



UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y ECONÓMICAS ADMINISTRATIVAS

**El Seguro Popular y su impacto en la salud en Othón P.
Blanco, 2005-2010.**

Tesis

Para obtener el grado de
Licenciatura en Economía y Finanzas

Presenta:

Ana María Lemus Maciel

Directora de Tesis:

Dra. Crucita Aurora Ken Rodríguez

Chetumal, Quintana Roo, noviembre de 2014

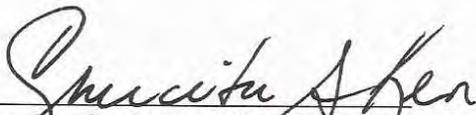


UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO

Tesis para obtener el grado de
Licenciatura en Economía y Finanzas

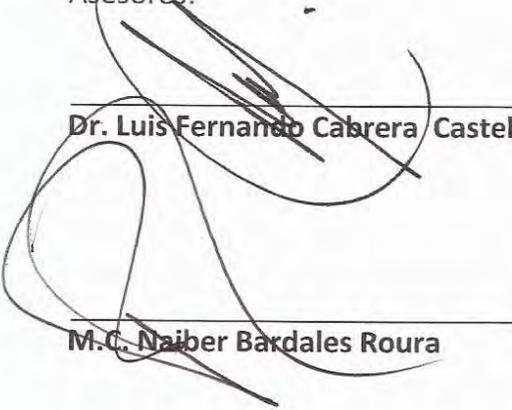
El Seguro Popular y su impacto en la salud en Othón P. Blanco, 2005-2010.

Directora de tesis:


Dra. Crucita Aurora Ken Rodríguez

Asesores:


Dr. Luis Fernando Cabrera Castellanos


M.C. Naiber Bardales Roura

Contenido

Introducción.....	1
Capítulo 1. La importancia de la Salud en la Sociedad.....	6
1.1 La salud y el desarrollo de la sociedad.....	6
1.1.1 La salud con orientación a la economía social.....	7
1.1.2 Organizaciones Internacionales de la Salud.....	9
1.1.3 La salud dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).....	11
1.2 Mecanismo de presentación de servicios de salud.....	14
1.2.1 Las Políticas Públicas en salud.....	14
1.2.2 El presupuesto de egresos.....	18
1.2.3 Los Mecanismos implementados.....	21
1.3 La situación de la salud.....	22
1.3.1 Seguridad Social, una política de gobierno.....	23
1.3.2 Instituciones que prestan el servicio de Seguridad Social.....	25
1.4 Conclusiones.....	26
Capítulo 2. La importancia de la Salud en México.....	28
2.1 La salud y el desarrollo de la sociedad mexicana.....	28
2.1.1 La salud con orientación a la economía social.....	29
2.1.2 Organizaciones Internacionales de la Salud en México.....	30
2.1.3 La salud dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en México.....	31
2.2 Mecanismo de presentación de servicios de salud en México.....	32
2.2.1 Las Políticas Públicas en salud.....	32
2.2.1.1 Las Políticas Públicas en salud en México.....	33
2.2.1.2 Políticas Públicas para la Salud en Quintana Roo.....	34
2.2.2 El presupuesto de egresos en México.....	35
2.2.3 Los Mecanismos implementados en México.....	37
2.3 La situación de la salud en México.....	40
2.3.1 Seguridad Social, una política de gobierno en búsqueda del bienestar de la población mexicana.....	40
2.3.2 Instituciones que prestan el servicio de Seguridad Social en México.....	41
2.3.3 La seguridad Social en el Estado de Quintana Roo.....	46
2.4 Conclusiones.....	49

Capítulo 3. La introducción del Seguro Popular y la influencia en la salud, en Othón P. Blanco de 2005 a 2010.....	51
3.1 Situación de la salud en Othón P. Blanco.....	51
3.2 La introducción del Seguro Popular en Othón P. Blanco.....	52
3.2.1 Evolución del Seguro Popular en los Municipios de Quintana Roo 2005-2010	53
3.2.2. Cómo nace el Seguro Popular en Othón P. Blanco	56
3.2.3 Un comparativo de la Seguridad Social del Municipio, el Estado y el País.	57
3.3 Instituciones prestadoras de servicios de salud en Othón P. Blanco 2005-2010	59
3.3.1 El Instituto Mexicano del Seguro Social.	59
3.3.2 El Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).....	60
3.3.3 El Seguro Popular	61
3.4 Porcentaje de cobertura y servicios de salud prestados a la población por el Seguro Popular en los tres niveles en Othón P. Blanco 2005-2010	63
3.4.1 Afiliación en el Municipio de Othón P. Blanco	64
3.4.2 Servicios para la salud en el Seguro Popular	65
3.4.3 Un balance en cobertura y servicios del Seguro Popular en Othón P. Blanco.....	70
3.5 Conclusiones.....	71
Capítulo 4. Impacto del Seguro Popular en la salud de Othón P. Blanco, 2005 a 2010.....	74
4.1 Cobertura	74
4.2 Gastos Catastróficos.....	80
4.3 Infraestructura	83
4.3.1 Unidades Médicas	84
4.3.2 UNEMES	85
4.3.3 Caravanas	89
4.4 Fortalezas y debilidades del Seguro Popular.....	92
4.5 Conclusiones.....	96
Conclusiones.....	99
Recomendaciones.....	101
Anexos.....	105
Bibliografía.....	113

Contenido

Índice de Tablas

Tabla 1. Gasto en Salud Total como porcentaje del PIB, América Latina y el Caribe 2004 – 2012.....	20
Tabla 2. Instituciones de Seguridad Social en América Latina y Caribe, 2012.....	25
Tabla 3. Recursos asignados a la salud en Quintana Roo en 2005 y 2010.....	38
Tabla 4. Recursos asignados en el Presupuesto Estatal del Estado incluyendo el ramo 33, en 2005 y 2010.....	39
Tabla 5. Derechohabiencia de las instituciones de seguridad social en México 2005-2010.....	47
Tabla 6. Derechohabiencia de las instituciones de seguridad social de Quintana Roo 2005-2010.....	48
Tabla 7. Derechohabiencia de las diferentes instituciones de seguridad social en Quintana Roo 2005-2010 en porcentajes, con respecto al total de la población asegurada.....	48
Tabla 8. Derechohabiencia según instituciones de seguridad social en el estado de Quintana Roo y el Municipio Othón P. Blanco, 2005.....	57
Tabla 9. Derechohabiencia según instituciones de seguridad social en el estado de Quintana Roo y el Municipio Othón P. Blanco, 2010.....	58
Tabla 10. Equipamiento de Salud con que cuenta el Municipio de Othón P. Blanco en 2010.....	62
Tabla 11. Sector Salud. Localidades Urbanas Del Municipio de Othón P. Blanco.....	62
Tabla 12. Sector Salud. Localidad Chetumal. Nivel de Servicios Estatal.....	63
Tabla 13. Afiliación al Seguro Popular en el municipio de Othón P. Blanco.....	75
Tabla 14. Catálogo de Servicios de 2002 -2010.....	78
Tabla 15. Todos los servicios ofertados por las UNEME EC incluidos en el CAUSES.....	88

Índice Cuadros

Cuadro 1. Ciclo de vida de las Políticas Públicas	16
Cuadro 2. Marco Analítico para las políticas públicas intersectoriales: un círculo virtuoso.....	17
Cuadro 3. Esquema de una Sociedad con cultura de Seguridad Social	24
Cuadro 4. Problemas económicos identificados para justificar la implementación del Seguro Popular	43
Cuadro 5. Porcentaje de población derechohabiente a servicios de salud en cada municipio en 2005 y 2010.....	54
Cuadro 6. Porcentaje de población derechohabiente a servicios de salud en cada municipio por institución prestadora de servicio en 2005 y 2010	55
Cuadro 7. Afiliación por año y por familia del Seguro Popular de 2002 a 2010.....	64
Cuadro 8. Análisis de Fortalezas y Debilidades del programa del Seguro Popular a nivel nacional..	92

Índice Figuras

Figura 1. América Latina y el Caribe: Evolución del Gasto Público Social según Sectores, 1990-1991 a 2007-2008. (En porcentajes del PIB).....	19
Figura 2. Problemas económicos identificados para la implementación del Seguro Popular.....	44
Figura 3. Afiliados y Consultas del Seguro Popular 2005 – 2010 en Othón P, Blanco.....	70
Figura 4 Origen destino y aplicación de los recursos para la cobertura en salud del Seguro Popular.....	76
Figura 5. Clasificación por conglomerados: Atención integral y multidisciplinaria al afiliado.....	77
Figura 6. Casos 2011 Autorizados, validados y pagados al 31 de diciembre de 2012.....	82
Figura 7. Caravana de la Salud.....	90
Figura 8. Consultorio Médico de Unidad Médico Móvil.....	91
Figura 9. Consultorio Dental de Unidad Médico Móvil.....	91

Índice Anexos

Anexo 1. Informe sobre la salud en el mundo 2003.....	105
Anexo 2. Indicadores Financieros.....	106
Anexo 3. Afiliación por año y por familia del Seguro Popular. 2002-2010.....	107
Anexo 4. Afiliación y Consultas del Seguro Popular en O.P.B. y Q. Roo 2005-2010.....	107
Anexo 5. Tasa de Informalidad Laboral de 2005 a 2014.	108
Anexo 6. Recursos transferidos por entidad federativa y padecimiento por casos 2011.....	109
Anexo 7. Enfermedades que cubre el FPGC, 2012.....	110
Anexo 8. Unidades Médicas de la Secretaría de Salud.....	111

Introducción

Introducción

La Secretaría de Salud y Asistencia, actualmente Secretaría de Salud (SSa), observa que existe en México un sector de población no asalariada, que no cuentan con seguridad social, por no tener un empleo formal. Esto la hace una población vulnerable, expuesta a sufrir enfermedades o accidentes que les generen gastos catastróficos o empobrecedores, al no tener el recurso que le permita hacer frente los gastos que esto genera (Lazcano, et al 2012: 15).

Normalmente la población que no cuenta con un seguro incurre en gastos no previstos, aun cuando acude a los servicios de salud de la Secretaría de Salubridad, ya que tiene que cubrir gastos por concepto de cuotas de recuperación y compra de medicamentos, estos gastos implican un costo mayor al de un prepago como lo es un seguro.

Sin embargo para el censo de población y vivienda (INEGI 2000) se reporta hasta un 57.8% de población no asegurada, o que no está afiliada a la seguridad social, esto es fundamentalmente por su situación laboral y/o porque su bajo poder adquisitivo le impide pagar el seguro de salud familiar del IMSS, ISSSTE o adquirir un seguro privado.

Los altos costos de la atención médica frecuentemente provocan que la familia posponga o renuncie a este derecho, y en caso de cubrir los costos, hacen que la familia enfrente dificultades financieras, de manera que esto afecta el nivel de bienestar de la familia debido a que en muchas ocasiones esto llega a representar más de la mitad de su gasto total (<http://www.salud.gob.mx/unidades/dgpfs/faq.htm>).

En apoyo a la población desprotegida, los Gobiernos Federal y Estatal han desarrollado esfuerzos de ampliación de cobertura de los servicios de salud, brindando atención médica a la gran mayoría de los mexicanos. A pesar de ello, entre 2 y 3 millones de familias se empobrecían anualmente debido a los altos costos del servicio médico tanto de las consultas médicas como la compra de medicamentos, afectando sobre todo a los hogares de más bajos ingresos (<http://www.diputados.gob.mx> 2005: 6).

La protección social en salud se describe como el mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso oportuno, de calidad, sin desembolso en el momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, adscritos en el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (Frenk Mora, Julio, et al, 2004: 7).

Considerando lo anterior surge El Seguro Popular de Salud, mediante el programa de “Salud para todos” como un instrumento para proveer de aseguramiento en salud a la población que no era cubierta por ninguna institución de seguridad social. El programa no sólo ha intentado financiar servicios de salud para estos grupos sino también protegerlos financieramente.

Por otro lado, se implementó, como parte del Programa Nacional de Salud 2007-2012, el “Seguro Médico para una Nueva Generación”, en 2007, cuya finalidad es brindar atención médica a todos los niños nacidos en territorio nacional a partir del 01 de diciembre de 2006, y sus familias, que no cuenten con algún tipo de seguridad social.

A nivel nacional el Seguro popular inició como un programa piloto con duración de tres años; dando inicio el 1º octubre de 2001 y concluye en diciembre de 2003, el proyecto obtuvo resultados positivos, lo que motivó a que se extendiera a todo el país.

Dentro de los estados que participaron se encuentra Quintana Roo, así como Sinaloa, Tamaulipas, Baja California, San Luis Potosí, Sonora, Coahuila, Guanajuato, Zacatecas, Oaxaca, México, Guerrero, Hidalgo, Chiapas y Morelos iniciaron la fase de afiliación de familias a partir del año 2002, formando parte de la etapa piloto que terminaría el 31 de diciembre de 2003, un día antes de entrar en vigor el Sistema de Protección Social en Salud [<http://www.diputados.gob.mx> 2005: 15].

Al conocer todos los beneficios que otorga el Seguro Popular, y sabiendo que Quintana Roo se incorporó el 3 de junio de 2004, nos preguntamos ¿Cómo está impactando el Seguro Popular en la salud y en la prevención de enfermedades de la población en el municipio de Othón P. Blanco, centrándonos en el período de 2005 a 2010?

Esta investigación, consiste en un estudio acerca de la efectividad de las políticas públicas que implementó el gobierno respecto al Seguro Popular, para saber si realmente ha beneficiado a la población que lo necesita, o es uno más de los programas que no reflejan la realidad del sector para el que fue creado.

Así mismo, buscamos las fortalezas y debilidades de dicho programa con la finalidad de que la misma institución observe sus fallas si las hay, y pueda corregirlas a tiempo; y así mismo pueda mejorar el servicio que presta a la comunidad.

El objetivo general de esta investigación es, estudiar el impacto del Seguro Popular en la salud y en la prevención de enfermedades de la población en el municipio de Othón P. Blanco durante el período de 2005 a 2010.

En los objetivos específicos se establece la importancia de la salud en la sociedad, asimismo se investigó la introducción del Seguro Popular en Othón P. Blanco y los servicios que proporciona, se determina el impacto en el número de derechohabientes como resultado de la introducción del Seguro Popular en Othón P. Blanco de 2005 a 2010, también se estudiaron los resultados de los programas de salud y de prevención de enfermedades del Seguro Popular de 2005 a 2010, analizando el impacto del Seguro Popular en la salud y en la prevención de enfermedades en Othón P. Blanco de 2005 a 2010.

Se estableció como hipótesis que la introducción del Seguro Popular en el municipio de Othón P. Blanco, ha impactado en la salud y en la prevención de enfermedades en la población de forma positiva durante el período de 2005 a 2010, ampliando la cobertura y mejorando la infraestructura.

Para esta investigación se utilizó principalmente bibliografía encontrada en internet, dado que es una fuente que está al alcance de población y proporciona una gran cantidad de información y de manera accesible, facilitando el trabajo de investigación. Asimismo se recabó información mediante entrevistas, a personal específico del Seguro Popular, se consultaron algunas fuentes hemerográficas, donde se identificaron las noticias y/o artículos de utilidad para este trabajo.

Aunque la mayor parte de la información referente a esta investigación se encontró en las fuentes de información del Seguro Popular, también se realizó investigación documental en libros, esto con el fin de conocer los antecedentes de la Seguridad Social, también se buscaron libros con información sobre la Seguridad Social en el país. De igual manera se elaboraron fichas bibliográficas, para ayudar a la accesibilidad de la información y a su clasificación.

La investigación se presenta con la siguiente estructura: en el capítulo primero estudiamos la importancia de la Salud en la Sociedad, la salud y el desarrollo, la salud con orientación a la economía social en Organizaciones Internacionales de la Salud, la salud dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En otro apartado vemos los mecanismo de presentación de servicios de salud en México, las Políticas Públicas en salud, el presupuesto de egresos, los Mecanismos implementados, la situación de la salud, la Seguridad Social, una política de gobierno y las Instituciones que prestan el servicio de Seguridad Social,

En el capítulo segundo se analiza: la importancia de la Salud en la Sociedad en México con los subtítulos siguientes: La salud y el desarrollo de la sociedad en México, la salud con orientación a la economía social en México, las Organizaciones Internacionales de la Salud en México, la salud dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en México. También vemos el mecanismo de presentación de servicios de salud en México y 2005-2010, las Políticas Públicas en salud en México, el presupuesto de egresos en México, los Mecanismos implementados en México, la situación de la salud en México, Seguridad Social, una política de gobierno en búsqueda del bienestar de la población mexicana, instituciones que prestan el servicio de Seguridad Social en México, y la seguridad Social en el Estado de Quintana Roo.

En el capítulo tercero se observa: la introducción del Seguro Popular y la influencia en la salud, en Othón P. Blanco de 2005 a 2010, la Situación de la salud en Othón P. Blanco, la introducción del Seguro Popular en Othón P. Blanco, como nace el Seguro Popular en Othón P. Blanco, un comparativo de la Seguridad Social entre el Municipio, el estado y el país, evolución del Seguro Popular en el Municipio Othón P. Blanco 2005-2010. Asimismo se buscaron las Instituciones prestadoras de servicios de salud en Othón P. Blanco 2005-2010, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Seguro Popular, se observó el Porcentaje de cobertura y servicios de salud prestados a la población por el Seguro Popular en los tres niveles en Othón P. Blanco 2005-2010, afiliación en el Municipio de Othón P. Blanco, servicios de salud, y un balance en cobertura y servicios.

En el capítulo 4 vemos el Impacto del Seguro Popular en la sociedad de Othón P. Blanco, 2005 a 2010, la Cobertura, los Gastos Catastróficos la Infraestructura del Seguro Popular, Unidades Médicas, UNEMES, Caravanas, observamos las Fortalezas y Debilidades del Seguro Popular en Othón P. Blanco 2005-2010.

La importancia del Seguro Popular en la sociedad de Othón P. Blanco y en general es que permite el acceso a un seguro médico, público y voluntario, a la población que no era cubierta por ninguna institución de seguridad social. Fomenta la atención oportuna a la salud, a través de un mecanismo de protección del patrimonio familiar. Además, ofrece atención médica, estudios y medicamentos sin costo al momento de utilizarlos. Garantiza el acceso a un paquete de servicios de salud, que cubre el CAUSES, y a los medicamentos asociados a dichos padecimientos. El paquete abarca las patologías más importantes del perfil epidemiológico del país y su selección obedece a una combinación de criterios de costo-efectividad y de aceptación social.

CAPITULO 1

Capítulo 1. La importancia de la Salud en la Sociedad

En este capítulo trataremos de establecer, la importancia de la salud en la sociedad, cómo está la situación de la salud a nivel mundial, a través de los apartados; la salud y el desarrollo de la sociedad, mecanismos de presentación de servicios de la salud, y la situación de la salud. Así mismo buscamos hacer más específicos los temas por medio de los sub-apartados, de la parte primera; la salud con orientación a la economía social, organizaciones internacionales de la salud y la salud dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM); de la parte segunda; las políticas públicas en salud, el presupuesto de egresos, los mecanismos implementados; y de la parte tercera; seguridad social, una política de gobierno en búsqueda del bienestar de la población e instituciones que prestan el servicio de seguridad social.

En la OMS la salud ha adquirido importancia creciente, lo cual implica el reconocimiento de la salud como inversión en recursos humanos. Este organismo considera importante para la protección de la salud, el liderazgo en temas críticos para la salud y la participación en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas. Es por eso que ha determinado unas líneas de investigación, difusión y aplicación de conocimientos valiosos en la formulación de opciones de política que aúnen principios éticos y de fundamento científico, así como seguir de cerca la situación en materia de salud y determinar las tendencias sanitarias (<http://www.who.int/about/role/es/>).

1.1 La salud y el desarrollo de la sociedad

El tema de la salud y las enfermedades es un tema que ha preocupado al ser humano desde hace miles de años, esto lo podemos observar en las culturas antiguas, pues los chinos y los hindúes, con su medicina tradicional han ocupado prácticas milenarias como la acupuntura, yoga, herbolaria, entre otros.

Amartya Sen (1999) piensa que valdría la pena examinar la relación entre la salud y la supervivencia, por una parte, y los niveles de ingresos por habitante, por la otra. Se afirma a menudo que, pese a que los valores de la longevidad y de los ingresos por habitante no son congruentes, en las comparaciones entre países abundan las pruebas en el sentido de que a grandes rasgos los ingresos y la esperanza de vida transcurren en paralelo. Así mismo menciona que algunos comentaristas afirman que el progreso económico es la verdadera clave para aumentar la salud y la longevidad. Sin embargo, entre ambos indicadores se observa una relación estadística muy estrecha, debiendo analizarla cuidadosamente para considerarla una base convincente de que los ingresos son el determinante fundamental de la salud y la longevidad.

De igual manera, Sen considera como variable explicativa los ingresos específicamente de los pobres y el gasto público en atención a la salud. No obstante explica que la esperanza de vida que representa el nivel de ingreso por habitante no demuestra que la esperanza de vida mejore con el incremento del ingreso, pero si indica que el vínculo puede actuar a través del gasto público en atención a la salud, ayudando así, a eliminar la pobreza. Sen aclara que esto depende de la forma en que se utilicen los frutos del crecimiento económico.

Sen (1999), también hizo la observación de dos contrastes que son interesantes y además están interrelacionados. El primero que menciona es la disparidad entre las diferentes economías de crecimiento alto, en particular entre las que han logrado un gran éxito en lo referente a aumentar la duración y la calidad de la vida, por ejemplo, Corea del Sur y Taiwán; y las que no han logrado un éxito comparable en esos campos como el Brasil.

El segundo contraste es entre las diferentes economías que han cosechado grandes logros en cuanto al aumento de la duración y la calidad de la vida. En este contraste en particular, merece que se le preste atención en lo que concierne al establecimiento de políticas, mediante un programa de apoyo social inteligente en materia de atención de salud, educación y otras medidas sociales pertinentes. Un buen ejemplo de este proceso lo ofrecen las experiencias de economías tales como Sri Lanka, China antes de la reforma y el Estado de Kerala de la India, que han registrado una reducción muy rápida de las tasas de mortalidad y una mejora de las condiciones de vida, sin un crecimiento económico notable.

Esto tiene un costo privado, pues al reducir la mortalidad de la población hay más mano de obra, lo que tiende a abaratar los salarios. Asimismo existe un costo público, esto es que los gobiernos tendrán que buscar políticas públicas para hacer crecer su economía. Es por eso que la ciencia de la salud es un importante sector en el cual hay que invertir ya que la salud es significativa para la capacidad productiva y el desarrollo de la sociedad.

1.1.1 La salud con orientación a la economía social

La salud vista desde un enfoque económico es una fuente de bienestar para los individuos, es también un activo que forma parte del capital humano y puede influir en los ingresos futuros de la gente. Si una persona tiene buena salud, tiene la capacidad para adquirir nuevos conocimientos, lo que le permite ampliar y prolongar su capacidad productiva. Por lo tanto la salud es importante para el desarrollo económico y la acumulación de capital.

Las regiones y los países pobres cuentan con un capital humano más pobre debido a que se les dificulta adoptar o generar nuevas tecnologías para mejorar su productividad. Tal vez carezcan de la infraestructura o del capital humano que las harían atractivas para la inversión externa que facilitarían la movilidad laboral, tanto sectorial como territorial, en busca de oportunidades de ingresos más altos para desarrollarse (E. Perry, et. al., 2006).

Sala i Martin (2000) menciona que en los años cincuenta, los economistas de la escuela de Chicago introdujeron el concepto de capital humano para describir el hecho de que el cuerpo humano podía aumentar su capacidad productiva a base de realizar inversiones, considera este autor que para niveles bajos de renta, la mejor inversión que se puede hacer para mejorar la productividad de los cuerpos humanos es la inversión en salud y alimentación.

De acuerdo con Tono Ramírez, et. al., (2007), Gary Becker (1983) agrega en el análisis de oferta de factores de producción el capital humano. En este modelo se examinan los determinantes como población, fuerza de trabajo y selección de ocupaciones para explicar que se debe reconocer que una pequeña parte de los sueldos y salarios en las economías avanzadas se atribuye a la parte del trabajo que corresponde a la fuerza bruta y la otra parte corresponde en gran parte a la inversión en educación, capacitación en el trabajo y salud hacia los individuos.

Asimismo en Tono Ramírez, et. al., (2007), Robert Barro (1997), incluye en su modelo de crecimiento la variable el capital humano, asociado a los años de educación, la mortalidad infantil, la esperanza de vida y las tasas de fecundidad. Cuando el individuo decide invertir en salud, indirectamente está invirtiendo en educación, porque si tiene buena salud tendrá la capacidad de adquirir conocimientos ó tecnología mediante la cual estará incrementando su valor como capital humano, inversamente si tiene buena educación incrementa su utilidad esperada para tener salud.

Robert Solow en 1956, estimó que hasta cuatro quintos del crecimiento del producto por trabajador en los EE.UU se debió al progreso técnico. Consideraba como determinantes del crecimiento económico la mano de obra y el capital así como el progreso técnico. Este último quedó identificado como un “residuo” en el que se incluye la salud, la educación y la investigación dado que no es tangible tal como lo es el capital y también la mano de obra (Blancutt Mendoza, 2013).

Paul M. Romer, (1989) continúa el modelo de Solow pero introduce el capital humano como un nuevo factor de producción. Este factor sería una nueva forma de acumulación de capital. Romer considera tres tipos de capital humano: el capital físico donde considera la coordinación y la resistencia del trabajador,

medido a través de la inversión en nutrición, salud y otros similares; el Capital educación que se adquiere en el sector formal de la educación o empresa y el Capital conocimiento científico adquirido en la educación superior. En su modelo Romer genera lo que se conoce con el nombre de Desarrollo Endógeno, insumo muy importante del modelo de Desarrollo Local Complementario (Blancutt Mendoza, 2013).

La salud es necesaria para mantener y mejorar la productividad de la fuerza de trabajo. Es evidente y lógico que la salud constituye un elemento esencial del desarrollo económico a largo plazo. El desarrollo debe tener como principal objetivo el de mejorar nuestras vidas y de las libertades de que disfrutamos porque una de las libertades más importantes, de que podemos gozar es la de no estar expuestos a enfermedades ó causas de mortalidad evitables. De igual modo es importante comprender el carácter condicionado y contingente de la relación entre la prosperidad económica y la buena salud, pero es igualmente necesario reconocer la importancia decisiva de esa relación (Sen, 1999).

Ha sido reconocida la importancia de la salud y las organizaciones internacionales han tomado partido creando mecanismos de apoyo para las regiones marginadas.

1.1.2 Organizaciones Internacionales de la Salud

En una historia relativamente reciente observamos que el tema de salud es importante de manera que se han formado organismos internacionales como la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la OPS (Organización Panamericana de la Salud). Estos han puesto en marcha mecanismos y convenios a fin de solventar y enfrentar las enfermedades que aquejan a los países latinoamericanos, enfermedades como el VIH-SIDA, el cáncer, el paludismo, el cólera, y la desnutrición, entre otros.

Al interior de los Organismos Especializados de la Organización de la Estados Americanos (OEA), se encuentra la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que forma parte también del Sistema de Naciones Unidas, siendo esta la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este es uno de los organismos más antiguos del hemisferio y sus acciones se dirigen a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de las Américas.

La misión de la OPS (2011), es la de Liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los estados miembros y otros aliados para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de los pueblos de las Américas. Con la visión de la OPS a través de la Oficina

Sanitaria Panamericana se intenta asegurar que toda la población de las Américas goce de una óptima salud y contribuir al bienestar de sus familias y sus comunidades.

Los valores de OPS son: equidad en la lucha por la imparcialidad y la justicia mediante la eliminación de las diferencias que son innecesarias y evitables; excelencia en el logro de la más alta calidad en lo que hacemos; solidaridad en la Promoción de intereses y responsabilidades compartidas, facilitando esfuerzos colectivos para alcanzar metas comunes, respeto y aceptación de la dignidad y la diversidad de los individuos, grupos y países; e integridad como garantía de un desempeño transparente, ético y responsable (http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=205:mision-vision-valores&catid=747:opsomsmxico&Itemid=296).

Una de las funciones esenciales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es difundir información sobre la situación de la salud y sus tendencias en la Región de las Américas. Esta función se cumple en forma ininterrumpida desde 1956, año en que se publicó por primera vez una evaluación del estado de salud de la población de las Américas (OPS, 1998: 11).

La disposición básica de la OPS es colaborar con los países a través de los Ministerios de Salud, las instituciones del seguro social, otros agentes gubernamentales y no gubernamentales, universidades, la sociedad civil y otros, con el fin de fortalecer los sistemas nacionales y locales de salud de los pueblos del continente americano. Para este propósito, orienta sus actividades hacia los grupos más vulnerables, en especial, a las madres y los niños, los trabajadores, los pobres, los ancianos, los refugiados y las personas desplazadas. Asimismo, fomenta el trabajo conjunto de los países para alcanzar metas comunes en materia de salud (<http://www.nu.org.bo/agencia/organizacion-panamericana-de-la-salud-opsoms/>).

Respecto a lo anterior, en la Carta de Ottawa de Promoción de la Salud (OMS, Noviembre 1986:1) se establece que: “la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de

formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario”.

Se establece también en la Carta de Ottawa, que las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Considerando que una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Menciona que pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud, los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos. Tomando como objetivo de acción por la salud, el hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud.

Según este documento, a los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud. También dice que las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región además tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos.

En esta conferencia se hace un llamado a la Organización Mundial de la Salud y a los demás organismos internacionales a abogar en favor de la salud en todos los foros apropiados y a dar apoyo a los distintos países para que se establezcan programas y estrategias dirigidas a la promoción de la salud. Debido a que se tiene el firme convencimiento de que si los pueblos, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, la Organización Mundial de la Salud y todos los demás organismos interesados unen sus esfuerzos en torno a la promoción de la salud y en conformidad con los valores sociales y morales inherentes a esta CARTA, el objetivo "Salud para Todos en el año 2,000" se hará realidad.

Dada la relevancia que ha adquirido la salud en el mundo, y dentro de un proceso de globalización que, según determinaron los organismos internacionales como el Banco Mundial (BM), el Fondo Monetario Internacional (FMI), la Organización Mundial del Comercio (OMC) o la Organización Mundial de la Salud (OMS), constituye el camino para que los países pobres salgan de su atraso histórico.

1.1.3 La salud dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

Dentro de los objetivos del milenio (ODM), en lo referente a salud tenemos que: la salud es el corazón del desarrollo y representa una serie de compromisos contraídos por gobiernos del mundo entero para contribuir con más ahínco a

reducir la pobreza y el hambre y dar respuesta a problemas como la mala salud, el acceso a agua salubre y la degradación ambiental. El término pobreza humana hace referencia a la carencia de medios para alcanzar dichas capacidades; por ejemplo, el acceso físico a la atención de salud, así como a la seguridad social, por otro lado dentro del marco de la salud, la ODM se ha planteado objetivos y metas dentro de los cuales podemos encontrar; reducir la mortalidad en la niñez, mejorar la salud, combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades, fomentar una asociación mundial para el desarrollo, además de cooperar con empresas farmacéuticas, para proporcionar acceso a medicamentos esenciales asequibles en los países en desarrollo (ONU, 2000).

Para asumir compromisos internacionales, se reunieron los jefes de Estado y de Gobierno de 189 países en la ciudad de Nueva York en la Cumbre del Milenio, en septiembre de 2000, para adoptar la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, donde se enunciaban los principios y valores que debían regir las relaciones internacionales en el siglo XXI.

Considerando que las capacidades económicas afectan a la salud, ya que debido a los bajos ingresos ven restringido el acceso a la atención sanitaria y las oportunidades de promoción de la salud, otro factor que también es muy significativo es que la mala salud reduce las posibilidades de las personas de incrementar sus ingresos, lo que contribuye a la pobreza (<http://www.onu.org.gt/contenido.php?ctg=1395-1340-objetivos-milenio-odm>).

Dentro de un modelo multidimensional de desarrollo humano sostenible, es importante la salud como uno de los principales mensajes transmitidos por los ODM. Asegurar una mejor salud, es un requisito previo para el desarrollo económico y la cohesión social y un importante impulsor de ambos objetivos. Y al contrario, las mejoras en el acceso de las personas a la tecnología sanitaria constituyen un buen indicador del éxito de otros procesos de desarrollo. Esos vínculos quedan presentes en los ODM.

Según los cálculos de la Comisión de Macroeconomía y Salud sobre las inversiones necesarias en este rubro, principalmente en materia de atención sanitaria, los fondos que se destinan a la asistencia para el desarrollo deberían ascender a un total anual de US\$27 000 millones, monto que es cuatro veces superior a lo actualmente destinado por los donantes a la salud. Solo unos pocos países han tenido avances significativos respecto al aumento del gasto en salud y de la aportación de fondos a la lucha contra el SIDA.

Los ODM no se centran específicamente en el fortalecimiento de los sistemas de salud, resultando evidente que en muchos países de ingresos bajos y medios únicamente se logrará alcanzar la metas de los ODM¹ relacionados con la salud y asegurar su sostenibilidad reforzando sustancialmente los sistemas sanitarios. El concepto de ODM exige que se avance simultáneamente en varios frentes, pero sin inversiones suficientes en los sistemas sanitarios, las probabilidades de lograr al mismo tiempo progresos significativos en la salud maternoinfantil, el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria, así como un mayor acceso a los medicamentos adecuados en cada caso, son escasas.

Los ODM están cobrando una importancia estratégica cada vez mayor para numerosas organizaciones internacionales. Para los gobiernos y los organismos de desarrollo constituyen un instrumento para reorientar sus estrategias y definir parámetros de gestión responsable, a la vez que representa una importante selección de objetivos. La OMS confiere gran importancia a los esfuerzos encaminados a ayudar a los países y los asociados en pro del desarrollo en su empeño por alcanzar los ODM relacionados con la salud. Se han logrado ciertos avances, por ejemplo en lo referente a la mejora del acceso a los medicamentos esenciales en diversos países de cada una de las seis regiones de la Organización.

Desde el punto de vista práctico, la OMS llevará a cabo su labor normativa y técnica respaldando los esfuerzos nacionales encaminados a lograr lo ODM trabajando en cuestiones de desarrollo relacionados con la salud, como el comercio, la deuda, la asistencia para el desarrollo y los derechos humanos. Aunque todas estas esferas son importantes, el reto de lograr progresos más rápidos en materia de salud maternoinfantil obliga a conceder a estos objetivos una atención cada vez mayor.

Los ODM representan un compromiso asumido en el plano mundial para reducir la pobreza y el hambre y dar respuesta a problemas relacionados con la mala salud, las desigualdades por razón de sexo, la falta de educación, el acceso a agua salubre y a medicamentos esenciales y la degradación ambiental. Las mejoras en el campo de la salud, además de ser importantes en sí mismas como objetivos de desarrollo, también son consideradas como importantes impulsores del crecimiento económico y la reducción de la pobreza.

