidad es del 5 a 10%, y se incrementa el riesgo en los pacientes que presentan alguna complicación asociada, principalmente edema cerebral.

Presenta signos y síntomas como: anorexia, náusea, vómito, poliuria, polidipsia y dolor abdominal, evolucionando con alteraciones en el estado de conciencia, con la exploración física se encuentran respiración acidótica y signos de depleción de volumen.

Todos los pacientes con cetoacidosis presentan una enfermedad desencadenante del cuadro hasta demostrar lo contrario, por lo que inintencionalmente se debe buscar un foco infeccioso agregado. En caso de que la urgencia sea desencadenada por un proceso infeccioso debe sumarse la intervención correspondiente para su atención.

El tratamiento es a base de Infusión intravenosa de insulina rápida 0.1 UI/kg de peso/hora. Solo en caso de no haber datos de hipoperfusión se puede utilizar de forma alternativa la vía intramuscular con insulina de acción ultra rápida. Una vez que el paciente se encuentre en condiciones de iniciar la vía oral, podemos considerar el uso de insulina subcutánea con el esquema de insulina de acción intermedia y rápida.

Esta intervención brinda atención médica de urgencias hasta su estabilización y envío a servicio especializado para su atención integral. Incluye estudios de laboratorio, gabinete y medicamentos de urgencia.

**Auxiliares de diagnóstico**

- Biometría hemática completa.
- Colesterol total en sangre.
- Colesterol en sangre fracciones HDL/LDL.
- Examen general de orina.
- Química sanguínea de 5 elementos.
- Electrolitos séricos.
- Radiografía de tórax.
- Electrocardiograma. (CAUSES, 2012, p. 219)

## Anexo 7: Funciones del Gestor de Servicios de Salud

CLASIFICACIÓN	FUNCIÓN
Atención de beneficiarios	<p>Tutelar los derechos de los afiliados en las diferentes carteras de servicios de salud que ofrece el SPSS</p> <p>Evaluar la satisfacción del beneficiario</p> <p>El proceso de gestión de los servicios de salud para pacientes financiados por el FPGC será mediante el Gestor</p> <p>Proporcionar asesoría a os pacientes del FPGC</p> <p>Promover, orientar, asesorar y vigilar en el apego al CAUSES y de los protocolos de atención médica en el caso del FPGC por parte de los prestadores de servicios</p> <p>Apoyar al beneficiario para la obtención de citas, de acuerdo a los protocolos de manejo autorizados para las diferentes carteras de servicios</p> <p>Gestionar ante el prestador de servicios el derecho del afiliado a una segunda opinión médica, en caso de así requerirse.</p> <p>Dar seguimiento a la atención médica continua (referencia y contrareferencia) del beneficiario a través del expediente clínico.</p> <p>Colaborar en la distribución de pacientes entre las unidades, a fin de equilibrar la demanda.</p>
Medicamentos	<p>Verificar oportunidad, suficiencia y utilización racional de los recursos.</p> <p>Identificar el proceso implementado en la entidad para la adquisición de los medicamentos para pacientes del SPSS (licitación pública y subrogación).</p> <p>Verificar que el inventario de las claves del cuadro básico y catálogo de medicamentos del CAUSES se encuentre de manera física en la farmacia de la unidad médica, identificar claves faltantes y la caducadas.</p> <p>Conocer incidencia epidemiológica de su área de responsabilidad, para poder identificar las claves de mayor y menor movimiento y evitar el desabasto o vencimiento de caducidades</p> <p>Tener el registro de recetas médicas surtidas al cien por ciento.</p> <p>Conocer el proceso de surtimiento de medicamentos a las unidades médicas.</p>
Gastos catastróficos	<p>Conocer los casos ingresados al SIGGC, con el fin de apoyar las actividades de su seguimiento</p> <p>El gestor deberá estar involucrado y participar activamente con la identificación de los casos de los Gastos Catastróficos para mantener la corresponsabilidad con el prestador de servicios.</p> <p>Conocer el funcionamiento del Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos (SIGGC).</p> <p>Atender a los lineamientos que emita la CNPSS para el ejercicio de las funciones del Gestor de servicios de salud y su interrelación con el proceso CNPSS-REPSS-GESTOR, sobre el seguimiento y supervisión de casos del FPGC.</p> <p>Coadyuvar en el marco del FPGC, en el seguimiento clínico del beneficiario a través de la auditoría de expedientes clínicos.</p> <p>Conocer el diagnóstico de Salud Situacional de su área de responsabilidad, así como propiciar su actualización.</p> <p>Informar de acuerdo a lo establecido por los REPSS, todas las actividades realizadas en los diferentes rubros que así lo requieran.</p>
Evaluación del desempeño	<p>Conocer el diagnóstico de salud situacional de su área de responsabilidad, así como propiciar su actualización.</p> <p>Informar de acuerdo a lo establecido por los REPSS, todas las actividades realizadas en los diferentes rubros que así lo requieran.</p>

