



cevece

cerca de ti

Revista del Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades

Año 3 * No. 3

Revista Trimestral * Ejemplar gratuito * ISSN: 2007-5154

Julio - Septiembre 2013

Historia

Sistema de Salud en México y en el Estado de México

Rectoría

Regulación de los servicios de salud

SISTEMAS E INSTITUCIONES
DE SALUD

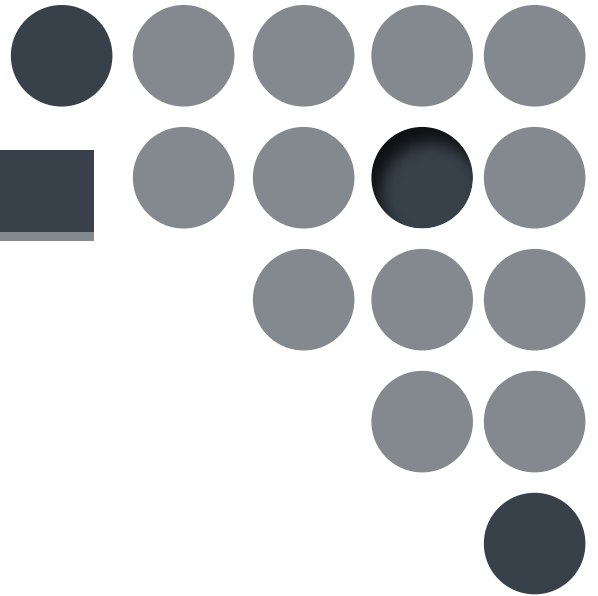
ISEM IMSS ISSEMYM ISSSTE

ISSEMYM

Una breve descripción

Directorio

DIRECTORIO



Subcomité Editorial

César Nomar Gómez Monge

Presidente

Jorge Elliot Rodríguez

Secretario Técnico

Editor

Víctor Manuel Torres Meza

Comité Editorial del CEVECE

Ma. de Jesús Mendoza Sánchez

Luis Anaya López

Leonardo Francisco Muñoz Pérez

Mauricio R. Hinojosa Rodríguez

Víctor Flores Silva

Elsa Esther García Campos

Silvia Cruz Contreras

Mirtayuri Ruíz Bautista

Diseño

Ana Laura Toledo Avalos

Corrección de Estilo

Elías Miranda Román



	Editorial	5
	Historia del Sistema de Salud en México y el Estado de México	6
	Panorama de la salud en México y el Estado de México	8
	Los sistemas de salud en el mundo	10
	Estructura del sistema de salud en México	12
	Hacia un sistema único de salud	14
	Regulación de los servicios de salud	16
	Seguro popular	18
	ISEM	20
	ISSEMYM	22
	IMSS	24
	IMIEM	26
	ISSSTE	28
	La agenda	30

Víctor Manuel Torres Meza

Nuevamente estimado lector ponemos a tu consideración el nuevo número de 'CEVECE Cerca de ti' con la nueva oportunidad de interrelacionarnos y comunicarnos por este medio de comunicación que el Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades ha establecido para colocar los temas más actuales en el campo de la Salud Pública.

En esta ocasión el número se lo dedicamos a un tema innovador así como trascendental en la historia de la salud pública nacional, el sistema universal de salud. Conocer sus antecedentes, su perspectiva, como han evolucionado las instituciones de salud, los pros, los contras; desde la óptica de los distintos actores institucionales.

Conocer la historia e los Sistemas de Salud es imprescindible, ya que es una manera de explicar el mundo presente en incluso ver las posibilidades de un mundo futuro. Es parte de lo que Mauricio Hinojosa plantea en su aportación *Historia del Sistema de Salud Pública en México y el Estado de México*.

Luis Anaya López realiza un análisis detallado de los sistemas de salud y los recursos humanos, financieros y materiales en su artículo *Panorama del Sistema de Salud Pública en México y el Estado de México*. Señalando que el gasto total en salud del SNSM representó en el 2011 el 3.0% del PIB de nuestro país, de acuerdo al Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2011

Para entender el sistema nacional de salud es necesario conocer otros sistemas en el mundo por lo que Leonardo Muñoz Pérez realiza un análisis detallado de algunos sistemas de salud en su aportación *Los Sistemas de Salud en el Mundo, Canadá, Gran Bretaña, Brasil* son algunos de los sistemas analizados.

Mirtayuri Ruíz Bautista nos presenta los interiores de nuestro propio sistema de salud, en un documento muy valioso llamado *Estructura de los Sistemas de Salud en México y el Estado de México*, concluyendo que Una adecuada estructura del sistema de salud permite extender la protección social, así como la capacidad



administrativa y gerencial. Integrar la operación de todos los servicios de salud en sus diferentes niveles, y crear redes virtuales de instituciones, favorecerá el uso eficiente y racional de los recursos públicos para la salud.

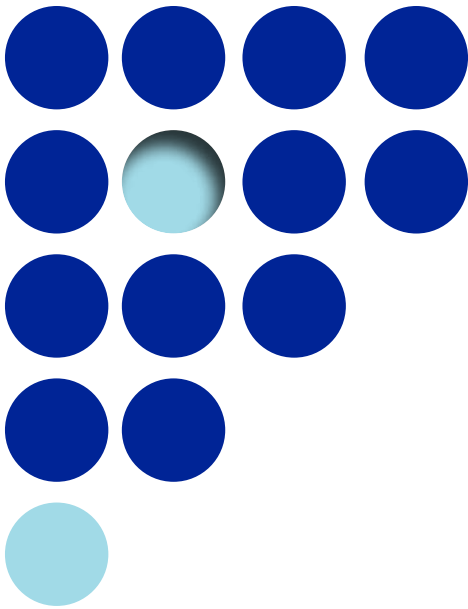
Hacia un Sistema Único de Salud, es el planteamiento del gobierno federal para el sistema de salud mexicano. Queremos un México sano donde la población, independientemente de su edad, lugar de residencia y especialmente su condición laboral, tenga el acceso a los servicios de salud.

Un sistema único de salud, requiere una Regulación única de los servicios de salud y el planteamiento de María de Jesús Mendoza Sánchez es actualizar sus instrumentos regulatorios a fin de hacer más eficientes las actividades en torno a la salud de la población y con ello participar de la competitividad no sólo de los productos que se exportarían, sino además de los servicios que el país ofrecería. En su aportación *Regulación de los Servicios de Salud*.

Silvia Cruz Contreras realiza un documento analítico, sintético y sencillo sobre el *Seguro Popular*. Cuyo gran objetivo es Garantizar el acceso efectivo al derecho a la salud de estos grupos vulnerables, evitaría su discriminación, se aumentaría la esperanza de vida de la población indígena y se elevaría la atención de padecimientos que se pueden prevenir.

El equipo CEVECE analiza quirúrgicamente cada una de las instituciones de salud que protegen la salud de los mexicanos, presentando su estructura, sus objetivos, su población blanco y como están preparándose para el futuro, encontrarás los análisis del *ISEM, ISSEMyM, IMSS, IMIEM e ISSSTE*.

Está ahora en tus manos, disfrútala como nosotros lo hicimos para prepararla y presentarla y nos encontramos pronto con nuevos temas en el apasionante mundo de la Salud Pública.



HISTORIA DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA EN MÉXICO Y EL ESTADO DE MÉXICO

Conocer la historia e los Sistemas de Salud es imprescindible, ya que es una manera de explicar el mundo presente en incluso ver las posibilidades de un mundo futuro. Los Sistemas de Salud son resultado del desarrollo de las dimensiones técnica y social ya definidas, lo que incluye los problemas de la salud a que se enfrentan, la conciencia de las necesidades, la capacidad de respuesta política y técnica del momento e incluso de elementos fortuitos. Tal es la razón por la cual el complejo sistema de instituciones de salud existente en México (instituciones públicas y privadas; gubernamentales o no gubernamentales), responde a diferentes culturas, a distintos momentos históricos e intereses económicos y al reconocimiento político de varios sectores de la población. Antes de la llegada de los conquistadores españoles, en el Valle del Anáhuac surgió la cultura náhuatl, que era mucho más organizada y eficiente que la europea, realidad que ha sido ampliamente documentada, e incluso en ese momento aceptada por el mismo Hernán Cortés quien, en sus Cartas de Relación, decía a los gobernantes españoles que no era necesario el envío de médicos pues los “naturales de la Nueva España” eran muy capaces.

Es así que a mediados del siglo XVI, junto con la Iglesia Católica, se institucionalizaron y reconocieron ciertos saberes y el aporte de la medicina prehispánica (en particular la náhuatl) pasó a ser utilizada por los médicos europeos, quienes además la convirtieron en una mercancía.



Mauricio R. Hinojosa Rodríguez



Image courtesy of Morrighan/Stock.xchng

Image courtesy of macarthur/Stock.xchng

En éstos más de tres siglos, la medicina universitaria y religiosa tenían por un lado clientes y por otro, dolientes en las grandes ciudades, para lo cual se construyeron hospitales a cargo de algunas órdenes religiosas.

Surge de esta forma el Protomedicato (1525), que tenía funciones que hoy se reconocen como propias de la Salud Pública, de manera particular el control de las múltiples y devastadoras epidemias.

A finales del siglo XVIII había tres grandes sistemas de salud: uno que se remite a siglos antes de la conquista conocida como “tradicional” (para zonas rurales y marginados); el “oficial”, que hermana a la Iglesia Católica con universidades conservadoras que atienden a las clases pudientes y un tercero “progresista” que se consolida en forma parcial con el Establecimiento de las Ciencias Médicas.

Ante el triunfo momentáneo de los conservadores, el país ha de esperar hasta las reformas juaristas que ponen a la medicina en manos de un Estado laico que asume atender a los ciudadanos de la República y llevar un registro oficial de los acontecimientos vitales de la población, como los nacimientos y las defunciones.

En los inicios del siglo XX la dimensión técnica de la medicina evolucionó con rapidez y por tanto, la organización del sistema se hace más compleja, lo que da lugar al surgimiento de nuevos elementos como los laboratorios microbiológicos y productores de vacunas, hospitales más modernos y con nuevos procedimientos y especialidades. Es sobre todo en la época del cardenismo que se forman los Servicios Médico Rurales, que representan la primera vez en la historia en que muchísimos pobladores del campo entran en contacto con el Sistema de Salud.