Con esta visión donde se consideran la educación y la salud elementos necesarios para el desarrollo económico las políticas públicas deberán tratar

¹ Ver anexo 1Objetivos del Milenio enfocados a la salud

preferencialmente en la planeación con una perspectiva a mediano y largo plazos (<http://www.who.int/whr/2003/en/Chapter2-es.pdf>).

1.2 Mecanismo de presentación de servicios de salud

Para iniciar este apartado daremos una breve descripción de lo que son las políticas públicas, y el gasto de gobierno. Para que cualquier Estado se pueda desarrollar es preciso contar con instituciones que realmente puedan captar los problemas y necesidades de los ciudadanos y de esta forma buscar soluciones mediante políticas públicas bien implementadas para que el gasto de gobierno sea bien distribuido.

1.2.1 Las Políticas Públicas en salud

Según Puentes Markides, et al., (2007) las políticas públicas comunican objetivos, medios, estrategias y reglas para la toma de decisiones, que se utilizan en la administración pública y la legislación. De esta manera las políticas públicas reflejan la respuesta del gobierno a las condiciones o circunstancias que generan necesidades a una cantidad considerable de personas, contándose entre ellas las políticas de salud. Estas son importantes porque afectan directa o indirectamente todos los aspectos de la vida cotidiana, las acciones y las decisiones. Las políticas de salud y los sistemas y servicios de salud tienen un papel muy importante ya que deben responder a las necesidades, mitigar los riesgos y proteger a las poblaciones contra daños, enfermedades y discapacidades generando una mayor equidad.

En el Informe sobre la salud en el mundo, la OMS (2008), señala que las políticas públicas en el sector salud, junto con las de otros sectores, tienen un enorme potencial en lo que se refiere a garantizar la salud de las comunidades, pues representan un complemento importante de las reformas de la cobertura universal y de la presentación de servicios. La OMS lamenta que en la mayoría de las sociedades dicho potencial está en gran medida desaprovechado, si se mira al futuro, plantea un desafío la creciente importancia del envejecimiento, el desarrollo urbano y los determinantes sociales de la salud, implicando la promoción de políticas públicas mejores para que el tercer pilar sea de los progresos hacia la Atención Primaria de Salud (APS), junto con la cobertura universal y la atención primaria.

La OMS considera que las políticas que deben aplicarse, son las siguientes:

- Políticas sistémicas: disposiciones que es preciso adoptar en los elementos constitutivos de los sistemas de salud para apoyar la cobertura universal y la prestación eficaz de servicios.

- Políticas de salud pública: intervenciones específicas necesarias para hacer frente a los problemas sanitarios prioritarios mediante actividades transversales de prevención y promoción de la salud, y
- Políticas de otros sectores: contribuciones a la salud que pueden llevarse a cabo mediante la colaboración intersectorial.
- Se explica a continuación cómo estas políticas públicas de distinto tipo pueden fortalecerse y adaptarse a los objetivos de la APS.

Asimismo considera que es importante que se implementen políticas públicas eficaces para la salud. La atención primaria, el acceso universal y la protección social representan las principales respuestas a estas expectativas de la población.

El primer grupo de políticas públicas fundamentales es el constituido por las políticas de los sistemas sanitarios (relacionados con los medicamentos esenciales, la tecnología, el control de la calidad, los recursos humanos, la acreditación. etc.) de estas dependen la atención primaria y las reformas en pro de la cobertura universal. Para esto se necesita un firme compromiso político, mercadotecnia social y respaldo nacional para el suministro y la logística.

El segundo grupo comprende las políticas y los programas técnicos que ofrecen a los equipos de atención primaria orientaciones para hacer frente a problemas de salud prioritarios. Abarcan asimismo las intervenciones de salud pública clásicas, desde la higiene pública y la prevención de enfermedades a la promoción de la salud. De igual manera las políticas públicas contemplan la capacidad de respuesta rápida, en régimen de mando y control, para hacer frente a las amenazas graves para la salud pública, en particular epidemias y catástrofes. Siendo esto de suma importancia política porque cualquier fallo en ese sentido deteriora profundamente la confianza de la población en las autoridades sanitarias.

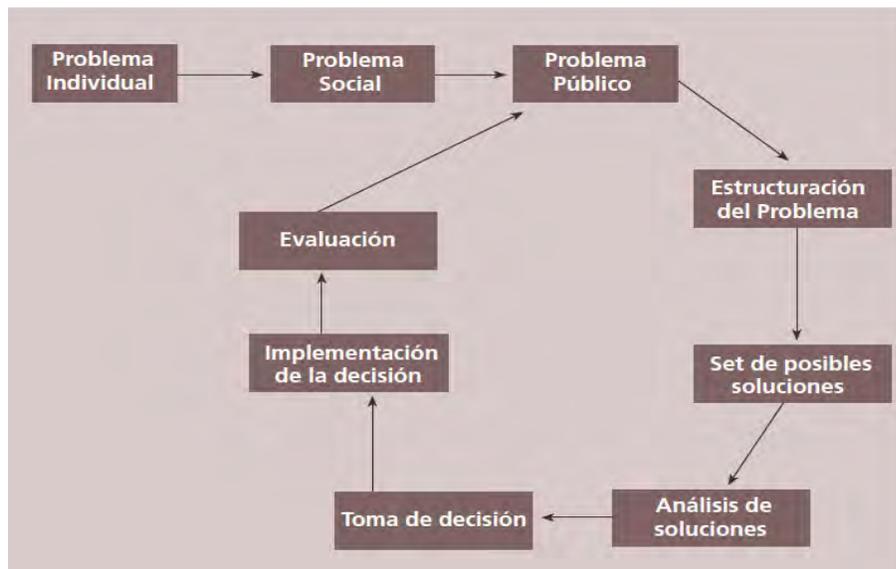
El tercer conjunto de políticas de primera importancia se considera que la salud se debe tomar en cuenta en todas las políticas, y se basa en el reconocimiento de que es posible mejorar la salud de la población mediante políticas controladas principalmente, por sectores distintos del sanitario; por ejemplo en los contenidos de salud de los planes de estudio escolares, políticas industriales en pro de la igualdad de género, y la seguridad de los alimentos y los bienes de consumo son cuestiones que pueden influir profundamente en la salud de comunidades enteras, e incluso traspasar fronteras nacionales.

Las políticas públicas pueden anticiparse a futuros problemas; como en los ciclones de gran intensidad, o las inundaciones que estos llegan a causar, gracias

a los programas de preparación para emergencias, y a los programas multisectoriales de reducción del riesgo; entre las políticas internacionales se encuentran la aplicada a promover en la población campañas para abandonar el tabaco, por ejemplo el aumento de impuestos sobre el tabaco, la prohibición de fumar en lugar de trabajo o en lugares públicos cerrados, campañas de sensibilización sobre los riesgos para la salud, entre otras (OMS, 2013).

De acuerdo con la OPS, el Estado a través de sus gobiernos cuenta con capacidad administrativa para resolver los problemas trascendentales para la sociedad, como son, el empleo, salud, vivienda, abastecimiento de agua, y seguridad, entre otros, de ser posible prevenir estos problemas siendo necesario, la implementación de políticas públicas eficientes para satisfacer las demandas de los ciudadanos. Al detectar el problema ya se tiene el cincuenta por ciento solucionado, ahora corresponde establecer claramente a quien afecta o beneficia, en donde se presenta y en qué medida resuelve el problema. Antes de tomar cualquier decisión se requiere de un análisis a fondo de los aspectos sociales y políticos del lugar donde se requiera implementar la política (UNAM, 2012).

Cuadro 1. Ciclo de vida de las Políticas Públicas.



Fuente: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2011

El ciclo de vida está conformado básicamente por siete procesos: entrada del problema a la agenda pública, estructuración del problema, conjunto o diseño de las soluciones posibles, el análisis de los puntos a favor y en contra de las mismas, la toma de decisión, la implementación y la evaluación, esto lo podemos observar más claramente en el cuadro que presentamos.

En la evolución de la agenda de protección social y de fortalecimiento de los sistemas de salud en el período 2001–2005 de la OPS, la formulación e implementación de las políticas de salud ha adquirido importancia creciente en los últimos años en América Latina y el Caribe, en un escenario regional dominado por cuatro elementos: (a) el cuestionamiento de las reformas sectoriales realizadas entre los años ochenta y noventa; (b) la inexistencia de una red de protección social capaz de constituirse en la base del desarrollo social en el nuevo contexto; (c) el compromiso de lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el año 2015; y (d) la creciente preocupación en torno a los problemas de inequidad, exclusión y pobreza predominantes en los países de la Región (OPS, 2007: 321).

En este contexto, aparecen nuevas figuras institucionales que intentan reemplazar o complementar los modelos anteriores; algunas de ellas representan profundos cambios en la forma en que el Estado se organiza para formular e implementar las políticas sociales, y dentro de este proyecto global incorporan a instituciones y acciones de salud tales como el Sistema Único de Salud en el Brasil, el Ministerio de la Protección Social en Colombia, el Sistema de Seguridad Social en Salud en la República Dominicana, los seguros nacionales de salud en Aruba, Bahamas y Trinidad y Tobago, y las Garantías Explícitas en Salud en Chile (OPS, 2014).

Cuadro 2. Marco Analítico para las políticas públicas intersectoriales: un círculo virtuoso



Fuente: OMS, OPS, 2013

En el cuadro 2 presentamos el círculo virtuoso del marco analítico para las políticas públicas entre los sectores, este círculo formado por la evidencia de los efectos de las políticas públicas, el diseño de las políticas públicas basado en

evidencia, implementación, evaluación y seguimiento. Es procedimiento utilizado por la OMS y la OPS.

De acuerdo con un documento de la Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH, 2010) se entiende que toda política pública debe contar con una serie de atributos como son: eficiencia, eficacia, economía, productividad y oportunidad, estas políticas tienen como principal objetivo dar racionalidad al uso de recursos escasos en el cumplimiento de las actividades estatales (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2011).

Los gobiernos de los diferentes países requieren de recursos económicos para llevar a efecto las políticas públicas, a este recurso le dan el nombre de Presupuesto de Egresos.

1.2.2 El presupuesto de egresos

El Presupuesto de Egresos está formado por el Gasto Público, mismo que es uno de los elementos más importantes en el manejo macroeconómico de un país, ya que dependiendo del nivel de gasto que realice el Estado, deberá ser el efecto que se obtenga dentro de la economía. El gasto público, según el caso, puede desde dinamizar la economía o causar fenómenos como la inflación y la devaluación de la moneda (<http://www.diocesisdecanarias.es/preguntarespuesta /temas-de-actualidad/gasto -publico-que-es-el-gasto-publico.html>).

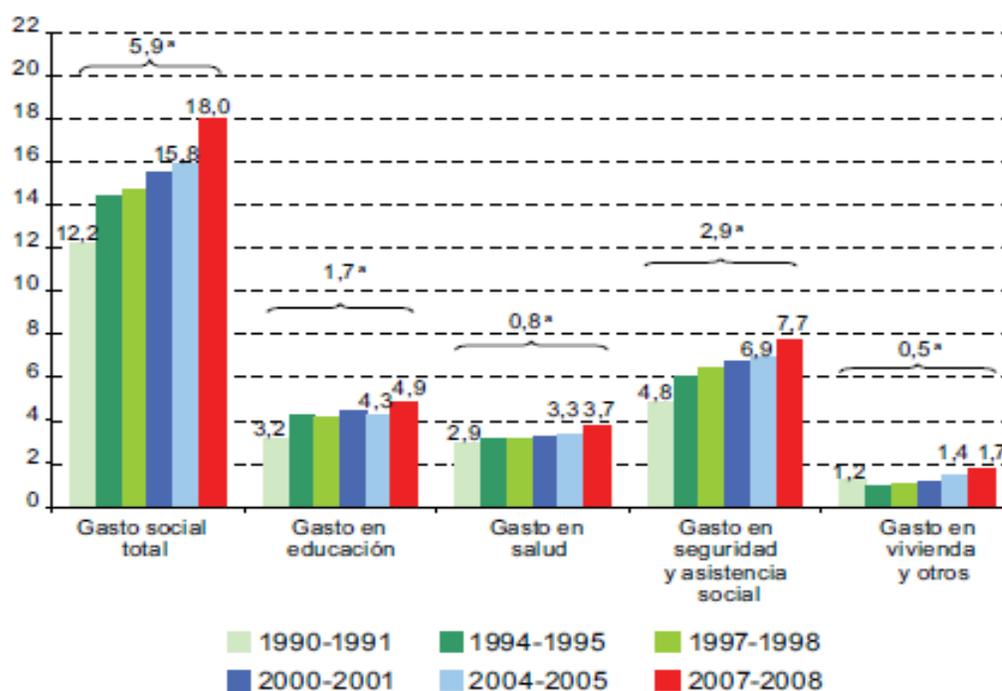
Del mismo modo, el Departamento de Financiación de los Sistemas de Salud (HSF) colabora con las oficinas regionales y de país de la OMS para apoyar a los países que intentan fortalecer sus sistemas de financiación de la salud. Su trabajo está orientado por una visión mundial, en la que se insta a los países a desarrollar sistemas de financiamiento de la salud que permitan a la gente acceder a los servicios necesarios evitando los gastos catastróficos y el empobrecimiento que puede acarrearles la búsqueda de atención (OMS, 2014).

Según definición del Banco Mundial (2013), el gasto total en salud de los países, es la suma del gasto público y privado en salud. Abarca la prestación de servicios de salud tanto preventivos como curativos, las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud.

La CEPAL en el artículo del gasto público social en América Latina, examina las tendencias del gasto social orientado al desarrollo y la protección de las nuevas generaciones, en consonancia con el enfoque que le dieron a la edición 2010 del Panorama Social de América Latina, el cuál fue el manejo social del riesgo, como

principio normativo de esta nueva tendencia de la política social. También se contemplan los riesgos asociados a ciertas etapas del ciclo vital, los efectos negativos sobre las capacidades humanas causados por la deficiente nutrición o la falta de atención en la materia de salud, así como los impactos de los desastres naturales como inundaciones, terremotos o sequías. De los programas que han surgido al amparo de este giro en la política social, destacan tres grandes grupos: los programas de generación de empleo, de capacitación y de transferencias condicionadas o con corresponsabilidad.

Figura 1. América Latina y el Caribe: Evolución del Gasto Público Social según Sectores, 1990-1991 a 2007-2008. (En porcentajes del PIB)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), base de datos sobre gasto social.

- Aumento del gasto en puntos porcentuales entre los períodos 1990-1991 y 2007-2008
- CEPAL, 2010

En esta figura de la CEPAL podemos observar el gasto público social en porcentaje del PIB, de América Latina y el Caribe. El mayor porcentaje se invierte en seguridad y asistencia social, el cual evoluciona del 4.8 en 1990-1991 al 7.7 en 2007-2008, la diferencia muestra que se ha incrementado en 2.9 del PIB. Además podemos observar que también invierten en salud aunque es un monto mucho menor, es tan solo de 2.9 en 1990-1991 y de 3.7 en 2007-2008, en este sector la diferencia es solo de 0.8 del PIB.

Tabla 1. Gasto en Salud Total como porcentaje del PIB, América Latina y el Caribe 2004 - 2012

Nombre del País	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Antigua y Barbuda	4.1	4.5	4.5	4.6	4.4	4.6	5.7	5.5	5.2
Argentina	8.2	8.3	8.3	8.2	8.3	9.4	8.2	7.9	8.5
Bahamas	6.0	6.0	6.9	7.1	7.3	7.4	7.4	7.5	7.5
Barbados	7.1	7.0	7.1	7.5	7.5	8.0	6.7	7.2	6.3
Belice	4.4	4.4	4.4	4.8	5.1	5.8	5.8	5.8	5.8
Bolivia	5.3	5.6	4.8	4.7	4.9	5.8	5.5	5.0	5.8
Brasil	7.1	8.2	8.5	8.5	8.3	8.8	9.0	8.9	9.3
Chile	6.7	6.6	6.2	6.4	6.8	7.2	7.6	7.3	7.4
Colombia	5.4	5.8	6.1	6.3	6.6	7.0	6.8	6.5	6.8
Costa Rica	7.8	7.7	7.8	8.4	9.0	9.7	9.7	10.2	10.1
Cuba	6.1	8.1	7.7	10.4	10.8	11.7	10.6	10.6	8.6
Dominica	4.7	5.0	5.0	5.1	4.9	5.0	6.0	6.0	5.9
Ecuador	6.6	6.3	6.5	6.7	6.3	7.1	7.2	6.9	6.4
El Salvador	7.3	7.2	6.7	6.3	6.2	6.8	6.9	6.8	6.7
Granada	5.8	6.1	6.4	6.1	6.0	6.2	6.0	6.5	6.4
Guatemala	6.4	6.5	7.3	7.2	6.9	7.1	6.9	6.7	6.7
Guyana	5.3	5.3	4.1	3.9	6.6	6.4	6.6	6.8	6.6
Haití	5.6	4.4	5.7	5.4	5.5	6.5	6.7	8.5	6.4
Honduras	7.9	7.7	7.6	7.9	8.4	9.1	8.7	8.4	8.6
Jamaica	4.8	4.1	4.2	4.9	5.4	5.2	5.3	5.2	5.9
México	6.0	5.9	5.7	5.8	5.8	6.4	6.3	6.0	6.1
Nicaragua	6.1	6.1	6.3	6.9	7.2	7.7	7.6	7.6	8.2
Panamá	8.1	7.5	7.0	6.7	7.3	8.1	8.5	7.9	7.6
Paraguay	5.9	5.6	5.7	6.0	5.6	7.5	8.7	8.9	10.3
Perú	4.4	4.5	4.5	5.1	5.7	5.3	4.9	4.7	5.1
Saint Kitts y Nevis	3.5	3.6	4.0	4.1	4.2	5.0	5.4	5.8	5.9
Santa Lucía	6.3	6.3	6.5	6.8	7.5	8.1	7.8	7.6	8.5
San Vicente y las Granadinas	3.7	3.7	3.9	3.9	4.7	5.1	4.7	4.9	5.2
Suriname	6.9	6.8	6.2	5.9	5.9	6.1	5.8	6.0	5.9
Trinidad y Tobago	5.2	5.3	4.4	4.8	4.4	6.1	5.2	5.3	5.4
Uruguay	8.5	8.2	8.3	8.0	8.0	8.9	8.7	8.8	8.9
Venezuela	5.6	5.4	5.7	6.0	5.6	5.8	4.7	4.5	4.6

Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial, 2013 y UNESCO, 2014.

Como podemos observar en la tabla 1, los países que más invirtieron en salud en el 2012 son Costa Rica con 10.1, Brasil 9.3, Cuba 8.6 y Argentina 8.5 como porcentaje con respecto al PIB, México se encuentra entre los países promedio que invierten entre el 5 y 6 por ciento de su PIB. El país de Saint Kitts y Nevis es el que menos invirtió al inicio en 2004 pues invertía solamente el 3.5 de su PIB, gradualmente fue incrementando su inversión en salud hasta alcanzar 5.9 de su

PIB en 2012 quedando por encima de San Vicente y las Granadinas misma que inicio en 2004 con 3.7 y para 2012 invirtió solo el 5.2. Sin embargo Venezuela inició con una inversión del 5.6 de su PIB y para el 2011 había reducido su inversión al 4.5 de su PIB.

1.2.3 Los Mecanismos implementados

Un mecanismo es el conjunto de partes o acciones para llevar a cabo determinado fin en su disposición adecuada. En este caso nos referimos a los mecanismos implementados en pro de la salud y el bienestar de la población.

Desde fines de la década de los ochentas, muchos países en vías de desarrollo comenzaron a trabajar en la mejora de sus sistemas de salud. Lo hicieron impulsados por algunos factores como el cambio de economías controladas por el estado a economías regidas por los mercados y los recorte presupuestarios para el sector de la salud en época de crisis económica. Con la finalidad de dar solución a este problema, muchos gobiernos lanzaron reformas en el sector de la salud que representó un gran esfuerzo a largo plazo para reforzar y mejorar los sistemas de salud y, a la larga, mejorar la salud de su respectivo país (Dmytraczenko, et al, 2003: 1).

Para apoyar en esta acción o mecanismo la OMS propuso estas cinco metas en el sector salud.

- Eficiencia: las mejoras en el área de salud se deben realizar al menor costo posible.
- Calidad: la población debe tener a su disposición servicios clínicos seguros y adecuados; instalaciones apropiadas personal idóneo y equipamiento, insumos y medicamentos esenciales.
- Igualdad: los recursos de salud deben distribuirse imparcialmente, de manera que a nadie se le niegue el acceso a servicios esenciales.
- Respuesta a las necesidades de los clientes: el sistema debe de cumplir con las expectativas de la gente y proteger sus derechos de dignidad, privacidad, autonomía de decisión y elección del proveedor de servicios de salud.
- Sustentabilidad: el sistema de salud puede alcanzar sus metas mediante el uso de recursos disponibles (Dmytraczenko, et al, 2003: 1 en OMS, 2000).

En las cinco metas del sector salud marca las acciones que se deberán llevar a cabo para proporcionar un servicio óptimo.

1.3 La situación de la salud

La Dra. Margaret Chan, (2010) directora general de la OMS, observa que los países tanto pobres como ricos necesitan de orientación práctica sobre las formas que se tienen para financiar la asistencia sanitaria y eliminar las barreras económicas al acceso a los servicios de salud, especialmente de los pobres. Consideró la recesión económica que se estaba viviendo en el 2010 y los costos recientes de la atención en salud, porque la población envejece, aumentan las enfermedades crónicas y por tanto se necesita disponer de tratamientos nuevos y caros.

Se calcula que los países pierden entre el 20 y el 40% del gasto sanitario total por la ineficiencia. Chan señala que la inversión de estos recursos de forma más sensata puede ayudar a los países a acercarse mucho más a la cobertura universal sin aumentar el gasto.

Porque nadie que necesite asistencia sanitaria, ya sea terapéutica o preventiva, debe arriesgarse a la ruina financiera por ello. Tal como muestran los datos, los países necesitan fondos estables y suficientes para la sanidad, pero la riqueza nacional no es un requisito previo para alcanzar la cobertura universal. Países con niveles similares de gasto sanitario alcanzan unos resultados de salud sorprendentemente dispares en comparación con sus inversiones. Las decisiones políticas ayudan a explicar en gran medida esta diferencia.

Eliminar esta diferencia de cobertura entre ricos y pobres en 49 países de ingresos bajos salvaría la vida de más de 700,000 mujeres desde este momento hasta el año 2015. Del mismo modo, los niños ricos viven más que los pobres, si se supera esta diferencia de cobertura en los diversos servicios para niños menores de cinco años, concretamente, la vacunación sistemática, salvaría más de 16 millones de vidas.

En algunos países, hasta el 11% de la población sufre este tipo de dificultad financiera grave cada año y hasta el 5% se ve arrastrada a la pobreza. A nivel mundial, alrededor de 150 millones de personas sufren catástrofes financieras anualmente y 100 millones se ven obligados a vivir por debajo del umbral de pobreza.

El financiamiento sanitario es una parte importante de la ampliación de los esfuerzos para asegurar la protección social de la salud. En este sentido, la OMS es el organismo líder junto con la OIT en la iniciativa de la Naciones Unidas para ayudar a los países a desarrollar una RED de protección social que incluya el tipo

de protección frente a los riesgos financieros analizados en este informe y las características más generales de la sustitución de los ingresos y de la asistencia social en caso de enfermedad (Chan, 2010).

1.3.1 Seguridad Social, una política de gobierno

En la actualidad, existe dentro de las políticas de gobierno, un consenso internacional respecto a la consideración de la seguridad social como un derecho humano inalienable, producto de casi un siglo del trabajo en conjunto de organismos internacionales relevantes como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de la Naciones Unidas (ONU), y las instituciones supranacionales de seguridad social como la Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS), la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), y la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS).

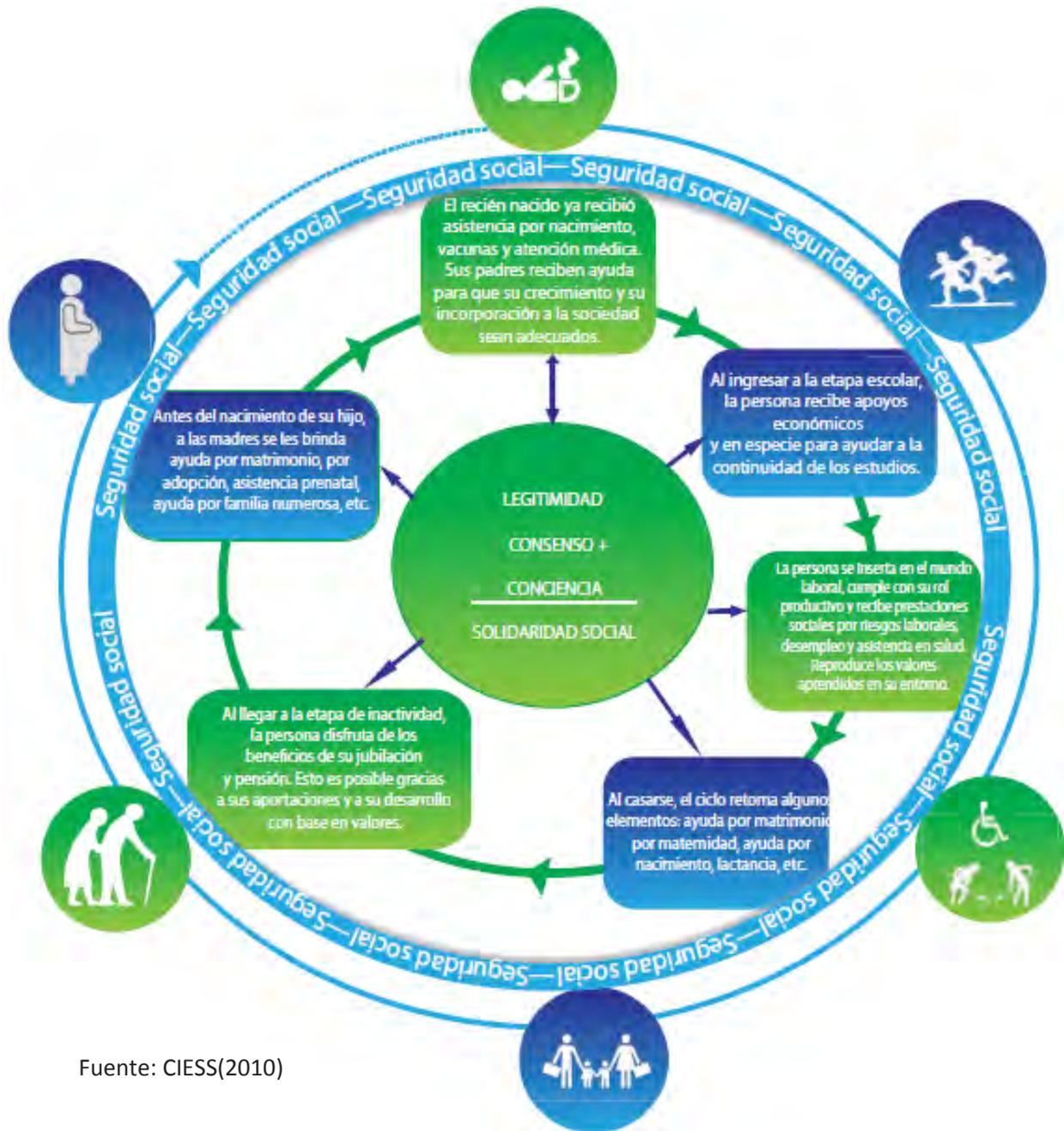
Esto se debe, principalmente, a la capacidad que han mostrado los sistemas y los instrumentos de la seguridad social para atenuar situaciones de pobreza y desigualdades sociales. Ya que en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe los esquemas de seguridad social están estrechamente vinculados con la condición laboral registrada de los habitantes. La mayoría de los programas actuales de seguridad social en América Latina y el Caribe se asientan en el principio de solidaridad entre grupos de ingreso y entre generaciones, así como entre poblaciones sanas y enfermas respecto a la cobertura del riesgo de enfermedad.

La situación responde a la implementación del seguro social, donde la seguridad social ha sido considerada un derecho humano en los principales instrumentos internacionales. En este sentido es de vital importancia la creación de una cultura de la seguridad social desde los primeros años de formación del individuo, donde la divulgación y el conocimiento no solo de los valores y los principios de la seguridad social, sino también de los derechos y las obligaciones ciudadanas.

Es importante además el involucramiento de la población desde una edad temprana hasta la adulta es con el propósito de favorecer la construcción de una cultura de la seguridad social que permita a los ciudadanos vivir una sociedad integrada con una base mínima de justicia social y que brinde a sus integrantes un ámbito digno de ser vivido.

Según la CIESS (2010), cuando las familias, no tienen la cultura de Seguridad Social, viven en la pobreza y marginalidad y tienden a tener familias numerosas como consecuencia de una salud reproductiva deficiente.

Cuadro 3. Esquema de una Sociedad con cultura de Seguridad Social



Fuente: CIESS(2010)

Esto conlleva a la falta de acceso a servicios básicos como educación, salud y vivienda, también tienen niveles bajos de ingreso en el núcleo familiar, maternidad o paternidad precoz, necesidad de insertarse en el mercado laboral generalmente informal a edad temprana, deserción escolar, desempleo, subempleo, inestabilidad laboral y condiciones laborales de riesgo, enfermedades de la vejez exacerbadas

por la falta de cuidados en salud, mala alimentación y trabajos físicos durante la trayectoria de vida.

1.3.2 Instituciones que prestan el servicio de Seguridad Social

De acuerdo con la OIT las instituciones que prestan el servicio de seguridad social en América Latina y el Caribe son las siguientes:

Tabla 2. Instituciones de Seguridad Social en América Latina y Caribe, 2012

País	Institución
Argentina	Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES)
Colombia	Instituto de Seguros Sociales (ISS)
Costa Rica	Instituto Nacional de Seguros(INS)
Chile	Instituto de Salud Previsional de la Construcción "ISAPRE CONSALUD"
Ecuador	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)
El Salvador	Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)
Guatemala	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
Honduras	Instituto Nacional de Jubilaciones y Pensiones de los Empleados del Poder Ejecutivo (INJUPEMP)
México	Instituto Mexicano del Seguro Social Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
Nicaragua	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS)
Panamá	Caja de Seguro Social(CSS)
Perú	Seguro Social de Salud (ESSALUD)
Uruguay	Instituto Nacional de Estadística/Seguridad Social

Fuente: Elaboración propia, con datos de la: OIT, Oficina Regional Para América Latina y el Caribe. http://white.oit.org.pe/spanish/260ameri/oitreg/activid/proyectos/actrav/segsoc/enlaces/enlaseg_soc.html, Última actualización 2012.

Como una muestra de las instituciones de seguridad social podemos ver que, cada una con su respectivo nombre de acuerdo al país al que pertenece, se observa que los diferentes sistemas tienen similitudes y todas concuerdan con la meta de proporcionar salud y protección financiera en caso de enfermedad grave que pueda ocasionar gastos que lesionen su economía, de acuerdo con los lineamientos de la OMS. En la conferencia de la OMS (1986), sobre los objetivos del milenio, se establece en la carta de Otawa el objetivo de "Salud para todos en el año 2,000", de igual manera en el Informe sobre la salud de la OMS (2008), se considera la implementación de políticas públicas donde la atención primaria, el acceso universal y la protección social representan las principales respuestas a estas necesidades de la población.

1.4 Conclusiones

La salud es muy importante para el bienestar de la población y el desarrollo de la sociedad, para que un país se pueda desarrollar económicamente hablando. Debido a que ha ido adquiriendo importancia creciente dentro de la estrategia para el desarrollo, lo cual implica el reconocimiento de la salud, como inversión en recursos humanos, ya que un trabajador con buena salud tiene una mayor productividad, de ahí el origen de la idea de implementar la seguridad social en un país. Este programa enfocado principalmente a la conservación de la salud, le permite al individuo compensar parcialmente la pérdida en el ingreso, proveniente de la inseguridad económica, donde se trata de compensar la insuficiencia en la percepción de ingresos.

Asimismo el capital humano es considerado parte significativa para el crecimiento endógeno, Robert Solow (1956), identifica como residuo a la salud, dado que no es tangible como lo son el capital y la mano de obra. Robert Barro (1997), piensa que cuando se invierte en salud se invierte indirectamente en educación, porque cuando se tiene buena salud se puede adquirir tecnología y con esto incrementa el valor del capital humano. En 1989 Paul M. Romer introduce el capital humano como factor de producción, considera tres tipos de capital humano: el capital físico medido a través de la inversión en nutrición, salud y otros similares; el Capital educación y el Capital conocimiento científico adquirido en la educación superior.

Amartya Sen (1999), hace la observación sobre la relación que existe entre la salud y el nivel de ingreso por habitante, menciona también que existen pruebas de que la esperanza de vida y los ingresos son paralelos porque al mejorar uno mejora el otro vinculándolo con el crecimiento económico.

La OMS es un organismo de la Organización de las Naciones Unidas especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. Preocupado por la salud en el mundo, invita a los gobiernos de los países a crear políticas públicas para mejorar la salud de la población, enfocadas principalmente a la de escasos recursos debido a que por su condición económica no pueden pagar por los servicios médicos. En América Latina y el Caribe, la OPS como representante de la OMS cumple con estas funciones de prevención y curación de enfermedades así como la erradicación de enfermedades como la viruela, por medio de vacunas.

Capítulo 2

Capítulo 2. La importancia de la Salud en México

En este capítulo trataremos de establecer, la importancia de la salud en México, del Seguro Popular y los servicios que proporciona. A través de los apartados: la salud y el desarrollo de la sociedad, mecanismos de presentación de servicios de la salud en México 2005-2010, y la situación de la salud en México. Así mismo buscamos hacer más específicos los temas por medio de los sub-apartados, de la parte primera; la salud con orientación a la economía social, organizaciones internacionales de la salud y la salud dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM); de la parte segunda; las políticas públicas en salud, el presupuesto de egresos, los mecanismos implementados; y de la parte tercera; seguridad social, una política de gobierno en búsqueda del bienestar de la población mexicana, instituciones que prestan el servicio de seguridad social y la seguridad social en el Estado de Quintana Roo.

De acuerdo con Alfred C. Wolf (1967) la salud va adquiriendo una importancia creciente dentro de la estrategia para el desarrollo, lo cual implica el reconocimiento de la salud como inversión en recursos humanos.

2.1 La salud y el desarrollo de la sociedad mexicana

En México ya desde la era prehispánica, la salud era importante, esto lo hemos visto en la historia, donde los aztecas tenían un sistema médico basado en la herbolaria y los mayas también curaban enfermedades usando la farmacopea que disponían en la región, además operaban y amputaban, entre otras muchas cosas. En la evolución de los pueblos siempre han buscado medios que garanticen su bienestar presente. Si consideramos que la Seguridad Social es un instrumento de Estado que ofrece en la medida de sus posibilidades económicas, resolver la problemática emergente de la población en materia de salud.