CLASIFICACIÓN	FUNCIÓN
Afiliación	<p>Apoyar al área de Afiliación en la asesoría para el proceso de afiliación y reafiliación de conformidad con la planeación establecida por el REPSS y atendiendo la normatividad vigente</p> <p>Colaborar en la identificación de las familias que cuenten con un recién nacido en territorio nacional a partir del 1 de diciembre del 2006, y mujeres embarazadas para promover, difundir y concretar su afiliación</p> <p>Actualizarse con respecto al número de afiliados por unidad.</p>
Red de prestadores de servicios	<p>Identificar la capacidad instalada faltante o sin utilizar para la oferta de los servicios, en la red, a fin de orientar al respecto a los beneficiarios.</p> <p>Contribuir a mantener actualizado el directorio de la red de prestadora de servicios.</p>
Acreditación de unidades médicas	<p>Vigilar el plan de acción para la acreditación de unidades de salud.</p> <p>Vigilar el mantenimiento de las condiciones de acreditación de las unidades.</p>
Convenios	<p>Contribuir en lo que corresponda al seguimiento de los Convenios Interestatales de prestación de servicios.</p> <p>Orientar al prestador de servicios y al usuario, sobre los beneficios y exclusiones de atención que los beneficiarios interestatales tienen en el marco del Convenio Interestatal de Prestación de Servicios.</p>
Satisfacción del beneficiario	<p>Realizar visitas domiciliarias a beneficiarios del Sistema para seguimientos de acuerdo a casos especiales.</p> <p>Aplicar el procedimiento establecido en su entidad, para conocer el uso y satisfacción del beneficiario de los servicios recibidos.</p>
Capacitación	<p>Mantener actualizado al prestador de servicios al respecto del alcance de cada intervención.</p> <p>Mantener capacitado al personal del MAO con respecto a las carteras de servicios.</p>
Difusión	<p>Coadyuvar en la entrega, explicación y difusión de la Carta de Derechos y Obligaciones del Afiliado.</p> <p>Promover el uso de la póliza de afiliación para facilitar su identificación y vigencia.</p> <p>Promover el uso responsable de los servicios de salud por los beneficiarios del sistema.</p> <p>Informar al beneficiario sobre el alcance de su derecho y el mecanismo a seguir establecido por el prestador del servicio, en caso de requerir acciones fuera de las carteras de servicios.</p> <p>Divulgar y orientar entre los beneficiarios los mecanismos para presentación de quejas, sugerencias y felicitaciones relativas a la prestación de servicios.</p> <p>Analizar y contribuir al seguimiento de las quejas de los afiliados.</p> <p>Participar en la supervisión y apertura de buzones de quejas.</p>

## Anexo 8. Interpretación del Estudio Doppler

### LABORATORIO DE APOYO Y DIAGNÓSTICO ANÁLISIS CLÍNICOS • RAYOS "X" • ULTRASONIDO • COLPOSCOPIA • MASTOGRAFÍA • TOMOGRAFÍA

CLAVE: K- 6997  
FECHA: 29 DE JUNIO DEL 2015  
PACIENTE: ANDRADE CRUZ MARIA DEL CARMEN  
EDAD: 52 AÑOS  
DR.

Por medio de tiempo real con transductor lineal multifrecuencia de 7.5 a 12 Mhz. se realiza ultrasonido vascular periférico sobre miembro pélvico izquierdo Observando:

La arteria femoral (superficial y profunda), la arteria poplitea, tronco tibio peroneo, tibial anterior, posterior, peronea, dorsal anterior del pie con velocidades de flujo sanguíneo disminuidos. Revisando las arterias con un Angulo Doppler de 60° nos da las siguientes velocidades.

La arteria femoral común izquierda con una velocidad de 62 cm/seg.  
La arteria poplitea izquierda con una velocidad de 19 cm/seg.  
La arteria dorsal del pie izquierdo con una velocidad de 9 cm/seg.

La pared arterial aparece normal, ecogénica y la luz permeable, con un grosor de la intima de 1 mm. La dorsal del pie izquierdo midió 2 mm.

En el retorno venoso profundo se reviso, la vena femoral común, y la confluencia de la vena femoral con la superficial y profunda apreciándose con flujo venoso lento.