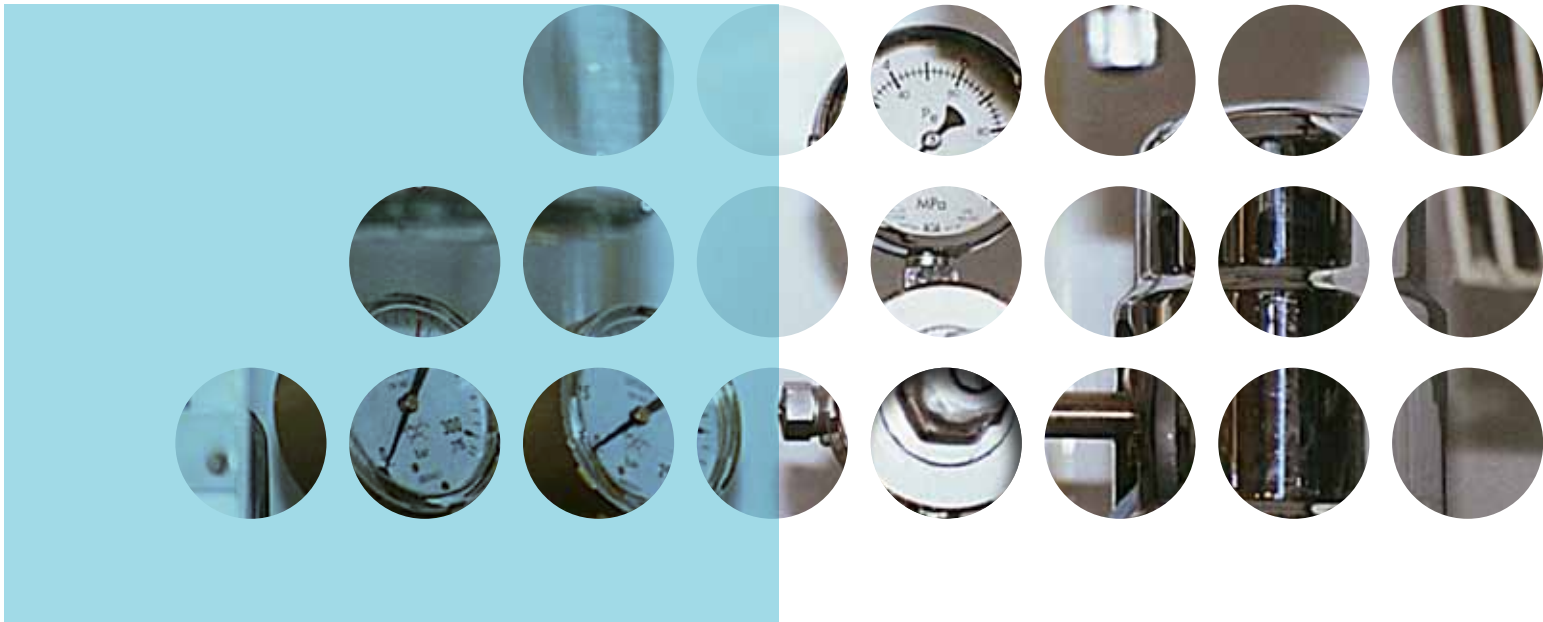
En 1943 surge la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que conjuga en una sola institución las labores de saneamiento y salud pública con la atención a enfermos que no cuentan con atención derivada de contratos de trabajo.

En forma paralela, el ascenso en las luchas de una creciente clase trabajadora industrial consiguió que los trabajadores contaran con servicios médicos y pensiones pagados por lo empleadores.

Dichos avances se consolidaron y ampliaron con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, en 1943) y más tarde con el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE, en 1961).¹

A finales de 1970, llega a su límite el modelo sanitario, los servicios se encarecen con la demanda, el sistema no llegaba a la población rural, las enfermedades no transmisibles





se incrementaron, se recurre al servicio privado.

Para 1979, se implanta el Programa IMSS COPLAMAR, denominado después

IMSS-Solidaridad y luego IMSS-Oportunidades para ofrecer cobertura a la zona rural.

Entre 1982 a 2002, se realiza la segunda generación de reformas, sustituye al Código Sanitario la Nueva Ley General de Salud, se cambia de nombre a la Secretaría de Salubridad y Asistencia por Secretaría de Salud y los servicios de salud para la población no asegurada se descentralizan a los gobiernos estatales.

En México, a pesar que en la Constitución de 1917 se consagran las garantías individuales, fue hasta 1983, que se incorporó en el artículo 4° el derecho a la protección de la Salud.²

Y fue en 2003, cuando se creó el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).³

En el año 2013, ya se está trabajando en una reforma para evitar doble gasto administrativo, duplicidad de funciones en todo el sistema de salud que actualmente se encuentra fragmentado. Se plantea reformar en la Ley General de Salud para buscar un fondo único en salud que permita garantizar que la cuota social no se duplique, no se traslape y las personas puedan elegir dónde atenderse.

Aunque hace 10 años se hicieron esfuerzos, son necesarias nuevas estrategias que transformen el sistema nacional de salud, que redefina reglas y considere a todos los actores disponibles tanto en el ámbito nacional como local, que impacte en la mejoría de los procesos de atención, tanto en la dimensión técnico científica como en la interpersonal.

Para tener acceso efectivo a los servicios de salud, se requiere asegurar la calidad que actualmente es un reto. Se pretende realizar a través de cinco estrategias: avanzar en la construcción de un sistema nacional de salud universal, hacer de las acciones de protección, promoción, prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud; mejorar la atención de la salud de la población en situación de vulnerabilidad; garantizar el acceso efectivo a servicios de calidad y promover la participación internacional.³

Historia del Sistema de Salud en el Estado de México.

La organización para la atención médica y las acciones sanitarias, han estado estrechamente relacionadas con los acontecimientos socio-políticos más importantes ocurridos en el país.

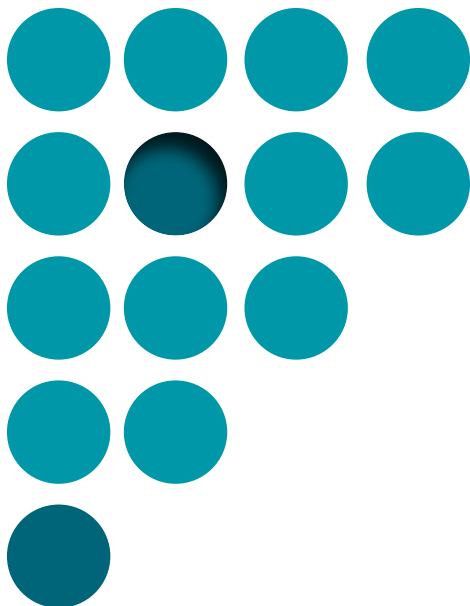
Algunos de los cambios organizativos más significativos que se realizaron para el otorgamiento de los servicios de salud a la población abierta, se encuentran a partir de la promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el 5 de febrero de 1917.

En 1926, se crearon en las entidades federativas las Juntas de Beneficencia Pública y las Delegaciones de Sanidad Federal. El 20 de enero de 1932, se creó la Oficina de Servicios Coordinados de Salubridad en todos los Estados, para fomentar la coordinación entre los niveles de gobierno. En 1934, año en que se constituyó la Secretaría de Asistencia Pública, se estableció la Jefatura de los Servicios Estatales de Salubridad, así como los niveles jurisdiccional y local.

Posteriormente, en 1938 entraron en vigor los Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado de México, cuya estructura orgánica, para 1947, consideraba una jefatura y las secciones de epidemiología, higiene, asistencia y administrativa, así como jurisdicciones sanitarias en el nivel aplicativo. En 1970 se sentaron las bases del modelo de atención a la salud considerando la atención primaria como elemento fundamental para asegurar el acceso a la población a los servicios de salud. En 1987 se constituye el Instituto de Salud del Estado de México como un Organismo Público Descentralizado y finalmente, en el año 2000 se crea la Secretaría de Salud del Estado.

Bibliografía

1. Soto EG, Lutzow SMA & González GR. Capítulo 9: El sistema de salud en México. Colección "salud pública para estudiantes de medicina"; Volumen I: La salud pública y el trabajo en comunidad. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. Edit. Mc Graw-Hill, México, 2010, pp 119-138.
2. Fernández Varela M, Sotelo Monroy G.E., "Los derechos humanos y la salud pública" Rev. Fac Med UNAM Vol. 43 No. 6 Noviembre-Diciembre, 2000.
3. Frenk, Julio y Gómez, Dantés Octavio (2001). La democratización de la salud. Una visión para el futuro del sistema de salud en México, Gaceta medica de México, Volumen 137, Numero 3, Junio 2001. Academia Nacional de Medicina de México. México D.F.
4. Se reordenará el sistema de salud para mejorar calidad: SSA, (15 Julio 2013). Blanca Valadez, MILENIO. Consultado: Lunes, 22 de Julio de 2013. <http://www.milenio.com/cdb/doc/noticias2011/79be7d4680cba10c38eaf2f5da6b6ae0>



PANORAMA DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA EN MÉXICO Y EL ESTADO DE MÉXICO

Los sistemas de salud requieren de recursos financieros, materiales y humanos suficientes y de calidad para responder a las demandas que impone el perfil epidemiológico de su población.

El Estado de México enfrenta un déficit relativo de médicos y enfermeras que a través del tiempo ha venido reduciendo. El Sistema Estatal de Salud del Estado de México (SESEM) es parte del Sistema Nacional de Salud de México (SNSM), por lo que está constituido por dos sectores: el sector privado y el sector público; este último integra dos tipos de instituciones:

- las de seguridad social, que prestan servicios a sus derechohabientes: IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEMAR, SEDENA, universitarios y para el caso del Estado de México el ISSEMyM, y
- las que prestan servicios a la población sin seguridad social: Secretaría de salud a través del Seguro Popular y el programa IMSS-Oportunidades.

En esta ocasión nos referiremos a describir tanto los recursos como los servicios de salud del Estado de México aplicando uno de los usos de la epidemiología que es la planeación sanitaria, dentro de la cual se realiza cada año un Plan Operativo Anual (POA), y que preparan las Instituciones de Salud del Estado de México con el propósito de alcanzar objetivos o metas durante un año calendario, se hace un inventario de los recursos instalados y los que necesitaran para cumplir con los objetivos fijados. En Salud Pública, los recursos son aquellos que son propuestos para la conservación, reparación y

mejoramiento del nivel de salud de la población; son clasificados en humanos, materiales y financieros.

La información de este apartado fue recopilada e integrada con los datos proporcionados por las siguientes instituciones: Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social Régimen ordinario y Régimen Solidaridad, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Petróleos Mexicanos, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, Cruz Roja Mexicana y el ISEMyM que depende del gobierno del Estado; a través de la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud, para lo cual se consultó la página: <http://www.sinais.salud.gob.mx/>.

La información de este apartado fue recopilada e integrada con los datos proporcionados por las siguientes instituciones: Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social Régimen ordinario y Régimen Solidaridad, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Petróleos Mexicanos, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, Cruz Roja Mexicana y el ISEMyM que depende del gobierno del Estado; a través de la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud, para lo cual se consultó la página: <http://www.sinais.salud.gob.mx/>. En marcados en lo anterior, sería más fácil de entender la situación de los recursos y servicios para la salud del Estado de México si contestamos preguntas como las siguientes:

1. ¿de qué tamaño es el gasto en salud del SESEM?,
2. ¿con cuántos médicos y enfermeras cuenta el SESEM?,
3. ¿qué tantas unidades médicas y equipamiento tiene el SESEM? y
4. con lo que cuenta el SESEM ¿qué volumen de servicios otorgan las instituciones del SESEM?

Gasto en Salud

Para dimensionar el tamaño del Sistema Nacional de Salud en México y dentro de este al Sistema Estatal de Salud del Estado de México cabe señalar que el gasto total en salud del SNSM representó en el 2011 el 3.0% del PIB de nuestro país, de acuerdo al Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2011, lo que representa 436,946,934.4 miles de pesos; el Estado de México invirtió para ese mismo año el 3.2% del PIB y representa un gasto de 66,077,895.2 miles de pesos; de los cuales el gasto público (lo que invirtió el gobierno) fue de 41,849,617.3 miles de pesos y el gasto privado (lo que gastó el sector privado) fue de 24,228,277.9 miles de pesos.