La cultura autóctona de la región alcanzó el conocimiento de la botánica aplicada a la medicina, en ese momento era superior en muchos aspectos a la botánica europea. En México debido a la fertilidad del suelo por una parte y el clima semitropical por otro, hacían muy amplio el catálogo de las especies botánicas. Por eso surgió el herbolario, que representaba al médico de la región y que algunos llamaban curandero (Díaz Limón, 1992).

Evans, Barber y Marmor en Falori (2004) indican que la pobreza está asociada a las enfermedades, y la salud de una población es correlativa de una mejor distribución del ingreso. Asimismo señalan que en condiciones de pobreza puede generarse otra enfermedad afectando a la población aun cuando se creía que ya se habían erradicado las que ya existían.

Incluso mencionan que en condiciones de pobreza una enfermedad puede llenar el espacio de otra ya erradicada, lo que propicia la inquietud sobre las políticas unilaterales que combaten algunas enfermedades de manera específica sin atender el entorno socioeconómico. La correlación entre pobreza, desigualdad y enfermedad se manifiesta en el hecho de que, en muchos casos, el nivel de vida se reduce de manera significativa.

La salud, entre otros factores como el cambio tecnológico, educación, calidad de las instituciones, que promueven el desarrollo económico y social de un país, es una vía imprescindible para reducir la pobreza y aumentar la productividad de todas las sociedades. Sin embargo, “dentro de la teoría del crecimiento económico en el campo de la salud, debe resaltarse los pioneros trabajos de Grossman (1972), Ehrlich y Lui (1991), Meltzer (1992) y Barro (1996a), donde ya se enfatizaba que la salud contribuía al bienestar y al desarrollo económico de múltiples maneras” (Mould, 2006).

Mould (2006) también considera que las enfermedades reducen los ingresos de una sociedad al requerir recursos económicos que podrían ser de utilidad en otras actividades necesarias para el desarrollo económico. Además también generan costos indirectos, al reducir la productividad y los ingresos de los trabajadores y de sus familias, limitando así las potencialidades de crecimiento económico que una nación pueda obtener. Como muestra de lo expuesto están los trabajos de Hertzendorf (1995) y Mantel (1998). Ellos encontraron que las personas de escasos ingresos son las que requieren más los servicios médicos, esto les impide acumular capital humano, encontrar trabajos permanentes, ahorrar y mejorar sus ingresos de largo plazo.

2.1.1 La salud con orientación a la economía social

La salud representa una inversión en capital humano, por eso resulta ser uno de los instrumentos más eficaces en el combate a la pobreza y en construcción de una sociedad más justa. La salud también es un bien económico y su cuidado se ha convertido en una actividad económica en casi todas las sociedades contemporáneas con amplias repercusiones sobre variables críticas para el resto de la economía como la productividad, inflación, empleo y competitividad. Asimismo la salud redundante sobre la economía nacional, pero el entorno económico a su vez modifica y afecta la salud de la población y la organización del sistema de salud. A su vez modifica y afecta la salud de la población y la organización del sistema de salud.

En el caso de México, donde el grado de marginación es bajo, el número de médicos por cada 1,000 habitantes, se reduce en las entidades con mayor

marginación. También se ha encontrado una correlación importante entre la pobreza y el rezago epidemiológico. Se ha observado una interacción entre estos dos factores y el nivel de aseguramiento y el gasto público en salud de un país. De igual forma se observa que se cuenta con menores niveles de aseguramiento y gasto público en la población de la zona sur no asegurada y médicos por habitante. El aseguramiento el gasto público en salud y por ende la infraestructura y los recursos humanos en salud se concentran en los estados más ricos, principalmente en el norte del país y en los estados más pobres es donde se concentra el rezago.

Las crisis económicas tienden a afectar la capacidad económica de la población pues el ingreso familiar se ve afectado por la caída en la demanda. Datos de Cutler y colaboradores (2001) muestran cómo en México las crisis económicas han impactado en la tendencia que presentaban en esos momentos las tasas de mortalidad de grupos vulnerables (Arreola et al, 2003).

Las crisis económicas afectan más a los grupos de población más vulnerable produciendo un impacto simultáneo a la caída del poder adquisitivo y la subida de precios con la pérdida de acceso a los servicios de salud.

2.1.2 Organizaciones Internacionales de la Salud en México

Existen objetivos estratégicos (OE) en su Plan Estratégico 2008-2012 de la Organización Panamericana de la Salud que encuentran coincidencias con el Programa Nacional de Salud de México para abordar el eje de promoción de la salud y reducción de riesgos, consecuentemente, dichos objetivos son prioridades de trabajo para los consultores de la OPS en la representación México.

Estos objetivos estratégicos son: reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles; reducir las consecuencias para la salud de las emergencias, desastres, crisis y conflictos; y minimizar su impacto social y económico; promover la salud y el desarrollo y prevenir o reducir factores de riesgo tales como el consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo que afectan las condiciones de salud; promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud. Y, Mejorar la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida, y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible (http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=226:objetivos-estrategicos-ops-oms&catid=787:promocion-de-la-salud-y-reduccion-de-riesgos).

Así mismo tenemos los proyectos y programas de la OPS en México, para promover la salud y la prevención de enfermedades; a) desarrollo sostenible, promoción de la salud y salud ambiental, b) enfermedades crónicas, factores de riesgo y salud mental, c) enfermedades transmisibles y análisis de la salud, d) familia, género y curso de vida, e) seguridad vial, f) sistemas de salud, campus virtual y e-salud (http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=662&Itemid=405).

Basado en el interés de participar en la discusión y en la toma de decisiones sobre temas o recomendaciones en materia de salud, México fue electo al Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud para el período 2007-2010. Este Comité está integrado por nueve Estados miembros elegidos por la Conferencia Sanitaria Panamericana por períodos escalonados de tres años. El Comité se reúne dos veces al año y funciona como grupo de trabajo de la Conferencia. En octubre de 2009 México fue electo a la Presidencia de dicho órgano, también forma parte del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración, que es un órgano consultivo auxiliar del Comité Ejecutivo, que está integrado por siete Miembros (<http://mision.sre.gob.mx/oea/index.php/es/ops>).

Los planteamientos de la Carta de Ottawa, siguen siendo relevantes, para posicionar un nuevo paradigma de salud pública que respalde la promoción de la salud, con el objetivo de implementar la acción en salud pública que fortalezca el potencial de salud de las personas con un enfoque ecológico, aplicando los principios de equidad, justicia, democracia y empoderamiento.

Hoy en día, la promoción de la salud es un gran desafío de un mundo globalizado, que exige ir más allá del sectorial tradicional centrado en la atención primaria y los sistemas de atención de salud, por esto fue el tema central en la Declaración de México, donde se demanda que los Gobiernos ejerzan su liderazgo activo y con visión para asegurar el compromiso de todos los sectores públicos y privados y de la sociedad civil en el desarrollo de políticas públicas saludables.

La Declaración de México en 2000 establece un compromiso para posicionar la promoción de la salud como una estrategia fundamental en la agenda política y de desarrollo, compromiso reafirmado en la Carta de Bangkok en 2005 (Promoción de la salud, 2006: 4, 5).

2.1.3 La salud dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en México

Según Magdy Martínez Soliman (2011) representante de la PNUD en México, los Objetivos del Milenio plasman derechos básicos que todos los individuos del

planeta deben disfrutar. México se ha comprometido ampliamente con los ODM y reporta sus avances periódicamente mediante indicadores, en 2010 presentó el tercer reporte mediante el cual se puede observar si las políticas públicas han sido acertadas o si hace falta redoblar esfuerzos.

El Seguro Popular está integrado en el segundo eje de la política social, este asegura el acceso a servicios de salud y conlleva un doble propósito: el de permitir a la población ejercer su derecho a la salud y protegerlos de los gastos catastróficos originados por la enfermedad de un miembro de la familia. Además se creó en 2006, el Seguro médico para una nueva generación que protege a los menores nacidos a partir de diciembre de 2006.

En el 2011, México ya tenía un avance significativo en el cumplimiento de los ODM, esto les permitió afirmar que las metas podrán cumplirse para el 2015. La Secretaría de Salud trabaja estrechamente con la OMS, para monitorear el cumplimiento de los ODM 4, 5 y 6, relacionados con la salud (Informe de Avances, ONU, México, 2010).

2.2 Mecanismo de presentación de servicios de salud en México

La presentación de los servicios de salud en México se realiza mediante políticas públicas, como son la creación del sistema de seguridad social y la asignación y distribución de los recursos financieros, la creación de infraestructura y personal especializado, entre otros.

2.2.1 Las Políticas Públicas en salud

De acuerdo con un documento de la Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH, 2010) se entiende que toda política pública debe contar con una serie de atributos como son: eficiencia, eficacia, economía, productividad y oportunidad, estas políticas tienen como principal objetivo dar racionalidad al uso de recursos escasos en el cumplimiento de las actividades estatales (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2011).

También es importante la participación ciudadana en la creación de las políticas públicas, según Nuria Cunill (1991), se encuentran dos dimensiones en el fenómeno de la participación ciudadana: como medio de socialización de la política y como forma de ampliar el campo de lo público hacia esferas de la sociedad civil fortaleciéndola. Cunill define la participación ciudadana como “la intervención de los individuos en actividades públicas y portadores de intereses sociales (Frenk Mora, et al, 2005: 27).

2.2.1.1 Políticas Públicas para la Salud en México

Las políticas públicas son la herramienta que utiliza el gobierno para, sufragar necesidades de las personas bajo su responsabilidad, contándose entre ellas las políticas de salud ya que deben responder a las necesidades, mitigar los riesgos y proteger a las poblaciones contra daños, enfermedades y discapacidades, generando una mayor equidad.

La Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República, que funcionó únicamente de agosto de 1981 a noviembre de 1982, debía de determinar los elementos técnicos, administrativos, normativos y financieros de los servicios públicos de salud con la finalidad de integrarlos en un sistema nacional de salud que diera cobertura a la población, siendo este el inicio de la reforma de las políticas sobre la salud. Posteriormente en 1983 Guillermo Soberón induce a que se introduzca el derecho a la protección a la salud en el artículo cuarto de la Carta Magna del país y a continuación se formula el Programa Nacional de Salud 1983-1988. Haciéndose un cambio estructural, fundamentado en cinco estrategias macro y cinco estrategias micro, siendo estas las siguientes:

ESTRATEGIAS MACRO

- ✓ Sectorización
- ✓ Descentralización
- ✓ Modernización de la Secretaría de Salud
- ✓ Modernización administrativa
- ✓ Coordinación intersectorial y participación comunitaria

ESTRATEGIAS MICRO

- ✓ Financiamiento
- ✓ Recursos humanos para la salud
- ✓ Investigación en salud
- ✓ Información en salud
- ✓ Insumos para la salud

Seguidamente se crea El Programa Nacional de Salud 1990-1994, con el objetivo de hacer llegar la protección a todos los mexicanos proporcionando los servicios y prestaciones oportunamente de forma eficaz, equitativa y humanitaria para contribuir al mejoramiento de su bienestar social, donde participen las comunidades y los tres órdenes de gobierno, como son: federal, estatal y municipal.

En 1995 se crea el programa de “Reforma del Sector Salud 1995-2000, en este programa se proponía transformar el sistema, modernizándolo para hacerlo más eficiente. Para 2001 que inicia el programa, democratización de la salud en México 2001-2006, hacia un sistema universal de salud; además de la equidad y calidad en la prestación de los servicios ahora se integra la protección financiera; y

establecen la conformación de un sistema universal, equitativo, solidario, plural, eficiente, descentralizado, participativo y vinculado con el desarrollo.

La Ley General de Salud, fue publicada en el Diario Oficial en 1984, y entró en vigor en enero de 2004 para implantar, en forma gradual, durante siete años, un sistema que busca dar efectividad creciente al derecho a la protección de la salud de los mexicanos. Tiene como finalidad, el bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, la prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana, 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, el conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, así como la atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables entre otros (Fundación Mexicana para la Salud, 2012).

2.2.1.2 Políticas Públicas para la Salud en Quintana Roo

En el estado Quintana Roo se han llevado a cabo las siguientes Políticas Públicas en beneficio de la comunidad. Desde 1925, las autoridades centrales se preocuparon por el territorio de Quintana Roo el famoso entomólogo y parasitólogo Carlos H. Hoffman, que en ese momento fungía como jefe de la Sección de Parasitología del Instituto de Higiene, que se encontraba en la Ciudad de México, dicta medidas preventivas y trató a enfermos con malaria, disentería y úlcera de los chicleros, en 1927 el coronel médico cirujano Enrique Barocio, elaboró diagnósticos sanitarios, construyó un esquema de salud pública, realizó acciones promotoras de la salud y médico-preventivas y para 1944, de acuerdo a las normas gubernamentales de carácter federal, se fueron conformando los Servicios Coordinados de la Secretaría de Salubridad y Asistencia del territorio (Fajardo Ortiz, 2004).

El 14 de Diciembre de 1980, el sector salud inicia la vacunación contra la polio y el sarampión para todos los niños y las niñas del estado en Quintana Roo.

En 1984 se constituye el órgano rector de las actividades de Salud en la entidad, Comité de Salud y Bienestar Social dentro del Comité de Planeación y Desarrollo del Estado (COPLADE).

El 23 de diciembre de 1987, se firmó el Convenio de Descentralización de los Servicios de Salud en el Estado de Quintana Roo. El mismo año se crea el Servicio de Salud Mental, para dar servicio a las comunidades rurales y urbanas del estado.

A partir del 16 de febrero de 1988, con el Convenio de Descentralización de los Servicios de Salud, se transfieren las Unidades IMSS-COPLAMAR a la Secretaría

Estatad de Salud y Bienestar Social, cedido junto con todas las unidades de este programa, a la Secretaría de Salud.

En Julio de 1990, después que la ley general de salud lo estableciera en su artículo 327, entra en funciones en Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea en su momento era único para atender a todo el estado, posteriormente se implementó un Centro de la transfusión Sanguínea en Cancún, y actualmente también implementaron uno en Playa del Carmen.

El 20 de agosto de 1996, el Gobernador del estado en turno Mario Villanueva, firma el Convenio de Descentralización, de esta forma se crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios Estatales de Salud.

En 2002 se afilian las primeras 7,000 familias al seguro popular, dentro del programa piloto de seguridad social implementado por el gobierno federal, cinco años después 74,000 familias tienen Seguro Popular que representa más del 56% de la población sin seguridad social.

A finales de 2007 y principios del 2008 se hace una inversión de 21 millones de pesos para la creación de 13 Unidades Médicas Especializadas (UNEMES). Estas unidades son para la Salud Mental, prevención de las adicciones, y prevención de enfermedades crónicas (Gobierno de Quintana Roo, 2014).

Para poder llevar a cabo las Políticas Públicas es imprescindible contar con los recursos económico necesarios, los cuales se programan dentro del presupuesto de egresos del Estado.

2.2.2 El presupuesto de egresos en México

El Presupuesto de Egresos de la Federación es el documento que autoriza la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión. En este documento se especifica el monto y el destino de los recursos económicos que el Gobierno requiere durante un ejercicio fiscal es decir un año, para obtener los resultados comprometidos y demandados por los diversos sectores de la sociedad. Una parte del Gasto Público está destinado para proporcionar servicios de salud.

Estos recursos se obtienen de los impuestos y otras contribuciones de la sociedad, de los ingresos del petróleo, de la venta de bienes y servicios de las empresas y organismos públicos, de las contribuciones de trabajadores y patrones al sistema de seguridad social, así como de financiamientos que contrata. Cuando el Gasto Público es mayor que los ingresos éste cubre con

deuda pública, esto es los préstamos que el gobierno adquiere (Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 2014).

Según la Ley de presupuesto, contabilidad y el gasto público del Estado en México; el Gasto Público Estatal, es un instrumento de la administración pública que se compone de las siguientes fases: planeación, programación, presupuestación, ejecución, control, evaluación e información, mismos que se norman y regulan por las disposiciones de esta ley, que será aplicada por el Ejecutivo del Estado, por conducto de la Secretaría de Finanzas.

Esta Secretaría regula la programación, presupuestación, control, evaluación del gasto público del Estado en el ámbito de los objetivos, políticas, estrategias y metas del Plan Estatal de Desarrollo, asimismo corresponde a la Secretaría de Finanzas formular el proyecto de presupuesto de egresos, realizar la contabilidad, seguimiento y evaluación del ejercicio del gasto público del Estado. Así como entregar la cuenta anual de la Hacienda Pública Estatal, a fin de someterla a consideración del Gobernador del Estado para su presentación ante la H. Legislatura del Estado y dictar las disposiciones procedentes para el eficaz cumplimiento de sus funciones.

En el anexo 2, podemos observar que en México y en el estado de Quintana Roo se incrementó el gasto público en salud como porcentaje del PIB, tanto a nivel nacional como a nivel estatal pues en el país incremento de 2.9 en 2006 a 3.1 en 2010, y en el estado incremento de 2.0 en 2006 a 2.7 en 2010. En Gasto Público en Salud como porcentaje del gasto público total se observa la misma situación de incremento, sin embargo en lo que es la estructura porcentual de la distribución del gasto en salud, tanto federal como estatal en un año sube y al otro baja. La estructura porcentual de la distribución del gasto en salud está formado por recursos federales y estatales, en 2010 el 100% para el país se formó con una participación federal del 81.3 y 18.7 de participación estatal y para el del estado de Quintana Roo la participación estatal fue de 20.1 y la federal fue de 79.9. En el año de 2009 la participación estatal del país marca 16.8 y la federal es de 83.2 y para el estado de Quintana Roo la participación estatal es 16.1 y la federal de 83.9, observándose que de 2009 a 2010 hay una reducción del recurso en el gasto en salud tanto nacional como estatal.

El Presupuesto de Egresos del Estado, se consignará solamente a los programas operativos anuales y la parte proporcional al ciclo anual de los programas que por su naturaleza excedan dicho ejercicio con el objeto de que para llevarlos a cabo se tomen previamente en cuenta los ingresos disponibles para el mismo ejercicio. Asimismo, el presupuesto comprenderá las erogaciones por concepto de gasto corriente, inversión física, inversión financiera, así como pago de pasivo o deuda

pública que realizan, “El Poder Legislativo, El Poder Judicial, El Poder Ejecutivo, Los Organismos Descentralizados, Las Empresas de Participación Estatal Mayoritarias, y Los Fideicomisos en que el Fideicomitente sea el Gobierno del Estado (Poder Judicial de Quintana Roo, 2011).

2.2.3 Los Mecanismos implementados en México

En México, en el año de 1995 diez millones de mexicanos carecían de acceso regular a los servicios básicos de salud, motivo por el cual el gobierno del presidente Zedillo debía considerar acciones para disminuir la pobreza y moderar la desigualdad que existía entre los diferentes estratos de la población. Se hacía necesario alcanzar un crecimiento económico sostenido para generar empleos estables y bien remunerados, además de propiciar oportunidades de progreso para la población.

El Programa Sectorial de Salud, se encuentra dentro de las acciones del gobierno mexicano, para lograr un México saludable donde se establece que se requiere implementar estrategias preventivas que fortalezcan la cultura de la salud y el desarrollo de oportunidades para elegir estilos de vida saludables. Asimismo establecieron que la política nacional debe incidir sobre los determinantes de la salud y adaptar los servicios de atención médica de todo el sector, a las nuevas necesidades promoviendo altos niveles de calidad, seguridad y eficiencia.

Otro punto es el fortalecimiento de las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y control de riesgos sanitarios, orientado a reducir el impacto que tienen las enfermedades y las lesiones sobre individuos, familias comunidades y la sociedad en su conjunto.

Cabe señalar, que la estimación de los recursos para la ejecución del programa, deberá estar determinada en los Proyectos de Presupuesto anual que presenta la dependencia quedando sujetos a la disponibilidad de recursos. Los instrumentos y los responsables de la ejecución del programa se determinarán conforme a las facultades y atribuciones del reglamento Interior de la Secretaría de Salud, en su carácter de coordinadora sectorial y por los organismos sectorizados.

Otro de los mecanismos implementados para mejorar la salud y el bienestar de la población se encuentra en el Programa Nacional de Desarrollo (PND), dentro del eje rector 3 Igualdad de Oportunidades, en el punto 3.2 referente a la salud, donde marca cuatro objetivos a seguir:

- Mejorar las condiciones de salud de la población.

- Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez, y seguridad para el paciente.
- Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.
- Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal (Córdoba 2007: 11, 16).

En el estado de Quintana Roo también se han implementado mecanismos a favor de la buena salud y el bienestar de la población. De acuerdo a las disposiciones de la “Ley de salud del estado de Quintana Roo” en el artículo sexto del capítulo primero, título segundo, menciona que: el Sistema Estatal de Salud, está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal y Municipal, por las personas físicas y morales de los sectores social y privado de la Entidad que presten servicios de salud en la misma, con el objeto de dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud en el Territorio del Estado de Quintana Roo (Congreso del Estado de Quintana Roo, 2010).

En cuestión de salud la Lic. Cora Amalia Castilla Madrid (2005), hace la observación de que, el estado mantiene la certificación de cobertura universal para servicios médicos otorgado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo que significa que toda la población se encuentra atendida por algún tipo de servicio de salud. El sistema de protección social en salud del estado es de dos niveles de atención² en lo que respecta a seguridad social y de asistencia social.

Tabla 3. Recursos asignados a la salud en Quintana Roo en 2005 y 2010.

Estado Quintana Roo	2005	2010
Secretaría de Salud	662,460,433.00	40,625, 000.00

Fuente: Elaboración propia con datos de: La Honorable X Legislatura Constitucional del Estado Libre y Soberano de Quintana Roo 2004 y La Honorable XII Legislatura Constitucional del Estado Libre y Soberano de Quintana Roo 2009.

Como se observa en la tabla los recursos asignados en el Presupuesto Estatal del Estado de Quintana Roo en el año 2005 fueron de 662, 460, 433 pesos y para el año 2010 este recurso es apenas una dieciseisava parte del asignado en el 2005.

Para entender que es y cómo se distribuye el Fondo que viene del ramo 33 agregamos su descripción. “Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud

² Primer nivel: Detección oportuna de enfermedades y tratamiento de las más comunes. Atendido por médicos generales.

Segundo nivel: Especialidades básicas: Cirugía General, medicina interna, pediatría y gineco-obstetricia. www.med.unne.edu.ar/.../aps/.../43_regionalizacion_atencion_salud...

(FASSA), el monto de este fondo se determina en el Presupuesto de Egresos de la Federación. Estos recursos se deben destinar a: i) organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad, ii) coadyuvar a la consolidación y funcionamiento del sistema nacional de salud, y planear, organizar y desarrollar sistemas estatales de salud, iii) formular y desarrollar programas locales de salud, en el marco de los sistemas estatales de salud y de acuerdo con los principios y objetivos del plan nacional de desarrollo, iv) llevar a cabo los programas y acciones que en materia de salubridad local les competan, v) elaborar información estadística local y proporcionarla a las autoridades federales” (LIX Legislatura, Cámara de diputados, 2010).

Tabla 4. Recursos asignados en el Presupuesto Estatal del Estado incluyendo el ramo 33, en 2005 y 2010.

Estado Quintana Roo	2005	2010
Salud		129,827,149
Equipamiento, modernización y obra pública para la conclusión de unidades médicas en entidades federativas	33,900,000	40,024,615
Gasto de operación para unidades médicas en entidades federativas		49,191,975
Homologación de personal		35,951,988
Fondo de aportaciones a los servicios de salud a la comunidad		4,658,571
Aportaciones para Salud (FASSA) (Del ramo 33)	571,100,000	900,700,000

Fuente: Elaboración propia con datos de: LIX Legislatura, Cámara de diputados, 2005, y LIX Legislatura, Cámara de diputados, 2010.

En la tabla se observa los recursos obtenidos del Ramo 33 casi se duplica la cantidad aportada en el año 2010 ya que para el 2005 fueron solo 571,100,000 pesos y 900,700,000 para el 2010. De igual forma se observa que en el año 2005 no se tiene considerado el “Gasto de operación para unidades médicas en entidades federativas, la homologación de personal y el fondo de aportaciones a los servicios de salud a la comunidad”. Esto nos indica que el gasto en salud se ha incrementado en el estado para proporcionar mejores servicios médicos a la comunidad.

2.3 La situación de la salud en México

Definiendo la seguridad social en México, podemos decir que es un programa creado por el Estado con la finalidad de otorgar beneficios económicos y servicios como el de la salud, que le permita al individuo compensar parcialmente la pérdida en el ingreso, proveniente de la inseguridad económica, donde se trata de compensar la insuficiencia en la percepción de ingresos.

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se establece el derecho a la seguridad social, el cual ocupa un lugar privilegiado por su naturaleza de obligatorio, integral y solidario, y en el artículo 123 de la constitución ampara casi la totalidad de los riesgos a los que están expuestos los trabajadores asalariados de los sectores público y privado, a través de una amplia cobertura de beneficios que comprende seguros de invalidez, de vejez, cesación involuntaria de trabajo, de enfermedades y accidentes no profesionales, de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales, servicios de guarderías y otra clase de beneficios para el bienestar individual y colectivo, y el derecho a contar con una vivienda digna (Rojas y Ulloa, 2002).

“Mejorar las condiciones de vida de la población depende cada vez más de un conjunto de políticas que no se limitan al sector salud en sentido estricto, sino que abarcan los ámbitos del quehacer económico, político, cultural, científico y tecnológico. En la determinación de la salud intervienen múltiples factores que incluyen el ritmo del crecimiento económico, la igualdad en la distribución de la riqueza, el grado y la calidad de la educación, la condición de la mujer y los estilos de vida” (Frenk, Julio, et al. 2001: 35).

2.3.1 Seguridad Social, una política de gobierno en búsqueda del bienestar de la población mexicana

La seguridad social, es un concepto integrador de las diversas vertientes de la moderna política social y un factor importante en el desarrollo económico y social de un país (PNUD, 1994, en Frenk, 2001). Este concepto integra, la seguridad nacional, la pública, la alimentaria y la social. En México los servicios de salud coadyuvan a la seguridad social protegiendo al individuo, la familia, la empresa, y las instituciones de los estragos físicos, emocionales y económicos resultantes de una enfermedad, discapacidad o la muerte. La seguridad social en México ha desempeñado un papel significativo en la sociedad moderna, no sólo por sus consecuencias económicas, sino que también en el ámbito social y político.

Ante la crisis económica y la creciente inseguridad económica de la clase trabajadora, la presencia de las enfermedades o accidentes asociados al desarrollo industrial, así como el desempleo, llevaron al Estado a que en un acto

de política, implementara una estrategia para ofrecer una solución, como la seguridad social. “En 1994 México invirtió entre 4.7 y 6.5% del PIB en salud, incluyendo el gasto público y privado. Ello representó entre 20 y 27 mil millones de dólares” (Hernández, et. al., 1997) este gasto incluye rubros como los pagos por servicios, medicamentos, infraestructura y recursos humanos (Frenk et. al., 2001: 43).

2.3.2 Instituciones que prestan el servicio de Seguridad Social en México

La Seguridad Social se entiende como un derecho ciudadano mediante el cual pueda acceder, por lo menos a una protección básica para satisfacer estados de necesidad. Para esto se crea el concepto universal respecto del tema que ha llevado a cada nación a organizarse con el objetivo de crear un modelo con la finalidad de otorgar los servicios esenciales de salud. Donde el Estado es el principal promotor de políticas para llevar a cabo los programas de seguridad social que garanticen y aseguren el bienestar de los ciudadanos.

En México estos programas de gobierno generalmente son financiados de manera tripartita, con los presupuestos estatales, las cuotas patronales y por el propio trabajador, a excepción del Seguro Popular, que es financiado por el Estado y por el beneficiario este último cubre una cuota representativa. En este sentido el estado de bienestar se genera mediante un proceso de redistribución de la riqueza para beneficiar a las clases desprotegidas con la cobertura de seguridad social que no podrían alcanzar con sus propios ingresos.

En México son tres las Instituciones de mayor importancia en la captación de población beneficiaria, estas son, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Seguro Popular Social, más conocido como Seguro Popular.

Instituto Mexicano del Seguro Social

El IMSS ha avanzado hacia un esquema de seguridad social que incluye prestaciones médicas, económicas y sociales, asimismo La Ley señala que la seguridad social tiene como finalidades: a) garantizar el derecho humano a la salud, b) la asistencia médica, c) la protección de los medios de subsistencia, d) los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, e) el otorgamiento de una pensión que en su caso será garantizada por el Estado.

El Seguro Social comprende dos tipos de régimen de afiliación, por el régimen obligatorio y por el régimen voluntario.

- El régimen obligatorio: es aquel que se financia con contribuciones provenientes de los patrones, el Estado y los propios trabajadores. Cuenta con cinco tipos de seguro: enfermedades y maternidad, riesgos de trabajo, invalidez y vida, retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, guarderías y prestaciones sociales.

Son sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio: los trabajadores, los miembros de sociedades cooperativas de producción y las personas que determine el Ejecutivo Federal mediante el decreto respectivo.

- El régimen voluntario: de forma voluntaria y mediante convenio con el Instituto, podrán ser sujetos de aseguramiento en este régimen, los trabajadores en industrias familiares y los independientes como profesionales, pequeños comerciantes, artesanos y demás trabajadores no asalariados, los trabajadores domésticos, los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios; así mismo, los patrones (personas físicas) con trabajadores asegurados a su servicio y los trabajadores al servicio de las administraciones públicas de la Federación, entidades federativas y municipios que estén excluidos o no comprendidos en otras leyes o decretos sujetos de seguridad social (Seguro Social, 2010).

Programas de prevención de enfermedades que ofrece el IMSS. En cuestión de prevención de enfermedades el IMSS ha implementado un programa al que denomina Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS), el cual es un modelo de atención a la salud de carácter integral y por ello incluye la prevención, curación y rehabilitación. Poco se han desarrollado los servicios preventivos, con excepción de programas como el de vacunación, hidratación oral y planificación familiar, que han tenido gran impacto en la salud y demografía del país (Hernández Muñoz Onofre, 200). Todos estos programas son en función del bienestar de la población afiliada al IMSS, de igual manera tenemos otra institución que tiene una función muy similar, como es el ISSSTE.

Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado

El ISSSTE como su nombre lo indica, atiende a los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y familiares derechohabientes. Esto significa que los gobiernos estatales y organismos públicos descentralizados pueden contratar los servicios del ISSSTE para afiliar a sus trabajadores mediante la celebración de convenios. El ISSSTE se crea con la finalidad de contribuir a la satisfacción del bienestar integral de los trabajadores, con atención esmerada, respeto, calidad, con solvencia financiera que permita fomentar la mejora sostenida de bienestar, calidad de vida y el desarrollo del capital humano. La seguridad en Salud, comprende: Medicina preventiva, seguro de enfermedades y maternidad, servicios de rehabilitación física y mental, servicio de atención para el bienestar y el

desarrollo infantil, servicio integral de retiro a jubilados y pensionados, servicios turísticos, actividades culturales, cívicas y deportivas, servicios funerarios.

Programas de prevención que ofrece el ISSSTE

Anteriormente solamente se promovía la higiene en materia de prevención; actualmente, sin perder esta estrategia, se sabe que para prevenir enfermedades crónico-degenerativas no sólo es necesaria la higiene sino otras acciones que generen beneficios en la salud de la población.

Con el programa PrevenISSSTE se pretende llegar a cada uno de los derechohabientes con un enfoque preventivo, personalizado y masivo, que consiste en acopio de evaluaciones de riesgo por internet, informar a las personas de estilos de vida saludable, diagnósticos tempranos, recomendaciones clínicas personalizadas así como tratamientos oportunos. Mediante acciones como: cartillas de vacunación, arranque parejo en la vida, planificación familiar, salud reproductiva, atención a la mujer durante el climaterio y menopausia, prevención del retraso mental en el recién nacido (tamiz neonatal), crecimiento y desarrollo en la infancia y la adolescencia, revisión médica integral, consultorio médico en centro de trabajo y envejecimiento saludable. El ISSSTE se enfoca en la atención preventiva y creando módulos PrevenISSSTE, en las unidades médica de Primer nivel, el objetivo de esta estrategia es disminuir el índice de enfermedades así como el impacto que tienen las enfermedades y las lesiones sobre individuos, familias, comunidades y la sociedad en su conjunto (ISSSTE, 2012).

Seguro Popular Social

El Seguro Popular es una política pública en México que busca proteger financieramente los ingresos de las familias que no están cubiertas por la seguridad social. Particularmente para proteger el ingreso de las familias de más bajos ingresos, así como para disminuir las inequidades entre los trabajadores formales y los no formales principalmente en el gasto de bolsillo que hacen las personas al atender un problema de salud.

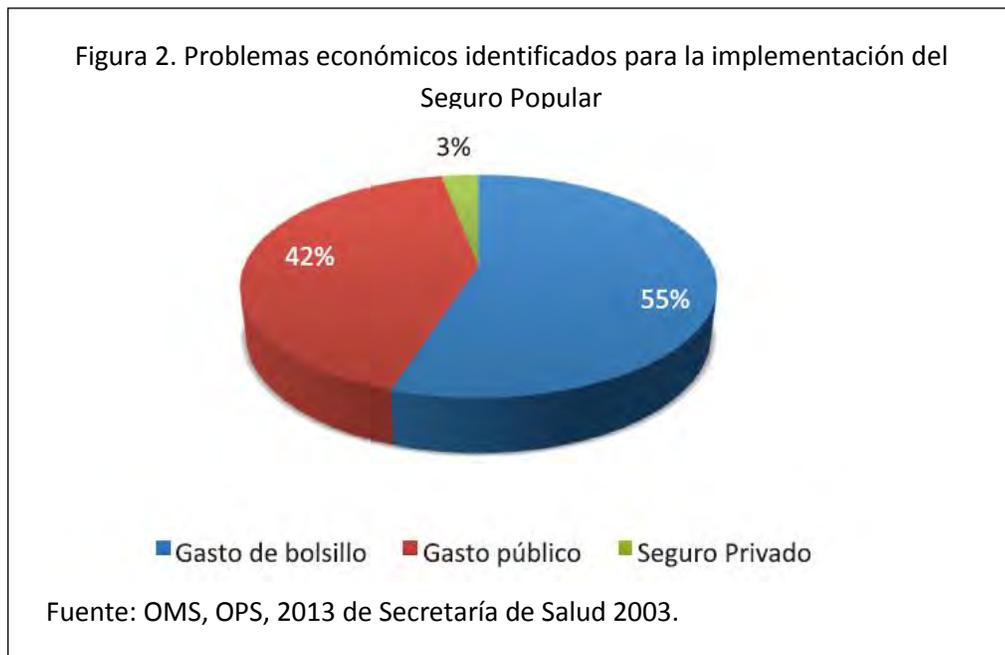
Cuadro 4. Problemas económicos identificados para justificar la implementación del Seguro Popular

- 1) Bajo nivel de inversión en salud como porcentaje del PIB en comparación con países de América Latina con ingresos similares
- 2) Gasto de bolsillo como principal fuente para financiar la atención de la salud, principalmente en la población de menores ingresos
- 3) Distribución no equitativa de recursos entre instituciones de salud y entre áreas geográficas
- 4) Falta de corresponsabilidad en el financiamiento de la salud entre órdenes de gobierno
- 5) Subinversión en infraestructura y creciente destino del gasto público hacia la nómina²¹

En el cuadro cuatro, se muestran los problemas empíricos con los que se justifica la implementación del Seguro Popular; resultado de una investigación realizada por la OMS/OPS.