La unión safeno- femoral normal.  
En el muslo se delimitan los espacios epifacial, el safeno y el muscular, además de observar a la safena con su ligamento safeno. La safena se observa en todo su trayecto del muslo hasta el tobillo. En el muslo midió 4 mm y en la pierna 2 mm., y el flujo venoso es lento.  
La vena poplitea con flujo venoso lento.

Las venas tibiales dentro del espacio muscular se observan dilatadas con flujo venoso lento, estancado y retrogrado.

#### Impresión Diagnostica

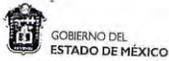
Insuficiencia arterial.  
Insuficiencia venosa profunda y superficial izquierda.

Dr. Diego Gustavo García Montero  
Cédula Profesional: 844417  
Médico Ultrasonografía  
Asociación Mexicana de Ultrasonido en Medicina  
Diplomado en Ultrasonido UNAM

COLEGIO DE MEDICOS ESPECIALISTAS, DIPLOMADOS O CERTIFICADOS EN  
ULTRASONIDO DIAGNOSTICO A.C.

GENARO DÍAZ MAÑÓN N° 129 • TENANCINGO, MÉX. • TEL. Y FAX (714) 142 46 21  
EDIFICIO DE CRISTAL (FRENTE AL HOSPITAL GENERAL TENANCINGO).

Anexo 9. Referencia al Hospital General de México



GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

SECRETARIA DE SALUD  
HOJA DE REFERENCIA

FOLIO: B 623006 SRC

Fecha 17/08/15 No. de control \_\_\_\_\_ Clasificación Socioeconómica \_\_\_\_\_  
 ADULTO  PEDIATRICO  
 NUMERO PÓLIZA DE SEGURO POPULAR: 1505002152 URGENCIA SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 CLAVE DE INTERVENCIÓN CAUSES \_\_\_\_\_

II

NOMBRE (S) ANDRADE CRUZ MARIA DEL CARMEN  
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)  
 NOMBRE DEL FAMILIAR O RESPONSABLE CATALINA ANDRADE CRUZ  
 NUMERO DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

III

UNIDAD QUE REFIERE H.M. RAMON LOPEZ RAYON BICENTENARIO COATEPEC HARINAS

IV

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE HOSPITAL GENERAL DE MEXICO  
 DOMICILIO \_\_\_\_\_  
CALLE NUMERO COLONIA  
 SERVICIO AL QUE SE ENVIA ANGIOLOGIA  
 NOMBRE DEL MEDICO QUE ACEPTA LA REFERENCIA \_\_\_\_\_

V

MOTIVOS DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLINICO DEL PADECIMIENTO): T.A. 110/70 TEMP. 36.2 F.R. 78  
 FC. 20 PESO \_\_\_\_\_ TALLA \_\_\_\_\_ ESCALA DE GLASGOW 15 SILVERMAN \_\_\_\_\_  
 LLENADO CAPILAR adecuado  
 PADECIMIENTO ACTUAL Inicia padecimiento de 2 meses de evolucion con aumento de volumen de pierna y pie izquierdo, eritema y dolor por lo que acude a esta unidad donde se diagnostica insuficiencia vascular mixta e ibicia tratamiento con evolucion torpida.  
 EVOLUCIÓN EF: Coniente, tranquila, reactiva, bien conformada, hidratada, sin compromiso c ardiopiratorio, abdomen blando depresible no doloroso no datos de irritacion peritoneal, peristalsis adecuada, extremidades con edema y eritema de pie izquierdo, doloroso a la palpacion, lesiones ulcerosas en region posterior de pierna sin atos de infeccion en este momento, llenado  
 ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE capilar distal de 2 segundos, pulsos disminuidos  
Se realizo USG DOPLER EL CUAL REPORTA INSUFICIENCIA ARTERIAL Y VENOSA

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA INSUFICIENCIA VASCULAR MIXTA DE MIEMBROS PELVICOS  
SE ENVIA PARA SU VALORACION Y TRATAMIENTO

<p><u>P.A.</u> DR ERNESTO ESCOBAR PRADO NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD</p>	<p>DR FERNANDO LOPEZ FUENTES NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO QUE REFIERE</p>
---	--