Recursos humanos para Salud

En el Estado de México los médicos del sector público por cada 1,000 habitantes pasaron de 0.7 en el 2000 a 1.2 en 2011, lo que representa un crecimiento del 71% para el periodo. El número de odontólogos por 1,000 habitantes aumento de 0.07 en el año 2000 a 0.2 en el año 2011 que representa un incremento del 186% en este periodo. Las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la prestación de la atención de la salud, no solo en entornos tradicionales, sino que también en la atención primaria y en los entornos domiciliarios. Las enfermeras del sector público por cada 1,000 habitantes se incrementó de 1.1 en el 2000 a 1.6 en el 2011 representa un crecimiento de 45% para el periodo.

Infraestructura para Salud

Para hacer frente a las necesidades de salud se han incrementado el número de unidades médicas, en el año 2000 habían 1,248 unidades, para el año 2011 se incrementaron a 1,498 que representa un incremento, en el periodo, del 20 por ciento. Las unidades de consulta externa se incrementaron en un 18 por ciento ya que el año 2000 eran 1,118 y en el año 2011 aumentaron a 1,395. Las unidades de hospitalización se ampliaron en un 63 por ciento, pasaron de 63 en el año 2000 a 103 en el año 2011. El número de camas censables se incrementó ligeramente respecto al año 2000, año en que se contaba con 6,962 camas censables, en tanto que en el 2011 se dispuso de 7,650 camas censables, un 10 por ciento más. Los consultorios pasaron de 4,345 en 2000 a 6,767 en 2011, lo que representa un crecimiento del 56% para el periodo.



La capacidad de diagnóstico se fortaleció, pues de 137 laboratorios clínicos en el año 2000 se incrementó a 227 en el 2011 un 66 por ciento más.

Servicios de salud otorgados

Con la infraestructura y el equipo médico disponible, en el año de 2011 se atendieron 1,812 consultas generales por cada 1,000 habitantes, 26 por ciento más que en el año 2000 que fueron 1,443 consultas por cada 1,000 habitantes. El incremento en laboratorios clínicos permitió incrementar en un 140 por ciento los estudios de laboratorios por cada 1,000 habitantes ya que en el 2000 fueron 1,051 estudios de laboratorio por 1,000 habitantes y en el año 2011 se incrementaron a 2,520 por 1,000 habitantes.

Conclusión

Con base en el Boletín de Información Estadística de la Secretaría de Salud del 2011, se percibe que los recursos físicos y el material médico del sistema de salud estatal a pesar del esfuerzo que se ha hecho para incrementarlos, entre los años 2000 y 2011, son insuficientes. En cuanto a recursos humanos el estado tiene un reto importante, ya que el indicador de recursos humanos totales por 1,000 habitantes en el país es de 7.2 y en el Estado es 29 por ciento menos, con tan solo 5.1 recursos humanos totales por 1,000 habitantes. En relación a la infra estructura y específicamente a las camas censables el país tiene 0.8 camas censables por 100,000 habitantes y el Estado de México 0.5 un 38 por ciento menos. Si analizamos los indicadores de equipamiento y nos enfocamos en el número de masto grafos por 1,000,000 habitantes el desafío es de un 57 por ciento, ya que el país cuenta con 3.7 masto grafos por 1,000,000 de habitantes y el estado cuenta con 1.6 masto grafos por 1,000,000. Si consideramos los estándares internacionales el reto sería aún mayor, ya que para valorar la situación de nuestro país, debemos decir que para el año 2011, México tiene un indicador de médicos por 1,000 habitantes de 1.9 y en 2007 la media de la OCDE era de 3.1 médicos por 1,000 habitantes, por otro lado, nuestro país tenía 2.4 enfermeras por 1,000 habitantes mientras que el promedio del OCDE en el 2007 era de 9.6 enfermeras por cada 1,000 habitantes.

En el Plan de Desarrollo 2011 - 2017 el Gobierno del Estado de México plantea la necesidad de que: "El sistema de salud mexiquense debe incrementar la accesibilidad a estos equipos, por ello es necesario redirigir los esfuerzos del gasto no sólo hacia la ampliación del sistema, sino también a la homologación y ampliación de equipo entre las unidades médicas. De manera complementaria, se deben realizar estudios enfocados al uso eficiente del equipo con que se cuenta, de manera que se explote al máximo su potencial, en beneficio de la población y del activo fijo adquirido."

Así mismo hace énfasis en la necesidad de la prevención primaria y secundaria de la salud por lo que: "El Gobierno Estatal considera que, para que el sistema de salud sea efectivo, debe concentrar sus esfuerzos en las unidades de consulta externa y de hospitalización general, pues son donde recibe atención la mayoría de la población, y donde se realiza la detección y atención temprana de enfermedades sin que se requieran mayores niveles de especialización"

Bibliografía

Dirección General de Información en Salud. Boletín de Información Estadística en <http://www.sinais.salud.gob.mx/publicaciones/bie.html>
Gobierno del Estado de México. Plan de Desarrollo 2011 - 2017. CE: 203/01/04/12 www.edomexico.gob.mx.
Situación de Salud en México 2008 en http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/IB_2008.pdf



(p.ej. servicios odontológicos, oftalmológicos). Pero, de acuerdo con los principios de Medicare, las compañías de seguros privadas no pueden ofrecer cobertura que duplique los programas gubernamentales.

Los principios que gobiernan el seguro de salud canadiense son cinco:

Principio No. 1: Administración pública. El plan de seguro de salud de una provincia debe ser administrado y operado sin fines de lucro por una autoridad pública responsable ante el gobierno provincial.

Principio No. 2: Integralidad. Todos los servicios médicamente necesarios que proporcionan hospitales y médicos están cubiertos.

Principio No. 3: Universalidad. El plan debe dar derecho al 100 por ciento de la población asegurada a los servicios asegurados en términos y condiciones uniformes.

Principio No. 4: Accesibilidad. El plan debe dar acceso razonable a servicios de médicos y hospitalarios asegurados sin barreras. Es decir, la habitación de hospital y los servicios que recibe el más rico son los mismos que recibe el más pobre. No se permiten cobros adicionales por servicios asegurados. No se puede ser objeto de discriminación por motivos de ingresos, edad, condición de salud, etc.

Sistema de Salud de Gran Bretaña

El National Health Service, o NHS, es el servicio de salud que brinda cobertura universal y gratuita a 59 millones de personas en Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte; prácticamente la totalidad de la población británica utiliza los servicios médicos del servicio nacional de salud.

La atención primaria es provista en el ámbito comunitario por médicos de cabecera, farmacéuticos, oftalmólogos y odontólogos que trabajan al servicio del NHS como profesionales independientes. Enfermeras, visitantes sociales, parteras, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, podólogos, dietistas y psicoterapeutas brindan un apoyo fundamental y juntos resuelven el 90% de las consultas a la mitad del costo de su equivalente en atención hospitalaria.

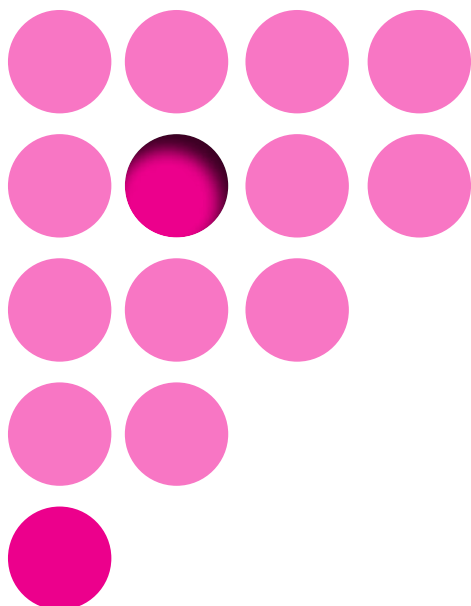
Los médicos de cabecera están presentes en todas las comunidades. Representan el principal sostén del servicio de salud al proveer atención primaria y derivando, en caso de necesidad, a los siguientes niveles de atención según la complejidad. El 80% de los médicos de cabecera integran equipos de atención primaria para proveer una amplia gama de servicios en un solo lugar y la profilaxis es una parte integral de la labor que realizan. La mayoría ofrece programas para la prevención de enfermedades coronarias, enfermedades crónicas (asma y diabetes) y planes de vacunación de enfermedades infantojuveniles.

Mientras los servicios de atención primaria constituyen el primer punto de contacto, unos 300 hospitales generales, diseminados en los grandes centros urbanos británicos, ofrecen servicios de maternidad, internación, geriatría, anestesia, radiología, diálisis, patología y guardias equipadas para atender accidentes y emergencias médicas. En la atención a los pacientes se observa un incremento en la asistencia ambulatoria e internaciones cortas. La atención terciaria involucra a hospitales interregionales de alta complejidad especializados en trasplantes de corazón e hígado, tratamientos oncológicos y craneofaciales.

Los impuestos generales cubren un 82 % del gasto en salud; un 12,2% adicional proviene de las contribuciones sociales y 2,3%, de aranceles que abonan los pacientes por ciertas prestaciones, y las autoridades también pueden aceptar donaciones privadas. Algunos hospitales del NHS brindan servicios a la medicina privada que abarca un 11% de la población, o aceptan pacientes provenientes del extranjero que pagan la totalidad de su tratamiento médico y hotelería.

El 97% del presupuesto de salud se utiliza para brindar los servicios de salud primaria y secundaria. El restante se destina a programas complementarios (por ejemplo, leche y vitaminas para niños de familias carentes) y gastos administrativos. De los fondos destinados a la salud, casi dos tercios son utilizados en recursos humanos y el 10% se asigna anualmente a la adquisición de medicamentos. La atención a pacientes mayores de 64 años de edad constituye un segmento en aumento aunque representa sólo el 16% de la población. El NHS maneja un presupuesto de alrededor de 73 mil millones de dólares y es el principal empleador de Europa con casi un millón de empleados.

Sistema de Salud de los Estados Unidos



LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL MUNDO

Sistema de Salud de Canadá

Todos los canadienses tienen acceso sin cargo a todo procedimiento médicamente necesario para pacientes hospitalizados o no. "Medicare", es un sistema financiado con fondos públicos. Es un sistema donde el estado, al ser el único pagador de la mayoría de los servicios médicos, establece cuáles y cuántos servicios se ofrecen. Cada provincia y territorio administra y presta servicios de acuerdo con sus propios planes de salud.

El médico dentro de este sistema es un profesional libre, cuyo salario es pagado por el sistema provincial de la provincia donde practique. Los honorarios de los médicos se negocian entre las provincias y las asociaciones médicas provinciales. Los salarios para enfermería se negocian entre los sindicatos y los empleadores.

Los hospitales canadienses funcionan como entidades sin fines de lucro administradas por consejos comunitarios de fiduciarios, organizaciones voluntarias o municipalidades quienes rinden cuentas principalmente a las comunidades a las cuales prestan servicios, no a la burocracia provincial.

Cuando un individuo requiere atención médica, va al médico o clínica de su preferencia y presentan su tarjeta de seguro de salud. El paciente no paga por los servicios de hospital y de médicos, ni tampoco se les exige que llenen formularios por los servicios asegurados. No hay pagos deducibles, ni límites sobre la cobertura de los servicios asegurados.