Su diseño en 2001, fue sustentado en evidencias empíricas que planteaban básicamente cinco aspectos económicos por atender relacionados con el financiamiento de la atención de salud.

Con este argumento se convenció a los principales responsables de la toma de decisiones en materia presupuestaria, para alcanzar un Sistema Nacional de Salud más equitativo financieramente, otro argumento que usaron fue el del efecto protector que debía de tener el Seguro Popular sobre el ingreso de las familias, para evitar el empobrecimiento. El marco de la OMS para medir el desempeño de los sistemas de salud hacía énfasis en la justicia financiera entre los principales objetivos de la salud, basado en algunos estudios nacionales e internacionales aportaron evidencias empíricas en la que se sustentó la estrategia basada en información económica (OMS, OPS, 2013).



En la gráfica de la figura 2 muestra el argumento económico utilizado para impulsar al Seguro Popular como una herramienta para revertir el efecto del gasto de bolsillo como el problema principal que requiere una fuente de financiamiento y de la atención pública en México. En ese momento el gasto de bolsillo

representaba el 55% del gasto en salud, en contraste con el 42% del gasto público.

“En relación a la primera meta, el gasto de bolsillo se redujo de 51.7% del gasto total en salud en el 2004 a 47.1 en el 2010, según las cifras disponibles más recientes del Seguro Popular. Reducir el porcentaje de familias que incurren en gastos catastróficos por motivos de salud, la segunda meta, se superó al pasar de 3.6% en el 2004 a 2.8 % en el 2010, lo que representa una disminución de 20.6%”, [OMS, OPS, 2013].

En los servicios que presta el Seguro Popular se apegan al Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), que contiene la relación de acciones médicas que el asegurado y su familia recibirán sin tener que pagar ninguna cuota en el momento de recibir la atención médica. Este catálogo en su versión 2008, quedó integrado por un listado de 266 intervenciones de salud distribuidas de la siguiente manera: 25 en salud pública, 100 en consulta de medicina general / familiar y de especialidad, 8 en odontología, 26 en urgencias, 38 en hospitalización, y 69 en cirugía (Seguro Popular de Sonora, 2012).

El objetivo del Seguro Popular es mejorar las condiciones de salud de los mexicanos, abatir las desigualdades en salud, garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud, asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud, fortalecer el sistema nacional de salud, y en particular sus instituciones públicas. Apoyando con estas acciones al de la población que por alguna circunstancia no contaba con este tipo de protección médica como es la seguridad social.

Programas del seguro popular para la prevención de enfermedades

El Seguro Popular implementó una estrategia de prevención denominada, “Consulta Segura” que permitirá contar con información de los afiliados respecto de su estado de salud. La Consulta Segura contribuirá al diseño de acciones específicas para el combate a la desnutrición y la malnutrición, ya que se realiza un tamizaje básico por grupos de edad, basado en la Cartilla Nacional de Salud.

Este proyecto, es una estrategia de prevención creada con la finalidad de detectar oportunamente aquellos padecimientos que puedan poner en riesgo la salud de cada uno de los afiliados al Seguro Popular y beneficiarios, en función de la edad, sexo y evento de vida, para ello todos los mayores de 10 años deberán ser identificados biométricamente para la determinación del perfil inicial de riesgo de los afiliados y poder hacer una prevención, detección y referencia oportuna de los casos identificados. Actualmente se cuenta con el registro biométrico de 1.8

millones de afiliados en diecisiete entidades federativas (http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=64).

Como podemos observar las tres instituciones de seguridad social en México se preocupan en prevenir enfermedades cada una desde su propia perspectiva, para esto han creado programas en pro de la prevención, para crear una cultura de la prevención, fomentando el cuidado de la salud. En México la atención de los seguros sociales ligados al mercado formal y las condiciones de trabajo idóneas que muchas veces no corresponden a las del trabajo precario, esto reduce la protección a sólo el 40% de la población total.

2.3.3 La seguridad Social en el Estado de Quintana Roo

En Quintana Roo en el 2002 durante el primer año del programa piloto del que formó parte nuestro estado, se afilian las primeras 7,000 familias al Seguro Popular. Más tarde al resultar positivos los resultados esperados, el estado se integra al programa del Seguro Popular ya instaurado como tal.

El Seguro Popular en Quintana Roo inició en el año de 2005 con una afiliación de 36,962. Ha incrementado significativamente su filiación, de manera que en año 2010 ya contaba con 254,939 afiliados. En esta institución se otorga los beneficios de la seguridad social a la población que por alguna circunstancia no está afiliado al IMSS o al ISSSTE, generalmente es el segmento de la población que no cuenta con un trabajo fijo o que tiene autoempleo. Este programa ofrece servicios de prevención y atención a las enfermedades, apegándose al Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), pues contiene la relación de acciones médicas que el asegurado y su familia deberán recibir sin tener que pagar ninguna cuota en el momento de recibir la atención médica. Ya transcurridos cinco años de vigencia, debe comenzar a manifestarse el impacto en la salud de la población, antes desprotegida (Congreso de investigación en Salud Pública, 2011).

En noviembre del 2006, después de más de 20 años sin crecimiento representativo en infraestructura hospitalaria, se inicia la construcción del Hospital General de Playa del Carmen, con una inversión autorizada a la fecha de 213 millones de pesos. A finales del 2007 y principios del 2008 con una inversión de más de 21 millones de pesos se crean 13 Unidades Médicas Especializadas (UNEMES), entre ellas se encuentran: 2 UNEMES de Salud Mental, 8 UNEMES para Prevención de las Adicciones y 3 UNEMES para la prevención de enfermedades crónicas.

En 2008 se amplían los principales hospitales del estado, el Hospital Materno Infantil Morelos de 30 camas pasó a 48 camas de las cuales 6 son incubadoras; el

Hospital General de Cancún de 91 pasó a 107; el Hospital General de Cozumel de 14 camas pasó a 30 entre las que se cuentan; 9 camas adultos 4 cuneros 3 camas pediatría. Actualmente se autorizó el proyecto para la arquitectura médica sustentable de un hospital Ecológico en el Municipio de Tulum y el Proyecto Ejecutivo de un segundo Hospital General en el Municipio de Benito Juárez.

Según el Portal del Gobierno de Quintana Roo, en la Misión el Seguro Popular tiene la encomienda de salvaguardar la salud de la población del Estado de Quintana Roo, a través de políticas públicas que fomenten el auto cuidado de la salud, garantizando servicios de salud, de atención médica con calidad, universalidad y oportunidad que redunden en prácticas y estilos de vida saludable. Con la visión de proveer de atención oportuna y accesible a toda la población, brindando servicios de salud de calidad que mejoren el nivel de vida de los ciudadanos quintanarroenses (Portal del Gobierno de Quintana Roo).

Tabla 5. Derechohabiencia de las instituciones de seguridad social en México 2005-2010.

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	Población total	Total con seguridad social	IMSS	ISSSTE	PEMEX, SEDENA o SEMAR	Seguro Popular	insti-tución privada	En otra institu-ción
2005	103,263,388	48,452,418	32,087,547	5,779,620	1,085,245	7,321,217	1,898,109	1,050,728
2010	112,336,538	72,514,513	35,380,021	7,204,514	1,091,321	26,229,071	2,006,687	1,647,155

Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI. Censo de Población y Vivienda 2005 y Censo de Población y Vivienda 2010.

En esta tabla se puede observar que de la población total aproximadamente el 50% poco más, poco menos cuenta con seguridad social, y de estos en 2005 el IMSS tiene asegurada a la mayoría de esta población, quedando el Seguro Popular en Segundo lugar en captación de población asegurada y el ISSSTE en tercer lugar lo cual es aceptable de este último ya que solamente otorga seguridad social a los empleados del sector gobierno. Sin embargo para el año 2010 el IMSS y el ISSSTE han incrementado muy ligeramente, la cantidad de asegurados, pues el primero paso de 32,087,547, a 35,380,021 y el segundo paso de 5,779,620, a 7,204,514, no así el Seguro Popular ya que casi cuadruplicó esta cantidad, ya que de 7,321,217 paso a 26,229,071 asegurados.

Tabla 6. Derechohabiencia de las instituciones de seguridad social de Quintana Roo 2005-2010.

Quintana Roo	Población total	Total con seguridad social	IMSS	ISSSTE	PEMEX, SEDENA o SEMAR	Seguro Popular	institución privada	En otra institución
2005	1,135,309	522,673	396,110	71,513	7,938	36,962	14,348	1,655
2010	1,325,578	896,408	518,853	90,594	8,825	254,939	23,290	9,175

Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI. Censo de Población y Vivienda 2005 y Censo de Población y Vivienda, 2010.

En el estado de Quintana Roo se puede observar fenómeno similar, donde el Seguro Popular ocupa el tercer lugar en captación de derechohabientes en 2005, teniendo la mayor captación el IMSS y después el ISSSTE. En el 2010 se observa una fuerte diferencia en la captación de derechohabientes en el Seguro Popular y pasa a ocupar el segundo lugar cuadruplicado dicha cantidad.

Tabla 7. Derechohabiencia de las diferentes instituciones de seguridad social en Quintana Roo 2005-2010 en porcentajes, con respecto al total de la población asegurada.

Quintana Roo	Población total	Total con seguridad social	Total con seguridad social %	IMSS % del total	ISSSTE % del total	PEMEX, SEDENA o SEMAR %del total	Seguro Popular %del total	institución privada %del total	En otra institución %del total
2005	1,135,309	522,673	46.03	75.78	13.28	1.51	7.07	2.74	0.31
2010	1,325,578	896,408	67.62	57.88	10.10	0.98	28.44	2.59	1.02

Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI. Censo de Población y Vivienda 2005 y Censo de Población y Vivienda 2010.

Como se puede observar en esta tabla, la derechohabiencia se ha ido incrementando en las instituciones de seguridad social de manera proporcional con el aumento de la población, aunque puede notarse que en el estado de Quintana Roo, el incremento de la población afiliada al Seguro Popular es mayor en comparación con las otras instituciones.

La Ley de Salud de Quintana Roo (Congreso del Estado, 2010) en el Título Tercero correspondiente a la Prestación de los Servicios de Salud, capítulo III, de Prestadores de Servicios de Salud, en el Artículo 35 indica que los servicios públicos que se presten en establecimientos públicos de salud a los habitantes del Estado que así lo requieran, estarán regidos por criterios de universalidad y de gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios. En el artículo 36 en el párrafo tercero indica que las cuotas de recuperación se fundarán en principios de solidaridad social y guardarán relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir del cobro cuando el usuario carezca de recursos para

cubrirlas, o en las zonas de menor desarrollo económico y social (Congreso del Estado de Quintana Roo, 2010).

México cuenta con una población total de 106.7 millones de habitantes de los cuales 48.5 millones se encuentran asegurados en diversas instituciones de seguridad social en el país, y 44,411,852 millones constituyen la población económicamente activa, de los mismos el 78.2% son hombres y 41.4 mujeres. Los ingresos ocupan los siguientes porcentajes. De la población ocupada, el 15.9% se dedica al campo. De la población total, 31.3 millones son niños hasta los 14 años y los 8.8 millones mayores de 65 años; de estos, últimos sólo dos millones 997 mil personas cuentan con una pensión (Mendizábal, 2008).

Aunque el Seguro Popular avanza al proporcionar seguridad social a la población que no contaba con ella, todavía queda población que carece de esta protección. Según el Seguro Popular para el 2015 alcanzará la cobertura universal.

2.4 Conclusiones

En México la salud, también ha adquirido una importancia relevante, creando inicialmente el IMSS en 1943 en apoyo a la economía de la clase trabajadora. Posteriormente se creó el ISSSTE en 1960 para proteger el patrimonio de los trabajadores del estado, pero quedaba una parte importante de la población sin protección de seguridad social. La clase independiente misma que al no tener un patrón, llámese, empresa particular o de gobierno, quedaban sin atención médica esto ocasiono lo que se ha dado en llamar gastos de bolsillo y cuando la enfermedad es grave gastos catastróficos. Observando esto el gobierno de México implementó el Seguro Popular, esta institución proporciona a la ciudadanía todos los servicios de un seguro social, apoyando así a la economía de la población que había quedado desprotegida.

Ante esta oportunidad el estado de Quintana Roo, no podía quedarse atrás y al igual que otros estados se integró al programa para proporcionar el servicio de seguridad social a la población que necesitaba de él, siendo éste de libre acceso, de manera que toda persona que quiera inscribirse para recibir el servicio lo puede hacer mediante una pequeña cuota de recuperación. Consideramos que la introducción del Seguro Popular en el estado de Quintana Roo, ha impactado positivamente en la salud y en la prevención y curación de enfermedades de la población del municipio, aunque todavía se ha avanzado en la afiliación de derechohabientes, todavía queda mucho trabajo por delante en lo que respecta a mejorar la infraestructura o construirla en las poblaciones donde hace falta entre otras cosas.

Capítulo 3

Capítulo3. La introducción del Seguro Popular y la influencia en la salud, en Othón P. Blanco de 2005 a 2010

En este capítulo trataremos de establecer, cómo se ha visto influenciada la salud de la población del municipio de Othón P. Blanco, a partir de la introducción del Seguro Popular, considerando que la salud es necesaria para mantener y mejorar la productividad de la fuerza de trabajo. Presentamos la situación de la salud en Othón P. Blanco, la introducción del Seguro Popular, las instituciones prestadoras de servicios de salud, el porcentaje de cobertura y servicios de salud prestados a la población por el Seguro Popular en los tres niveles, con los sub-apartados evolución del Seguro Popular en los municipios, un comparativo de la seguridad social del municipio, el estado y el país y posteriormente tenemos dentro de las instituciones prestadoras de servicios de salud, el Seguro Social, el ISSSTE y el Seguro Popular. Más adelante presentamos la afiliación y los servicios en el Municipio, finalizamos con un balance en cobertura y servicios, todo esto durante el periodo 2005 - 2010.

3.1 Situación de la salud en Othón P. Blanco

En el 2005, el estado tenía certificación de la OMS, lo que implica que el municipio de Othón P. Blanco contaba con esta certificación. Para conservarla el H. Ayuntamiento de Othón P. Blanco en su reglamento interior, Título Quinto de las Comisiones del Ayuntamiento, Capítulo V, de las Funciones de las Comisiones.

En el artículo 112 Correspondiente a la Comisión de Salud Pública y Asistencia, las siguientes funciones: En el apartado I. Proponer, analizar, estudiar y dictaminar las iniciativas concernientes a la salud pública y asistencia en el Municipio, en el II. Vigilar los trabajos de las dependencias y unidades administrativas municipales con funciones en la materia, y en el III. Realizar los estudios y análisis necesarios para determinar la situación que en materia de salubridad e higiene opera en el municipio, así como para determinar el grado de consumo de sustancias que causan adicción que la población municipal realiza, para con ellos proponer los sistemas generales imperantes que proporcione avances y soluciones en la materia; agregando las que señale el Ayuntamiento que sean compatibles con su denominación (Ayuntamiento del Municipio de Othón P. Blanco, 2005).

En el Plan de Desarrollo de 2008, por el cambio de gobierno ahora el programa de salud se llama Programa Sectorial: Calidad de Vida, donde el compromiso es garantizar los servicios de salud de calidad y con oportunidad para la población. Haciendo mención que en este momento (2008) el municipio contaba con 63 Centros de salud, 41 casas de salud, 2 Unidades móviles para atención a las zonas rurales, 2 Clínicas hospitalares, 2 Hospitales generales y un Hospital de

especialidades, dentro de los cuales se encuentran incluidas las instalaciones del IMSS e ISSSTE. Además, se tiene un centro de transfusión sanguínea y los servicios de laboratorio, rayos X, ultrasonido. El servicio médico cuenta con dos niveles de atención en el municipio.

El personal lo constituyen 128 médicos generales, 140 médicos especialistas, 18 odontólogos, 231 enfermeras auxiliares, 179 enfermeras generales, 16 enfermeras especialistas, entre otro personal médico de apoyo.

Las acciones de salud que se llevan a cabo con los tres órdenes de gobierno fortalecen la salud pública de la población, sin embargo, existen demandas reiteradas de las comunidades rurales como la de equipar los centros de salud con personal, instrumentos médicos, dotar de medicinas y ampliar los días y horario de atención. En las colonias de la ciudad de Chetumal es reiterativo la construcción de más centros de salud con el equipo y personal médico que requieren, así como pláticas en materia de salud sexual, de prevención de embarazos, paludismo y enfermedades ocasionados por animales domésticos.

Por ello, se requiere fortalecer la infraestructura del sector salud, mejorando la calidad del servicio que se presta, establecer esquemas para el financiamiento de infraestructura en materia de salud, garantizando la cobertura del servicio en cada una de las regiones e implementar acciones en materia de salud pública, para proporcionar apoyo a la ciudadanía en cuanto a quejas de insalubridad y situaciones que pongan en riesgo la salud de la comunidad.

Asimismo, se necesita informar a los diferentes sectores de la sociedad, para evitar situaciones de riesgo a la salud, involucrando a la ciudadanía en las acciones y campañas del sector salud (Ayuntamiento del Municipio de Othón P. Blanco, 2005).

3.2 La introducción del Seguro Popular en Othón P. Blanco

Desde 1943, año en que se fundó el sistema de salud en México, con el nombre de Secretaría de Salubridad y Asistencia, éste ha contribuido a mejorar la calidad de vida de la población, sin embargo no era suficiente pues una proporción significativa quedaba desprotegida, lo que ocasionaba gastos imprevistos para las familias afectando el presupuesto familiar. Por este motivo los gobiernos tanto federal como estatal hacen un esfuerzo para ampliar la cobertura en servicios de salud, no obstante las familias empobrecían anualmente al utilizar más de la tercera parte de su ingreso en solventar sus gastos en salud (http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=332&Itemid=326).

El crecimiento económico no avanzaba al ritmo deseado. A fines del siglo XX, existían pocos espacios de trabajo asalariado, causando que aproximadamente la mitad de la población careciera de la protección que generaba el aseguramiento médico público. Era injusto que sólo quienes habían obtenido un empleo formal fueran sujetos del derecho a la salud. Esto resultó incongruente, porque los que carecen de ocupación formal, son los que se encuentran en una posición mucho más vulnerable porque uno de los gastos más importantes es el que se refiere al cuidado de la salud, sobre todo ante la presencia de enfermedades catastróficas, como cáncer o el sida.

Esta situación puede redundar en la pérdida absoluta del patrimonio familiar y en el peor de los casos, el fallecimiento temprano de algún ser querido debido a la falta de recursos económicos que, dada su situación no pueden costear la atención médica (http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=332&Itemid=326).

En octubre de 2001, se crea como programa piloto el Seguro Popular de Salud, estableciendo el Sistema de Protección Social en Salud. Este entra en vigor en enero de 2004 en todo el país mediante el programa de “Salud para todos” como un instrumento para proveer de aseguramiento médico a la población que no era cubierta por ninguna institución de seguridad social. El programa “Seguro Popular de Salud” no sólo intenta financiar servicios de salud para estos grupos sino también protegerlos financieramente.

3.2.1 Evolución del Seguro Popular en los Municipios de Quintana Roo 2005-2010

El Seguro Popular al iniciar sus funciones en 2004, tuvo que presentarse ante la población y dar a conocer los servicios de la salud que estaba ofreciendo en apoyo a la comunidad que no contaba con un servicio médico de seguridad social, en caso de enfermedad. Poco a poco ha sido aceptado entre la población, esto se puede apreciar en los datos que presentamos.

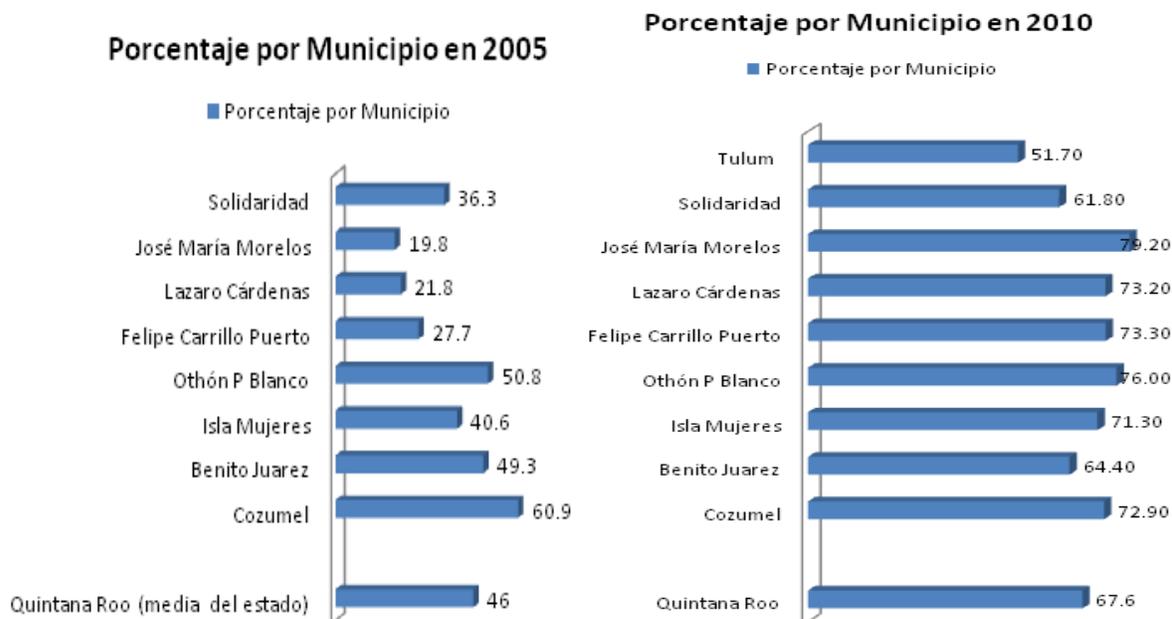
Por lo anterior es importante observar la evolución para analizar la aceptación que ha tenido el Seguro Popular como alternativa de los servicios de salud que proporcionan el IMSS e ISSSTE, considerando los porcentajes del número de población que se ha adscrito al Seguro Popular.

En el siguiente cuadro se muestra el porcentaje de derechohabientes a servicios de salud por municipio, en Quintana Roo, también se realiza una comparación entre los porcentajes en derechohabientes entre los años 2005 y 2010, y la media del estado.

En la gráfica de 2005, se observa que la población del municipio de Cozumel es la que tiene un mayor acceso a los servicios de salud, pues alcanza el 60.9 %, cifra superior a la media estatal. De igual manera, Othón P. Blanco y Benito Juárez con un registro de 50.8 y 49.3%, respectivamente, encontrándose también por encima de la media del país y del estado, observando que la media del país es de 46.9% y de 46% la del estado de Quintana Roo.

En este período, Quintana Roo contaba con ocho municipios, tres de los cuales ya observamos se encuentran por encima de la media del estado. Con respecto al porcentaje de población con acceso a servicio de salud, los otros cinco municipios se encuentran por debajo de esta media, como son; Isla Mujeres, Solidaridad y Felipe Carrillo Puerto que presentan cifras intermedias de 40.6, 36.3 y 27.7 por ciento, Lázaro Cárdenas con un porcentaje de 21.8 y José María Morelos es el más bajo con 19.8 por ciento. Al hacer una comparación del dato más alto con el menor, se obtiene una diferencia de 41.1 puntos porcentuales.

Cuadro 5. Porcentaje de población derechohabiente a servicios de salud en cada municipio en 2005 y 2010



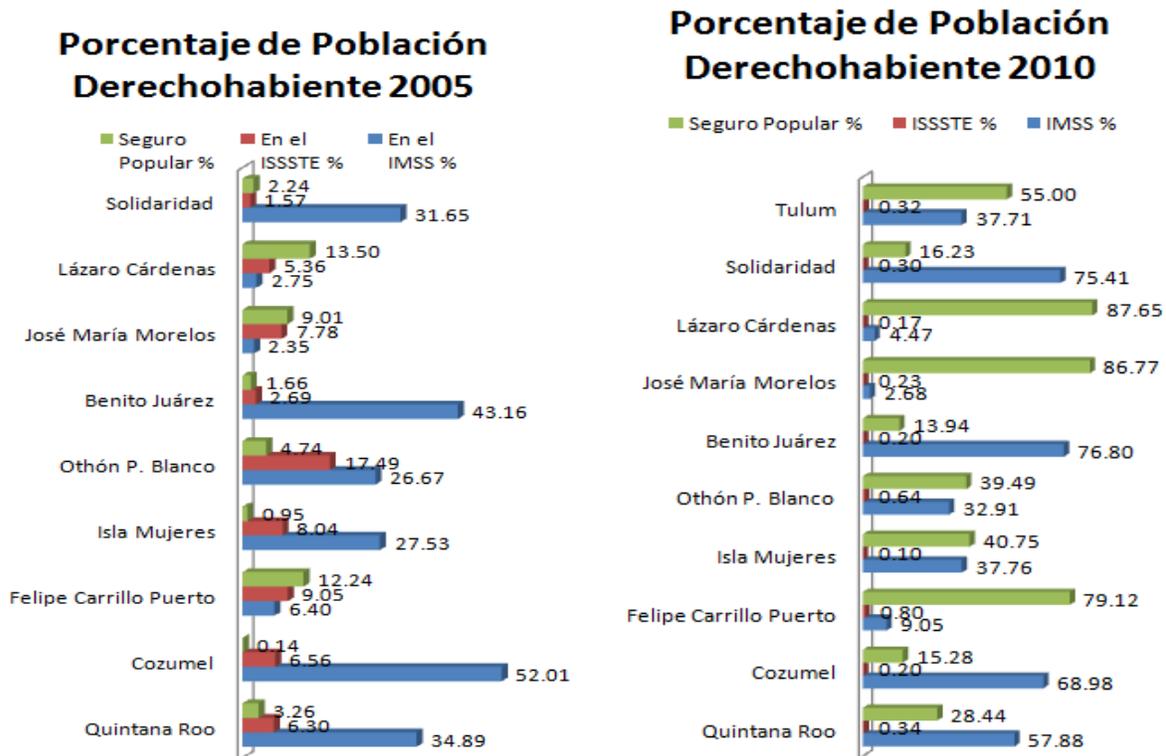
Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI. II Censo de Población y Vivienda, 2005 y 2010.

Comparando las gráficas del 2005 y la del 2010 podemos notar que el Sistema Estatal de Salud ha alcanzado logros sobresalientes, los avances en las coberturas que ofrecen las instituciones se han incrementado, por municipio. El

porcentaje de población derechohabiente de los servicios de salud tiende a variar positivamente.

En 2010, José María Morelos, Othón P. Blanco, Felipe Carrillo Puerto, Lázaro Cárdenas, Cozumel e Isla Mujeres, poco más de 70.0% de su población es derechohabiente de alguna de las instituciones de salud; mientras que Benito Juárez, Solidaridad y Tulum están debajo de la media estatal. La diferencia porcentual entre José María Morelos 79.2%, que tiene el mayor porcentaje de población derechohabiente a servicios de salud, y Tulum 51.7%, con el menor porcentaje de derechohabientes, es de 27.5 puntos porcentuales (INEGI. 2010).

Cuadro 6. Porcentaje de población derechohabiente a servicios de salud en cada municipio por institución prestadora de servicio en 2005 y 2010



Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI. II Censo de Población y Vivienda, 2005 y 2010.

En las gráficas anteriores, se hizo la observación de la seguridad social en general de la tres principales instituciones en cada municipio y en el cuadro 6 la observación se hace por institución en cada municipio.

Al comparar los resultados de las gráficas, podemos ver que del 2005 al 2010 se ha incrementado la cantidad de población con seguridad social, donde el Seguro

Popular es el que ha afiliado a más población en municipios como Tulum, Lázaro Cárdenas, José María Morelos, y Felipe Carrillo Puerto.

En el cuadro número 6 se observa que en el año 2005 el IMSS es la institución que tiene la gran mayoría de población asegurada, sin embargo en los municipios de Lázaro Cárdenas, José María Morelos y Felipe Carrillo Puerto es el Seguro Popular el que tiene una mayoría en población asegurada, por encima del ISSSTE y del IMSS.

Ya para el 2010 podemos ver que el Seguro Popular ha incrementado considerablemente la cantidad de población con acceso a la salud, en la mayoría de los municipios. El ISSSTE es el que perdió población afiliada aunque no son cifras relevantes, al IMSS no le afectó pues no perdió población e incrementó el porcentaje aunque fue muy poco. En comparación con el Sistema Estatal de Salud que en dos municipios rebasó el 85%. Contrariamente el ISSSTE no alcanza ni el 1% en ninguno de los municipios.

Al comparar los dos periodos podemos distinguir que el Seguro Popular ha ido cumpliendo con el objetivo de proporcionar el servicio de salud a las poblaciones que no contaban con este servicio.

En el municipio Othón P. Blanco el porcentaje de población derechohabiente del Seguro Popular se incrementó de 4.74 en 2005 a 39.49 en 2010 mostrando una diferencia bastante amplia. Esto demuestra que el Seguro Popular está cumpliendo con su objetivo al ampliar la cobertura en las poblaciones del municipio que no contaban con seguridad social o que la habían perdido al quedar desempleados.

3.2.2 Como nace el Seguro Popular en Othón P. Blanco

El Seguro Popular nace en Othón P. Blanco en 2004 como una política de protección a la población sin acceso a la seguridad social. Se establece con el esquema de seguridad universal denominado **Sistema de Protección Social en Salud**, mediante el cual se ofrecería un servicio igualitario de un aseguramiento médico público a la población no asalariada.

Este programa entró en función en el país, en enero del 2002. Los estados de Quintana Roo, Sinaloa, Tamaulipas, Baja California, San Luis Potosí, Sonora, Coahuila, Guanajuato, Zacatecas, Oaxaca, México, Guerrero, Hidalgo, Chiapas y Morelos iniciaron la fase de afiliación de familias, formaron parte de este programa que finalizó el 31 de diciembre de 2003, un día antes de entrar en vigor el Sistema de Protección Social en Salud (Cámara de Diputados, 2005).

Habiendo concluido con éxito la primera etapa, el estado de Quintana Roo se incorpora al Programa del Seguro Popular, el 3 de junio de 2004, incluido el municipio de Othón P Blanco. Este programa nace con el nombre de “La Democratización de la Salud en México: Hacia un Sistema Universal de Salud”, en base a una investigación que ofrecía evidencias de los desajustes e inequidades entre el sistema de salud existente y las necesidades de salud de la población, por lo que se buscó fomentar la asistencia médica oportuna a través del “Programa Salud para Todos” al que posteriormente se le denominó “Seguro Popular de Salud” (Cámara de Diputados, 2005).

Este programa nace como parte fundamental del Sistema de Protección Social en Salud, con la estrategia de asegurar a toda la población por medio de tres esquemas: i) el Seguro Popular, ii) la Ampliación de la afiliación al Seguro Social y iii) el prepago privado. El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) se financia con recursos que asignan la Federación, las entidades federativas y cuotas de los beneficiarios. La cuota social que cubre anualmente el Gobierno Federal, por cada familia, es equivalente al 15 por ciento de un salario mínimo vigente diario en el Distrito Federal que se actualiza trimestralmente de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor.

Asimismo el gobierno Federal realiza una aportación solidaria por cada familia beneficiaria, misma que se distribuye a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud. Este se calcula mediante una fórmula establecida, debiendo ser de al menos una y media veces el monto de la cuota social (Cámara de Diputados, 2005).

3.2.3 Un comparativo de la Seguridad Social del Municipio, el Estado y el País

Para el 2005 de acuerdo con cifras del INEGI (2006), a pesar de que es realmente nuevo el programa del Seguro Popular, en el estado de Quintana Roo se observa que la población lo empezó a aceptar como un medio alternativo para obtener seguridad social.

Tabla 8. Derechohabiencia según instituciones de seguridad social en el estado de Quintana Roo y el Municipio Othón P. Blanco, 2005.

	Población Total	Derecho-habientes Total	IMSS %	ISSSTE %	PEMEX, Defensa o Marina %	Seguro Popular %	Institución privada %	Otra institución %
E. U. de México	103,263,388	48,452,418	66.22	11.93	2.24	15.11	3.92	2.17

Q. Roo	1,135,309	522,673	75.78	13.68	1.518	7.07	2.74	0.32
O.P. B	219,763	111,707	52.47	34.41	4.79	9.32	1.04	0.14

Fuente: Elaboración propia con datos de: INEGI. II Censo de Población y Vivienda 2005.

Como podemos observar en esta tabla; tanto en el país, como en el estado de Quintana Roo y en el municipio de Othón P. Blanco, del total de la población que tiene seguridad social se observa que, IMSS tiene la gran mayoría de afiliación, contando con el 66% en derechohabiencia a nivel nacional, el estado 75% y el municipio 52.47 %. A diferencia del Seguro Popular, en el mismo orden tiene solamente el 15.11%, 7.07%, y 9.32%, respectivamente. Hay que considerar que es el primer año que funciona, el Seguro Popular en apoyo para la población que no contaba con un sistema de seguridad social por no pertenecer a dependencia gubernamental o empresa alguna.

En el municipio Othón P. Blanco, el Seguro Popular ha captado el 9.3% del total de población asegurada, si tomamos en cuenta que dentro de este municipio se encuentran poblaciones muy marginadas, y que este sistema de seguridad social era prácticamente desconocido, podemos pensar que tuvo un buen inicio.

Tabla 9. Derechohabiencia según instituciones de seguridad social en el estado de Quintana Roo y el Municipio Othón P. Blanco, 2010.

	Población Total	Derechohabientes Total	IMSS %	ISSSTE %	PEMEX, Defensa o Marina %	Seguro Popular %	Institución privada %	Otra institución %
E. U. de México	112,336,538	72,514,513	48.79	20.36	15.148	36.17	2.77	2.27
Q. Roo	1,325,578	896,408	57.9	10.11	0.98	28.44	2.60	1.02
O.P. B	244,553	185,788	32.91	24.34	3.04	39.49	0.91	0.87

Fuente: Elaboración propia con datos de: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

Para en el 2010 según datos proporcionados por el INEGI (2011), observamos que las cifras han cambiado pues el IMSS que en el 2005 acaparaba altos porcentajes en derechohabiencia, para el 2010 esta cifra se redujo a nivel nacional al 48.79% en Quintana Roo al 57.9%, y en Othón P. Blanco a 32.9%. Mientras que a diferencia del Seguro Popular que en el 2005 solamente alcanzaba el 9.3% para el 2010 ha alcanzado el 28% que aunque no es muy relevante si ha triplicado la cantidad de beneficiarios. Este mismo efecto se observa a nivel nacional, donde el porcentaje de afiliados se reduce en el IMSS y en el Seguro Popular se ha incrementado. Del tercer lugar que ocupaba en el 2005 con

respecto a la captación de asegurados, en el 2010 pasó al segundo lugar, quedando por encima del ISSSTE.