ORIGINAL PACIENTE

217B20000-181-07

Anexo 10. Primer Consulta en Angiología

*PRÓXIMA CITA MARTES 1 SEPTIEMBRE 13:30*

**M.C. Hugo Carrasco González**

CED. PROF. 1994529 LIMEM  
CED. DE CIRUGÍA 1212191 INIAM  
CED. DE ANGIOLOGÍA 6442617 INIAM

*México Especialista*  
Cirugía General y Laparoscopia (Postgraduado Hospital Español de México). Miembro de la Sociedad y Certificado por el Consejo Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular (Postgraduado del ISSSTE). Miembro de la Sociedad y Certificado por el Consejo

---

Nombre *Ma. del Carmen Andrea Cruz* Fecha *25/09/15* Edad *52*  
 Sexo *F* Talla *1.60* Temp. *36.5*

\* *Cilostazol 100mg* *1/2* *0* *1/2* *CIRCUFEROMETRIA*  
*1/2* *0* *1/2* *Temp.*

& *CABAPENTINA 300mg* *1* *1* *1* *NOUPOUSIA (SUSPENDER)*

\* *TROPA Fco acos* *1* *1* *1* *DOXA CONTINUA*  
*6gols* *6gols* *6gols* *6gols*

IDX: \_\_\_\_\_  
 Próxima cita *ISQUEMIA CRÓNICA*

*hugocg1976@yahoo.com.mx*



*Centro de la Estrella 100 Col. Boreto Jalisco  
Ibárrua, Estado de México, C.P. 10190  
Serv. Consultorio 2da planta consultorio 204  
Tel. (722) 240 4781  
Consultorio 2do 2014, 2do 2011.*



*Polio Anestésico 427ps.  
Morelia, Edo. de México.  
Centro Médico  
Piso 3, consultorio 304  
Tel. (722) 228 7742*



*Puntos de Atención Guaymas 209 Col. Morelia  
Ibárrua, Estado de México - C.P. 10120  
Serv. Consultorio 506  
Tel. (722) 338 3157, 390 6469  
Consultorio 211 4020.*

Anexo 11. Contestación de Oficio H.G. Ixtapan de la Sal



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



enGRANDE

"2016. Año del Centenario de la Instalación del Congreso Constituyente"

Ixtapan de la Sal, México,  
03 de junio del 2016  
Oficio Número 217B500430/0445/2016

**Lic. Daniel Dominguez Dominguez**  
**Presidente de la Asociación Amor que Salva A.C.**  
**P r e s e n t e:**

Por medio de la presente le envío un cordial saludo, así mismo en atención a su petición de fecha 02 d junio del año en curso, anexo al presente copias requeridas sobre Ultrasonido Doppler de miembro pélvico izquierdo y copia de la hoja de referencia al Hospital Juárez de México y contrarreferencia de la misma, de la paciente María del Carmen Andrade Cruz.

Sin otro particular, me despido de usted.

**Atentamente**

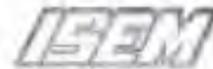
**Dr. Ricardo P. Guadarrama Vázquez**  
**Director**  
**Hospital General Ixtapan de la Sal**

S.C.P. - ARCHIVO

Anexo 12: Hoja de Egreso Hospitalario (Anverso)



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



<b>Hoja de Egreso</b>			FECHA <b>12 Nov 15</b>
UNIDAD MÉDICA <b>Hospital General Ixtapan de la Cañal</b>			Nº EXPEDIENTE
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE <b>Andrade Cruz María del Carmen</b>			EDAD <b>52 años</b>
SERVICIO <b>Cirugía</b>	FECHA DE EGRESO <b>04 Nov 15</b>	TIPO DE EGRESO 1 - ENVÍO PROGRAMADO 2 - ENVÍO URGENTE 3 - ORDENADO DIRECTO	FECHA DE RECEPCIÓN DE EGRESO <b>12 Nov / 15</b>
DIAGNÓSTICOS <b>Insuficiencia arterial y venosa de MPI</b>		CODIFICACIÓN	
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS <b>Ninguna</b>		CODIFICACIÓN	
RESULTADOS DE ESTUDIOS PATOLÓGICOS		CODIFICACIÓN	
COMPLICACIONES <b>Ninguna</b>		CODIFICACIÓN	
MOTIVO DE ALTA		CON PASAJE A	
0 - CURACIÓN 1 - ABANDONO TRATAMIENTO 2 - VOLUNTARIA 3 - TRASLADO 4 - NO AMERITA TRATAMIENTO	5 - MEJORA 6 - DEFUNCIÓN SIN AUTOPSIA 7 - DEFUNCIÓN CON AUTOPSIA 8 - DIFERIDO (alta temporal)	1 - CONSULTA EXTERNA 2 - UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN 3 - OTRA UNIDAD 4 - UNIDAD AUXILIAR	<b>8</b> MEDICO <b>Dr. Darabía Cu. NIE Jaramillo</b>
DÍAS DE ESTANCIA <b>siete</b>			