A fines de cubrir ciertos gastos que no están cubiertos por Medicare, se puede adquirir un seguro privado o recibir las prestaciones de los planes de seguro colectivos en la empresa donde se trabaja para compensar en parte los gastos por los servicios de salud suplementarios.



Image courtesy of Morrighan/Stock.xchng

En los Estados Unidos, los servicios de salud en gran parte son entregados por el sector privado, y aproximadamente 70% de la población del país está cubierta por seguros de salud o autoseguros organizados por los empleadores, quienes comparten con el empleado el costo. La ley no exige que el empleador proporcione cobertura en salud, pero ofrece ventajas tributarias para la compra de un seguro de salud o la organización de un autoseguro, siempre y cuando los trabajadores compren masivamente los planes que sus empleadores proporcionan.

Los planes de cobertura ofrecidos por los empleadores en su mayoría son opciones con elección limitada de prestadores y sistemas de derivación dirigida, desplazando mayoritariamente los planes de libre elección basados en pagos por prestación. Estas opciones "dirigidas" se generaron como un esfuerzo organizado, que incluye tanto a los aseguradores como a los proveedores de salud, para usar incentivos financieros y medidas organizativas con el fin de controlar el aumento de los costos.

El modelo característico de atención regulada son las HMO y los PPO se consideran una variación del modelo. Las HMO son organizaciones que entregan la totalidad de los servicios de salud a sus afiliados a cambio de una mensualidad (capitación). Para entregar las atenciones usa una red de proveedores propia o convenida. Para el asegurado la elección de médicos y hospitales se limitan a los que tienen convenios con la HMO para prestar atención y a menudo se requieren derivaciones para ver a un especialista. Los médicos y los hospitales son, en muchos casos, pagados per cápita en vez de usar la modalidad de pago por prestación.

Las PPO es otra forma de atención de salud administrada y es una combinación libre elección y HMO. Cuando los pacientes utilizan proveedores específicos, la mayoría de sus facturas médicas están cubiertas, pero también pueden elegir a médicos fuera de la lista proporcionada y recibir una cobertura menor.

El Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS) es el principal organismo del gobierno de los Estados Unidos de América para proteger la salud de todos los estadounidenses y proporcionar servicios sociales esenciales a quienes no pueden proveérselos por sí mismos. El HHS forma parte del poder ejecutivo y el Congreso de los Estados Unidos de América determina su presupuesto.



Image courtesy of e3zz/Stock.xchng

Mediante un programa Medicare, el gobierno federal proporciona seguro de salud a todos los estadounidenses de más de 65 años de edad, los que tienen insuficiencia renal permanente y ciertas personas con discapacidades, cubriendo a más de 40 millones de estadounidenses. Se financia en general mediante una combinación de impuestos a los sueldos, ingresos generales y primas que pagan los beneficiarios.

Medicaid es un programa de seguro de salud financiado en forma conjunta por el gobierno federal y los gobiernos estatales y se dedica a algunos sectores de la población de bajos ingresos y necesitados. Cubre a aproximadamente 36 millones de personas, incluidos niños, ancianos, ciegos, discapacitados y otros que reúnen los requisitos de encontrarse en una situación precaria en términos socioeconómicos y es el programa más grande que presta servicios médicos y relacionados con la salud a las personas más pobres del país.

El programa Medicaid varía considerablemente de un estado a otro, así como en un mismo estado en diferentes períodos, pero el gobierno federal requiere que se presten ciertos servicios básicos a todos los inscritos en el programa. El límite máximo de permanencia en el programa es de un máximo de 5 años.

Sistema de Salud de Brasil

El sistema de salud brasileño, está compuesto por un sector público que cubre alrededor de 75% de la población y un creciente sector privado que ofrece atención a la salud al restante 25% de los brasileños.

Desde que la Constitución Federal lo aprobó en 1998, Brasil tiene un sistema único de salud (sus), con cobertura universal y gratuito para todas las personas en el lugar de atención.

A diferencia de lo que ocurre en la mayoría de los países latinoamericanos, el sus no limita el acceso a quienes participan en el sistema de seguridad social. En este caso, las familias no tienen que decidir si adhieren o no al sus antes de afrontar una necesidad de atención de salud.

El sector público está constituido por el Sistema Único de Salud (SUS) y su financiamiento proviene de impuestos generales y contribuciones sociales recaudadas por los tres niveles de gobierno (federal, estatal y municipal).



Image courtesy of vierdrie/Stock.xchng

El SUS presta servicios de manera descentralizada a través de sus redes de clínicas, hospitales y otro tipo de instalaciones, y a través de contratos con establecimientos privados. El SUS es además responsable de la coordinación del sector público.

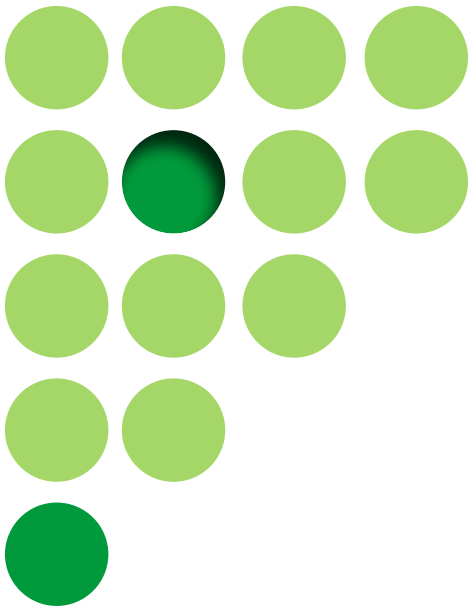
También existe un sistema complementario privado que presta servicios de salud y que está integrado por grupos de organizaciones médicas, cooperativas médicas, seguros de salud y organizaciones de beneficencia. Los servicios privados pueden ser pagados directamente por los pacientes.

El sector privado está conformado por un sistema de esquemas de aseguramiento conocido como Salud Suplementaria financiado con recursos de las empresas y/o las familias: la medicina de grupo (empresas y familias), las cooperativas médicas, los llamados Planes Autoadministrados (empresas) y los planes de seguros de salud individuales. También existen consultorios, hospitales, clínicas y laboratorios privados que funcionan sobre la base de pagos de bolsillo, que utilizan sobre todo la población de mayores ingresos.

Los beneficiarios de planes privados mantienen su pleno derecho a la cobertura del SUS. En estas circunstancias, cuando una persona necesita una prestación de salud, decidirá si desea obtenerla a través del SUS, a través de sus planes de seguro de salud privados o pagando directamente la atención privada.

Bibliografía

1. Bós A. y Waters H. Efectos de protección financiera del sistema de salud pública y del seguro privado en Brasil. Revista de la CEPAL 95, Agosto 2008.
2. Clínicas de Chile A.G. Sistema de Salud de USA: Cómo funciona y que propone la Reforma. Temas de Coyuntura No. 21 Septiembre 2009.
3. Marsden W. Informe especial: El sistema de salud público en Gran Bretaña. Revista Médicos Año III Edición nº X Enero/Febrero 2000.
4. Bold J. El Sistema de Salud Canadiense y su Contexto dentro de la Sociedad Canadiense. En: <http://www.fac.org.ar/scvc/llave/edu/debold/debolde.htm#>. Consultado el 19 de agosto de 2013.



Estructura

ESTRUCTURA

Miryuri Ruíz Bautista

con especial interés en las acciones preventivas; así como coadyuvar a la modificación de patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección, así como apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida.

El Sistema de Salud de México, para efectos de la Ley General de Salud, en su artículo treinta y cuatro refiere que los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en: Servicios públicos a la población en general; servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios; servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten, y otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria.

ESTRUCTURA DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN MÉXICO Y EL ESTADO DE MÉXICO

La protección de la salud es un derecho que tiene todo ciudadano mexicano, (artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos), sin embargo, no todos han podido ejercer de manera efectiva este derecho. El porcentaje de población que carecía de acceso a la salud en 2010 era de 31.8 por ciento.¹ La promoción y acceso al Sistema de Salud contribuye a un desarrollo humano justo, incluyente y sustentable.

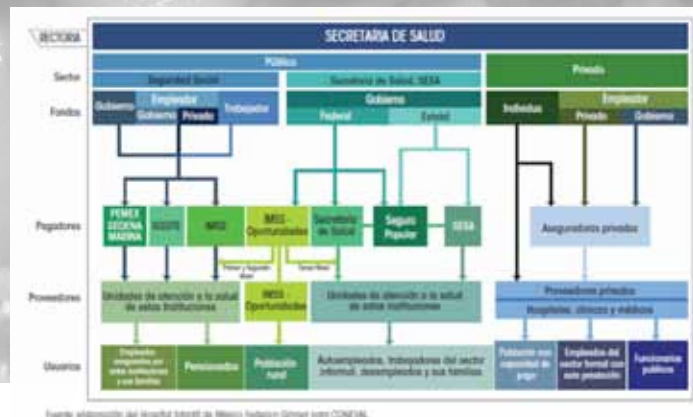
De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), un sistema de salud engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud. Las cuatro funciones principales de un sistema de salud se han definido como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión.²

Con referencia al artículo quinto de la Ley General de Salud, el Sistema de Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud. Algunos de los objetivos de acuerdo al artículo sexto de la Ley General de Salud son: proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud,

El sector público comprende a las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros], que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía, y a las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de las que se incluyen el Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O). El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago. El financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es el mismo gobierno) y contribuciones de los empleados. Estas instituciones prestan sus servicios en sus propias instalaciones y con su propio personal. Tanto la SSa como los SESA se financian con recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales, además de una pequeña contribución que pagan los usuarios al recibir la atención (cuotas de recuperación). La población de responsabilidad de la SSa y de los SESA se atiende en las instalaciones de estas instituciones, que cuentan con su propio personal. El SPS se financia con recursos del gobierno federal, los gobiernos estatales y cuotas familiares, y compra servicios de salud para sus afiliados a la SSa y a los SESA (y en algunas ocasiones a proveedores privados). Finalmente, el sector privado se financia con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados, y ofrece servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados.³

La Figura I ilustra la estructura del sistema, fuentes de financiamiento, compradores, proveedores y población atendida.

Figura I



Disponble en: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social de México 2012. Disponible en : http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/IEPDS2012/Pages-IEPDSMex2012-12nov-VFinal_lowres6.pdf

Y está estructurado funcionalmente en tres niveles de atención:

El primer nivel de atención está formado por una red de unidades médicas que atienden a nivel ambulatorio. Son el primer contacto de las personas con el sistema formal de atención.

El segundo nivel de atención está formado por una red de hospitales generales que atienden la mayor parte de los problemas y necesidades de salud que demandan internamiento hospitalario o atención de urgencias. Sus unidades están organizadas en las cuatro especialidades básicas de la medicina: medicina interna, cirugía, pediatría y ginecoobstetricia. Las unidades médicas del segundo nivel de atención, tienen un grado de complejidad mayor que las anteriores y en su organización destacan servicios tales como urgencias, admisión, hospitalización, banco de sangre, central de esterilización y equipos, quirófanos, farmacia, consulta externa, etc.

El tercer nivel de atención está formado por una red de hospitales de "alta" especialidad. Encontramos aquí subespecialidades y equipos de apoyo que no encontramos en el segundo nivel de atención. En este nivel el hospital puede tener muchas subespecialidades.