Como ya habíamos mencionado la derechohabiencia es el derecho de las personas a recibir atención médica en instituciones de salud públicas o privadas como resultado de una prestación al trabajador, a los pensionados y jubilados, y a sus familiares designados como beneficiarios o por estar inscritos o haber adquirido un seguro médico en alguna institución de salud pública o privada. En el caso del Seguro Popular es la segunda opción en servicios de salud, ya que éste se adquiere por iniciativa propia.

3.3 Instituciones prestadoras de servicios de salud en Othón P. Blanco 2005-2010

Las instituciones que principalmente prestan el servicio de seguridad social a la población en general, son el IMSS, ISSSTE, y la Secretaría Estatal de Salud a través del Seguro Popular, cada uno enfocado en un sector diferente de la población. Como ya hemos mencionado, el IMSS da el servicio a la población que trabaja en la iniciativa privada, el ISSSTE a la población que trabaja en el sector gobierno y el Seguro Popular presta este servicio a toda la población en general, solamente tiene que solicitar su inscripción y pagar una pequeña cuota.

3.3.1 El Instituto Mexicano del Seguro Social

En el municipio de Othón P. Blanco el Seguro Social cuenta únicamente con un Hospital General de Zona, es el Médico Familiar No. 1 ubicado en la ciudad de Chetumal, en este edificio también se encuentra la Terminal Atención y Orientación al Derechohabiente, y con la clínica No. 5, ubicado en el poblado de Pucte, para dar servicio a los derechohabientes de la zona cañera. Para apoyar a las madres que tienen la necesidad de trabajar cuenta con el servicio de guarderías. En Chetumal es solamente una y ésta es en coparticipación con la Cámara Nacional del Comercio, (CANACO). Cuenta con un Centro Cultural de Seguridad Social, ubicado en privada de la calle Efraín Aguilar en Chetumal, donde se promueven actividades recreativas y artísticas así como de capacitación para algunas actividades de adiestramiento técnico y capacitación en el trabajo. Una tienda para apoyar al derechohabiente y los trabajadores (www.imss.gob.mx/directorio/Documents/quintanaroo1.pdf).

Como ya se mencionó para conservar la salud el IMSS utiliza diferentes alternativas. Una de ellas son las actividades educativas y culturales mismas que tienen la finalidad de elevar los niveles y la calidad de vida de los derechohabientes y no derechohabientes del IMSS, al favorecer su acceso a la

educación para la salud, la capacitación, el deporte y las artes. Para esto cuenta con un Centro de Desarrollo Cultural donde imparten servicios culturales de calidad en los ámbitos de educación artística, la promoción de la salud, y la promoción de las artes escénicas. Con el concepto de que la práctica sistemática de actividades artísticas, aún en un nivel básico, abre la posibilidad en el individuo de mantener un buen estado de salud física y emocional, y en algunos casos de prevenir o ayudar a controlar ciertos padecimientos que se presentan cada día con una mayor recurrencia (<http://www.imss.gob.mx/prestaciones/sociales/Pages/progryserv.aspx>).

Así mismo los servicios que ofrece el IMSS para el bienestar social están dirigidos a promover la salud, prevenir enfermedades, adicciones, accidentes, y elevar el nivel y calidad de vida; también otorgan mediante cursos, talleres, campañas en el marco de las estrategias de promoción de la salud, mejoramiento de la economía individual y familiar, y educación para una vida mejor. Asimismo se promueve la formación de hábitos higiénicos, orientación para una alimentación sana, el conocimiento de los factores de riesgo a la salud individual y familiar. Así como en su caso, el control del padecimiento, de tal manera que la población identifique la responsabilidad y compromiso que implica conservar la salud, con la finalidad de adoptar estilos de vida saludables; así como promover la adopción de medidas preventivas para evitar la presentación de enfermedades y que participen de manera responsable y comprometida en el cuidado de su salud (http://www.imss.gob.mx/prestaciones/sociales/Pages/bienestar_social.aspx).

3.3.2 El Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

El ISSSTE cuenta con una Clínica Hospital de Medicina Familiar, que se construyó en 1979 ubicada en la avenida Insurgentes, en Chetumal. Dado el servicio que presta a los trabajadores se autodescribe como un pilar del patrimonio de los trabajadores y derechohabientes que tiene afiliados ya que les proporciona el servicio de la seguridad social. Su misión es contribuir a satisfacer el nivel de bienestar integral de los trabajadores, pensionados, jubilados y familiares derechohabientes, otorgándoles, prestaciones y servicios (<http://www.issste.gob.mx/instituto/mision.html>). Cuenta con diferentes módulos de atención donde se da tratamiento a situaciones como son el de abuso de sustancias, alcohol y tabaco, el de cáncer, diabetes, hipertensión, el de salud cardiaca y el de influenza (http://www.issste.gob.mx/www/issste/documents/seguros_prestaciones_y_servicios_030707.pdf).

Con la finalidad de proporcionar un mejor servicio, en 2010 el ISSSTE creó la Clínica de Detección y Diagnóstico Automatizado (CLIDDA) en Chetumal. Esta

institución proporciona un diagnóstico automatizado con el propósito de hacer un examen médico general que permita determinar el estado de salud actual y a su vez detectar padecimientos infecciosos, hereditarios, hipertensión arterial, y cáncer, entre otros, dado que si los detectan oportunamente, pueden ser atendidos y controlados en su clínica hospital de adscripción. Considerando que es un servicio de carácter preventivo, si el trabajador tiene algún padecimiento deberá acudir directamente a su clínica.

Siguiendo la misma línea, pensando en el bienestar de los derechohabientes y en apoyo a las madres trabajadoras, se crean las guarderías. En Chetumal se encuentra la E.B.D.I. 091 (Guardería) para otorgar servicios de atención para el Bienestar y Desarrollo Infantil, la cual está en búsqueda permanente de la satisfacción de los derechohabientes, para asegurar la integridad de los niños, garantizando su seguridad, propiciar su aprendizaje y su formación (<http://sipeweb.issste.gob.mx/ebdis/EBDI2.htm>).

Como otra forma de apoyar a la salud de los usuarios el ISSSTE ha implementado las tiendas donde proporciona productos a un menor costo, así como las farmacias donde tiene los medicamentos a un precio más accesible. En Chetumal se encuentran dos tiendas, y dos farmacias. Estas unidades son para apoyar la economía de la población derechohabiente, incluyendo la población en general, a la cual le proporciona los productos tanto de la tienda como los medicamentos a un precio más económico, como ya se mencionó, esto para mejorar el rendimiento del salario de la población.

Asimismo al igual que el IMSS, el ISSSTE cuenta con un Centro de Acción Social, Cultural y Deportiva, donde se proporciona a los derechohabientes actividades tanto sociales como culturales con la finalidad de ayudar a la sana convivencia y el esparcimiento de los derechohabientes, como una alternativa más para preservar la salud de la población derechohabiente.

De igual forma cuenta con una institución para proporcionar vivienda a los trabajadores; para este fin se creó el FOVISSSTE (Fondo de la Vivienda del ISSSTE) en Chetumal. Es un Órgano Desconcentrado del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, cuyo objetivo es el de establecer y operar el sistema de financiamiento para el otorgamiento de los préstamos hipotecarios a los trabajadores derechohabientes del ISSSTE para la obtención de vivienda.

3.3.3 El Seguro Popular

Para el Seguro Popular la salud es parte integral del medio ambiente dependiendo de la alimentación y la educación del entorno económico y social de los agentes.

Dado esto, se ha fomentado un equipamiento integrado por inmuebles que se habilitan para la prestación de servicios médicos de atención en medicina general y específica, ésta última incluye la atención especializada y hospitalización.

En la siguiente tabla se observa que en Chetumal se cuenta con una infraestructura que consta de 18 espacios para brindar el servicio médico, y estos son: un hospital general, el hospital del IMSS y el del ISSSTE así como el hospital Morelos, una clínica para la atención a enfermos de leucemia y 8 centros de salud urbanos.

Tabla 10. Equipamiento de Salud con que cuenta el Municipio de Othón P. Blanco en 2010.

Equipamiento	Chetumal (151,243 Hab.)	Álvaro Obregón (2,869 Hab.)	Calderitas (5,326 Hab.)	Javier Rojo Gómez (2,911 Hab.)	Nicolás Bravo (4,011 Hab.)
Hospital	4				
Clínica de Leucemia	1				
Clínica del ISSSTE	1				
Centro de Salud Urbano	8				
Centro de Salud Rural		1	3		1
Unidad Médica Móvil	4				
TOTALES	18	1	3	0	1

Fuente: www.opb.gob.mx/op_b2011/z_extras/.../ProgramaMunicipal/_PMDU.pdf

Para el área rural se tienen 5 centros de salud rural ubicados 3 en Calderitas uno en Álvaro Obregón y el último en Nicolás Bravo así como 4 unidades llamadas médica móvil (UMM) para dar atención médica en lugares de difícil acceso, con la finalidad de que los servicios puedan llegar al mayor número de derechohabientes posible. En el capítulo cuatro ampliaremos la información de las UMM.

Tabla 11. Sector Salud. Localidades Urbanas Del Municipio de Othón P. Blanco

Elemento: Unidad Médica de primer contacto								
Nivel de servicio concentración rural								
Localidad	No. Habitantes	Nivel de especialidad	Unidad Básica de Salud	Norma	Inventario	Demanda por habts	Desajuste Déficit/Superávit	
				UBS/HAB	UBS	UBS	UBS	Población Desatendida
Calderitas	4,493	Concentración rural	consultorio	4,260	1	1	0	0
Álvaro Obregón	2,921	Concentración rural	consultorio	4,260	1	1	0	0

Javier Rojo Gómez	2,911	Concentración rural	consultorio	4,260	1	1	0	0
Nicolás Bravo	4,011	Concentración rural	consultorio	4,260	2	1	Superávit de 1 UBS	

Fuente: elaboración propia con datos de: [www.opb.gob.mx/opb2011/z_extras/.../ProgramaMunicipal/_PMDU .pdf](http://www.opb.gob.mx/opb2011/z_extras/.../ProgramaMunicipal/_PMDU.pdf)

En la tabla número once se puede observar que este cálculo se hizo de acuerdo a la variable de unidad básica de salud (UBS) por habitante; donde cada unidad tiene capacidad de atender 4,260 pacientes. Considerando estos parámetros nos damos cuenta que la de Calderitas está ligeramente rebasada su capacidad con 233, motivo por el cual en la tabla no se consideró población desatendida, en contraste con el poblado de Álvaro Obregón y el de Javier Rojo Gómez que está operando por debajo de su capacidad. En lo que respecta a los servicios básicos de salud estas localidades cuentan con una adecuada cobertura. En Nicolás Bravo esta situación es aún mayor ya que como se observa en la tabla con respecto al número de habitantes existe en superávit una UBS.

Tabla 12. Sector Salud. Localidad Chetumal. Nivel de Servicios Estatal.

No. de habitantes 151,243								
Elemento	Nivel de especialidad		UBS	Norma	Inventario	Demanda por habts.	Desajuste	
							UBS/HAB	UBS
Clínica	Estatal	consultorio	4,260	16	36	20	83,083	
Hospital General	Estatal	Cama de hospitalización	1,100	51	137	86	95,143	

Fuente: [www.opb.gob.mx/opb2011/z_extras/.../Programa Municipal /_PMDU.pdf](http://www.opb.gob.mx/opb2011/z_extras/.../ProgramaMunicipal/_PMDU.pdf)

En la tabla número doce se observa que más del 50% de la población, se encuentra desatendida tomando en cuenta que son 83,083 habitantes los que no cuentan con el servicio de salud de 151, 243 habitantes en la ciudad de Chetumal.

Como podemos observar, el Seguro Popular cuenta con infraestructura de servicios para proporcionar al usuario una atención adecuada, para reducir el impacto que ocasiona el gasto por enfermedades imprevistas.

3.4 Porcentaje de cobertura y servicios de salud prestados a la población por el Seguro Popular en los tres niveles en Othón P. Blanco 2005-2010

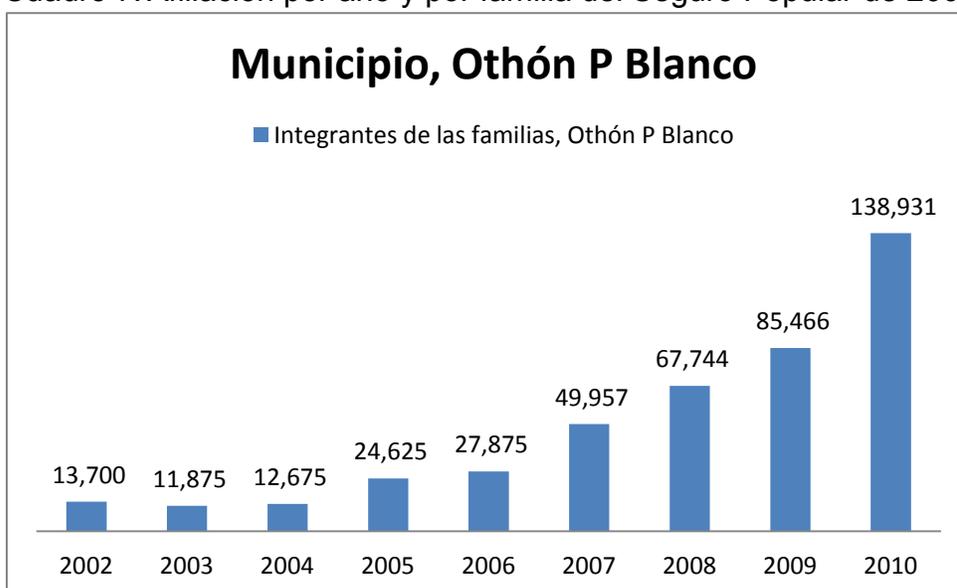
En este apartado se realiza una valoración de la cobertura de los servicios de salud que ofrece el Seguro Popular con respecto a la afiliación en el municipio de

Othón P. Blanco en el período 2005- 2010. Se observa un incremento en la afiliación de la población para obtener los beneficios de la seguridad social que proporciona el Seguro Popular, así como los servicios que proporciona para hacer un balance entre la cobertura y los servicios del Seguro Popular.

3.4.1 Afiliación en el Municipio de Othón P. Blanco

De acuerdo con los datos que proporciona el Seguro Popular según sus archivos, en el Municipio de Othón P. Blanco la afiliación por año queda de la siguiente manera:

Cuadro 7. Afiliación por año y por familia del Seguro Popular de 2002 a 2010.



Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados en el Seguro Popular.

En estos datos se puede observar cómo fue evolucionando la aceptación y afiliación de la población al Seguro Popular. Podemos ver que al inicio del programa piloto, en el año de 2002, éste registra 13,700 integrantes pero para el año siguiente reduce la cantidad a 11,875. En el 2004 cuando se inscribe nuestro municipio al Sistema del Seguro Popular Social el incremento fue mínimo, menos de mil integrantes. Sin embargo para el 2005 el incremento es significativo pues casi se duplicó la afiliación del año anterior. Esta cantidad empieza a incrementar regularmente y cada vez es mayor. Así podemos ver que entre 2006 y 2007 aumenta esta población en 22,032 habitantes afiliados y para el bienio 2009 y 2010 hay una diferencia mayor pues esta cifra se eleva de 85, 466 en 2009 hasta

138,931 beneficiarios del programa del Seguro Popular al 2010, aproximadamente el doble de años anteriores.

3.4.2 Servicios para la salud en el Seguro Popular

Los servicios que presta el Seguro Popular están organizados en 6 agrupaciones, dichos grupos tienen el propósito de cubrir las especificaciones en los servicios y abarcan los siguientes aspectos:

1. **Salud pública.** Se divide en tres grandes grupos: vacunación para menores de 14 años, vacunación para mayores de 14 años y acciones preventivas. Incluye 27 intervenciones dirigidas a los servicios de detección y prevención de enfermedades durante la línea de vida, considerando una serie de acciones detalladas en las Cartillas Nacionales de Salud.
2. **Atención Ambulatoria.** Contempla la consulta de medicina general o familiar y la de especialidad. A este grupo corresponden 110 intervenciones que permiten la realización del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades infecciosas y crónicas. Se debe garantizar la atención integral y multidisciplinaria del paciente.
3. **Odontología.** Este grupo considera 7 intervenciones de salud indispensables para mantener una óptima salud bucal eficiente como son la prevención y eliminación de caries y enfermedad periodontal, la eliminación de focos de infección y abscesos, así como extracción de piezas dentarias. Son servicios dirigidos a todas las edades y tienen como objetivo favorecer la formación de hábitos de higiene, la prevención de enfermedades dentales y, una vez que existe la patología bucal, su oportuna atención odontológica.
4. **Atención en Urgencias.** Este conglomerado contempla 25 intervenciones que por la forma de presentación requieren la atención inmediata ya que pueden poner en peligro la vida, persigue la estabilización, el diagnóstico y manejo terapéutico en la sala de urgencias, o su ingreso a servicios de hospitalización o cirugía.
5. **Atención en Hospitalización.** En este conglomerado se incluyen 49 intervenciones que concentra las patologías que requieren de estancia hospitalaria, del manejo multidisciplinario de especialistas médicos y de enfermería, así como de los insumos médicos indispensables para su control y estabilización, como consecuencia de la atención médica o quirúrgica del problema, incluye la necesidad de servicios de terapia intensiva.

6. **Acciones de Cirugía General.** Para su integración se consideran 66 intervenciones que atienden tanto problemas agudos como crónicos, incluyendo los diagnósticos de mayor frecuencia quirúrgica de patologías digestivas, ginecológicas, obstétricas, genitourinarias, oftalmológicas, dermatológicas y ortopédicas, lo que permite manejar hospitalizaciones programadas, con estancia hospitalaria larga o corta, y que por su naturaleza requieren de intervención quirúrgica; incluyendo previamente la confirmación del diagnóstico o bien la programación de los estudios o cirugía que correspondan.

Estos servicios se describen en el **Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES, 2012)**, mediante acciones que incluyen diagnóstico y tratamiento de algunas enfermedades.

Dentro de estos servicios se encuentran los Servicios médicos de prevención como es la vacunación. Esta es una iniciativa a favor del bienestar de la población, reduciendo enfermedades infecciosas, además de prevenir la aparición de enfermedades relacionadas con el desarrollo de algunos tipos de cáncer, entre otras enfermedades que afectan a la población en general y sobre todo a los grupos más vulnerables.

Las acciones preventivas para recién nacidos, tiene como objetivo brindar atención, mediante las acciones de prevención y promoción a la salud establecidas en la Cartilla Nacional de Salud, enfatizando la atención de estimulación temprana. Se hace una revisión del cordón umbilical, tamiz neonatal y tamiz auditivo, aplican las primeras vacunas, capacitan a los padres sobre lactancia materna; dando atención durante los primeros siete días de vida y hasta los 28 días, para continuarse con las acciones preventivas para menores de 5 años. Entre otras acciones para evitar la desnutrición y anemia en los pequeñitos. También se tienen acciones preventivas para niños y niñas ubicados entre los cinco y nueve años, donde se enfatiza la importancia de la orientación adecuada, la detección temprana y la atención oportuna de los principales problemas de salud del escolar para evitar daños y secuelas y favorecer así el desarrollo integral de este importante núcleo de población.

Otra de las acciones o servicios que proporciona el Seguro Popular es la detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria. Se refiere a una variedad de trastornos entre los que se encuentran la bulimia nerviosa y/o anorexia, para lo que se necesita un diagnóstico especializado, los adolescentes requieren un tratamiento integral; debiendo de coordinarse especialistas como nutriólogos, psicólogos y médicos o endocrinólogos, además de la familia; el

médico de primer nivel de atención. Esto es fundamental para la detección y canalización de estos padecimientos.

Ofrece acciones preventivas para adolescentes de 10 a 19 años con el propósito de otorgar una atención integrada a adolescentes. Enfatiza la importancia de la detección temprana y la atención oportuna de los principales problemas de salud del adolescente para evitar daños y secuelas favoreciendo el desarrollo integral. Debiendo promover la participación de la comunidad para realizar la detección precoz en este grupo donde se hará una exploración física completa, brinda orientación sobre salud sexual y reproductiva, además de proporcionar información sobre métodos anticonceptivos, promueve el uso de condones, maneja a la adolescente embarazada como paciente de alto riesgo, detecta infecciones de transmisión sexual (ITS) y para el VIH/SIDA, se realiza serología de ELISA³, se realizan acciones para prevenir el suicidio, se promueve la cultura de la no violencia, entre otros (Catálogo Universal de Servicios de Salud 2012 (CAUSES)).

Acciones preventivas para la mujer 20 a 59 años son encaminadas a la atención integral de la mujer, mediante actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades que son responsabilidad de los programas nacionales de salud pública vigentes. Incluye vacunación, exploración física, acciones de educación para el autocuidado de la salud, orientación en salud reproductiva. Prevención de infecciones de transmisión sexual y en este grupo también se realiza serología de ELISA, para detectar VIH/SIDA, entre los 20 a 40 años si tienen factores de riesgo altos para contraer la enfermedad, y en aquellos casos que salgan positivos se brinda la prueba confirmatoria de Western Blot. Se brinda además acciones de prevención y detección oportuna de enfermedades como; diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, colesterol elevado, dislipidemia⁴, cáncer cérvico uterino y de mama. Se promueven acciones de prevención y atención durante la menopausia, aplicando terapia hormonal de remplazo y examen de agudeza visual. Así como medidas para evitar el consumo de sustancias psicoactivas y recaídas. Trastornos depresivos, además trastornos de ansiedad y adicciones. Debiendo registrar la información en la Hoja de Registro de Seguimiento de Acciones de Línea de Vida, así como en el Expediente Clínico.

Acciones preventivas para el hombre 20 a 59 años, esta es muy similar a la anterior, con algunas diferencia como la detección oportuna de enfermedades obesidad e hiperplasia prostática, así como detección de violencia empleando la

³ La prueba ELISA es una serie de pruebas sanguíneas utilizadas para diagnosticar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) de tipo crónica.

⁴Dislipidemia: anomalía en el equilibrio de lípidos en la y las sustancias que los transportan a las diferentes partes del cuerpo, a través de la circulación sanguínea.

escala de riesgo de violencia de Plutchik (PV), consumo de sustancias psicoactivas y de recaídas tanto de esta como de otras adicciones.

Asimismo tratan la prevención y dan atención de la violencia familiar y de género, así como la atención médica y psicológica para mujeres víctimas de violencia familiar y sexual y que hayan sufrido los siguientes síndromes: abuso físico, abuso sexual y/o violación, abuso psicológico y otros síndromes del maltrato, con la finalidad de proteger y restaurar la salud física y mental, entre otras. También tienen acciones preventivas para el adulto mayor de 60 años en adelante, pues al avanzar la edad, las capacidades físicas se deterioran y los problemas de salud aumentan, se hace la observación que en México ocurre una transición demográfica que ha dado lugar a un incremento en el número de adultos mayores.

El Seguro Popular es creado a la par que el Seguro Médico del siglo XXI para Gastos Catastróficos, como parte de los servicios que proporciona la Secretaría de Salud. En Othón P. Blanco solo se atienden 57 patologías de alto costo, de las 131 enfermedades que cubre, de estas las más relevantes son las enfermedades del VIH (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida) y el cáncer. En este Municipio, tenemos una unidad de especialidad médica (UNEME- CAPACITS). este tipo de unidades médicas se enfocan en la atención de pacientes con infecciones de transmisión sexual de tratamiento para el VIH. Sin embargo para el tratamiento del cáncer solo se tiene capacidad para diagnosticarlo y para su tratamiento se tiene un convenio con el estado de Campeche donde se le da rehabilitación y seguimiento.

Dentro de este, el Seguro Médico del siglo XXI para Gastos Catastróficos, atiende la maternidad de forma preventiva para evitar riesgos durante el embarazo, al bebé recién nacido se le aplica el diagnóstico TAMIZ⁵ que actualmente debe cubrir 67 enfermedades. Sin embargo en Othón P. Blanco solo se aplica para 30. El objetivo del tamiz neonatal es detectar la existencia de alguna enfermedad de tipo congénito o metabólico, antes de que se manifieste para que sea detectada y tratada de forma oportuna e integral (Dr. Meléndez: 2013)⁶.

Las siguientes son algunas de las enfermedades detectables:

- Retraso mental (fenilcetonuria, hipotiroidismo congénito)

⁵La organización mundial de la salud (OMS), define tamizaje como “el uso de una prueba sencilla en una población saludable, para identificar a aquellos individuos que tienen alguna patología, pero que todavía no presentan síntomas”. Galván (2009). Mediante este análisis se puede detectar desde una enfermedad, como la fenilcetonuria o hipotiroidismo congénito, hasta casi medio centenar de enfermedades como hiperplasia suprarrenal congénita, fibrosis quística, galactosemia, enfermedad de orina de jarabe de "maple" (Arce), defectos del ciclo de la urea, tirosinemia, acidemias orgánicas congénitas, defectos de oxidación de los ácidos grasos, talasemias, distrofia muscular de Duchenne, enfermedades infecciosas como la toxoplasmosis. En Salud 180.

⁶Meléndez Vergara Esturaín Carlos, (2013). Desempeña el cargo de, Subdirector de Gestión en el Seguro Popular, Entrevista proporcionada en octubre 2013.

- Crisis agudas en las primeras semanas o meses de vida
- Enfermedad hepática, cataratas o septicemia (galactosemia)
- Inmunodeficiencias del sistema inmunológico
- Trastornos de la diferenciación sexual o síndrome de la pérdida de sal (hiperplasia suprarrenal congénita) (Tamiz neonatal; 2014).

Estos padecimientos congénitos alteran el metabolismo infantil y cuyas consecuencias pueden ser muy serias al ocasionar enfermedades que pudieron ser evitadas.

Los servicios más comunes que presta el Seguro Popular son el de maternidad y parto, este servicio forma parte del **Seguro Universal para recién nacidos**. Con el sistema SINOS (sistema nominal en salud), les toman peso, talla, presión arterial, hemoglobina y glucosa. Al recién nacido se le da seguimiento al embarazo desde el primer trimestre, hasta que nace el bebé y posteriormente hasta que cumple 5 años donde pasa a otro grupo de atención (Sauri: 2013)⁷.

Dentro de las enfermedades estacionales se encuentran el dengue y las infecciones respiratorias. La primera se da en el periodo de verano y la segunda en el periodo de invierno. Además se atienden otras enfermedades más en los diferentes periodos del año, como lagastroenteritis o por bacterias o parásitos provenientes de alimentos que se descomponen fácilmente por el calor, deshidratación severa en una persona, sobre todo en niños y personas mayores, entre otras.

Las enfermedades más frecuentes que se atienden para el Seguro Popular son: diarreas, infección estomacal, rinofaringitis, así como la desnutrición. También atienden enfermedades crónico degenerativas como la diabetes mellitus II, hipertensión arterial sistémica, cirrosis hepática, epilepsia, entre otras.

En el área de cirugías atienden lipomas, apendicitis aguda, colesistitis crónica, quistes sebáceos. En el área de traumatología atienden fracturas de tibia, peroné, clavícula y muñeca, así como lumbalgias, pie equinvaro⁸.

En neurología se atienden enfermedades crónico degenerativas, epilepsias, crisis convulsivas por EVC (evento vascular cerebral) y demencia senil entre otras. También atienden enfermedades oftalmológicas y alérgicas.

⁷SauriEscalante, Mauro (2013). Encargado del área estadística del Hospital Materno Morelos. Entrevista el 20 de noviembre de 2013.

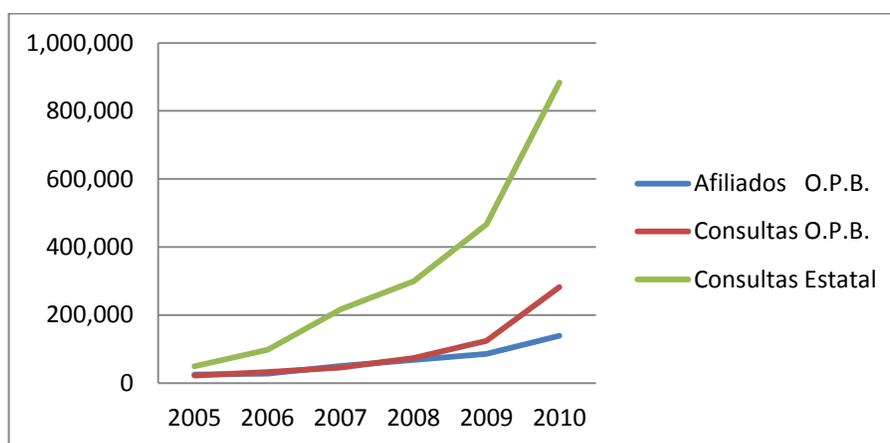
⁸El pie equinvaro, también llamado pie zambo, es una malformación congénita del pie en la cual éste aparece en punta (equino) y con la planta girada hacia adentro (varo).

En el **programa “Plan familiar”** dan ayuda para control anticonceptivo y evitar embarazos no deseados, apoyan con diferentes tipos de anticonceptivos como el oral, el inyectable y el implante subdérmico entre otros (Rivero 2013)⁹.

3.4.3 Un balance en cobertura y servicios del Seguro Popular en Othón P. Blanco

En Othón P. Blanco solamente se tiene capacidad para proporcionar atención en dos de los tres niveles de atención médica. De las intervenciones clasificadas en el CAUSES.

Figura 3. Afiliados y Consultas del Seguro Popular 2005 – 2010 en Othón P, Blanco.



Fuente: Elaboración propia con datos del Seguro Popular y de Servicios Estatales de Salud/ Dirección de Innovación y Calidad/ Depto. de Estadística/Sistema de Información en Salud.

Podemos observar que la afiliación al Seguro Popular ha incrementado a la par con el número de consultas en el municipio Othón P. Blanco. Existe un poco de inconsistencia en las cifras de consultas debido a que en los registros aparecían como familias y no el número de integrantes de las familias, se consideró un número de integrantes por familia uniforme. Sin embargo las familias en el municipio algunas son muy grandes sobre todo las de recursos escasos.

Solamente en los años de 2005 y 2007 el número de afiliados es mayor que el número de consultas, y en los otros años como son 2006, 2008, 2009 y 2010 la cifra de consultas es mayor que la cifra de afiliados.

⁹Rivero, Rafael (2013) Encargado de la información del Seguro Popular en el Hospital General. Entrevista el 2 de diciembre de 2013.

En el Seguro Popular no atienden incidencias laborales debido a que estas deben estar cubiertas por el IMSS y el SP no asegura al personal de las empresas, porque fue creado para apoyar con el servicio médico a las personas independientes y de escasos recursos. Los recursos económicos con que cuenta el SP son suficientes para realizar la labor que tienen programada de acuerdo con el programa que cubren.

Silvia Solís¹⁰, menciona que tienen que cuidar que no se caiga el padrón, pues la población que ya está afiliada debe de renovar su póliza, y además tienen que afiliar a nueva población para asegurar que el número sea mayor cada vez para que la población pueda recibir atención médica cuando sea necesario y no sufra de un desembolso significativo, cuando esto suceda.

El Seguro Popular recibe una bolsa de recursos económicos para todo el estado, mismo que se distribuye considerando las necesidades de cada municipio, viene etiquetado de la siguiente forma:

30% para medicamentos

40% para recursos humanos

20% AFASPE (Acuerdo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades)

6% para gastos de operación

2% presupuesto para obra

2% es para acciones catastróficas (cuando hay alguna epidemia o alguna catástrofe).

Es importante y necesario que la población tome conciencia de la importancia de la medicina preventiva para poder impedir el desarrollo de las enfermedades ya que es mejor evitarlas que tener que corregirlas, además que se requieren más recursos para corregir que para prevenir.

3.5 Conclusiones.

De acuerdo con la información obtenida, se observa que el Seguro Popular promueve la afiliación de la población que debido a su situación no cuenta con

¹⁰SolísGómez, Silvia Inés. (2013) Directora del Régimen Estatal de Protección Social en Salud. Entrevista el 5 de diciembre de 2013.

seguridad social, apoyando para evitar los gastos de bolsillo que es un desequilibrio en su presupuesto. De igual manera proporciona financiamiento para que puedan acceder a los tratamientos y medicamentos necesarios para recobrar la salud.

Pues como ya sabemos el capital humano tiene mejor rendimiento cuando tiene buena salud, y por lo tanto también podrá mejorar su capacitación tecnológica, dado que puede adquirir y mejorar sus conocimientos. Por tanto el Seguro Popular está cumpliendo con el objetivo para el que fue creado, ya que poco a poco se ha ido expandiendo y de esta manera ha adquirido la capacidad para llegar a las comunidades más apartadas, proporcionando el servicio de seguridad social a la población más desprotegida.

Cumpliendo con la consigna de los Objetivos del milenio, y de la OMS entre otras instituciones internacionales que se preocupan por el bienestar de la población, sobre todo de la población marginada y de escasos recursos económicos.

El Seguro Popular, apoya a la población que se ha afiliado con los gastos médicos preventivos, por considerar que es muy importante la prevención y lo ideal sería que los derechohabientes aprendan que es mejor prevenir, evitando gastos mayores que se pueden ocasionar cuando por falta de cuidado nos atacan enfermedades de difícil tratamiento y que además resultan muy costosos.

Lo importante es que también se les proporciona apoyo médico correctivo, evitando los gastos catastróficos que se generan cuando llegan a padecer alguna enfermedad crítica como lo es el cáncer o el sida.

Respecto a la situación que se está viviendo actualmente se considera que los desempleados del sector público y privado, incrementan la tasa de informalidad laboral. Como se observa en el anexo5 el indicador de Quintana Roo alcanza el 48%, aunque en la noticias han reportado despidos de personal este indicador no muestra variación al segundo trimestre del 2014. Sin embargo el indicador nacional de informalidad laboral alcanza el 57.8%. Todo este sector al dejar el empleo formal y pasar a la informalidad tiene que buscar una seguridad social, la cual recurre al Seguro Popular para no quedar desprotegido en caso en enfermedad.

Capítulo 4

Capítulo 4. Impacto del Seguro Popular en la salud de Othón P. Blanco, 2005 a 2010

En este capítulo primero hablaremos de la cobertura del Seguro Popular y posteriormente de los servicios que presta, estableciendo de esta manera el impacto en la población beneficiada con la protección del Seguro Popular en el municipio. Durante el periodo comprendido entre los años de 2005 al 2010, donde se observa que este impacto redunda positivamente en la población

4.1 Cobertura

Como ya habíamos visto en el capítulo uno, la salud es un derecho humano fundamental e indispensable ya que permite al ser humano desarrollar sus capacidades y mejorar sus ingresos. Asimismo la salud permite el crecimiento económico de la población y el desarrollo económico de un país. Este desarrollo económico se define como un crecimiento continuo de la economía caracterizado por innovaciones tecnológicas, aumentos en la productividad y cambios sociales que suele ir acompañado por un mejor reparto de la renta y riqueza¹¹. Existe también el capital humano el cual se valora de acuerdo a la cantidad, estado de salud, nivel de educación y capacitación profesional así como su integración social.