Anexo 12: Hoja de Egreso Hospitalario (Reverso)

CENTRO DE ORIGINACION		HOJA DE EGRESO			
		CATEGORÍA			

RESUMEN CLÍNICO DEL TRATAMIENTO Y ESTADO CLÍNICO AL EGRESO

Paciente femenina de 52 años de edad, cursando con su ~~cuarto~~ día intra hospitalario, se encuentra consciente orientada con buena coloración e hidratación de tegumentos, sin fiebre e leucocitos, cardiopulmonar sin compromiso evidente, abdomen blando, insensible sin datos de irritación peritoneal, extremidades inferiores izquierdas con úlceras, pulso pedio y tibiales palpable recto sin alteración, con glucosurias dentro de los valores normales. Paciente a la cual se le brindó tratamiento en esta unidad, se consigue valoración por Angiología en el Hospital General Juárez de México, donde fue valorada y se le ofreció el ingreso y se le solicite laboratorios, lo cual no pudo ser posible debido a que no está en sus posibilidades económicas.

DATOS DE PRODUCTO O DE LOS PRODUCTOS DE ESTA GESTACIÓN

PRODUCTO DE ESTA GESTACIÓN	SEMESTRE DE DELIVERY	PESO A NACER (GRAMOS)	SEXO		MURTE FETA	CAUSAS DE LA MUERTE FETA	NACIDO VIVO	EVALUACIÓN (ECLAAPGAR)	MURTE (ED - DATE)
			F	M					

NECROPSIA

COBRACIÓN

NECROPSIA		COBRACIÓN			

PROBLEMAS CLÍNICOS PENDIENTES Y PLAN TERAPÉUTICO

Cita abierta a urgencias en caso de presentar dolor intenso, hiperglucemia  
Ver receta

OTROS DATOS DE INTERÉS


NOMBRE COMPLETO Y RAMA DEL MÉDICO PATÓLOGO

--

## Anexo 13. Solicitud de Ingreso al Hospital Juárez de México



AQS: AMOR QUE SALVA A.C.

"UNIRAS SUSTENTARAS TU VIDA  
Y COMPASIONARAS TU ANIMAS"

**ASUNTO:** Solicitud de Admisión al  
Servicio de Angiología.

Tonalico, México a 19 de noviembre de 2015

**HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**

**P R E S E N T E**

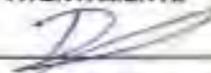
La que suscribe **AQS: AMOR QUE SALVA A.C.**, Asociación Civil sin fines de lucro constituida legalmente el 5 de abril del presente año ante la Notaría Pública No. 71 del Estado de México, se dirige a usted de la manera más atenta y respetuosa para solicitar la admisión de la **Sra. María del Carmen Andrade Cruz** en el servicio de **Angiología**, quien debido a la situación de urgencia que presenta su actual estado de salud, ha debido sobrepasar los protocolos que señala el Hospital General de Ixtapan de la Sal para ser referida por segunda ocasión a la Institución de Salud que honorablemente dirige. El fracaso de la primera referencia de la paciente a este hospital, se debió a la precaria información otorgada por el Hospital General respecto a los costos médicos que debían ser cubiertos por la paciente y a la falta de recursos económicos disponibles de la familia, situaciones que les impidieron aceptar la atención.

La familia Andrade Cruz ha realizado enormes esfuerzos para conseguir los recursos necesarios para iniciar la atención médica de la Sra. María del Carmen, motivo por el cual **AQS: AMOR QUE SALVA A.C.**, se solidariza con ellos al otorgarles su apoyo moral y al dar constancia de su precaria condición económica familiar, a fin de que oportunamente sean ubicados en el tabulador de costos, en el nivel más bajo.

Concededores de la calidad, ética y humanismo expresado en la misión del Hospital Juárez de México, con la que se comprometen a otorgan sus servicios a la población agradecemos la atención brindada a nuestra solicitud.

Sin otro particular por el momento aprovecho la ocasión para enviarte un cordial saludo

ATENTAMENTE

  
LIC. DANIEL DOMÍNGUEZ DOMÍNGUEZ  
PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN

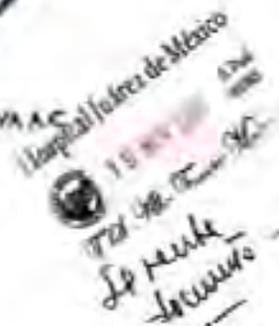


AMOR QUE SALVA A.C.