Mientras que el Sistema de Salud del Estado de México tiene las mismas características del Sistema actual de Salud en México, que data de la tercera década del siglo XX. En 1943 se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaría de Salud) para dar cobertura a las personas que no son asalariadas en el sector de empleo. Éstas son aproximadamente el 53 % de la población. Al mismo tiempo surge la principal institución de seguridad social, el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) para los trabajadores asegurados, empleados en el



Image courtesy of asterics21/Stock.xchng

sector formal de la economía además de contar con el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM), institución que protege a los trabajadores del Estado y Municipios, el 13 de diciembre de 2001, se publicó en la "Gaceta del Gobierno" el Código Administrativo del Estado de México, a través del cual se formaliza la creación del Instituto Materno Infantil del Estado de México (IMIEM), separándolo del DIFEM y otorgándole una institucionalidad propia 4, cuyo objeto es la investigación, enseñanza y prestación de servicios de alta especialidad en el rubro materno infantil.

En el Estado de México hay 0.7 hospitales públicos por 100 mil habitantes (Incluye unidades híbridas)5,

En términos poblacionales, en el Estado de México hay 13.6 Unidades de Atención Primaria (UAP) por 100,000 habitantes no derechohabientes de la seguridad social y al cierre del 2011 se reportaron 2,085 consultorios, por entidad, la distribución de la productividad por consultorio mostró que el Estado de México fue la entidad en la que se registró la mayor cantidad de consultas diarias por consultorio (25.1)6.

Si bien, para lograr mayores niveles de eficiencia y poder atender de mejor manera las necesidades de la población, es necesaria una planeación interinstitucional de largo plazo, así como solidaridad, compromiso y corresponsabilidad entre las instituciones y los diferentes grupos poblacionales. Una adecuada estructura del sistema de salud permite extender la protección social, así como la capacidad administrativa y gerencial. Integrar la operación de todos los servicios de salud en sus diferentes niveles, y crear redes virtuales de instituciones, favorecerá el uso eficiente y racional de los recursos públicos para la salud.

Bibliografía

1. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social de México 2012. Disponible en : http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/IEPDS2012/Pages-IEPDSMex2012-12nov-VFinal_Lowres6.pdf
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: <http://www.who.int/es/>
3. Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México.
4. Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S22 S232. Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002625
5. Plan Estatal de Salud del Estado de México 2005-2011, Ejercicio de una mística que transforma. Disponible en: http://salud.edomex.gob.mx/salud/transparencia/informacion/institucionales/prog_trab_inst/progestsalud2005-2011.pdf
6. Secretaría de Salud.Rendición de cuentas en salud 2011. Disponible en: <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/rcs.html>
7. Secretaría de Salud. Observatorio de los Servicios de Atención Primaria 2012. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Secretaría de Salud. México, 2013. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/OSAP_2012.pdf

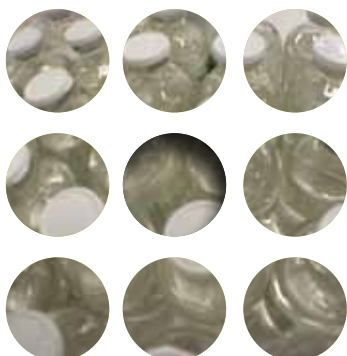
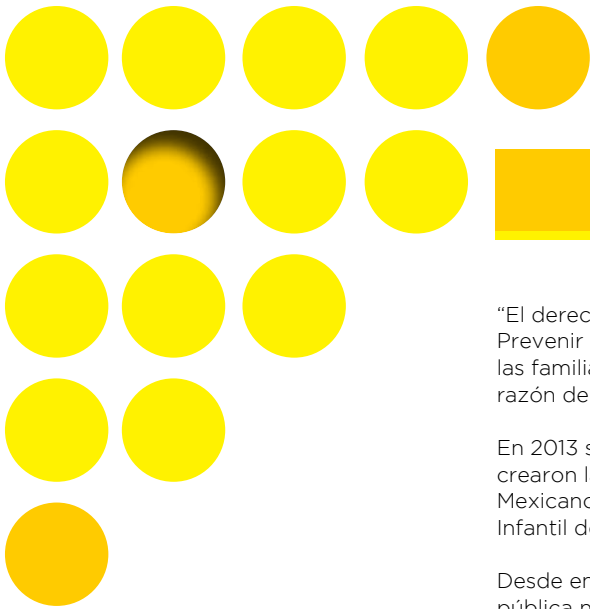


Image courtesy of ana_labate/Stock.xchng



HACIA

Víctor Manuel Torres Meza

“El derecho a la protección de la salud es un derecho humano, no es un derecho laboral”. Prevenir las enfermedades, promover la salud y procurar una mayor calidad de vida para las familias mexicanas no sólo son compromisos del Gobierno de la República, sino la razón de ser de distintas asociaciones civiles comprometidas con México.

En 2013 se cumplen 70 años del sistema vigente de salud, pues fue en 1943 cuando se crearon la Secretaría de Salubridad y Asistencia -hoy Secretaría de Salud-, el Instituto Mexicano del Seguro Social, y el primero de los Institutos Nacionales de Salud: el Hospital Infantil de México.

Desde entonces, la protección de la salud ha ocupado un lugar central en la agenda pública nacional. Si bien se han logrado avances significativos en esta materia, todavía existen amplios sectores de la población que, en los hechos, no pueden ejercer su derecho a la protección de la salud.

El derecho a la protección de la salud y la atención médica de calidad, son elementos esenciales para alcanzar el México incluyente que queremos.

Para cumplir uno de los objetivos centrales del Gobierno de la República, que es asegurar el acceso a los servicios de salud a todos los mexicanos, el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece cinco estrategias:

1. avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal;
2. hacer de las acciones de protección, promoción y prevención, un eje prioritario para el mejoramiento de la salud de los mexicanos;
3. elevar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad;
4. asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad;
5. promover la cooperación internacional de salud.

Se está llevándose a cabo la integración funcional entre las instituciones del sector, y que en su coordinación se privilegian las intervenciones preventivas, prioritariamente en los problemas de salud pública de mayor impacto, para disminuir la carga de la enfermedad, discapacidad y muerte, además de promover hábitos y estilos de vida saludables.

Se trabaja bajo un enfoque integral, con la participación de todos los actores para favorecer el acceso a servicios de salud en zonas dispersas y alejadas, a través de estrategias como el uso de unidades móviles, y la coordinación con IMSS-Oportunidades, a fin de disminuir la desnutrición, la mortalidad materna y la mortalidad infantil; así como renovar la infraestructura y el equipamiento de las unidades de primer contacto.

Habremos de operar conforme a un modelo de atención primaria, con mayor capacidad resolutoria local, que permita la atención oportuna

HACIA UN SISTEMA ÚNICO DE SALUD

Para alcanzar el objetivo estratégico de lograr el acceso a servicios de salud de calidad en toda la geografía nacional “es necesario construir un Sistema Nacional de Salud Universal, con un modelo de atención más homogéneo, una operación integrada y una mayor coordinación entre las distintas instituciones de salud”.

Ello requerirá, a su vez, el fortalecimiento de la Secretaría de Salud como rectora de todo el Sistema, dando énfasis a la regulación y vigilancia sanitaria tanto en el ámbito público como en el privado.

A esta transformación institucional, “deberá sumarse también un cambio de prioridades en la materia, a impulsar, como lo establece el Plan Nacional de Desarrollo, una vigorosa política de prevención en salud, que nos permita enfrentar los retos de las enfermedades crónicas no transmisibles como el cáncer, la diabetes o las enfermedades del corazón.

Cambiar los paradigmas en materia de salud, y retomar los buenos hábitos individuales y colectivos, ya que prevenir la enfermedad siempre será mejor y menos costoso que atender sus consecuencias, estamos convencidos de que una población sana siempre estará en mejores condiciones para participar activa y positivamente en la transformación de su entorno y en la construcción de una mejor Nación.

Queremos un México sano donde la población, independientemente de su edad, lugar de residencia y especialmente su condición laboral, tenga el acceso a los servicios de salud.



10 Datos Acerca de la Cobertura Sanitaria Universal

1. Gracias a la cobertura universal todas las personas pueden beneficiarse de los servicios de salud sin tener que afrontar dificultades económicas.
2. Todas las personas deberían tener acceso a los servicios sanitarios que necesitan.
3. Cada año, los pagos del bolsillo por servicios de salud empujan a la pobreza a 100 millones de personas.
4. La mejor manera de proporcionar la cobertura universal consiste en repartir los costos entre toda la población.
5. Todos los países andan constantemente a la búsqueda de más fondos para la asistencia sanitaria.
6. En 2010, un total de 79 países destinaron a la asistencia sanitaria menos del 10% del gasto gubernamental.
7. Los países están ideando formas innovadoras de obtener ingresos para la salud.
8. De aquí a 2015, tan solo 8 de los 49 países más pobres del mundo tendrán alguna posibilidad de financiar un conjunto básico de servicios de salud con sus propios recursos.
9. A escala mundial, el desperdicio de recursos para la salud es de un 20% a un 40%.
10. Todos los países pueden hacer más para avanzar hacia la cobertura universal.

Nuestra nación quiere —y requiere— romper las grandes brechas entre quienes tienen todo y quienes carecen de lo elemental. El de la salud es un tema que tiene una virtud particular, ya que además de ser un derecho (que en nuestro caso está consagrado en la Constitución), es un anhelo de la sociedad y un valor que fortalece el entramado social.

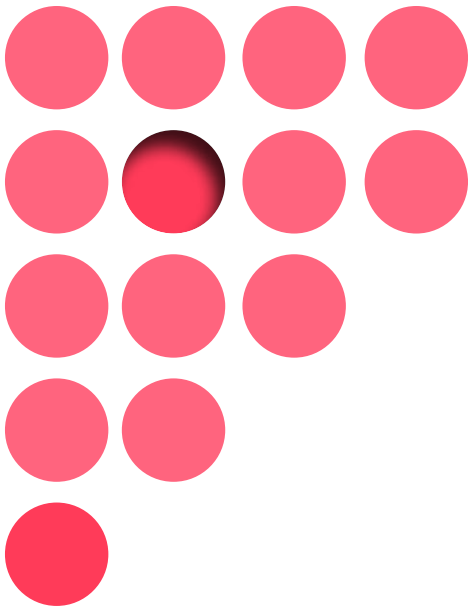
Razones que, por sí mismas, debieran conducir a asumir la protección a la salud no sólo como uno de los contenidos de la política social de Estado, sino como instrumento estratégico del combate a la pobreza, componente esencial de la democracia y estrategia fundamental para el desarrollo económico.