Por medio del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) se busca en especial, reducir el gasto de bolsillo y garantizar que los recursos de origen público constituyan la principal fuente de financiamiento del sistema de salud. Con este sistema se quiere que la distribución de recursos públicos entre población se realice con mayor equidad, dado que la asignación del gasto se efectúa con base en el número de familias afiliadas, ya que con este esquema financiero¹², la

¹¹ Definición de La gran enciclopedia de economía. <http://www.economia48.com/spa/d/desarrollo-economico/desarrollo-economico.htm>

¹² Esquema financiero para los seguros públicos en salud.

- ❖ Cuota social del gobierno federal. La aportación del gobierno federal equivalente a 15% de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal (SMDF) por familia afiliada (Ley General de Salud, artículo 77 Bis 12).
- ❖ Aportación solidaria del gobierno federal. Según el artículo 77 Bis 13 fracción II, ésta se financiará con recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSA-P) del ramo 33, que también servirán para sostener un Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASSA-C). La distribución de estos recursos es competencia de la Secretaría de Salud; la aportación solidaria se establece de manera parcial en la ley (22.5% del SMDF, 1.5 veces la cuota social); y la distribución del FASSA-C se ajusta a disposiciones reglamentarias.
- ❖ Cuota estatal. Cada entidad federativa incorporada al Seguro Popular debe aportar una cuota estatal por familia; esta conforme al artículo 12 transitorio, no podrá provenir del ramo 33, sino de los recursos de Hacienda local.
- ❖ Cuota familiar. La aportación de las familias, cuyo monto lo define la Secretaría de Salud con base en estudios socioeconómicos, será recibida, administrada y ejercida por los servicios estatales de salud, a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) (artículo 77 Bis 23).”
[http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/evaluacion_programas/descargas/spss/externas/EXT07_SPSS_IF.pdf].

asignación presupuestal se determina fundamentalmente de acuerdo con la población que requiera los servicios [http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/evaluación_programas/descargas/spss/externas/EXT07_SPSS_IF.pdf]. La afiliación es voluntaria, teniendo la condicionante de no pertenecer a ninguna institución de seguridad social, la verificación se basa en el reporte de los solicitantes, el cual se toma de buena fe (http://portal.salud.gob.mx/códigos/columnas/evaluacion_programas/pdf/ECR1112_SPSS_IFx112x.pdf).

Tabla 13. Afiliación al Seguro Popular en el municipio de Othón P. Blanco

Año	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Afiliados Othón P Blanco	24,625	27,875	49,957	67,744	85,466	138,931

Fuente: elaboración propia con datos del Departamento de Estadísticas del Seguro Popular.

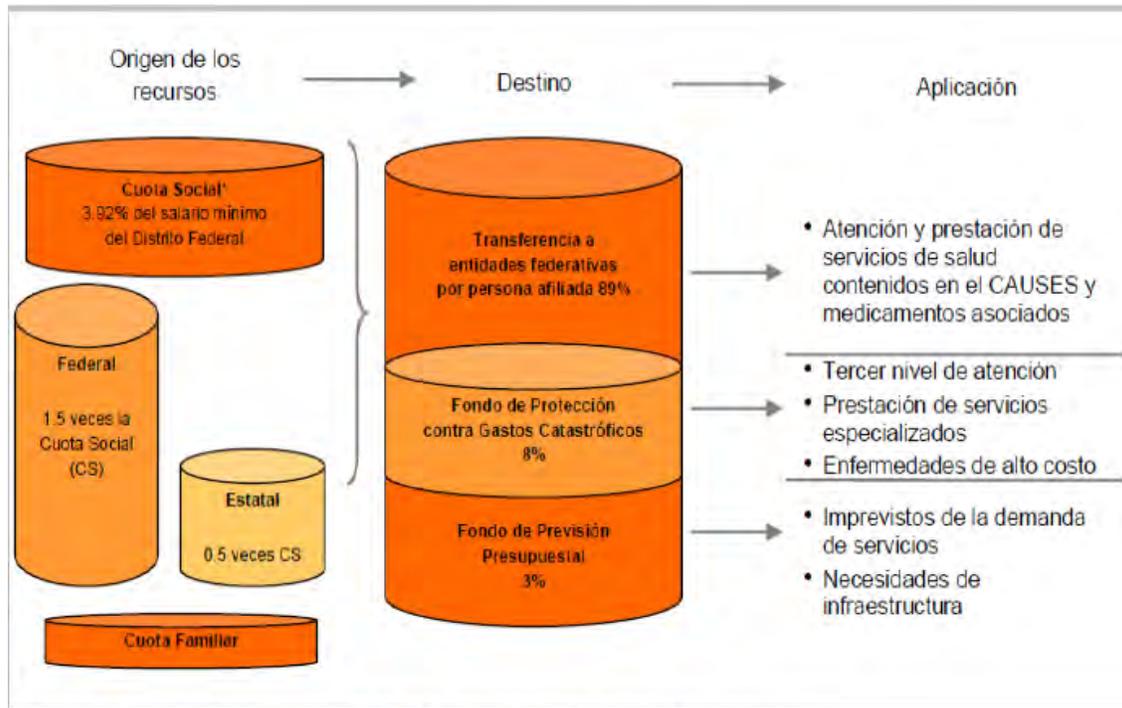
En este sentido y buscando mejorar el nivel de salud en el municipio, la cobertura del Seguro Popular se incrementa cada año como muestra la tabla 13. En el 2005 la meta de cobertura en afiliación alcanzó 24,625 afiliados y para el 2010 de una población de 244,553 habitantes (INEGI), se tienen afiliados a 138,931 esto representa el 56.81% de la población.

El Seguro Popular cuenta con un catálogo de servicios, llamado “Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)”. Los afiliados al Seguro Popular tienen acceso a los servicios médicos, quirúrgicos, de farmacia, y hospitalarios que cubren de manera satisfactoria y de forma integral las necesidades de salud.

En este catálogo se describen los servicios de salud de primer y segundo nivel de atención a los que tiene derecho, las carteras de servicios del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, el Seguro Médico para una Nueva Generación; incluye exámenes de laboratorio, gabinete, y los medicamentos correspondientes a cada uno de los tratamientos. Actualmente ofrece una cobertura de 284 intervenciones médicas (http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=340&Itemid=389).

Al inicio fue creado como el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME), que después cambiaría a Catálogo de Servicios Esenciales (CASES) para quedar como actualmente lo conocemos Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). Según se establece en el CAUSES de 2012; “los servicios esenciales de salud son una combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación seleccionadas según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas de éticas profesionales y aceptabilidad social”.

Figura 4 Origen destino y aplicación de los recursos para la cobertura en salud del Seguro Popular.



* Actualización anual con base en el Índice Nacional de Precios al Consumidor.

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud

- Sistema de protección de la salud, informe de resultados, enero-junio 2010, Secretaría de Salud.
- En Contexto No. 6; 28 de Febrero de 2011.p7

Esta imagen nos muestra el origen de los recursos del Seguro Popular, mismo que está integrado por la Cuota Social que corresponde al 3.92% del salario mínimo vigente en el Distrito Federal. La Aportación Federal que es 1.5 veces la cuota social. La aportación estatal que es 0.5 veces esta misma cuota y por último la Cuota Familiar.

De estos recursos se destina el 89% a Transferencias a las entidades federativas por persona afiliada al Seguro Popular, el 8% al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y el 3% para un Fondo de Previsión Presupuestal.

Asimismo las Transferencias a las entidades federativas por persona afiliada (ver anexo 6), se aplica a la atención y prestación de servicios de salud, contenidos en el CAUSES y medicamentos asociados. El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, la atención de tercer nivel, prestación de servicios especializados y enfermedades de alto costo. Y el Fondo de Previsión Presupuestal es aplicado

para los imprevistos de la demanda de servicios y las necesidades de infraestructura.

Este catálogo es considerado una herramienta que sirve de referencia para los servicios de salud a los que tiene derecho un beneficiario del Seguro Popular; y los prestadores de servicios los deben de otorgar de forma puntual y equitativa sobre todo con los estándares de calidad apropiados y el trato respetuoso (<http://seguropopular.gob.mx/wp-content/uploads/2012/CAUSES.pdf>).

Figura 5. Clasificación por conglomerados: Atención integral y multidisciplinaria al afiliado.



En esta imagen podemos observar los diferentes tipos de intervenciones catalogadas en el CAUSES 2010.

Las enfermedades más comúnmente tratadas en la cobertura de atención médica son gripes por cambios climáticos o infecciones estomacales. Enfermedades como el dengue aunque es endémico de la región, no es muy común dado que, como parte de las acciones de prevención de las enfermedades se hacen periódicamente nebulizaciones para controlar la proliferación de larvas y mosquitos (<http://www.spps.gob.mx/dengue>).

Tabla 14. Catálogo de Servicios de 2002 -2010

CABEME 2002		CASES 2004		CAUSES 2006 - 2010	
Intervenciones	Medicamentos	Intervenciones	Medicamentos	Intervenciones	Medicamentos
78	165	91	168	249 - 275	285 - 357

Fuente: Elaboración propia con datos del C. Estudios Sociales y de opinión Pública y Del seguro Popular.

Podemos observar en esta tabla como el Seguro Popular ha ido incrementando tanto el número de intervenciones como el número de claves de medicamentos, con la finalidad de beneficiar a los derechohabientes con una mejor atención.

La ex Directora del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (Seguro Popular) en Quintana Roo, Silvia Inés Solís Gómez, destacó que el programa está dirigido con prioridad a los quintanarroenses que viven en condiciones de vulnerabilidad en el medio rural y urbano y que carecen de seguridad social. Esto para dar cobertura a este grupo de población (<http://www.expedientequintanaroo.com/2012/02/seguro-popular-ampliara-en-qr-su.html>).

Dentro de la cobertura un punto muy importante es la prevención, como ya lo habíamos mencionado siempre es mejor prevenir que curar las enfermedades, ya que resulta menos costoso. De acuerdo con el sector salud, la prevención de enfermedades es el conjunto de medidas adoptadas para evitar o disminuir los riesgos y daños a la salud, estos se han dividido en tres grupos, como son:

- La Prevención primaria que busca evitar o reducir nuevos casos de una enfermedad
- La Prevención secundaria que tiene como objetivo detectar tempranamente y otorgar tratamiento oportuno para reducir la permanencia de una enfermedad ya presente
- La Prevención terciaria que es el conjunto de medidas que se toman para reducir las limitaciones físicas o mentales producidas por una enfermedad y reincorporar al individuo a su medio (http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia_nacional.pdf).

A través de una iniciativa de la OMS, nace el Seguro Popular, para dar protección médica a la población más desprotegida, debido a que en los países del tercer mundo existía una gran desigualdad con respecto a la salud entre la población. En algunas poblaciones, se encontraban habitando en lugares insalubres, debido a que no contaban con orientación y conocimientos para prevenir las enfermedades, incluyendo que las viviendas no contaban con las condiciones adecuadas, pues en algunos lugares carecían hasta del servicio de agua potable entre otras, esto ocasionaba enfermedades infecciosas tanto digestivas como bronco respiratorias.

Mediante acciones del gobierno federal y estatal se ha mejorado esta condición, y una de las principales acciones fue la creación del Seguro Popular. Esta institución mediante campañas está tratando de informar a la población de sus derechos en cuanto a salud y de los servicios que proporciona, así como los riesgos a que está expuesta al no tener los cuidados y protección necesarios.

El Seguro Popular realiza campañas de prevención para fomentar éste buen hábito. Dentro de las campañas de prevención ya establecidas encontramos las de vacunación, para evitar enfermedades como la poliomielitis, la tosferina, viruela, entre otras. Así como las vacunas contra influenza que se aplica preferentemente en periodo de invierno.

Entre las campañas de reciente aplicación se encuentra; la campaña contra el sobrepeso y obesidad. Se hizo promoción, con el objetivo de concientizar, difundiendo mensajes de salud que desarrollen el conocimiento acerca del daño y consecuencias del sobrepeso y obesidad, tanto para niñas, niños así como para personas adultas (http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=547&Itemid=472).

Otras campañas realizadas para protección e información de la población, son las de prevención del cáncer, el sida, infecciones bronco respiratorias, paternidad responsable, entre otras. Con la finalidad de crear una población responsable y con cultura de la prevención ya que en cuestión de dinero; sale más barato prevenir las enfermedades que corregir o curarlas. Es importante mencionar que una población saludable tiene una mejor calidad de vida y su ingreso económico lo pueden utilizar en otros menesteres ya que previene enfermedades que les ocasionaría lo que le llaman gastos de bolsillo, mismos que erosionan el presupuesto de las familias (Promoción de la Salud: Nueva Cultura – Campañas).

En el Programa sectorial de Salud 2007-2012, se plantean cinco objetivos en la atención a los retos de la salud que enfrenta el país, que son: mejorar las condiciones de salud de la población, reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas, prestar servicios de salud con calidad y seguridad, evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, y garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo del país (Córdova Villalobos, et al, 2007: 83). Para esto se han establecido metas estratégicas, así como una línea de acción con actividades que dirigidas a las prioridades del sector salud que contribuyan al logro de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, destacando la planeación destinada a fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades, la cual se concreta en 30 programas de acción nacionales, mismos que se describen a continuación (Afaspe 2009: 1).

Entre los programas de Acción Específicos 2007-2012, para la prevención se encuentran: prevención y tratamiento de las adicciones, diabetes mellitus, riesgo cardiovascular, seguridad vial, prevención de la mortalidad infantil, cáncer de mama, cáncer cervicouterino, arranque parejo en la vida, planificación familiar y anticoncepción, dengue, atención integral para las personas con discapacidad, tuberculosis, urgencias epidemiológicas y desastres, promoción de la salud: una nueva cultura, escuela y salud, entornos y comunidades saludables, envejecimiento, salud sexual y reproductiva para adolescentes, prevención y atención de la violencia familiar y de género, igualdad de género en salud, paludismo, rabia y otras zoonosis, vete sano, regresa sano, salud bucal, prevención y control del cólera, lepra, otras enfermedades transmitidas por vector, salud mental, Sistema Nacional de vigilancia epidemiológica, VIH SIDA e ITS (<http://www.spps.gob.mx/programas-y-proyectos.html>). Para realizar estos programas de acción específicos, utilizan el veinte por ciento del presupuesto del Seguro Popular (Dr. Meléndez, 2014)¹³.

El Seguro Popular cada año se fija una meta de población afiliada, para el 2010 en Othón P. Blanco se afilió a 73, 372 habitantes, esto representa el 39.49 % de la población con seguridad social en el municipio, según datos del INEGI. De acuerdo con el número de afiliados al Seguro Popular, se considera que avanza a paso firme rumbo a la cobertura universal voluntaria. “El manejo de la afiliación y verificación de sistema de protección de adscripción tiene hoy un limitante muy clara: no existe una base de datos única que pueda ser actualizada diariamente para todo el sistema de salud” (http://portal.salud.gob.mx/códigos/columnas/evaluacion_programas/pdf/ECR1112_SPSS_IFx112x.pdf).

Generalmente en la población de escasos recursos se generan gastos empobrecedores cuando llegan a tener alguna enfermedad como el cáncer o sida entre otros, para evitar esta situación el Seguro Popular ha creado un programa al que llamó Fondo para Gastos Catastróficos.

4.2 Gastos Catastróficos

El Sistema de Protección Social en Salud tiene el objetivo de apoyar al financiamiento de atención principalmente a beneficiarios que sufran enfermedades de alto costo de las que provocan **gastos catastróficos**. Para este fin se constituyó un fondo de reserva administrado por la Federación, sin límites de

¹³Meléndez Vergara, Esturain Carlos. Subdirector del Área Médica del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS). Entrevista del 15 de abril de 2014.

anualidad presupuestal, las reglas de operación son definidas por la Secretaría de Salud a nivel Federal.

Este fondo está constituido con el 8% de los recursos destinados a la cuota social y de las aportaciones solidarias tanto la Federal como la Estatal, siendo este administrado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) por medio del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS), a nivel federal.

Se requiere que el Consejo de Salubridad General defina un padecimiento como una enfermedad catastrófica, y que el CNPSS proponga ante el comité Técnico del FSPSS que sea incluido e incorporarlo al FPGC. En este se consideran algunas características como prevalencia, aceptabilidad social y viabilidad financiera, para que la enfermedad sea susceptible de ser financiada con recursos del FPGC. Una vez aceptado lo anterior se incorpora al catálogo de enfermedades cubiertas por el FPGC, determinando la tarifa que consideran aplicar y lo someten al Comité Técnico del FSPSS para su autorización, tomando en cuenta el número de casos y montos que se pueden canalizar (ver anexo 5). Además se validan los casos médicamente para que se pueda realizar el pago a los prestadores de servicios.

No se especifica el tiempo que tarda en aceptarse una enfermedad como catastrófica, sin embargo podemos observar que el Fondo inició operaciones en 2004 con 4 intervenciones únicamente, para 2006 ascendió a 11, en 2007 se incrementó a 34 para el 2010 ya sumaban 49, en enero de 2011 se incluyeron 7 más para llegar a 57. No obstante la definición de padecimientos a ser incluidos en el Fondo y la disponibilidad de recursos financieros, constituyen las dos terceras partes de la oferta de servicios de salud, ya que responden a las preguntas de ¿qué atender? y ¿con qué? Todo esto para garantizar la capacidad resolutoria del FPGC en relación con los padecimientos seleccionados por el Consejo de Salubridad General

(http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/evaluacionprogramas/descargas/spss/IF_EESPSS2013.pdf).

El FPGC hasta el 2010, tenía 49 intervenciones de las cuales se financiaba la atención médica; clasificadas en ocho grupos de enfermedades como son: cáncer cérvico uterino, VIH/SIDA, cuidados intensivos neonatales, cataratas, cáncer de niños y adolescentes, trasplantes de médula ósea, cáncer de mama y trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos. En el 2011 con el objetivo de incrementar la cobertura se agregaron, a las ya existentes siete intervenciones que son: trasplante de médula ósea, cáncer de testículo y linfoma no Hodgkin, enfermedades lisosomales y hemofilia para menores de 10 años, infarto agudo al

miocardio para menores de 60 años, trasplante de córnea y cáncer de próstata; para cubrir 56 intervenciones y en 2012 agregaron el trasplante de riñón en menores de 18 años, hepatitis C, tumor de ovario y cáncer colono-rectal haciendo un total de 61 intervenciones, (ver anexo 7) ordenados en 20 grupos de enfermedades (<http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/62/2013/feb/InfSPSS-20130201.pdf>).

Figura 6. Casos 2011 Autorizados, validados y pagados al 31 de diciembre de 2012

(Millones de pesos)

Enfermedad	Autorizados ^{1/}		Validados ^{2/}		Pagados	
	Casos	Monto	Casos	Monto	Casos	Monto
Cáncer Cérvico Uterino (CACU)		207.6	7,894	65.3	4,875	45.3
Cáncer de Niños (CN/TS)		530.0	4,559	390.1	4,379	330.0
Trasplante de Médula Ósea (TMO)		73.6	55	31.5	55	31.5
Cuidados Intensivos Neonatales (CIN)		868.7	18,587	846.9	18,232	830.6
Cataratas (CAT)		236.0	25,584	236.0	25,007	232.5
Cáncer de Mama (CAMA)		1,643.8	15,924	1,407.3	15,018	1,154.8
Trastornos Quirúrgicos Congénitos y Adquiridos (SMNG 17)		262.6	3,349	232.3	3,307	230.1
Trasplante de Córnea (TC)	1,550	64.4	41	0.5	41	0.5
Tumor Testicular (TT)	872	64.6	153	12.0	147	8.5
Hemofilia (H)	180	80.5	14	2.5	14	2.5
Trasplante de Médula Ósea Adultos (TMO A)	150	95.8	0	0.0	0	0.0
Enfermedades Lisosomales (EL)	40	106.7	5	2.1	4	2.1
Linfoma No Hodgkin (LNH)	1,316	353.4	208	38.2	208	25.0
Infarto Agudo al Miocardio (IAM)	8,874	372.9	146	5.8	146	5.8
Insuficiencia Renal Crónica (IRC)	72	9.6	33	4.8	33	4.8
VIH-SIDA	43,898	2,053.7	43,898	2,053.7	43,898	2,000.1
Total	56,952	7,023.9	120,450	5,329.0	115,364	4,904.0

1/ Casos autorizados.- Es el número de casos programados a financiar aprobados por el Comité Técnico del Fideicomiso del SPSS para el periodo.

2/ Casos validados.- Son los casos presentados por los prestadores de servicios que cumplen con la normatividad y validados por la CNPSS.

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud.

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud

- (<http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/62/2013/feb/InfSPSS-20130201.pdf>)

En esta figura se muestran datos nacionales del 2011, pero nos podemos dar cuenta que para el FPGC como se indica en la parte inferior de la figura 6, los casos se tienen que programar para recibir la aprobación del Comité Técnico del Fideicomiso del SPSS en cada período. Posteriormente los servicios presentados que cumplen con la normatividad serán validados por la CNPSS, de este modo podrán recibir el pago los prestadores de servicios. Este procedimiento aplica también para el municipio Othón P. Blanco.

Estos prestadores de servicios para poder formar parte del padrón de prestadores del FPGC deberán celebrar convenios y cumplir con las normas establecidas para la transferencia de recursos (<http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/62/2013/feb/InfSPSS-20130201.pdf>).

La calidad de la salud está relacionada con la cantidad y calidad de la infraestructura en esta rama, por consiguiente el Seguro Popular necesita de infraestructura adecuada para poder dar atención médica de calidad; tanto del FPGC como del CAUSES. Sólo de esta manera se alcanzarán mayores logros en términos de desarrollo humano y beneficio social.

4.3 Infraestructura

El Seguro Popular no presta directamente el servicio médico, pues trabaja en combinación con los centros de salud o unidades básicas así como los hospitales con que cuenta la Secretaría de Salud en el municipio (ver anexo 8). Estas unidades médicas de salud, para poder proporcionar este servicio necesitan haber sido certificadas por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

En el municipio de Othón P. Blanco a inicios de 2010 se habían certificado 56 centros de salud rurales y urbanos. Entre ellos se encuentran el Hospital General y el Hospital Materno Infantil Morelos. Según el Jefe de la Jurisdicción Sanitaria número Uno de la Secretaría estatal de Salud, Dr. Arturo Toledo, en febrero de 2010 se certificaron 17 unidades médicas más para poder ofrecer un servicio de calidad. Asimismo reconoció que es importante que los centros de salud urbanos y rurales se acrediten, ya que con ello se obtienen recursos para equiparlos y mejorar su infraestructura, además se mejoran los servicios que se brindan a la población como son consultas odontológicas, chequeos, medicina preventiva, familiar, nutrición, detección de cáncer de mamas y cervicouterino, entre otros (<http://www.quintanarooaldia.com/noticia/certificaran-centros-de-salud-y-unidades-medicas-de-las-comunidades-rurales-sesa/2647>). Los Servicios Estatales de Salud (SESA) en Quintana Roo, otorgan la prestación de los servicios de SPS, con capacidad para ofrecer las 284 intervenciones de primer y segundo nivel de atención incluidas en el CAUSES.

En el municipio de Othón P. Blanco en el año de 2006 se empezó a solicitar la certificación de las unidades médicas con que contaba la Secretaría de Salud (SESA). La primer unidad médica que solicitó la certificación fue la recién inaugurada “Clínica Oncológica” indispensable en el programa del Seguro Popular para tratar a niños y adolescentes con leucemia, dado que el tratamiento por paciente superaba los veinte mil pesos, según el SR, Amílcar Rosado Alavez en entrevista al Diario de Quintana Roo (DQR 17/08/2006).

En marzo de 2007 el secretario de Planeación y Desarrollo en Quintana Roo José Alberto Alonso Ovando, dio a conocer a través del Diario de Quintana Roo; que durante este año se planeó una inversión de 120 millones de pesos para mejorar

la infraestructura hospitalaria en el estado, dentro de estas obras se encuentran incluidas la renovación del Hospital Morelos y del Hospital General (DQR 5/03/2007).

Algunos de los trabajos que se hicieron en el Hospital General fue la adecuación de dos quirófanos, con una inversión de un millón cien mil pesos; con esto dijo el Secretario Estatal de Salud, Dr. Manuel Jesús Aguilar Ortega, se pretende obtener la acreditación para acceder a los recursos de “Gastos Catastróficos” en los conceptos de leucemia y cataratas, a través del sistema de protección social y poder atender a los usuarios del Seguro Popular (DQR 24/10/2007).

De igual manera el Dr. Aguilar mencionó que en el 2008; destinarían diez millones de pesos para trabajos de ampliación y adecuación del Hospital Materno Infantil Morelos. Dentro de estos trabajos se incluyeron la adecuación de consultorios y del área de consulta, todo esto también con la finalidad de obtener la certificación, (DQR 27/12/2007).

De acuerdo con el Dr. Carlos Esturaín Meléndez, el municipio cuenta también con un centro de vacunología. Este centro de vacunología de Chetumal cuenta con tres cámaras frías con capacidad para almacenar cien mil vacunas cada una. Estas vacunas son resguardadas con los máximos niveles de seguridad. También tiene 81 refrigeradores, tres congeladores para paquetes congelantes; 263 paquetes refrigerantes para termos de 9 y 45 litros; siete vehículos, uno de estos vehículos está equipado con sistemas de refrigeración; cuatro plantas de energía eléctrica, y otras cuatro plantas auxiliares entre otros insumos para evitar que los biológicos caduquen o se echen a perder (Carrillo, Idalia, 2010).

El Seguro Popular y la Secretaría de Salud en busca de hacer llegar los sistemas de prevención y de atención médica a los lugares que por su lejanía no cuentan con algún centro o unidad de salud crean las Caravanas de Salud, mismas que han implementado en camionetas que habilitaron como consultorio. A continuación detallamos las funciones de dichas unidades médicas fijas así como de las caravanas.

4.3.1 Unidades Médicas

El Jefe de la Jurisdicción Sanitaria número Uno de la Secretaría estatal de Salud (SESA), Arturo Toledo Miranda, explicó que después de concluida la supervisión por parte del personal de la Subsecretaría de Innovación y Calidad de la Secretaría Federal de Salud. En dicha supervisión fueron testigos, administrativos de la Secretaría de Salud de Campeche y Yucatán. Con la finalidad de dar fe de que dichas unidades cumplen con los requerimientos para poder recibir la acreditación.

Los principales puntos que son calificados, para dicha certificación, es que en las unidades médicas deben de contar con expedientes clínicos, instrumentos médicos, que las instalaciones estén en óptimas condiciones, es decir que cuenten con pintura, sanitarios, energía eléctrica, servicio de agua, entre otras especificaciones. Otro de los puntos que califican los supervisores de la Subsecretaría de Innovación y Calidad de la SSA Federal, es que las unidades médicas deben contar con las 134 claves básicas de medicamentos.

El titular de la Jurisdicción Sanitaria número Uno de la SESA, comentó que la Federación a través de la Secretaría de Salud, deberá enviar las certificaciones de dichas unidades médicas y una vez hecho esto, se podrá gestionar mayores recursos que servirán para mantener e ir mejorando y ampliando la infraestructura de dichos centros de salud. En el municipio de Othón P. Blanco, 19 unidades médicas recibieron su acreditación como centros de salud eficientes y lo que permitirá a Quintana Roo recibir mayores recursos de la Federación para el mejoramiento de la infraestructura ya existente del sector salud.

El Dr. Toledo Miranda comentó que las comunidades supervisadas son: San Román, Altos de Sevilla, David Gustavo Gutiérrez, Majahual, La Libertad, Nicolás Bravo, Cocoyol, La Unión, Andrés Quintana Roo, Lázaro Cárdenas, Álvaro Obregón, Divorciados, Francisco J. Mújica, Melchor Ocampo, Bacalar, Limones, Rovirosa, Luis Echeverría, Otilio Montañó y Río Verde. Dijo que en 2008 hubo 33 unidades médicas acreditadas como centros de salud. Una vez que estas unidades médicas reciben la acreditación pueden acceder a los recursos del Seguro Popular (<http://sipse.com/archivo/novedades-de-quintana-roo/acreditaran-19-unidades-medicas-155870.html>).

Como podemos ver la Secretaría de Salud y el Seguro Popular han creado la infraestructura necesaria para proporcionar un servicio especializado, así tenemos las diferentes Unidades Médicas Especializadas (UNEMES).

4.3.2 UNEMES

Las Unidades de Especialidades Médicas (UNEME), ofrece servicios médicos ambulatorios especializados; esto es que los pacientes no se quedan hospitalizados, solamente son diagnosticados, reciben su tratamiento o medicamento y se retiran a sus domicilios. Las UNEMEs, incorporan tecnologías de vanguardia favoreciendo procedimientos que son cada vez menos invasivos, estos reducen los tiempos de recuperación así como los riesgos. Además de que el paciente se puede reintegrar a su vida normal en menor tiempo. Con esta

modalidad, aprovechan la infraestructura para atender a un número mayor de pacientes; reduciendo los costos de operación y los tiempos de espera.

Este tipo de unidades médicas, se ubican en localidades urbanas, con la finalidad de atender a los pacientes que provienen de centros de salud, hospitales así como de médicos particulares, aseguradoras y de otras instituciones. Ofrecen los servicios de la especialidad para la que fue pensada; de acuerdo a las necesidades de la población. Adopta modelos de operación modernos y eficientes que las hace económicamente sustentables asimismo tienen una administración independiente ([http://angelsergioasa.files.wordpress.com/2013/09/05-unidad-de-especialidades -mc3a9dicas.pdf](http://angelsergioasa.files.wordpress.com/2013/09/05-unidad-de-especialidades-mc3a9dicas.pdf)).

En el municipio de Othón P. Blanco¹⁴ se encuentran cinco diferentes UNEMES las cuales mencionamos a continuación:

UNEME DEDICAM (Unidad de Especialidades Médicas Dedicada a la Detección y Diagnostico del Cáncer de Mama). El Secretario estatal de salud en Quintana Roo, mencionó en el boletín de la Secretaría de Salud que las unidades médicas DEDICAM, están equipadas con modernos equipos, incluso a nivel nacional fueron los primeros en contar con dos equipos de biopsia de mama tipo Mamotomo, que utilizan tecnología de última generación para la toma de muestras (de tejido mamario sospechoso de cáncer) de calidad con la menor lesión posible a la piel y al tejido sano de las pacientes. También destacó que gracias a esta infraestructura médica especializada, han detectado 12 casos de cáncer de mama en lo que va del año, en la UNEME DEDICAM de Chetumal, de los cuales 4 están en la etapa más temprana (http://vocero.qroo.gob.mx/uv/index.php?option=com_content&view=article&id=17264:uneme-dedicam-chetumal-realizo-mas-de-mil-600-mastografias&catid=49:noticias-del-dia&Itemid=123).

UNEME CISAME (Centro Integral de Salud Mental). En Quintana Roo, cumplen la función de fortalecer la prevención y fomento de la salud mental. El secretario de salud Juan Ortigón Pacheco hizo notar que como parte de las actividades de prevención y fomento de la salud mental también se repartieron trípticos informativos y se realizaron diversas pláticas a través de foros y talleres en las escuelas, para brindarles orientación a los estudiantes sobre cómo enfrentar y resolver sus principales problemáticas. También se ofreció una conferencia dirigida a padres de familia sobre el tema de crianza positiva y se impartió el taller de “Educación emocional” a miembros de la Red Estatal para la Prevención del Suicidio” (Ortigón, 2012).

¹⁴ Las cinco diferentes UNEMES se ubican en Chetumal.

El titular la Secretaría de Salud en el Estado, Juan Ortegón Pacheco invitó a quienes tengan problemas de conducta, aprendizaje, conducta alimentaria, trastornos emocionales y de violencia intrafamiliar; que sufren de depresión, obsesión y compulsión y los que tienen problemas con el alcohol, tabaco y drogas, o que han intentado suicidarse que se acerquen a las Unidades Médicas Especializadas y Centros de Integración de Salud Mental (UNEMES CISAME), en donde se les brindará el apoyo profesional que requieren. Asimismo mencionó que en estos centros, cuentan con personal especializado para la realización de diagnósticos tempranos y para proporcionar el tratamiento adecuado que los ayudarán a superar las alteraciones de conducta (http://vocero.qroo.gob.mx/uv/index.php?option=com_content&view=article&id=15788:unemes-cisame-cumplen-su-funcion-de-fomento-de-la-salud-mental-en-el-2013-proporcionaron-mas-de-11-mil-consultas&catid=49:noticias-del-dia&Itemid=123)

UNEME CAPA, (Centro de Atención Primaria de Adicciones), ubicado en Chetumal a un costado del Hospital General. Ofrece a la población quintanarroense un modelo de intervención temprana para las adicciones, contemplando desde la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, tratamiento breve accesible de calidad en la modalidad de ambulatorio. Priorizando la detección temprana de personas con mayor vulnerabilidad y consumidores experimentales, para intervenir con ellos y sus familias en forma oportuna, a fin de evitar el desarrollo de una dependencia, teniendo como Objetivos específicos los siguientes:

- Atender los determinantes asociados al consumo de sustancias adictivas en la comunidad
- Disminuir la prevalencia de abuso y dependencia de sustancias a través de actividades preventivas
- Identificar en forma temprana a jóvenes susceptibles o vulnerables para el desarrollo del trastorno
- Intervenir tempranamente para su atención a fin de que no desarrollen la enfermedad
- Detener el desarrollo de la enfermedad en fases tempranas
- Brindar el apoyo necesario a las familias de experimentadores, abusadores o dependientes
- Brindar el apoyo de información a las familias que habitan en Quintana Roo (http://www.salud.qroo.gob.mx/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=508:uneme-capa-ique-hacemos&catid=2:avisosboletines&Itemid=68).

UNEME CAPACITS, (Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del sida y otras infecciones de transmisión sexual). Es una unidad de especialidad médica

que proporciona servicios para la prevención y atención a pacientes con VIH e infecciones de transmisión sexual, de forma ambulatoria. Este tipo de unidades brinda el servicio de prevención y promoción como parte fundamental de sus funciones, además de otorgar apoyo psicológico y de trabajo social tanto a las personas afectadas como a sus familiares. Como parte de estos servicios se encuentra brindar acceso al tratamiento antirretroviral para todas las personas con VIH que no están cubiertos por regímenes de seguridad social. También ofrecen: atención médica integral (hombres, mujeres, mujeres embarazadas, niños), medicamentos antirretrovirales (gratuitos), atención psicológica, enfermería, trabajo social, estudios de laboratorio y talleres de adherencia (<http://www.censida.salud.gob.mx/interior/capasits.html>).

UNEME EC (Enfermedades Crónicas). El titular de la Secretaría Estatal de Salud (SESA), Juan Ortegón Pacheco, indicó que entre los servicios que ofrece la UNEME EC están: enfermería, médico, nutrición, psicólogo, odontólogo y activador físico, estos servicios están orientados al tratamiento de enfermedades crónico degenerativas, mencionando que todas las consultas son totalmente gratuitas.