C.C.P. Trabajo Social  
C.C.P. Angiología

Se anexa Constancia de Situación Socio-Económica

AQS: AMOR QUE SALVA A.C.  
TEL: 01 721 1410000  
E-MAIL: amorquesalva@live.com



## Anexo 14. Constancia de Situación Socio-económica



### CONSTANCIA DE SITUACIÓN SOCIO-ECONÓMICA

AQS: AMOR QUE SALVA A.C.

"PODRE EDUCAMOS TU VOZ  
Y COMPRENDERÁS TU ANIMADA"

Tonatico, México, a 16 de Noviembre de 2015.

Por medio de la presente se hace CONSTAR:

Que la Familia Andrade Cruz se encuentra integrada por María del Carmen Andrade Cruz de 52 años, Catalina Andrade Cruz de 28 años y Daniel Andrade Cruz de 24. Tienen domicilio en San José los Amates, Municipio de Tonalico, Estado de México. Cuentan con ingresos familiares mensuales de \$2,200.00 (dos mil doscientos pesos 00/100 M.N.), provenientes del trabajo de Daniel Andrade Cruz, quien labora como campesino en el Municipio de Tonalico.

La familia no cuenta con Seguridad Social, estando afiliados al Seguro Popular la Sra. María del Carmen y Catalina Andrade Cruz. Daniel Andrade Cruz no se encuentra afiliado. La Sra. María del Carmen es diabética e hipertensa, tiene una capacidad visual reducida al 10%. Catalina Andrade Cruz padece obesidad mórbida, tiene un padecimiento visual congénito progresivo que culminará con la pérdida total de su visión, actualmente tiene una capacidad visual del 60%.

La Familia Andrade Cruz no cuenta con casa propia, la que actualmente habitan pertenece a la madre de la Sra. María del Carmen, quien falleció en el año 2005. La casa legalmente se encuentra infestada. Los materiales de construcción de la vivienda son paredes de adobe, techos de teja, piso de concreto. La vivienda cuenta con servicio de luz, no cuenta con servicios de agua potable ni drenaje. Consta de una cocina de leña, dos habitaciones y una letrina. La familia no cuenta con aparatos electrónicos ni de línea blanca, la pa

A pesar de que la Sra. María del Carmen tiene 11 hermanos, no cuenta con un sistema de apoyo, debido a la también precaria situación económica de sus familiares.

A partir de la investigación realizada se concluye que la familia Andrade Cruz se encuentra en situación de **Pobreza Alimentaria**, definida por el CONEVAL como la incapacidad para obtener una canasta básica alimentaria, aun si se hiciera uso de todo el ingreso disponible en el hogar para comprar sólo los bienes de dicha canasta.

ATENTAMENTE

Rocio Aguilón Domínguez  
TRABAJADORA SOCIAL



Vo. Bo.

Lic. Daniel Domínguez Domínguez  
PRESIDENTE DE AQS

AQS: AMOR QUE SALVA A.C.  
TEL: 01 721 1410000  
E-MAIL: amorquesalva@live.com

Anexo 15. Recibo de Pago: Consulta Urgencias

 **HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**   
**RECIBO ÚNICO DE INGRESOS**  
AV. INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL No. 5142  
COL. MAGDALENA DE LAS SALINAS  
DELEG. GUSTAVO A. MADRUGA  
MÉXICO D.F. C.A. 07790  
R.F.C.: HJM050127 ADO **1592904**

EXPEDIENTE No.: **URG** FECHA: 19/11/2015 09:55:44 a.m.  
**1592904**  
NOMBRE: **MA. DEL CARMEN ANDRADE**  
DOMICILIO: CVE: UNIDAD: **1200902**  
COLONIA:  
DELEG. MUNICIPIO:

CLAVE SERVICIO	CONCEPTO	MONTO
0002	Consulta de especialidad de primera vez	135.00

**NIVEL DE CUOTA: 3** TOTAL: 135.00

F.J.O.H.  
INGALES Y RUBRICA DEL CAJERO

**IMPORTANTE:**  
Para el reembolso del presente recibo, el MEDICO DE BASE AUTORIZADO deberá anotar su nombre, cédula, cargo y servicio; así como la causa de la cancelación en forma muy clara, posteriormente acudir al servicio tratante para trámite de devolución.

EXPEDIENTE GRACIAS

Anexo 16. Carnet: Nivel de Cuota Asignado

**TU SALUD ES LO MÁS IMPORTANTE, ¡CUIDATE!**

**NO OLVIDES TU PRÓXIMA CITA**

El tiempo que se reserva para tu atención médica es importante, no faltes o cambia tu cita con anticipación.