Image courtesy of Shenky/Stock.xchng



Bibliografía

1. Macroeconomía y salud. Invertir en salud para el desarrollo económico. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7830.pdf>
2. Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. traducción de: Knaul FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, García-Junco D, Arreola-Ornelas H, Barraza-Lloréns M, Sandoval R, Caballero F, Hernández-Ávila M, Juan M, Kershenovich D, Nigenda G, Ruelas E, Sepúlveda J, Tapia R, Soberón G, Chertorivski S, Frenk J. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Lancet* 2012;380:1259-1279.
3. Necesario construir un Sistema Nacional de Salud Universal para dar servicios de calidad para todos los mexicanos: Enrique Peña Nieto. <http://www.presidencia.gob.mx/articulos-prensa/>
4. Diez datos acerca de la cobertura sanitaria universal. http://www.who.int/features/factfiles/universal_health_coverage/es/
5. Los sistemas públicos de salud en México: necesidad social y viabilidad económica de transitar de la segmentación a la cobertura universal http://www.ciss.org.mx/pdf/editorial/259/259_03.pdf



Regulación

REGULACIÓN

Ma. de Jesús Mendoza Sánchez

REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Usualmente se cree que servicios de salud es sinónimo de atención médica, sin embargo, en su artículo 23 la Ley General de Salud define a los servicios de salud como todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad. Bajo este contexto, un servicio de salud puede ser la expedición de una licencia sanitaria para giros de alto riesgo como son las unidades hospitalarias. Con este sólo ejemplo, deseo dejar más claro que, la atención médica es sólo una parte del todo que son los servicios de salud, las otras partes son la salud pública y la asistencia social. Y precisamente en los de salud pública se encuadra a la Regulación de los servicios de salud, que nace a partir del proceso modernizador que la Secretaría de Salud inicia prácticamente en 1986 cuando nuestro país ingresó al Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT).

Era entonces necesario que México actualizara sus instrumentos regulatorios a fin de hacer más eficientes las actividades en torno a la salud de la población y con ello participar de la competitividad no sólo de los productos que se exportarían, sino además de los servicios que el país ofrecería. Las negociaciones de México con Canadá y Estados Unidos para la firma del primer tratado de Libre Comercio, incluyeron el abordaje de temas sanitarios, entre éstos, los de servicios y seguros para la atención médica¹, con lo cual era también necesaria la revisión de normatividad existente entre los países para evitar limitantes en la actividad comercial y poner a México a la altura y competitividad de los países con los cuales negociaría,

considerando el tránsito de médicos y de pacientes entre los tres países y para que las compañías aseguradoras reconocieran como válidos los servicios que estuvieran financiando, porque no se contaba con alguna instancia reconocida ni con estándares o criterios de evaluación que permitieran comparar el desempeño y resultados de las instituciones ni entre los sectores público y privado.

Considerando que el derecho a la salud como un derecho social se encuentra inscrito en la Constitución Política del Estado Mexicano, se universaliza y hace extensivo a todos los mexicanos, con un enfoque de prevención, participación comunitaria y corresponsabilidad de los individuos, como elementos fundamentales para alcanzar el objetivo de salud para todos, requiriendo entonces de la Regulación Sanitaria como el accionar sustantivo de la Secretaría de Salud, ya que representa la base normativa para controlar las condiciones sanitarias del hábitat humano, los establecimientos, productos, equipos, vehículos y actividades de las personas que pudieran representar un riesgo, mediante una práctica de vigilancia sustentada en el conocimiento científico y tecnológico, expresado a través de normas claras que garantizan calidad y productividad e incluso fortalecen los programas de protección a la población.

Con la publicación de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, en julio de 1992, la Secretaría de Salud transformó las Normas Técnicas de Salubridad General, en Normas Oficiales Mexicanas (NOM), a fin de integrar todas las disposiciones a las que se sujetan tanto el gobierno como productores, proveedores de bienes y servicios y todos quienes se encuentran relacionados o interesados con las materias objeto de las NOM.²

Así, los servicios de atención médica, proporcionados a través de hospitales, clínicas, centros de salud, consultorios y unidades médicas, y los de asistencia social, por medio de albergues, orfanatos, centros de ayuda mutua o de atención de minusválidos, entre otros, ya sea de los sectores público, social o privado, constituyen el objeto primordial de la Regulación de Servicios de Salud, a fin de que la reglamentación de las construcciones, equipo, instrumental y otras tecnologías médicas; el manejo de medicamentos, reactivos y material de curación; de agua, aire y gases; material radioactivo y de laboratorio, cumplan con especificaciones para su adecuado funcionamiento y uso designado; de igual modo establece la necesidad de instrumentar procedimientos de mantenimiento, limpieza y orden; disposición de residuos biológicos infecciosos, orgánicos, aguas residuales y basura. No se excluye la regulación de las actividades de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud que deben estar calificados para la función que desempeñan y se señalan requisitos mínimos obligatorios establecidos para evitar en todo lo posible, las prácticas riesgosas y a los pseudoprofesionales o personal no reconocido por instituciones formadoras de recursos humanos para la salud, pues se entiende que los riesgos sanitarios generados por deficiencias en el funcionamiento de establecimientos o la capacidad técnica del personal de los servicios de salud son muchos y su impacto en la salud es diverso, y en los casos más graves, pueden derivar en la muerte de los pacientes usuarios de los servicios.

En la regulación de los servicios de salud, los medicamentos, dispositivos médicos y material de curación, al igual que los órganos, tejidos y células de seres humanos, se consideran insumos para la salud, por lo cual, el marco regulatorio está concebido para garantizar su seguridad, eficacia, calidad terapéutica y el acceso equitativo de la población a los mismos y a sus beneficios.

El uso racional de los insumos para la salud, en el caso de medicamentos, considera desde la prescripción, que se disponga de éstos oportunamente y a un precio asequible, que se despachen en las condiciones debidas y que se consuman en las dosis indicadas y a los intervalos y durante el tiempo prescrito. Los servicios de salud deben asegurar que los medicamentos sean eficaces y de calidad y seguridad aceptadas, pero la reglamentación debe contemplar además, políticas para evitar el mercado ilegal de fármacos, aplicando medidas como el aseguramiento de productos ilegales en puntos de venta y de distribución, así como la eliminación de medicamentos caducos en la cadena de distribución y, con la participación ciudadana, incluir a los hogares en estos procedimientos apoyados por la industria farmacéutica.



En cuanto a los órganos, tejidos y células, el complejo proceso de donación y trasplante obliga a que la regulación sea precisa y se aplique con transparencia a fin de generar procedimientos legales, médicos, quirúrgicos y administrativos que beneficien y motiven la práctica de la donación,

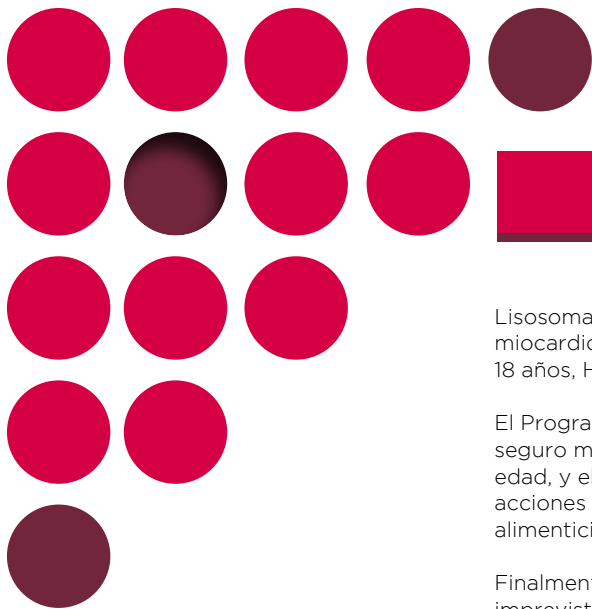
El ejercicio de la regulación de servicios de transfusión sanguínea, tiene por objeto asegurar la inocuidad de los productos obtenidos, evitando la difusión o transmisión de infecciones como el VIH, la hepatitis B y C, la tripanosomiasis americana o enfermedad de chagas, sífilis y paludismo entre otras.

En materia de vigilancia sanitaria, la regulación establece sistemas que aseguren que las especificaciones y disposiciones normativas sean aplicadas eficientemente, actualmente por la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud y las autoridades estatales competentes, aunque procesos como la certificación de la atención a la salud, diseño y seguimiento de las reglas para los distintos actores involucrados, ha quedado en manos del Consejo de Salubridad General; instancia que sustenta su actuación en el cumplimiento preciso de la normatividad vigente para establecimientos públicos y privados.

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2017 refiere en su Eje II México Incluyente, que el Sistema Nacional de Salud se encuentra fragmentado en múltiples subsistemas y aunque instituciones como el IMSS, ISSTE y el Seguro Popular ofrecen diversos paquetes de servicios, todas en su conjunto, se encuentran obligadas a cumplir con el marco normativo que el proceso regulador ha generado: Ley General de Salud, reglamentos en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, de Insumos para la Salud, de Disposición de Organos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, e Investigación en Salud, entre otros, así como las normas oficiales mexicanas en materia de salud; de tal modo que el propio Plan Nacional establece la necesidad de reforzar la regulación de los establecimientos de atención médica, aplicar estándares, privilegiar el enfoque de prevención y promoción de una vida saludable, así como renovar la planeación y gestión de los recursos disponibles a fin de alcanzar no sólo la cobertura universal, sino la calidad total en los servicios, porque el impacto económico de no aplicar la regulación, como lo refiere el Programa de Acción para la Protección Contra Riesgos Sanitarios, deriva en el costo del tratamiento de la enfermedad, servicios médicos, insumos para la salud y hospitalización; pérdidas por horas hombre no laboradas, calculadas de acuerdo con el costo de oportunidad del trabajador antes de su enfermedad, el monto que cubre la sociedad por la disminución de las capacidades de los individuos enfermos, discapacitados y muertos prematuramente; la caída de competitividad en la industria, el comercio y el turismo; la reducción de puestos de trabajo; el ahorro familiar y nacional; y repercute en la inversión y en el producto interno bruto (PIB).

Bibliografía

1. Juan-López, M. La Regulación Sanitaria en México y el Tratado de Libre Comercio. Salud Pública Méx. 1993;36:617-623
 2. Secretaría de Salud. Programa de Acción, protección contra riesgos sanitarios. Primera Edición. México 2003.
- Mercedes Juan, M.C. Modernización de la Regulación Sanitaria en México. Salud Pública Méx. 1991; 33:373-377.
 - COFEPRIS. Comunicado de Prensa 49/13 Disponible en <http://www.encuentra.gob.mx/resultsAPF.html?q=usos%20racional%20de%20medicamentos&client=cofepris&ts=all&geo=0>
 - OPS. Glosario de Medicamentos: Desarrollo, Evaluación y Uso. Washington, D.C. 1999.
 - CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL. Estándares para la certificación de hospitales 2012. México 2012.
 - Secretaría de Salud. Ley General de Salud. D.O.F. últimas reformas 08-04-2013



Silvia Cruz Contreras

Lisosomales en menores de 10 años, hemofilia en menores de 10 años, infarto agudo al miocardio en menores de 60 años, cáncer de próstata, trasplante de riñón en menores de 18 años, Hepatitis C, cáncer colono-rectal y tumor maligno de ovario.

El Programa Seguro Médico Siglo XXI, protege a los niños menores de 5 años con un seguro médico de cobertura amplia contra todas las enfermedades de este grupo de edad, y el PDHO, otorga a los beneficiarios un paquete básico garantizado de salud, acciones en materia de capacitación para la salud y la provisión de suplementos alimenticios a niños de 6 a 59 meses de edad y a mujeres embarazadas y en lactancia.

Finalmente FPP, es destinado a fortalecer la infraestructura en salud y la demanda imprevista de servicios de salud por un evento inesperado o por la portabilidad a la que tienen derecho los beneficiarios del SPSS3.