Tabla 15. Todos los servicios ofertados por las UNEME EC incluidos en el CAUSES	
Servicio ofertado	Intervención del Seguro popular
Detección del Riesgo Cardiovascular y Diabetes Mellitus; consejería en Nutrición.	Línea de Vida: Acciones preventivas.
Atención de los trastornos de la conducta alimentaria	Detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria
Acciones en las escuelas	Diagnóstico y tratamiento de la desnutrición y obesidad en niños y adolescentes
Tratamiento integral del Riesgo Cardiovascular y Diabetes Mellitus.	Diagnóstico y tratamiento farmacológico (ambulatorio) de diabetes mellitus; hipertensión arterial y dislipidemias.
Prevención de complicaciones	Prevención y tratamiento de algunas complicaciones y secuelas de diabetes-hipertensión y dislipidemia.
Fuente: www.saludcolima.gob.mx/.../3/UNEME_EC_Modelo_de_Atencion.ppt	

En esta tabla podemos observar que trabajan en conjunto la Secretaría de Salud y el Seguro Popular para la atención de Enfermedades Crónicas.

Todos los servicios ofertados por las UNEME EC, están incluidos en el CAUSES y serán proporcionados al paciente que deberá contar con afiliación al Seguro Popular vigente, siendo referidos por las unidades del primer nivel de atención y cumplir con el perfil señalado para tratamiento en este tipo de Unidades.

La misión de las UNEME's EC es contribuir a desacelerar la tendencia de la enfermedades crónicas de mayor prevalencia, a través del modelo de Prevención Clínica, innovador factible y de calidad que garantice la atención integral de la población demandante, además de brindar al personal de salud la posibilidad de desarrollo de competencias profesionales.

Las UNEMES tendrán bajo su responsabilidad, realizar talleres de actividad física y alimentación con las familias con factores de riesgo y centros laborales de la localidad, ser centro de capacitación y demostración para el primer nivel, además de ser el centro local de la RED de Prevención Clínica de las Enfermedades Crónicas. También deberá promover campañas, pláticas con padres de familias, profesores, sociedades médicas, de nutrición locales; para fomentar hábitos de alimentación saludables y actividad física y reforzará la acreditación de Grupos de Ayuda Mutua y de Adultos Mayores (www.saludcolima.gob.mx/.../3/UNEME_EC_Modelo_de_Atencion.ppt). El Seguro Popular buscando llevar servicios médicos a los lugares apartados en donde no existen, crearon las Caravanas de la salud.

4.3.3 Caravanas

Las caravanas de la salud fueron implementadas a nivel nacional para acercar los servicios médicos a los lugares de difícil acceso o muy retirados de las comunidades donde se ha instalado alguna unidad médica. Estas caravanas son consultorios móviles catalogados como Unidad Médica Móvil. En Quintana Roo empezaron a dar servicio en el año 2007 con el nombre de "Caravanas de la Salud". Estas tienen la finalidad de acercar la atención médica y preventiva de calidad y de vanguardia.

El Dr. Amílcar Rosado Alavez dijo que se trataba de crear unidades itinerantes y articularlas con las redes de servicios de salud que ya existían. "Estas unidades contarán con los recursos humanos y técnicos suficientes con el fin de ofrecer una atención ambulatoria integral". La oferta de los servicios será la misma que financia el Seguro Popular en el ámbito ambulatorio con un importante componente preventivo, para subsanar necesidades no cubiertas por la infraestructura existente en esas regiones (DQR 13/01/2007).

En 2010, el Secretario de Salud, Juan Carlos Azueta Cárdenas, mencionó que con la finalidad de reforzar la atención médica a los habitantes de comunidades rurales, hizo entrega de equipamiento médico y odontológico a las Caravanas de Salud de tipo cero y tres¹⁵ con una inversión de 3'725,866 pesos con la finalidad de reforzar la atención médica a los habitantes de las comunidades rurales.

Figura 7. Caravana de la Salud



Fuente: Fotografía tomada durante trabajo de campo 2014.

El equipamiento que entregó el Secretario de Salud a las Unidades Médicas Móviles consistía en: Estuches de diagnóstico básico, básculas electrónicas neonatales, analizador clínico portátil de sangre, hemoglobímetro para detección de hemoglobina glucosilada, fonodetector portátil de latidos fetales, lámpara de examinación con fuente de luz óptica, oxímetro de pulso portátil, reanimador de asistencia ventiladora, equipo dental, esterilizador de material

¹⁵UMM Tipo 0; Son unidades médicas móviles 4X4 que transportan: Personal de salud, medicamentos e insumos para la atención de las localidades de una micro región, que forman parte de la ruta de una UMM, en tanto las condiciones del camino o acceso geográfico no le permiten llegar a la o las localidades de la ruta. Este tipo de unidad móvil está conformado por: un médico general, una enfermera, y un promotor de la salud-chofer. UMM Tipo 3; Es una unidad médica móvil equipada con un consultorio de medicina general y un consultorio dental, equipada con enlace satelital para telemedicina, equipo de video-conferencia, ultrasonografía y electrocardiografía. Asimismo contiene un laboratorio de química seca y toma de muestras para cáncer cérvico-uterino. Este tipo de unidad móvil está conformado por: un médico general, un odontólogo, una enfermera y un promotor de la salud-chofer. (<http://mexicolegal.com.mx/vp-ind.php?id=358&categoria=derecho>)

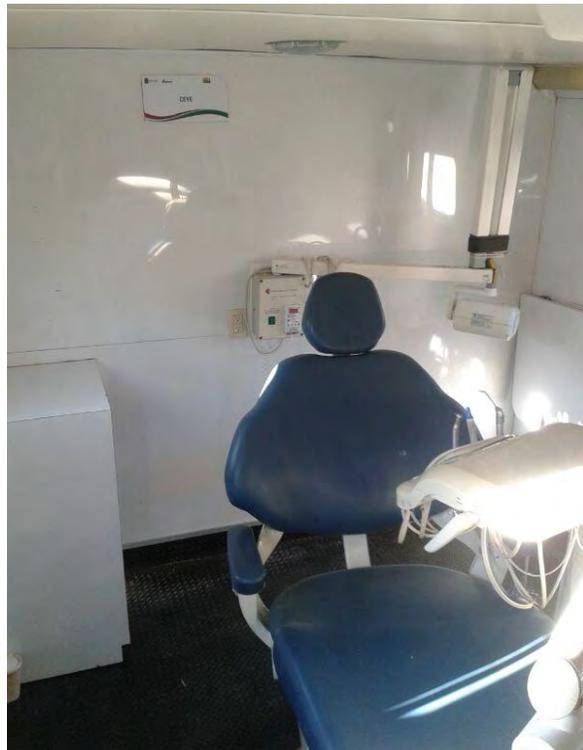
dental y médico, equipo de videoconferencia, proyector portátil y computadoras portátiles.

El Secretario también hizo mención que las caravanas cuentan con el apoyo de 16 médicos, 11 odontólogos, 16 enfermeras y 16 polivalentes, así como un coordinador estatal, 2 supervisores y un apoyo administrativo y que “en estrecha interrelación con el Seguro Popular se presta atención a las familias afiliadas al programa en comunidades donde no se cuenta con infraestructura formal para atención médica y en conjunto con el programa Oportunidades se distribuyen suplementos alimenticios a niños menores de 5 años, ayudando a una mejor alimentación de estos infantes (Corona: 2010).

Figura 8.
Consultorio Médico de Unidad Médico Móvil



Figura 9.
Consultorio Dental de Unidad Médico Móvil



Fuente: Fotografías tomada durante trabajo de campo 2014.

En la figura 7 se muestra una Unidad Médica Móvil y en las figuras 8 y 9 se muestra en el interior de ésta, un consultorio médico y un consultorio dental.

Sin embargo las unidades móviles con las que cuenta la Secretaría Estatal de Salud (SESA) para realizar el programa de Caravanas de la Salud no están en condiciones óptimas, reconoció el jefe de la Jurisdicción Sanitaria Número Uno, Arturo Toledo Miranda. Esto se debe a que prestan servicio en las comunidades

rurales del municipio de Othón P. Blanco y las carreteras están en mal estado la mayoría de las veces. Asimismo el Dr. Toledo explicó que para el municipio capitalino se tienen asignadas siete unidades, ya que en el 2010 las caravanas de salud se realizaban dos veces al mes, cuando anteriormente era una vez. Explicó también que existen periodos en los que las unidades tienen que estar de lunes a viernes en los poblados, debido a que en ocasiones las comunidades no cuentan con médicos en los Centros de Salud (Wong: 2010).

4.4 Fortalezas y debilidades del Seguro Popular

De acuerdo al Programa Sectorial de Salud, las fortalezas son aquellos elementos de carácter interno y factores positivos que destacan a la institución, asimismo se incluyen a los programas de salud que por su ejercicio han sobresalido positivamente o son líderes en su género. Las oportunidades son aquellos factores, positivos, que se generan en el entorno y una vez identificados pueden ser aprovechados para impulsar el desarrollo.

Las debilidades en una organización de la salud, representan los elementos, recursos, habilidades y actitudes que constituyen un obstáculo que impiden alcanzar los objetivos de una organización. Las amenazas son situaciones negativas, de carácter interno o externo, que pueden atentar contra la misión o visión de la organización. En el análisis FODA, realizado por La Secretaría Estatal de Salud, 2013 para el “Programa Sectorial de Salud” se observó lo siguiente: ([http://dcs.uqroo.mx/documentos/programasector salud.pdf](http://dcs.uqroo.mx/documentos/programasector%20salud.pdf)).

Cuadro 8. Análisis de Fortalezas y Debilidades del programa del Seguro Popular a nivel nacional

Tema de evaluación	Fortaleza y Oportunidad	Recomendación
D	El programa atiende el riesgo financiero a la que se enfrentaban las familias por motivos de salud.	Ninguna
I	Es una tendencia mundial que se provea aseguramiento a las personas, más que financiar únicamente mayor oferta de servicios.	
S	El propósito del programa está alineado con el Plan Nacional de Desarrollo, con el Programa Sectorial de Salud y con la metas del Milenio.	
Ñ	La población y objetivo están claramente establecidos.	
O		

Debilidad o amenaza.		
D I S E Ñ O	El padrón no funciona en tiempo real ni incorpora información de otras instituciones, por lo que puede haber problemas de afiliación.	El país debe transitar a un sistema único de salud, IMSS, ISSSTE, y SPSS, que permita su consulta en tiempo real.
	En el documento normativo del programa no es posible identificar el resumen narrativo de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR).	Incorporar en el Reglamento el resumen narrativo de la MIR.
	La MIR no tiene una perfecta lógica vertical ni horizontal.	Revisar la lógica vertical y horizontal de la MIR con base en indicadores del Plan de Acción Específico (PAE).
Fortaleza y oportunidad.		
Planeación y orientación a resultados	El programa tiene un plan estratégico en el que se identifica el fin y el propósito y se establecen indicadores y cuenta con planes de trabajo anuales.	Ninguna
	El SPSS ha estado sujeto a evaluaciones externas.	El SPSS debe continuar con este esfuerzo de evaluación.
	El SPSS ha solventado las observaciones que se le han hecho en las evaluaciones externas.	Ninguna
Debilidad o amenaza.		
Planeación y orientación a resultados	No se ha hecho una evaluación que mida como efecto causal el impacto del SPSS en el gasto de bolsillo (empobrecedor y catastrófico) y en acceso y resultados de salud ahora que se ha expandido el programa.	Ninguna
Fortaleza y oportunidad.		
Cobertura y focalización	El SPSS tiene una estrategia de cobertura y metas claras anuales y de mediano y largo plazo	
	Prácticamente ya se alcanzó la cobertura universal	Se Sugiere actualizar los datos con el Censo 2010.
Debilidad o amenaza.		
Cobertura y focalización	Al no contar con un sistema único que pueda funcionar en tiempo real no es posible verificar la afiliación de las personas a otras instituciones de seguridad social.	El estado mexicano debe desarrollar un sistema único de identificación que permita identificar la institución de afiliación de las personas en cualquier momento.
Fortaleza y oportunidad.		

Operación	La normatividad del programa establece procesos para llevar a cabo la afiliación de las familias al SPSS	Ninguna
	Los procedimientos de afiliación están estandarizados, son conocidos y se apegan a los documentos normativos; además existen mecanismos de verificación.	
	Los apoyos están claramente establecidos en la regulación y se tienen procedimientos para que sean conocidos por los beneficiarios.	La normatividad debería además establecer cómo se administrarán los casos que cubre o cubrirá el FPGC que puedan ser programados, por ejemplo, trasplantes de riñón. Se sugiere revisar la literatura de Diseño de mercados de trasplantes.
	La normatividad es muy clara en establecer responsabilidades de cada instancia pública.	Ninguna
	El SPSS cuenta con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas	
Debilidad o amenaza.		
Operación	Diversas fuentes de financiamiento concurren en los mismos servicios y beneficiarios lo que complica la administración del sistema.	Este es un problema de diseño que requiere, por un lado, consolidar todas las fuentes de financiamiento (SPSS, FASSA-P) en una sola; y por otro lado reestructurar la organización para que sea directamente el RPSS ¹⁶ quien reciba los recursos.
	Las reglas de comprobación de gastos (Art. 41 del PEF ¹⁷) pueden implicar engorrosos trámites sin que haya ganancias en transparencia.	Este es un problema de diseño que implica revisar la utilidad de esta regulación.
	Los administradores del programa no han hecho cálculos de costos de administración, operación, entre otros.	Llevar a cabo un estudio de costos (y beneficiarios) del SPSS.
Fortaleza y oportunidad.		
Percepción de la población atendida	El SPSS cuenta con instrumentos para medir el grado de satisfacción y con canales para quejas.	Ninguna
Debilidad o amenaza.		

¹⁶Régimen Especial de Protección Social en Salud (RPSS)

¹⁷ Presupuestos de Egresos de la Federación (PEF)

Percepción de la población atendida.	Las encuestas de percepción se enfocan a los usuarios de los sistemas de salud, pero los beneficiarios del SPSS son los afiliados, en este sentido, las encuestas están estudiando sólo a un subconjunto de la población de interés.	Definir como muestra a estudiar a los afiliados al SPSS y no solamente a los usuarios de los sistemas de salud.
Fortaleza y oportunidad.		
Medición de resultados	Prácticamente ya se alcanzó la cobertura universal voluntaria	Ninguna
	El SPSS efectuó una evaluación de impacto en el 2005-2006	Ninguna
Debilidad o amenaza.		
Medición de resultados	No se ha agregado el indicador de gasto de bolsillo de la MIR con la información de la ENIGH 2010.	Agregar el gasto de bolsillo en la MIR con información de 2010.

Fuente: Evaluación de Consistencia y Resultados del Seguro Popular 2011-2010.

Podemos observar en este análisis FODA, que el Seguro Popular por una parte ha cumplido con sus objetivos, porque este programa atiende el riesgo financiero a la que se enfrentaban las familias por motivos de salud, alineándose con el Plan Nacional de Desarrollo, con el Programa Sectorial de Salud y con la metas del Milenio.

El SPSS tiene una estrategia de cobertura y metas claras anuales y de mediano y largo plazo. Dentro de estas estrategias una de las principales metas es la de alcanzar la cobertura universal y de acuerdo con el número de población afiliada se considera prácticamente lograda. Los apoyos están claramente establecidos en la regulación y se tienen procedimientos para que sean conocidos por los beneficiarios. Sin embargo no existen datos específicos del municipio Othón P. Blanco.

Además el SPSS ha estado sujeto a evaluaciones externas, mismas en las que ha solventado las observaciones que se le han hecho en dichas evaluaciones.

No obstante todavía le falta definir algunos detalles ya que se encuentra un padrón que no funciona en tiempo real ni tiene incorporada información de otras instituciones, por lo que puede verse duplicado el resultado de afiliación a la seguridad social. Debido a que no es posible verificar la afiliación de las personas a otras instituciones de seguridad social.

No se ha evaluado el impacto del SPSS en el gasto de bolsillo (empobrecedor y catastrófico) y en acceso y resultados de salud ahora que se ha expandido el programa. Las encuestas de percepción se enfocan a los usuarios de los sistemas

de salud, en este sentido, las encuestas están estudiando sólo a un subconjunto de la población de interés. Se tiene que definir y hacer el estudio a los afiliados al SPSS.

Aún en el estado de Quintana Roo no existe un base de datos donde se pueda consultar la evolución real del Seguro Popular, los únicos datos que se pueden encontrar son generales a nivel federal y estatal.

4.5 Conclusiones

Podemos concluir, que la implementación del Seguro Popular en el municipio de Othón P. Blanco ha sido un acierto del gobierno del Quintana Roo, del gobierno federal y de las instituciones responsables porque de acuerdo con los datos con respecto a la afiliación y el número de consultas que se observa, han ido incrementándose. Por otro lado se ha incrementado la infraestructura y la ya existente se ha mejorado para poder recibir la certificación.

Esto con la finalidad de obtener mayor financiamiento para equipar tanto los hospitales como las unidades médicas y de esta manera ofrecer un servicio de calidad, generando un impacto real y positivo en el ingreso de la población del municipio Othón P. Blanco así como en el bienestar porque al tener buena salud pueden ser más productivos. Asimismo al aplicar los programas de prevención se puede mejorar la salud de los beneficiarios evitando enfermedades que de otra manera les causarían gastos considerables además de reducir su productividad y su ingreso.

Aunque al inicio la población desconfiaba del servicio en salud que les ofrecía el Seguro Popular, y que muy pocos aceptaban registrarse, poco a poco ha adquirido confiabilidad y para el año 2010 como se comprueba en el capítulo 3, la población que no contaba con el servicio de seguridad social se ha afiliado en una buena proporción. Es importante hacer mención que el recurso económico para que se otorgue este servicio está integrado por tres aportaciones; Aportación Solidaria Federal (ASF), la segunda por el gobierno estatal, Cuota Social, y la tercera aportación la proporciona el propio beneficiario. Cabe mencionar que falta transparencia en cuanto a la información, estadísticas y rendición de cuentas, sobretodo en Othón P. Blanco hay gran dificultad para encontrar información y datos estadísticos.

A partir del análisis de datos de 2005 a 2010 hay evidencia de que el Seguro Popular ha incrementado la cobertura. El análisis de población y derechohabientes realizado en los capítulos 3 y 4 fundamenta que el Seguro Popular ha resuelto un

problema importante de la salud. De la misma manera el análisis de fortalezas y debilidades presentado en el capítulo 4 comprueba la hipótesis de que la introducción del Seguro Popular en el municipio de Othón P. Blanco, ha impactado en la salud y en la prevención de enfermedades en la población de forma positiva durante el período de 2005 a 2010, ampliando la cobertura y mejorando la infraestructura.

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

La salud es un elemento importante para el bienestar de la población y el desarrollo de la sociedad, considerando que con una población sana un país pueda crecer y desarrollar su economía. Asimismo la salud adquiere importancia creciente dentro de las estrategias para el desarrollo, ya que se considera como parte esencial del capital humano, de igual manera se reconoce la salud, como inversión en recursos humanos, ya que un trabajador con buena salud genera mayor productividad. Tomando en cuenta lo anterior se implementó la seguridad social en el país.

El programa del Seguro Popular está enfocado principalmente a la prevención y conservación de la salud, lo que permite al individuo evitar gastos excesivos, en caso de presentarse alguna enfermedad grave evitando una pérdida en el ingreso, proveniente de la inseguridad económica y la falta de seguridad social. Asimismo existen organizaciones internacionales como la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la OPS (Organización Panamericana de la Salud) para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida.

Según datos de la OMS en su informe (2010) asegura que todos los países, ricos y pobres, luchan por obtener los fondos necesarios para pagar los servicios sanitarios que sus poblaciones necesitan o demandan.

Gasto en servicios sanitarios en dólares (US)por habitante al año	
Estados Unidos y Noruega	7,000
Suiza (+ de)	6,000
Países OCDE, en promedio	3,600
27 países de la OMS (- de)	35
4 países de la OMS (- de)	10

Fuente: elaboración propia con datos de la OMS 2010

En México dada la relevancia que adquiriría la protección a la salud, se creó inicialmente el IMSS en 1943 en apoyo al patrimonio de la clase trabajadora. Posteriormente se creó el ISSSTE en 1960 para proteger a los trabajadores del estado en la salud y el salario. Sin embargo quedaba una parte importante de la población sin protección de seguridad social. Posteriormente en 2004 el gobierno de México crea el esquema del Seguro Popular para ofrecer, por primera vez en la historia del país, acceso igualitario de un aseguramiento médico público para la población no asalariada, con esto se buscó reducir el gasto de bolsillo y fomentar la asistencia médica oportuna. Esta institución proporciona a la ciudadanía los

servicios de un seguro social, apoyando de esta forma a la población que había quedado desprotegida.

Ante esta iniciativa del gobierno de México, el estado de Quintana Roo al igual que otros estados, se integró al programa para proporcionar el servicio de seguridad social a la población que lo necesitaba. Este servicio es de libre acceso para todas las personas que desee inscribirse, para obtener el servicio solo necesita registrarse y pagar una pequeña cuota de acuerdo al decíl que corresponda como resultado del estudio socioeconómico.

La introducción del Seguro Popular en el estado de Quintana Roo, ha impactado positivamente en la salud y en la prevención de enfermedades en la población del estado, aunque todavía quedan algunas poblaciones a las que todavía no llega de manera permanente.

En el municipio Othón P. Blanco, el Seguro Popular promueve la afiliación de la población que debido su estatus laboral no cuenta con seguridad social, esta institución apoya a los beneficiarios para evitar los gastos de bolsillo ya que causan un desequilibrio en el ingreso familiar. Este programa también proporciona financiamiento para los tratamientos y medicamentos necesarios para recuperarse de las enfermedades.

Se ha considerado que el capital humano en el futuro, será el tipo de capital más importante y las inversiones en personas son esenciales para el crecimiento, la prosperidad y el progreso. Por lo tanto una población con buena salud, podrá mejorar su capacitación tecnológica, dado que tiene la capacidad de adquirir y mejorar sus conocimientos. Como consecuencia podemos decir que el Seguro Popular está cumpliendo con el objetivo para el que fue creado, dentro de los servicios que proporciona están el de prevenir y curar enfermedades. Además de proporcionar estos servicios de seguridad social a las poblaciones que se encuentran muy alejadas y desprotegidas.

El Seguro Popular cumple con la consigna de los Objetivos del milenio, y de la OMS entre otras instituciones internacionales que se preocupan por el bienestar de la población, sobretodo de la población marginada y de escasos recursos económicos.

Además el Seguro Popular, apoya a la población que se ha afiliado con los gastos médicos preventivos, porque consideran que es muy importante la prevención. Aunque lo ideal es que los derechohabientes comprendan la importancia de prevenir, para evitar gastos mayores que se ocasionan cuando por falta de

cuidado nos atacan enfermedades de difícil tratamiento que además tienen un costo muy alto.

Es importante mencionar que también se les proporciona servicio médico correctivo, para evitar los gastos catastróficos que se generan cuando llegan a padecer alguna enfermedad de difícil curación como lo es el cáncer o el sida. Sin embargo, al buscar cifras con respecto a la población atendida con el programa del Seguro Popular no existen y solo se encuentran algunos datos muy generales del estado pero del municipio de Othón P. Blanco no los hay.

De esta manera, tomando la información del estado de Quintana Roo se observa que la implementación del Seguro Popular en el municipio de Othón P. Blanco ha sido un acierto del gobierno estatal, Federal y de las instituciones responsables así como del gobierno municipal, de igual manera se observa en los datos con respecto a la afiliación y el número de consultas, que se han ido incrementando. De igual manera incrementó la infraestructura y la que ya existía se mejoró para poder recibir la certificación.

Se busca la certificación de la Unidades Médicas con el objetivo de obtener mayor financiamiento para equipar tanto los hospitales como las unidades médicas y de esta manera ofrecer un servicio de calidad buscando generar un impacto real y positivo en el salario de la población del municipio Othón P. Blanco así como en el bienestar porque al tener buena salud pueden ser más productivos.

Al inicio del programa del Seguro Popular la población desconfiaba del servicio en salud que les ofrecía motivo por el que muy pocos aceptaban afiliarse, al paso del tiempo la población ha adquirido confianza en esta propuesta, como resultado se ha incrementado la afiliación y para el año 2010 ya se puede ver resultados, como se comprueba en el capítulo 3. Es importante hacer mención que el recurso económico para que se otorgue este servicio está integrado por tres aportaciones; la primera es la Aportación Solidaria Federal (ASF), la segunda por el gobierno estatal; y la tercera aportación la proporciona el propio beneficiario.

Recomendaciones

Es conveniente que los organismos internacionales como la OMS y la OPS sigan apoyando a los países para que puedan alcanzar la Cobertura Universal, además de una mejor calidad de vida. Los países deben crear propuestas para mejorar su eficiencia en los servicios de salud, con estrategias que mejoren la prestación y compra de servicios sanitarios. Vincular los pagos a los profesionales de la salud

con su rendimiento además la información sobre los costos del servicio y la calidad. Entre las acciones de eficiencia considerar el área de los medicamentos.

En México, los sistemas de seguridad social se deben de integrar en uno solo para evitar que se dupliquen los registros, pues algunos usuarios tienen derecho al IMSS y al ISSSTE, también se da el caso que tienen alguno de los anteriores y se han inscrito en el Seguro Popular con esto solo se infla el resultado, ocasionando errores en los resultados de población asegurada.

De acuerdo con la OMS existen datos fehacientes de que la recaudación de fondos mediante el prepago obligatorio construye el camino más eficiente y equitativo posible hacia la cobertura universal. Considerando esta observación de la OMS se debe aplicar en México y Quintana Roo esta recomendación para mejorar el servicio del Seguro Popular para que se pueda alcanzar la meta de la cobertura universal.

La atención médica en los lugares apartados se lleva mediante unidades médicas móviles, Por medio de estos vehículos se les proporciona un servicio muy básico. Aunque es muy loable esta acción, es necesario un centro de atención fijo con personal capacitado, dentro de su comunidad donde puedan recibir atención médica cuando la necesitan. Porque muchas veces se tienen que trasladar al centro médico más cercano para recibir este beneficio o esperar hasta que lleguen las caravanas.

Es necesario que se lleve un control de la población que se atiende mediante el programa del Seguro Popular, para saber exactamente el número de beneficiarios que hacen uso del servicio médico y de que enfermedades se atienden más. Para tener una visión más clara del beneficio real que se proporciona.

Para finalizar cabe hacer mención que en abril de 2012, el gobierno mexicano fue felicitado por Margaret Chan, directora general de la OMS, por alcanzar la cobertura universal en salud; recomendándole garantizar la calidad de los servicios y su accesibilidad.

Considerando que las intervenciones médicas, los medicamentos y la tecnología irán cambiando y se irán haciendo mejores en el futuro, por lo tanto el precio de las mismas seguirá aumentando. Asimismo es responsabilidad de los mexicanos cuidar de su salud con buenos hábitos, no fumar, tomar con moderación, tener una dieta balanceada y hacer ejercicio.

Cabe mencionar que en realidad tener buena salud es responsabilidad de todos y cada uno de nosotros, entonces debemos poner atención en lo que se debe y lo que no se debe hacer para conservar nuestra salud.

Conclusiones y Recomendaciones	
Conclusiones	Recomendaciones
<p>La OMS y la OPS son los principales organismos que se preocupan por la salud, por considerar que cuando la población tiene buena salud puede obtener bienestar y mejor capacidad económica.</p> <p>En México el IMSS y el ISSSTE proporciona el servicio de seguridad social a la clase trabajadora y el Seguro Popular al sector de la población sin seguridad social, misma que se puede inscribir por iniciativa propia al servicio de seguridad social.</p> <p>En Othón P. Blanco se promueve la afiliación para ofrecer el servicio y seguridad social, a mayor población evitando los gastos de bolsillo. Cumple su objetivo el Seguro Popular proporciona el servicio médico aún en las comunidades más apartadas. Proporciona atención preventiva y también correctiva. Proporciona financiamiento para tratar enfermedades cuyo tratamiento es muy costoso como el cancer o el sida.</p> <p>No existen cifras de los tramientos o atención médica en la población de Othón P. Blanco</p> <p>Es un acierto de los tres niveles de gobierno la implementación del Seguro Popular en el Municipio de Othón P. Blanco. Se ha mejorado e incrementado la infraestructura para recibir la certificación y de esta forma poder acceder a más financiamiento para equipar esta misma.</p>	<p>Los organismos internacionales sigan apoyando a las naciones pobres para mejorar su calidad de vida. Los países deben crear propuestas con estrategias para mejorar la prestación y compra de servicios sanitarios.</p> <p>Se deben de unificar en uno solo los sistemas de seguridad social para evitar los registros duplicados, con lo cual se infla la cifra de población asegurada.</p> <p>La atención médica en los lugares apartados se lleva mediante unidades médicas móviles, sin embargo es necesario unidades médicas fijas con personal capacitado para que puedan ser atendidos ahí mismo.</p> <p>Es necesario que se lleve un control se población que se atiende mediante el programa del Seguro Popular, para saber exactamente el beneficio que proporciona a la población y cuantos hacen uso de el.</p> <p>En 2012 la secretaria general de la OMS felicitó al gobierno mexicano por alcanzar la cobertura universal.</p> <p>Recomendó que las instituciones gubernamentales cuenten con un marco legal que garantice la calidad de los servicios de salud y su accesibilidad.</p>

Anexos

Anexos

Informe sobre la salud en el mundo 2003

Anexo 1

Cuadro 2.1 Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, con sus metas e indicadores

Objetivo: 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre

- Meta:** 2. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre
Indicador: 4. Número de niños menores de 5 años de peso inferior al normal
 5. Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria^a

Objetivo: 4. Reducir la mortalidad en la niñez

- Meta:** 5. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años
Indicador: 13. Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años
 14. Tasa de mortalidad infantil
 15. Porcentaje de niños de un año vacunados contra el sarampión

Objetivo: 5. Mejorar la salud materna

- Meta:** 6. Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes
Indicador: 16. Tasa de mortalidad materna
 17. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado

Objetivo: 6. Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades

- Meta:** 7. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA
Indicador: 18. Prevalencia del VIH entre los jóvenes de 15 a 24 años^b
 19. Tasa de uso de preservativos en la tasa de uso de anticonceptivos
 20. Número de niños huérfanos por causa del VIH/SIDA

- Meta:** 8. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia de malaria y de otras enfermedades graves

- Indicador:** 21. Prevalencia y tasas de mortalidad por malaria
 22. Proporción de la población de zonas de riesgo de malaria que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento de la malaria
 23. Prevalencia y tasas de mortalidad por tuberculosis
 24. Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS)

Objetivo: 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

- Meta:** 9. Incorporar los principios de desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente

- Indicador:** 29. Proporción de la población que usa combustibles sólidos

- Meta:** 10. Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso a agua potable

- Indicador:** 30. Proporción de la población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua, urbanas y rurales

- Meta:** 11. Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios

- Indicador:** 31. Proporción de la población urbana con acceso a mejores servicios de saneamiento

Objetivo 8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

- Meta:** 17. En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a medicamentos esenciales asequibles en los países en desarrollo

- Indicador:** 46. Proporción de la población con acceso a medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible

^a Indicador relacionado con la salud notificado por la FAO únicamente.

^b Indicadores de la lista de ODM reformulados por la OMS y por el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.

Anexo 2. Indicadores Financieros

Entidad Federativa	Gasto público en salud como % del PIB	Gasto Público en Salud como % del gasto público total	Estructura porcentual de la distribución del gasto en salud	
			Estatal	Federal
2010				
Estados Unidos Mexicanos	3.1	15.3	18.7	81.3
Quintana Roo	2.7	26.5	20.1	79.9
2009				
Estados Unidos Mexicanos	3.1	15.0	16.8	83.2
Quintana Roo	2.4	23.3	16.1	83.9
2008				
Estados Unidos Mexicanos	2.8	15.0	16.6	83.5
Quintana Roo	1.9	21.9	19.2	80.8
2007				
Estados Unidos Mexicanos	2.8	15.5	18.7	81.3
Quintana Roo	1.9	25.6		
2006				
Estados Unidos Mexicanos	2.9	17.1	15.9	84.1
Quintana Roo	2.0	24.9	10.4	89.6

Fuente: elaboración propia con datos de: OPS, (2011), Indicadores Financieros.

Anexo 3. Datos de gráfica de la figura 3

Anexo 3. Afiliación por año y por familia del Seguro Popular. 2002-2010

Año	Familias Afiliadas		Año	Familias Afiliadas
2002	13,700		2007	9,957
2003	11,875		2008	7,744
2004	12,675		2009	5,466
2005	24,625		2010	138,931
2006	27,875			

Elaboración Propia con datos del Seguro Popular.