**NO OLVIDES SEGUIR LAS INDICACIONES DE TU MÉDICO**

Para tu pronta recuperación es importante seguir cuidadosamente las indicaciones de tu médico, así mejorarás rápidamente.

**NO OLVIDES TOMAR TUS MEDICAMENTOS**

"Los bienes propiedad del hospital que sean sustraídos o retenidos sin el consentimiento correspondiente constituye un delito federal".

Una parte importantísima de tu recuperación está en la toma de medicamentos, no olvides tomarlos según las indicaciones de tu médico, te evitará recaída y complicaciones.

**Hospital Juárez de México**  
 Av. Instituto Politécnico Nacional No. 5160  
 Col. Magdalena de las Salinas  
 Deleg. Gustavo A. Madero C.P. 07760  
 Conmutador 57 47 75 60 al 89  
 Trabajo Social Ext. 7439  
 Admisión Ext. 7438  
 Informes Ext. 7549  
 Archivo Clínico Ext. 7267

**SECRETARÍA DE SALUD**  
**HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**

Av. Instituto Politécnico Nacional No. 5160  
 Col. Magdalena de las Salinas C.P. 07760 México, D.F.




**CARTILLA DEL PACIENTE**

100 46 27

<p><b>CLASIFICACIÓN SOCIO-ECONÓMICA 1.</b></p> <p>Nombre de la Trabajadora Social que realizó el Estudio: <u>N. LUNO</u></p> <p>Nivel Socio-Económico: <u>Hospital Juárez de México</u></p> <p>Fecha del Estudio Socio-Económico: <u>4 Prof</u></p> <p>Firma de la Trabajadora Social: <u>T. S. Alba Fuentes Matron</u></p>	<p><b>CLASIFICACIÓN SOCIO-ECONÓMICA 2.</b></p> <p>Nombre de la Trabajadora Social que realizó el Estudio: _____</p> <p>Nivel Socio-Económico: _____</p> <p>Fecha del Estudio Socio-Económico: _____</p> <p>Firma de la Trabajadora Social: _____</p>
<p><b>CLASIFICACIÓN SOCIO-ECONÓMICA 3.</b></p> <p>Nombre de la Trabajadora Social que realizó el Estudio: _____</p> <p>Nivel Socio-Económico: _____</p> <p>Fecha del Estudio Socio-Económico: _____</p> <p>Firma de la Trabajadora Social: _____</p>	<p><b>CLASIFICACIÓN SOCIO-ECONÓMICA 4.</b></p> <p>Nombre de la Trabajadora Social que realizó el Estudio: _____</p> <p>Nivel Socio-Económico: _____</p> <p>Fecha del Estudio Socio-Económico: _____</p> <p>Firma de la Trabajadora Social: _____</p>

Anexo 17. Recibo de pago: Estudios de Laboratorio.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**  
**RECIBO ÚNICO DE INGRESO**

AV. INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL, No. 2782  
COL. NAHOALENA DE LAS SALINAS  
DELEG. GUSTAVO A. MADRUGA  
MÉXICO D.F., C.P. 07700  
R.F.C.: HJM050127-000

1592966



EXPEDIENTE No.: **URG**      FECHA: 18/11/2015 12:36:37 p.m.  
**1592966**

NOMBRE: **MA. DEL CARMEN ANDRADE CRUZ**

DOMICILIO:      CVE. UNIDAD: 1200902

COLONIA:

DELEG./MUNICIPIO:

CLAVE SERVICIO	CONCEPTO	MONTO
1546	Calcio	10.00
1552	Creatinina	6.00
1553	DHL Dehidrogenasa láctica	10.00
1568	NA+ Sodio	7.00
1563	K+ Potasio	7.00
1563	K+ Potasio	7.00
1559	Glucosa	6.00
1569	Nitrógeno uréico	7.00
1770	Biometría hem. com vsq reticulocitos y	7.00
1615	Tiempo de protrombina	7.00
1617	Tiempo de tromboplastina	7.00
1614	Fibrinógeno	16.00



**NIVEL DE CUOTA: 1**

**TOTAL: 97.00**

F.J.O.H.  
INICIALES Y RUBRICA DEL CAJERO

**IMPORTANTE:**  
 Para el reembolso del presente recibo, el MEDICO DE BASE AUTORIZADO deberá anotar su nombre, cédula, cargo y servicio; así como la causa de la cancelación en forma muy clara, posteriormente acudir al servicio tratante para trámite de devolución