Económicamente, se mantiene a través de tres tipos de aportaciones (federales, estatales y las provenientes los beneficiarios del seguro popular, calculadas de acuerdo a sus condiciones socioeconómicas)

Según el Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio Fiscal 2013, se autorizó un monto de 69,766.4 millones de pesos para el SPSS, de los cuales 69,467.0 millones de pesos fueron asignados al seguro popular para cubrir las cuotas y aportaciones federales asociadas a las personas afiliadas al SPSS. En nuestra entidad, acorde a la afiliación programada en 2013, se transfirió un subsidio de 8,647.2 millones de pesos.²

El seguro popular en el Estado de México se proporciona con el apoyo de los Servicios Estatales de Salud a través de convenios de colaboración de prestación de servicios de salud; por ejemplo ISEM, a través de sus diferentes unidades médicas, (hospitales generales y centros de salud), ISSEMYM por conducto del Centro Oncológico Estatal, IMIEM a través del hospital de ginecología y obstetricia y hospital para el niño, el ISSSTE y el IMSS.

SEGURO POPULAR

El Seguro Popular, es un seguro médico público y voluntario que ofrece servicios de medicina preventiva, consulta externa, hospitalización y cirugías para la población no derechohabientes de Instituciones del sector salud como IMSS, ISSSTE, ISSEMYM, SEDENA, PEMEX. A través de él, se atienden 1,440 enfermedades, 95% de las cuales son las más comunes, y se proporcionan 422 medicamentos del cuadro básico, sin costo.¹

Es coordinado por el Gobierno Federal, a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y operado por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, con el apoyo de los Servicios Estatales de Salud.

Los mecanismos con que cuenta para proporcionar acceso a los servicios de salud a sus beneficiarios son: el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), la cobertura del Programa Seguro Médico Siglo XXI, el Programa Desarrollo Humano Oportunidad (PDHO) y el Fondo de Previsión Presupuestal (FPP). 4-05

El CAUSES cubre la totalidad de las intervenciones del primer nivel de atención médica y los principales padecimientos reportados como egresos hospitalarios, mientras que el FPGC, financia la atención de enfermedades que por su complejidad y alto costo son consideradas como catastróficas, (cáncer cérvico-uterino, VIH/SIDA, cuidados intensivos neonatales, cáncer de niños y adolescentes, trasplante de médula ósea en menores de 18 años, trasplante de médula ósea en mayores de 18 años, cáncer de mama, cáncer de testículo, Linfoma No Hodgkin, trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos, trasplante de córnea, enfermedades

Algunas de las principales características de la población afiliada al SPSS en el Estado de México, según el Informe de resultados enero-junio de 2013 del Sistema de Protección Social en Salud son las siguientes:

En el año 2012, la afiliación registrada al seguro popular en el Estado de México era de 6,612,349, mientras que para el mes de junio de 2013 fue de 6,670,235; con un total de 553, 435 reafiliaciones acumuladas.

Las afiliaciones registradas según el género (cifras a junio de 2013) fue de 3,634,845 mujeres y 3,035,390 hombres. Se contabilizaron además, en 2013; 4,425 localidades con presencia de personas afiliadas al SPSS.

De las personas afiliadas en el número de localidades enunciadas, en el año 2012 se registraron 1,764,558 afiliados en zonas rurales y 1,629,999 en 2013, apreciándose una variación absoluta de -134,559 afiliados. Respecto a las zonas urbanas, para el 2012 se señalan 4,847,791 afiliaciones y 5,040,236 para 2013 con una variación absoluta de 192,445 afiliaciones.³

Es importante enunciar que uno de los objetivos prioritarios del seguro popular a nivel nacional y en nuestra entidad, es la inclusión de comunidades indígenas, donde la marginación y el deficiente acceso a los servicios de salud incrementan la pobreza. De acuerdo a los datos del Consejo Nacional de Población, la esperanza de vida de la población indígena es siete años menor que la del resto de la población. Asimismo, esta población presenta tasas de mortalidad infantil, preescolar, escolar y materna superiores al promedio nacional, debido principalmente a padecimientos que se pueden prevenir, que son curables y que están asociados con altos índices de desnutrición.

De acuerdo con datos del Censo de Población y Vivienda 2010 del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI); para el año 2010, el Estado de México registró 379 mil 075 personas de 3 años y más hablantes de alguna lengua indígena, de los cuales 222 mil 394 corresponden a los pueblos originarios (Mazahua, Otomí, Nahuatl, Tlahuica y Matlatzincas) ubicados en el medio rural, en 48 municipios; de éstos, según COESPO, 18 poseen grado de marginación muy alto, 11 alto, 8 medio, 10 bajo y 1 muy bajo.

Los municipios con mayor cantidad de población indígena son San José del Rincón, San Felipe del Progreso, Temoaya, Ixtlahuaca y Toluca.⁴

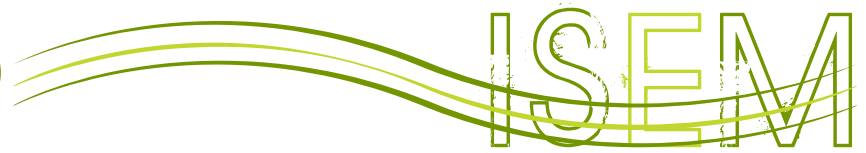
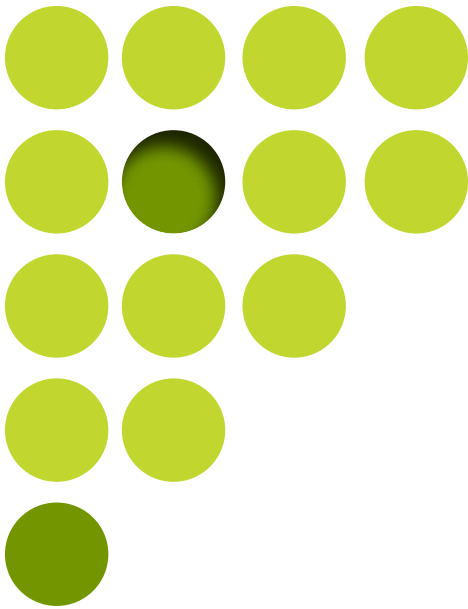
En los municipios del Estado de México donde el 40% o más es población de habla indígena, se tienen como registrados al mes de junio de este año 186,801 afiliados al seguro popular, en comparación de los 182,375 derechohabientes que se afiliaron en el 2012, es decir se incrementaron 4,426 afiliaciones. Sin embargo, no obstante el incremento aludido, la afiliación de personas de habla indígena en los municipios de la entidad, representa sólo un 2.80% con relación al total de personas afiliadas en nuestra entidad. Además si se toma en consideración las cifras proporcionadas por el Censo de Población y Vivienda 2010, de los 379 mil 075 personas hablantes de alguna lengua indígena en la entidad, y los 186,801 afiliados al seguro popular en 2013, se puede decir que 192, 274 hablantes de lengua indígena faltarían por afiliarse.

A pesar de la cobertura universal en salud que en el Estado de México se ha alcanzado (6,670,235; afiliaciones y 553, 435 reafiliaciones acumuladas), existen algunos retos del seguro popular en nuestra entidad como son brindar servicios oportunos y de calidad a la población derechohabiente; y ampliar la cobertura a comunidades indígenas y rurales especialmente, debido a que una proporción alta de la población, tanto indígena como no indígena, no cuenta con servicios médicos.

Garantizar el acceso efectivo al derecho a la salud de estos grupos vulnerables, evitaría su discriminación, se aumentaría la esperanza de vida de la población indígena y se elevaría la atención de padecimientos que se pueden prevenir.

Bibliografía

1. Unidad Estatal de Protección Social en Salud. Disponible en <http://salud.edomexico.gob.mx/html/article.php?sid=174>
2. Teruel Belismelis, Graciela; Castro, Manuel y Guadarrama, Roberto. Estudio sobre los efectos y la utilización del Seguro Popular en la utilización de servicios médicos y en la salud de los afiliados. México, 2012.
3. Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados. Enero-junio de 2013. Disponible en <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/pdf/informes/Informe-de-Resultados-del-SPSS-Enero-Junio%202013.pdf>. Acceso agosto 28 de 2013.
4. Consejo Estatal para el Desarrollo Integral de los Pueblos Indígenas del Estado de México. Disponible en <http://qacontent.edomex.gob.mx/cedipiempueblosindigenas/estadisticas/index.htm>



Victor Flores Silva

ISEM

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

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

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



intermedias entre la Dirección General y las Direcciones de Área. Estas Coordinaciones permitieron integrar en un sólo mando funciones afines y complementarias.

En 2005, el Instituto toma la decisión de construir dos nuevas unidades hospitalarias, el Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos" destinado a ser un centro de alta especialidad conforme a las normas técnicas aplicables y al modelo de atención a la salud para la población abierta del Estado de México y el Hospital Materno Infantil, al cual, en 2009 se le otorga el nombre de Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini Sáenz", para atender a mujeres con embarazos de alto riesgo y a niños recién nacidos en condiciones críticas, a efecto de contar con la cobertura necesaria para proporcionar atención perinatal de calidad. Unidades médicas que se formalizan en la estructura de organización del Instituto de Salud del Estado de México el 31 de mayo de 2010.¹

El Instituto de Salud del Estado de México, es un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, en términos del artículo 2.5 del Código Administrativo del Estado de México, que tiene por objeto la prestación de los servicios de salud en la Entidad, el cual entre sus objetivos y atribuciones se encuentran las siguientes:²

Proteger la salud de la población en general y establecer las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, proporcionados por el estado con la concurrencia de los municipios, en materia de salubridad local, en términos de los artículos 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 1º de la Ley General de Salud. el Instituto de Salud del Estado de México proporciona servicios de salud a la población sin seguridad social en la entidad para mejorar la calidad de esta, atendiendo a los requerimientos sanitarios prioritarios y a los factores que condicionan y causan daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas, promoviendo para tal efecto la colaboración de las instituciones de los sectores público, social y privado al cuidado de la salud de los mexiquenses y que al acudir a alguno de los centros de salud, hospital u oficina administrativa, reciban un trato con calidad y calidez, por ello, nuestro compromiso como servidores públicos es prestar la atención que satisfaga sus

necesidades y respondan a las expectativas de la población.³

Objetivo General

Proporcionar con prontitud, eficacia y calidez, servicios de salud a la población abierta del Estado de México, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, así como al mejoramiento de su calidad de vida y desarrollo social.¹ La dirección y administración del Instituto de Salud del Estado de México, estará a cargo de un consejo interno y de un director general. El consejo interno se integra en los términos previstos en la Ley para la Coordinación y Control de Organismos Auxiliares y Fideicomisos del Estado de México y cuenta con nueve vocales que son los representantes de las secretarías de Finanzas y Planeación, del Trabajo y de la Previsión Social, de Educación, Cultura y Bienestar Social, de Desarrollo Urbano y Obras Públicas, de Desarrollo Agropecuario, de Administración y de Ecología, así como un representante de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal y otro de los trabajadores designado por el Comité Ejecutivo Nacional del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud. El director general será nombrado por el Gobernador del Estado y deberá ser preferentemente ciudadano mexicano y con experiencia en materias de salud pública y administración de servicios de salud; médico cirujano; de reconocida calidad moral, buena conducta, y honorabilidad manifiesta. La organización y funcionamiento del Instituto se regirá por el reglamento interno que expida el consejo interno.²

Actualmente el Instituto de Salud cuenta entre su estructura física, con las siguientes unidades:

Unidades Médicas:

- Centros de salud,
- Clínicas (Módulos),
- Centros de salud con hospitalización,
- Casas de salud,
- Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud (CEAPS),

Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES):

- Centro de Atención Primaria de Adicciones (CAPA),
- Centro Ambulatorio de Prevención y Atención del VIH/SIDA y de las Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS),
- Centro Integral de Salud Mental (CISAME),
- Sobrepeso, Riesgo Cardiovascular y Diabetes Mellitus (SORID),
- Detección y Diagnóstico de Cáncer de Mama (DEDICAM).