Anexo 4. Datos de gráfica de la figura

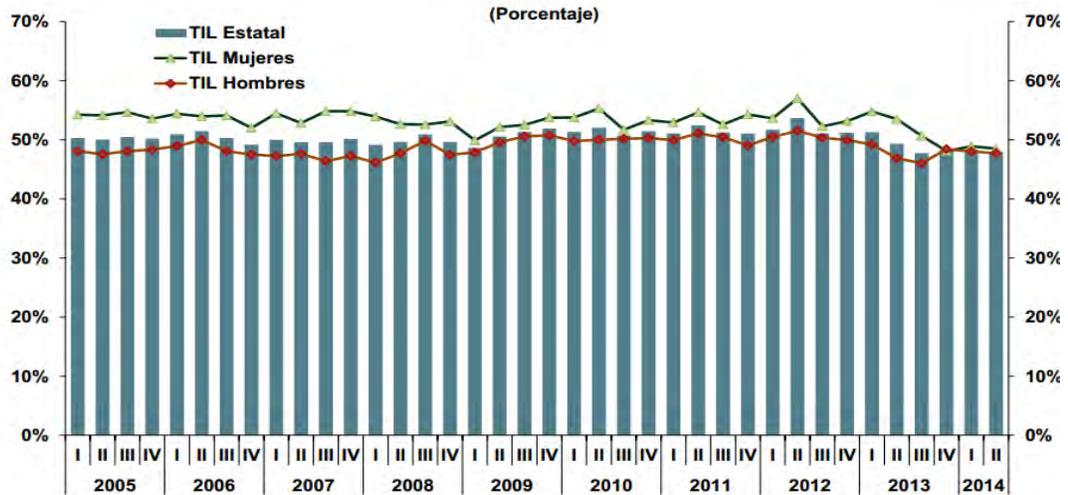
Anexo 4. Afiliación y Consultas del Seguro Popular en O.P.B. y Q. Roo 2005-2010

	Afiliados	Consultas	
		O.P.B.	Estatal
2005	24,625	22,566	49,101
2006	27,875	32,768	97,925
2007	9,957	45,044	216,532
2008	7,744	73,371	298,971
2009	5,466	123,997	466,160
2010	138,931	281,796	883,270

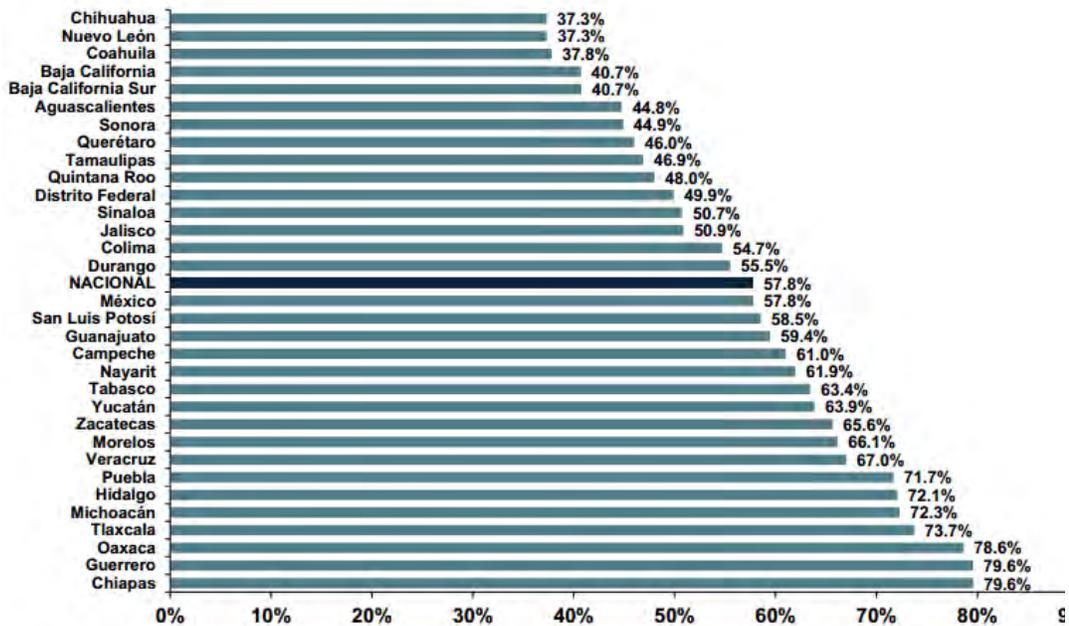
Elaboración Propia con datos del Seguro Popular.

Anexo 5

Tasa de Informalidad Laboral de 2005 a 2014.



Segundo trimestre 2014



Fuente: http://www.stps.gob.mx/bp/secciones/conoce/areas_atencion/areas_atencion/web/pdf/perfiles/perfil%20quintana%20roo.pdf

Anexo 6

TABLA 3.5 RECURSOS TRANSFERIDOS POR ENTIDAD FEDERATIVA Y PADECIMIENTO POR CASOS 2011

(Millones de pesos)

Entidad Federativa	CACU	CAMA	CIN	CN/TS	CAT	SMNG	TC	TMO	TT	H	EL	LNH	IAM	IRC ^{1/}	Total
Aguascalientes	0.33	26.52	24.57	6.45	7.15	7.89	-	-	-	-	-	-	-	-	72.91
Baja California	1.25	30.34	22.73	9.97	1.61	3.10	-	-	-	-	-	-	-	-	69.00
Baja California Sur	0.29	3.06	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.35
Campeche	1.00	9.46	4.67	4.92	0.60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20.66
Coahuila	0.49	2.70	4.78	1.43	0.81	2.57	-	-	-	-	-	-	0.10	-	12.88
Colima	0.66	14.37	7.90	2.94	0.51	0.68	-	-	-	-	-	-	-	-	27.05
Chiapas	1.70	23.34	12.95	6.13	2.80	5.52	-	-	-	-	-	-	-	-	52.44
Chihuahua	0.56	22.35	39.74	5.43	31.26	4.67	-	-	-	-	-	-	-	-	104.01
Distrito Federal	11.03	460.24	82.44	73.86	40.16	75.29	0.13	23.92	4.88	1.16	2.07	11.81	2.37	-	789.36
Durango	0.76	13.58	27.39	4.36	1.26	3.42	-	-	-	-	-	-	-	-	50.77
Estado de México	1.76	23.63	17.05	12.73	0.31	7.76	-	-	-	-	-	-	-	-	63.24
Guanajuato	1.62	60.69	60.94	18.64	10.50	16.62	0.35	0.29	0.01	-	0.01	1.38	0.28	-	171.32
Guerrero	4.30	33.78	19.05	5.74	1.17	1.24	-	-	0.86	-	-	1.87	-	-	68.01
Hidalgo	-	-	17.70	7.62	3.46	5.49	-	-	-	-	-	-	-	-	34.26
Jalisco	1.66	83.57	85.57	22.44	15.33	13.47	-	5.00	-	-	-	-	-	-	227.05
Michoacán	2.04	56.90	24.39	10.53	19.08	-	-	-	-	-	-	-	-	-	112.94
Morelos	-	-	14.66	8.28	19.61	2.80	-	-	-	-	-	-	-	-	45.34
Nayarit	0.62	5.98	21.95	4.13	13.76	3.20	-	-	-	-	-	-	-	-	49.63
Nuevo León	1.01	33.08	37.27	9.43	25.76	9.22	-	2.26	0.62	-	-	1.86	0.19	-	120.69
Oaxaca	2.37	35.41	4.12	10.05	2.74	9.76	-	-	0.18	-	-	1.54	-	-	66.17
Puebla	-	30.19	36.01	15.26	4.12	12.76	-	-	-	-	-	-	-	-	98.34
Querétaro	0.51	20.01	28.67	5.50	1.19	3.72	-	-	-	-	-	-	-	-	59.60
Quintana Roo	-	-	10.89	0.92	1.52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13.33
San Luis Potosí	1.15	20.38	32.98	9.52	8.18	6.33	-	-	0.68	0.75	-	4.82	1.63	4.84	91.26
Sinaloa	1.12	27.71	39.59	9.33	4.70	8.24	-	-	-	-	-	-	-	-	90.69
Sonora	1.25	28.19	31.16	8.61	2.40	0.81	-	-	-	-	-	-	-	-	72.43
Tabasco	1.47	17.93	23.30	13.85	2.41	7.68	-	-	0.65	0.12	-	0.72	1.20	-	69.32
Tamaulipas	1.08	11.14	28.33	5.38	0.06	2.03	-	-	-	-	-	-	-	-	48.03
Tlaxcala	-	-	10.77	4.57	0.74	7.81	-	-	-	-	-	-	-	-	23.89
Veracruz	3.99	35.97	18.15	20.57	2.02	4.49	-	-	0.66	0.43	0.03	0.98	0.03	-	87.30
Yucatán	1.19	10.22	12.59	7.20	4.00	1.34	-	-	-	-	-	-	-	-	36.54
Zacatecas	0.11	14.08	28.34	4.16	3.24	2.20	-	-	-	-	-	-	-	-	52.12
Sub Total	46.31	1,164.80	830.81	328.88	232.48	230.10	0.47	31.48	8.64	2.47	2.11	24.97	6.78	4.84	2,803.88
VIH-SIDA ^{2/}															2,000.07
Total nacional	46.31	1,164.80	830.81	328.88	232.48	230.10	0.47	31.48	8.64	2.47	2.11	24.97	6.78	4.84	4,804.00

1/ Corresponde al seguimiento de casos del programa piloto de Insuficiencia Renal Crónica de años anteriores.

2/ No se desglosa por entidad federativa debido a que la distribución de los antiretrovirales corresponde al CENSIDA.

Fuente: CNPSS. Secretaría de Salud

[Fuente: <http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/62/2013/feb/InfSPSS-20130201.pdf>] p53

Anexo 7

TABLA 3.1 ENFERMEDADES QUE CUBRE EL FPGC, 2012

1	Cáncer cérvico – uterino	1	Cáncer cérvico – uterino
2	VII / SIDA	2	Tratamiento ambulatorio antirretroviral
3	Cuidados intensivos neonatales	3	Prematurar
4	Cataratas	4	Sepsis
		5	Síndrome de dificultad respiratoria
		6	Cataratas
		7	Catarata congénita
			Tumores del sistema nervioso
		8	Astrocitoma
		9	Meduloblastoma
		10	Neuroblastoma
		11	Ependinoma
		12	Otros
			Tumores renales
		13	Tumores de Wilms
		14	Otros
			Leucemias
		15	Leucemia linfoblástica aguda
		16	Leucemia mieloblástica Aguda
		17	Leucemias crónicas
		18	Síndromes preleucémicos
			Tumores hepáticos
		19	Hepatoblastoma
		20	Hepatocarcinoma
			Tumores óseos
		21	Osteosarcoma
		22	Sarcoma de Ewing
			Tumores germinales
		23	Gonadales
		24	Extragenadales
			Tumores de ojo
		25	Retinoblastoma
			Linfomas
		26	Linfoma de Hodgkin
		27	Linfoma no Hodgkin
		28	Sarcoma de partes blandas
		29	Carcinomas
		30	Histiocitosis
		31	Trasplante de médula ósea en menores de 18 años
		32	Trasplante de médula ósea en mayores de 18 años
		33	Cáncer de mama
		34	Cáncer de Testículo en mayores de 18 años
		35	Linfoma No Hodgkin en mayores de 18 años
		36	Malformaciones congénitas cardíacas
		37	Atresia de esófago
		38	Onfalocelo
		39	Gastroquilo
		40	Atresia / estenosis duodena
		41	Atresia intestinal
		42	Atresia anal
		43	Hipoplasia / displasia rena
		44	Ureter retrocodo
		45	Meatos ectópicos
		46	Estenosis ureteral
		47	Ureterocelo
		48	Exstrofia vesica
		49	Hipospadias/epispadias
		50	Estenosis uretra
		51	Estenosis de meato uretra
		52	Espina bífida
		53	Trasplante de Cornea
		54	Enfermedades Lisosomales en menores de 10 años
		55	Hemofilia en menores de 10 años
		56	Infarto Agudo al Miocardio en menores de 60 años
		57	Tumor maligno de próstata
		58	Trasplante rena en menores de 18 años
		59	Hepatitis C Crónica
		60	Cáncer Colonio Recta
		61	Tumor Maligno de Ovario
6	Trasplante de médula ósea		
7	Trasplante de médula ósea		
8	Cáncer de mama		
9	Cáncer de testículo		
10	Linfoma No Hodgkin		
11	Trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos		
12	Trasplante de Cornea		
13	Enfermedades Lisosomales en menores de 10 años		
14	Hemofilia en menores de 10 años		
15	Infarto Agudo al Miocardio en menores de 60 años		
16	Cáncer de próstata		
17	Trasplante de riñón		
18	Hepatitis C		
19	Cáncer de tubo digestivo		
20	Cáncer Gónada		

Fuente: DNPSS, Secretaría de Salud

[Fuente: <http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/62/2013/feb/InfSPSS-20130201.pdf>] p48

Anexo 8

UNIDADES	J.S.1.	J.S.2.						J.S.3.		TOTAL	
	86	67						66			
	O.P.B.	B.J.	COZ.	ISLA M.	L. C.	SOL.	TULUM	F.C.P.	J.M.M.		
RURALES	65	4			14	2	2	33	19	139	PRIMER NIVEL
URBANAS	6	15	2	1		3	1	1		29	PRIMER NIVEL
H. INTEGRALES				1	1				1	3	SEGUNDO NIVEL
H. GENERALES	1	1	1			1		1		5	SEGUNDO NIVEL
H. ESPECIALIDADES	1									1	SEGUNDO NIVEL
UNEME SALUD MENTAL	1	1								2	CISEME
UNEME ADICCIONES	1	2	1			1	1	1	1	8	CAPA
UNEME ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	1	1								2	CAPASIT
UNEME ENFERMEDADES CRONICAS	1	1						1		3	SORID
UNEME DEDICAM		1								1	DEDICAM
RED DE MASTÓGRAFOS	1	1	1		1			1	1	6	MASTÓGRAFO
CENTROS DE VACUNOLOGÍA	1	1						1		3	VACUNOLOGÍA
LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA	1									1	LESP
CARAVANA TIPO 0	1	1						1		3	MOVIL
CARAVANA TIPO 1	1	1						1		3	MOVIL
CARAVANA TIPO 2	3	2	1					2		8	MOVIL
CARAVANA TIPO 3	1							1		2	MOVIL
EXISTENTES	86	32	6	2	16	7	4	44	22	219	

FUENTE: Depto. de Estadística

http://www.salud.qroo.gob.mx/portal/paginas/cobertura/unidades_1er_nively2do_NUEVO.pdf

Bibliografía

Bibliografía

Aguilera Aburto, Nelly y Quintana Citter María, (2012), Evaluación de consistencia y resultados del Seguro 2011-2012, Informe final. Consultado el 24 de junio de 2014, disponible en: [Popularhttp://portal.salud.gob.mx/codigos/columnas/evaluacion_programas/pdf/ECR1112_SPSS_IFx112x.pdf] pg3, 65y 66

Arreola Ornelas, Héctor, Knaul, Felicia et al, (2003), Pobreza y salud: una relación dual, en Muñoz, Onofre y Durán, Luis et al Temas Macroeconómicos, Economía de la salud (Seminario Internacional). ISBN 968-7346-89-2. p 13, 15, 16, 18

Banco Mundial, (2013). Datos, consultado el 7 de julio de 2014, disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS/countries?order=wbapi_data_value_2004%20wbapi_data_value%20wbapi_data_value-first&sort=asc&display=default>

Blancutt Mendoza, Mario, (2013) el Desarrollo Local Complementario: Un manual para la teoría en acción, consultado en línea el 30 de junio de 2014, disponible en: <<http://www.eumed.net/libros-gratis/2013/1252/desarrollo-economico-local-nuevos-neoclasicos.html>> pp415 y 421

Campañas de Seguro Popular (2014), Campaña contra la Obesidad: consultado en línea el 22 de enero de 2014. Disponible en: [http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=547&Itemid=472]

Carrillo, Idalia (2010), Inauguran Centro de Vacunología estatal, Sipse.com (Novedades de Quintana Roo). Consultado en línea 14 de junio de 2014 en: [<http://sipse.com/archivo/novedades-de-quintana-roo/inauguran-centro-de-vacunologia-estatal-169977.html>]

CENSIDA, México (2012) CAPASITS. Secretaria de Salud, consultado el 28 de junio de 2014, disponible en: [<http://www.censida.salud.gob.mx/interior/capasits.html>]

Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, (2011) Cobertura Médica Universal y el Seguro Popular. Cámara de Diputados. En Contexto No. 6; 28 de Febrero de 2011. [www3.diputados.gob.mx/camara/content/.../file/Contexto_No._6.pdf] pp7 y 8

CEPAL (2010), El gasto público social en América Latina: tendencias generales e inversión en el desarrollo de capacidades de las nuevas generaciones (capítulo 3). En Panorama social de América Latina 2010, consultado el 7 de julio de 2014, disponible en: [<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/41799/PSE2010-Cap-III-gastopublico-preliminar.pdf>]

Chan, Margaret (2010), Informe sobre la salud en el mundo, financiación para la cobertura universal, OMS, consultada el 17 de julio de 2014, disponible en: [http://www.who.int/whr/2010/10_message_summary_es.pdf]

CIEES, (2010), Estrategia para una ciudadanía con cultura en Seguridad Social: Seguridad Social para todos. [http://www.seguridadsocialparatodos.org/sites/default/files/terminos_referencia.pdf] p 2, 6 y 7

Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2012), Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causes), Secretaría de Salud. Consultado en línea el 27 de enero de 2014. Disponible en: [<http://seguropopular.gob.mx/wp-content/uploads/2012/CAUSES.pdf>] p 8, 9

Congreso del Estado de Quintana Roo. (2010) Ley de Salud en Quintana Roo, Última Reforma Publicada en el Periódico Oficial el 09 de Agosto del 2010. Disponible en: [www.congresoqroo.gob.mx/leyes/?evento=descargar&doc...pdf]

Congreso de investigación en Salud Pública (2011). Consultado septiembre de 2012, disponible en: [http://www.congisp2011.org/programa_cientifico/pdf/Martes/S03/SCW.pdf]

Córdova Villalobos José Ángel, (2007) Programa Sectorial de Salud, Secretaría de Salud, primera edición. pp 11 y 16

Córdova Villalobos, José Ángel, et al.(2008). Programas de Acción Específicos 2007-2012 dengue. Secretaría de Salud. ISBN: 978-607-460-055-1, pg 7, consultado en línea el 27 de enero de 2014. Disponible en: [<http://www.spps.gob.mx/dengue>]

Corona Martín, Gener (2010). Equipan Caravanas de la Salud; Beneficio Médico para persona más necesitadas. Diario de Quintana Roo, 6 de febrero de 2010.

Cunill, Nuria (1991), Participación ciudadana, en Frenk Mora, et al, (2005) Sistema de Indicadores en el Sector Público. Caso Práctico Seguro Popular de Salud, Secretaría de Salud, ISBN 970-721-198-9. p27

Definición abc, tu diccionario hecho fácil (2014), Definición de Gasto Público. consultado el 29 de julio de 2014, disponible en: [<http://www.definicionabc.com/economia/gasto-publico.php>]

Díaz Limón José (1992). La Seguridad Social En México Un Enfoque Histórico. Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM. pp 40, 41, 42 y 45

Dmytraczenko, Tania et al (2003) Las Reformas en el Sector Salud y sus Efectos en la Salud Reproductiva. Populationreference Bureau, Boletín normativo. Agosto de 2003. p1

Diócesis católica romana de las Islas Canarias, España (2014). Temas de actualidad, Gasto Público, consultado el 29 de julio de 2014, disponible en: [<http://www.diocesisdecanarias.es/preguntarespuesta/temasdeactualidad/gastopublicoqueeselgastopublico.html>]

E. Perry Guillermo et al, (2006), Reducción de la pobreza y crecimiento: Círculos virtuosos y círculos viciosos, (RESUMEN EJECUTIVO), The International Bank for Reconstruction and Development / Banco Mundial. p 9

EQR (2012), El Seguro Popular ampliará su cobertura, Silvia Solís. Expediente Quintana Roo. Consultado el 17 de julio 2014, disponible en: [<http://www.expedientequintanaroo.com/2012/02/seguro-popular-ampliara-en-qr-su.html>]

Fajardo Ortiz, Guillermo. (2004), Historia de la atención a la salud en el estado de Quintana Roo durante el siglo XX. Anales Médicos, Volumen 49 Número 1, Enero-Marzo. Asociación Médica del American British Cowdray Hospital, AC. Disponible en: [www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2004/bc041i.pdf] pp 49 -50

Foladori, Guillermo. (2004). La crisis contemporánea de los sistemas de salud. Revista Comercio Exterior, mayo 2004. Vol. 54, Núm. 3, México. p 430

Frenk Mora, Julio, et al, (2001) Secretaría de Salud. Disponible en: <<http://www.funsalud.org.mx/CASEsalud/observatorio/presenta.pdf> p 35

Frenk Mora, Julio et all. (2001). La seguridad Social en Salud: perspectivas para la reforma. En: Solís Soberón, Fernando y Villagómez, F. Alejandro. (2001). La seguridad social en México. Centro de Investigación y Docencia Económica, A. C. y Fondo de Cultura Económica. México. p 43

Fundación Mexicana para la Salud (2012). LA SALUD EN MÉXICO: 2006/2012 VISIÓN DE FUNSALUD. Primera edición. ISBN 968-5661-46-4. pp 87, 88, 89

F. Mould, Joaquín (2005), Salud y crecimiento económico, Unidad de Investigación en Economía de la Salud Instituto Mexicano del Seguro Social. Economía y Sociedad 55, CIES, marzo 2005. p 45

Gobierno de Quintana Roo. (2014), Historia del Seguro Popular. Consultado el 9 de julio de 2014, disponible en: [http://www.salud.qroo.gob.mx/portal/index.php?option=com_content&view=rticle&id=1&Itemid=8]

González Block Miguel Ángel, et al (2008), Evaluación de procesos administrativos; Sistema de Protección Social en Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. ISBN 978-607-7530-06-0 consultado 12 de mayo de 2014, disponible en: [http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/evaluacion_programas/descargas/spss/externas/EXT07_SPSS_IF.pdf] pp 14, 15

H. Ayuntamiento de Othón P. Blanco (2005) Plan de Desarrollo Municipal 2005-2008, para Castilla Madrid, Cora Amalia. Disponible en: [<http://seplader.seige.qroo.gob.mx/seigeweb/CentroDocumentacion/PlanMunicipal/OPB/PlanOPB2005-2008.pdf>] pg. 33, 122-124.

Hernández Muñoz Onofre. (2006) "Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social". Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS). Instituto mexicano del Seguro Social. p1

INEGI (2006). Censo de Población y Vivienda 2005, Perfil Socio-demográfico de Quintana Roo. Disponible en: [http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/conteo/2005/perfiles/PSD_QRoo.pdf]

INEGI. (2011). Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010 Quintana Roo. Disponible en: [http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi_result/qroo/23_principales_resultados_cpv2010.pdf]

Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado. (2012), Prevenisste cerca de ti. Disponible en: [<http://www.issste.gob.mx/index2.html>]

Instituto Mexicano del Seguro Social (2010), Los Servicios de Seguridad Social del IMSS. Disponible en: [http://transparencia.imss.gob.mx/Seguridad_Social/ss_imss.pdf.]

Instituto Mexicano del Seguro Social, (2010) Régimen Voluntario del IMSS. Disponible en: [http://www.seguro-social.mx/semanas_cotizadas_imss.html]

La gran enciclopedia de economía. consultada el 15 de junio de 2014, disponible en: [<http://www.economia48.com/spa/d/desarrollo-economico/desarrollo-economico.htm>]

LIX Legislatura, Cámara de Diputados. Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, Presupuesto de Egresos de la Federación 2010, Recursos identificados para el Estado de Quintana Roo. Disponible en: [<http://www.cefp.gob.mx/edospesf/2010/pef2010/qroo.pdf>] p 4 y 8.

LIX Legislatura, Cámara de Diputados. Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, Presupuesto de Egresos de la Federación 2005, Recursos Identificados para el Estado de Quintana Roo. Disponible en: [<http://www.cefp.gob.mx/edospef/2005/pdf/qroo.pdf>] p3

La redacción, (2007), Anuncian “caravanas de la salud”. Para acercar la atención médica zonas dispersas. Diario de Quintana Roo, 13 de enero de 2007.

Lozano Ascencio, Rafael, et al (2013), Evaluación Externa del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos del Sistema de Protección Social en Salud 2013. Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaria de Salud. p4 y 7 consultado el 28 de agosto de 2014 disponible en: [http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/evaluacion_programas/descargas/spss/IF_EESPSS2013.pdf]

Mendizábal Bermúdez Gabriela. (2008). SEGURIDAD SOCIAL A GRUPOS VULNERABLES EN UN MUNDO GLOBALIZADO. ISBN 978-968-878-287-3. Universidad Autónoma de Morelos. México. p20

Objetivos del Milenio (2003), Objetivos de la Salud del Milenio: Caminos hacia el Futuro, consultado en línea el 2 de julio de 2014, disponible en: <<http://www.who.int/whr/2003/en/Chapter2-es.pdf>> pp. 27, 29, 31, 32

Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH), (2011). Políticas Públicas y Presupuestos con Perspectiva de Derechos Humanos (Manual operativo para servidoras y servidores públicos) Disponible en: <<http://www.hchr.org.mx/Documentos/Libros/2011/L280211PPDH.pdf>> pg. 13, 14 y 16

OIT, (2012), Instituciones de Seguridad Social. Oficina Regional Para América Latina y el Caribe. Consultado el 15 de julio de 2014, disponible en: [<http://white.oit.org.pe/spanish/260ameri/oitreg/activid/proyectos/actrav/segsoc/enlaces/enlasegoc.html>, Última actualización 2012].

OMS (1986) Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 21 de noviembre de 1986, Disponible en: <<http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>>pp 1, 4, 6

OMS (2008), Políticas públicas para la salud pública. Informe sobre la salud en el mundo consultado el 4 de junio de 2014, disponible en:< http://www.who.int/whr/2008/08_chap4_es.pdf?ua=1>pp 65, 66

OMS, (2014), Financiación de los sistemas de salud. Consultado el 8 de julio de 2014. Disponible en: < <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/es/>>

OMS, (2014). Programas y proyectos, consultado el 5 de julio de 2014 disponible en: [http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=662&Itemid=405]

OMS, OPS, (2013), El abordaje de los determinantes sociales de la salud a través de acciones intersectoriales: cinco casos de política pública de México. Documento de discusión No. 6 de la serie sobre determinantes sociales de la salud. Contribución para el proyecto: La economía de los determinantes sociales de la salud. ISBN: 978-92-75-31822-5. pp 11, 14, 15, 16

ONU, (2000), OMS, Objetivos de Salud del Milenio: caminos hacia el futuro. Consultado el 14 de octubre de 2013, Disponible en: <<http://www.who.int/whr/2003/en/Chapter2-es.pdf>> pg.1, 6, 29, 31, y 32, 39, 40, 41 y 43

ONU, (2000), Declaración del Milenio, consultada el 4 de julio de 2014, disponible en: <<http://www.onu.org.gt/contenido.php?ctg=1395-1340-objetivos-milenio-odm>>

OPS, (1998), La salud en las Américas, Publicación científica No. 569, Oficina Panamericana, Oficina Regional de la OMS. Consultada el 30 de junio de 2014, disponible en: <<http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/pdf/SaludVol1.pdf>> p11

OPS, OMS (2006) Promoción de la Salud: Logros y Enseñanzas Extraídas entre, la Carta de Ottawa y la Carta de Bangkok. 47.o Consejo Directivo, 58.a Sesión Del Comité Regional 2014, Washington, D.C., EUA, 25-29 de septiembre 2006, disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?gid=15731&option=com_docman&task=doc_view] p 4,5

OMS, OPS, (2013), El abordaje de los determinantes sociales de la salud a través de acciones intersectoriales: cinco casos de política pública de México. Documento de discusión No. 6 de la serie sobre determinantes sociales de la salud. Contribución para el proyecto: La economía de los determinantes sociales de la salud. ISBN: 978-92-75-31822-5. pp 11, 14, 15, 16

OPS, (2007), Las Políticas Públicas y los Sistemas y Servicios de Salud (Cap. 4), en Salud en la Américas, Vol. 1 Regional, (Consultado el 8 de marzo de 2012; disponible en <<http://www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%20SPA%20Cap%204.pdf>>p321

OPS, (2011) Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS. Consultado el 5 de julio de 2014, disponible en: [http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=226:objetivos-estrategicos-ops-oms&catid=787:promocion-de-la-salud-y-reduccion-de-riesgos]

OPS, México (2011), consultado el 6 de julio de 2014, disponible en: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=205:mision-vision-valores&catid=747:opsomsxmico&Itemid=296

OPS, (2011), Indicadores Financieros, Nacional y Estatal.en Situación de la Salud en México 2010, Indicadores Básicos Consultado el 5 de julio de 2014, disponible en: <http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=200:indicadores-basicos-mexico-2000-2010&catid=780:la-salud-de-mxico-en-cifras&Itemid=310> p1

OPS, (2014). Programas y proyectos, consultado el 5 de julio de 2014 disponible en: <http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=662&Itemid=405>

OPS, (2014) Misión Permanente de México ante la comisión de los estados americanos, consultado el 6 de julio de 2014, disponible en: [<http://mision.sre.gob.mx/oea/index.php/es/ops>]

PNUD, (2011) Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: 2010, Informe de Avances, ONU, México. Primera edición: Agosto 2011, ISBN: 978-607-430-055-0, disponible en: [http://www.undp.org.mx/IMG/pdf/Inf_Avances_2010.pdf], p 9, 11, 26, 27, 28, y 166

Poder Judicial de Quintana Roo (2011). Ley del presupuesto, la contabilidad y el gasto público del Estado de Quintana Roo. Disponible en: [http://www.tsjqroo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=1918:l-presup-cont-y-gast-pub&catid=160&Itemid=639] pg. 1

Promoción de la Salud: Nueva Cultura – Campañas (2014) consultado el 25 de junio de 2014, disponible en: [<http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/programas/campanas.html>]

Publicaciones UNAM. (2012), Políticas Públicas en México. Disponible en: <www.tuobra.unam.mx/publicadas/040609095627.html>pp 1 y 3

Quintana Roo al día, (2014) Certificarán Centros de Salud y Unidades Médicas de las Comunidades Rurales: SESA, publicación 19 de febrero de 2010. consultado el 8 de mayo de 2014, disponible en:

[<http://www.quintanarooaldia.com/noticia/certificaran-centros-de-salud-y-unidades-medicas-de-las-comunidades-rurales-sesa/2647>]

Rojas Arreola, Gonzalo y Ulloa Padilla Odilia, (2012). Seguridad Social en México Presente y Futuro. Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM. p 35

Sala i Martin, Xavier. (2000). Apuntes de crecimiento económico. Editorial Antonio Bosh. p157

Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2014) Presupuesto de Egresos. Consultado 8 de julio de 2014, disponible en: [<http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/PEF/Tutorial/rsp01.pdf>]

Secretaría de Salud. (2007), Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una mejor salud. Dirección General de Promoción de la Salud, ISBN: 970-721-417-0. Consultado en línea el 06 de mayo de 2014. Disponible en: [http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia_nacional.pdf]

Secretaría de Salud (2012), El número de consultas otorgadas, se incrementó en un 30 por ciento con respecto al 2012. Boletín Emitido por la SESA, Lunes, 17 de Febrero de 2014, Consultada en línea el 28 de junio de 2014, disponible en: [http://vocero.qroo.gob.mx/uv/index.php?option=com_content&view=article&id=15788:unemes-cisame-cumplen-su-funcion-de-fomento-de-la-salud-mental-en-el-2013-proporcionaron-mas-de-11-mil-consultas&catid=49:noticias-del-dia&Itemid=123]

Secretaría Estatal de Salud, (2013) Programa Sectorial de Salud, Quintana Roo 2013- 2016. Consultada en línea el 22 de junio de 2014, disponible en: [<http://dcs.uqroo.mx/documentos/programasectorsalud.pdf>.] pp.8, 73, 75, 76, 77

Secretaría Estatal de Salud, (2013), Evaluación de Programas. Consultada en línea el 22 de junio de 2014, disponible en: [http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/evaluacionprogramas/descargas/spss/IF_EESPSS2013.pdf]

Secretaría de Salud, (2014), Promoción de la Salud: Nueva Cultura – Campañas, consultado el 12 de junio de 2014, disponible en: [<http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/programas/campanas.html>]

Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2014), Información laboral Quintana Roo, septiembre 2014. Subsecretaría de Empleo y Productividad Laboral. Consultada el 29 de septiembre de 2014, disponible en: [http://www.stps.gob.mx/bp/secciones/conoce/areas_atencion/areas_atencion/web/pdf/perfiles/perfil%20quintana%20roo.pdf] pp 19 y 23

Secretaría Estatal de Salud (2014), UNEME DEDICAM Chetumal realizó más de mil 600 mastografías. Boletín emitido por la SESA, Jueves, 15 de Mayo de 2014, Consultada en línea el 28 de junio de 2014, disponible en: [http://vocero.qroo.gob.mx/uv/index.php?option=com_content&view=article&id=17264:uneme-dedicam-chetumal-realizo-mas-de-mil-600-mastografias&catid=49:noticias-del-dia&Itemid=123]

Secretaría Estatal de Salud (2014), UNEME CAPA. Consultada en línea el 28 de junio de 2014, disponible en: [http://www.salud.qroo.gob.mx/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=508:uneme-capa-ique-hacemos&catid=2:avisosboletines&Itemid=68]

Secretaría Estatal de Salud (2014), UNEME CAPA. Consultada en línea el 28 de junio de 2014, disponible en: [www.saludcolima.gob.mx/.../3/UNEME_EC_Modelo_de_Atencion.ppt]

Seguro Popular, (2009) Preguntas Frecuentes acerca del Seguro Popular. Disponible en: [http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=64]

Seguro Popular. (2012) Catálogo CAUSES 2008. Disponible en: [http://seguro popular.saludsonora.gob.mx/atencionmedica.shtml.]

Sen, Amartya. (1999) Discurso inaugural “La salud en el desarrollo”. la 52a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms /moodle/file.php/513/La_salud_en_el_desarrollo_-Amartya_Sen.pdf>

Sipse, (2009), Acreditarán 19 unidades médicas, Novedades de Quintana Roo. Consultado el 24 de junio de 2014, disponible en: [http://sipse.com/archivo/novedades-de-quintana-roo/acreditaran-19-unidades-medicas-15870.html], Lunes, 31 Agosto, 2009.

Sistema de Protección Social en Salud. (2013), Informe de Resultados 2012. Gaceta febrero 2013. Consultada en línea el 23 de junio de 2014, disponible en: [http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/62/2013/feb/InfSPSS-20130201.pdf]

Subsecretaría de Prevención y Promoción de Salud (2009), Afaspe 2009, Convenio específico para el fortalecimiento de acciones de salud pública en las entidades federativas, en Quintana Roo. Consultado en línea el 17 de abril de 2014, disponible en: [http://www.spps.gob.mx/images/stories/SPPS/Docs/convenios/original_afaspe_2009/Quintana_Roo_2009.pdf]

Subsecretaría de Prevención y Promoción de Salud (2012), Programas de Acción Específicos 2007 2012. Secretaría de Salud. Consultado en línea marzo 2014, disponible en: [http://www.spps.gob.mx/programas-y-proyectos.html] (última modificación 13 de Julio de 2012)

Tono Ramírez, Teresa et al, (2007) Recursos humanos de la salud en Colombia, Balance, competencias y prospectiva, Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS y Pontificia Universidad Javeriana, Centro de Proyectos para el Desarrollo – CENDEX. Segunda Edición. ISBN: 978-958-98310-6-9. pp 33, 34, 35, 38

UNESCO (2014), Países que forman América Latina y el Caribe. consultado el 7 de julio de 2014, disponible en: [http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=23047&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html]

Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES) (2014), Wordpress , consultada en línea el 26 de junio de 2014, disponible en: [http://angelsergioasa.files.wordpress.com/2013/09/05-unidad-de-especialidades -mc3a 9dicas.pdf] pp 1 y 2

Unidad del Vocero (2014), UnemesCisame Cumplen su Función de Fomento de la Salud Mental: en el 2013 proporcionaron más de 11 mil consultas. Consultado el 13 de julio de 2014, disponible en: [http://vocero.qroo.gob.mx/uv/index.php?option=com_content&view=article&id=15788:unemes-cisame-cumplen-su-funcion-de-fomento-de-la-salud-mental-en-el-2013-proporcionaron-mas-de-11-mil-consultas&catid=49:noticias-del-dia&Itemid=123]

Wolf, Alfred C. (1967) La Salud Como Factor Del Desarrollo Económico Internacional, En Boletín De La Oficina Sanitaria Panamericana. Disponible en: <http://histlibrary.paho.org/Spanish/BOL/v62n4p289.pdf>pp 289 y 290

Wong, Paloma (2010). Unidades móviles de salud deterioradas; Por intenso trabajo y malos caminos. Diario de Quintana Roo, 19 de enero de 2010.