PACIENTE      GRACIAS

Anexo 18. Recibo de pago: Angiografía Periférica

  
**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

  
**HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**  
**RECIBO ÚNICO DE INGRESOS**  
AV. INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL, CAL. 5700  
COL. MAGDALENA DE LAS SALINAS  
D.F. GUSTAVO A. MADRUGA  
MÉXICO D.F. C.P. 06700  
R.F.C.: HJM058127 ADD

**1562607**

EXPEDIENTE No.: **PRECON**      FECHA: 23/11/2015 08:36:13 a.m.  
**1562607**

NOMBRE: **andrade cruz maria del carmen**

DOMICILIO:      CVE. UNIDAD: **1200902**

COLONIA:

DELEG./MUNICIPIO:

CLAVE SERVICIO	CONCEPTO	MONTO
3104	Angiografía periférica	\$25.00



NIVEL DE CUOTA: **1**      TOTAL: **\$25.00**

U. G. S.  
INICIALES Y RUBRICA DEL CAJERO

**IMPORTANTE:**  
Para el reembolso del presente recibo, el MEDICO DE BASE AUTORIZADO deberá anotar su nombre, cédula, cargo y servicio; así como la causa de la cancelación en forma muy clara, posteriormente acudir al servicio tratante para trámite de devolución

**PACIENTE**      **GRACIAS**

Anexo 19. Recibo de pago: Consulta

 **HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**  
**RECIBO ÚNICO DE INGRESOS**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

AV. INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL S/N. 4192  
COL. MAGDALENA DE LAS SALINAS  
DELEG. GUSTAVO A. MADERO  
MÉXICO D.F. C.P. 07740  
R.F.C.: HJM050127 A05

**1566356**

EXPEDIENTE No.: URG      FECHA: 08/12/2018 11:11:48 a.m.  
1566356

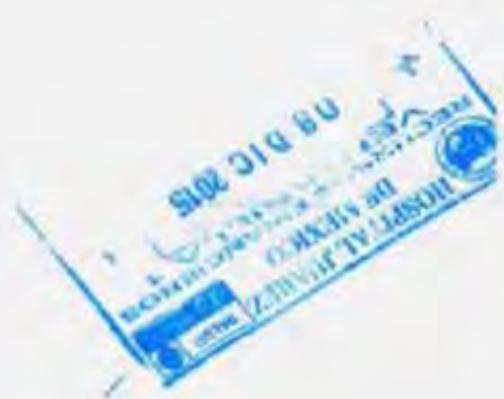
NOMBRE: ANDRADE CRUZ MARIA DEL CARMEN

DOMICILIO:      CVE. UNIDAD: 1200902

COLONIA:

DELEG./MUNICIPIO:

CLAVE SERVICIO	CONCEPTO	MONTO
0002	Consulta de especialidad de primera ve	135.0





**NIVEL DE CUOTA: 3**      TOTAL: 135.00

M.G.D.  
SOCIALES Y RR.HH. DEL CAJERO

**IMPORTANTE:**  
Para el reembolso del presente recibo, el MEDICO DE BASE AUTORIZADO deberá anotar su nombre, cédula, cargo y servicio; así como la causa de la cancelación en forma muy clara, posteriormente acudir al servicio tratante para trámite de devolución

**EXPEDIENTE GRACIAS**

Anexo 20. Recibo de pago: Hospitalización

  
**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**  
**RECIBO ÚNICO DE INGRESOS**  
AV. INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL No. 6799  
COL. MAGDALENA DE LAS SALINAS  
DELEG. GUSTAVO A. MADERO  
MÉXICO D.F. C.P. 07760  
R.F.C.: HJM050127/ADO

**1889501**

EXPEDIENTE No.: **PRECON**      FECHA: 14/12/2015 12:29:03 p.m.  
**1889501**

NOMBRE: **MARIA DEL CARMEN ANDRADE**  
DOMICILIO:      CVE. UNIDAD: 1200902  
COLONIA:  
DELEG./MUNICIPIO:

CLAVE SERVICIO	CONCEPTO	MONTO
2701	Muslo	155.00
0052	7 días Hospitalización día cama	196.00



NIVEL DE CUOTA: **1**      TOTAL: **351.00**

A.R.G.  
INICIALES Y RUBRICA DEL CAJERO

**IMPORTANTE:**  
Para el reembolso del presente recibo, el MEDICO DE BASE AUTORIZADO deberá anotar su nombre, cédula, cargo y servicio; así como la causa de la cancelación en forma muy clara, posteriormente acudir al servicio tratante para trámite de devolución

**PACIENTE**      **GRACIAS**