Unidades Móviles.

Hospitales:

- Municipales,
- Generales,
- Generales con Especialidad,

- Psiquiátricos,
- Alta Especialidad.

Jurisdicciones:

- Jurisdicciones Sanitarias,
- Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.

Laboratorios:

- Laboratorio Estatal de Salud Pública,
- Laboratorios regionales.

Bancos de sangre:

- Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea,
- Bancos de sangre regionales.
- Servicios de Urgencias:
- Servicio de Urgencias del Estado de México (SUEM),
- Bases regionales.

Oficinas Administrativas:

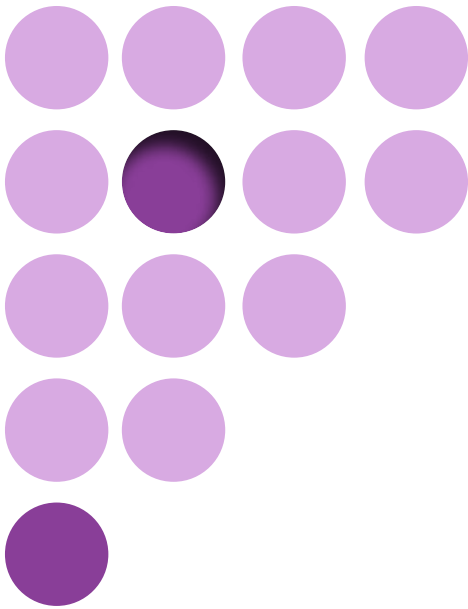
- Oficinas Centrales,
- Edificios de Apoyo.

El Instituto de Salud del Estado de México cuenta con una Página Web, cuya dirección es <http://salud.edomexico.gob.mx/html/>, la cual está dividida por secciones: ¿Quiénes somos?, Transparencia, Boletines, Enlaces, Servicios, Eventos, Temas, Intranet, Secretaría de Salud y Portal Edomex. Así como Unidades Médicas, Seguro Popular, Regulación Sanitaria, Enseñanza e Investigación, Enfermedades Transmisibles, Biblioteca Virtual, Eventos, Teléfonos y Recursos. En la Página Web del Instituto de Salud del Estado de México, podrás encontrar nuestro espacio de consulta documental denominado "Biblioteca Virtual", la cual está dividida en las siguientes áreas:

- Médica,
- Regulación Sanitaria,
- Administrativa,
- Otros. (3)

Bibliografía

1. Instituto de Salud del Estado de México. Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México. Tercera Edición. Gaceta del Gobierno. 2011. Disponible en <http://salud.edomexico.gob.mx/html/bv/>.
2. H. "LIV" Legislatura del Estado de México. Código Administrativo del Estado de México. Disponible en <http://www.edomex.gob.mx/legistelfon/doc/pdf/cod/vig/codvig008.pdf>.
3. Instituto de Salud del Estado de México. Guía de Inducción para Servidores Públicos de Nuevo Ingreso al Instituto de Salud del Estado de México. Primera edición, octubre de 2011. Disponible en <http://salud.edomexico.gob.mx/html/bv/>.



ISSEMYM

Siendo Gobernador del Estado de México, el Lic. Juan Fernández Albarrán, nace el 1º de septiembre del año de 1969 el Instituto de Seguridad Social a favor de los Servidores Públicos del Gobierno del Estado de México y de los Ayuntamientos de sus Municipios, así como de los trabajadores de las Instituciones y Organismos Coordinados y Descentralizados de carácter estatal, denominado ISSEMyM, que, de conformidad con los ordenamientos legales estatales se constituye en organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, cuyo propósito fundamental está orientado a otorgar prestaciones de seguridad social, así como mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de los derechohabientes de la entidad.

De este modo y como organismo auxiliar del poder Ejecutivo, forma parte de la Administración Pública del Estado y a través de los años ha sufrido cambios en su organización y funcionamiento para cumplir con su objeto en otorgamiento de servicios de atención médica a través del 103 unidades médicas, de las cuales 88 se ubican en el primer nivel, 11 en el segundo y 4 en el tercero, además de siete Unidades Médicas Móviles (UMM) que realizan actividades de promoción, prevención y evaluación médica, nutricional y psicológica a los servidores públicos en sus propios centros de trabajo. Se configura así, el ISSEMyM como la tercer institución de seguridad social más grande en el país, ya que opera a través de una plantilla de 5,800 servidores públicos en los servicios de salud, de los cuales 1,042 son médicos especialistas, 491 médicos generales, 92 odontólogos, 2,231 enfermeras, 484 técnicos en salud y 1,460 administrativos



Ma. de Jesús Mendoza Sánchez

de apoyo, además de los casi 500 médicos en adiestramiento que se adscriben a las unidades médicas.

Para los servicios asistenciales y sociales, ha logrado integrar estancias infantiles, escuela de música, centro social para adultos mayores y hoteles esencialmente para actividades recreativas, éstos ubicados en Valle de Bravo, Tonatico y El Ocotil que no sólo brindan servicios a sus derechohabientes, es decir, servidores públicos y aquellas personas que, al amparo de la legislación vigente, cumplan con los requisitos de afiliación, sino también abiertos a la población en general.

Con la nueva Ley del ISSEMyM publicada a finales del 2001, se amplió la cobertura del servicio a los hijos de los servidores públicos que continúen estudiando, por lo que reciben atención médica hasta los 25 años de edad; se genera el seguro facultativo que extiende los servicios de salud a descendientes o ascendientes de los servidores públicos mediante el pago de una cuota y se garantiza el acceso a los servicios de maternidad no obstante no haber cotizado seis meses en el servicio público; se reglamentan los riesgos de trabajo y se reconocen los derechos del trabajador para trasladar los años de servicio acumulados en la administración pública estatal, hacia otros sistemas de seguridad social. El esquema de pensiones que opera el ISSEMyM desde julio del año 2002 se basa en un régimen mixto que comprende un Sistema Solidario de Reparto y otro de Capitalización Individual, el primero se otorga de los fondos que se constituyen en una reserva común como pensión a los servidores públicos que cumplan con los requisitos que marca la ley -las pensiones por jubilación, edad y tiempo de servicio, inhabilitación, retiro en edad avanzada y fallecimiento-.

Datos del año 2010 refieren que el ISSEMyM brinda servicios a casi 100 mil derechohabientes que corresponden al 6% de la atención médica por institución en la entidad, específicamente a personal que labora en diversas dependencias del Gobierno Estatal, registrando una tasa de crecimiento anual promedio de 4.5%, mientras que los pensionados y pensionistas han crecido a una tasa anual promedio de 8.5% representando 32,110 personas.

Un apoyo fundamental en la atención de las principales enfermedades crónicas no transmisibles que aquejan a los mexiquenses, lo constituye el Centro Oncológico del ISSEMyM, a través del cual se atendieron en el 2010 más de dos mil casos nuevos de



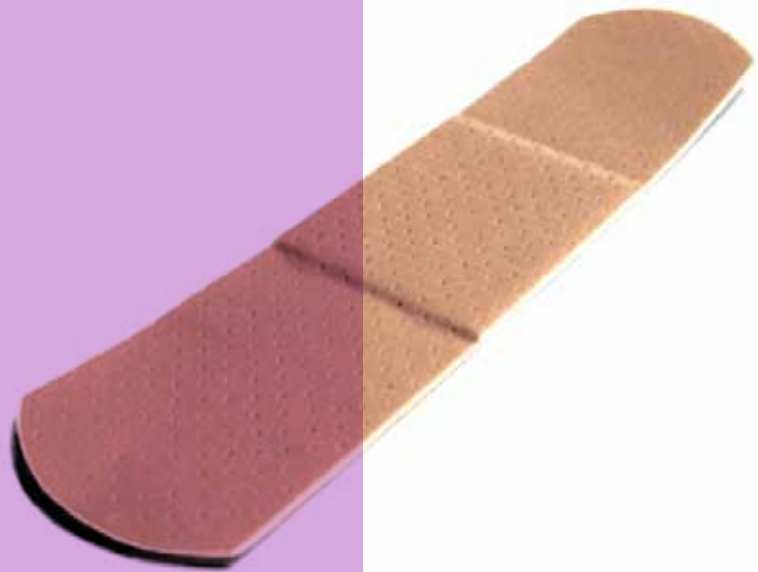
cáncer, lo que representó un incremento de 10% respecto del año 2009. La cifra es elevada considerando que a través de la respuesta social organizada, el ISSEMyM ha firmado convenios para la prestación de servicios en materia oncológica con el ISEM, atendiendo a pacientes provenientes del seguro popular y otro bajo porcentaje de no derechohabientes pero que solicitan el servicio.

La modernidad tecnológica también ha tocado al ISSEMyM y actualmente todas las unidades médico administrativas se encuentran conectadas mediante tecnologías convergentes con servicio directo a los derechohabientes, en donde queda incluido el manejo del expediente clínico electrónico. De igual modo se opera el sistema de comunicación interinstitucional denominado ISSEMyM T.V., que permite la difusión de contenidos multimedia, a través canales audiovisuales destinados a los derechohabientes del Instituto, profesionales de la salud, servidores públicos y población abierta, con lo cual se pueden favorecer la telemedicina y la comunicación de riesgos.

El modelo de gestión, que opera el ISSEMyM como un instrumento directivo que define los componentes y estrategias operativas para brindar servicios integrales de salud a los derechohabientes, considera cinco componentes: Regionalización de los Servicios, Calidad de los Servicios, Corresponsabilidad de los Derechohabientes, Gestión del Conocimiento e Impulso a la Investigación, mismos que en su aplicación garantizan cobertura, acceso oportuno y participación comunitaria, optimizando así la infraestructura existente, favoreciendo la capacitación a médicos y generando líneas de investigación en medicina y enfermería.

Durante el año 2010 el ISSEMyM reportó la atención de más de 2.9 millones de consultas, con más de 129 mil egresos hospitalarios y más de 33 mil intervenciones quirúrgicas. En cuanto a salud materna, atendió 8,922 eventos obstétricos y otorgó 5.9 millones de auxiliares de diagnóstico.

El manejo farmacológico se ha modernizado mediante la instrumentación de un modelo de abasto con reposición de inventarios en 48 puntos de consumo (Clínicas, Hospitales y Centros Médicos) y en 43 puntos de entrega a través de paquetes integrales de productos (Consultorios), bajo el esquema de pago por insumo efectivamente consumido, con lo cual se mejora la disponibilidad y oportunidad de los insumos más demandados por la derechohabiencia, pues ahora ya no se depende de los dos únicos almacenes que operaban a nivel regional (Toluca y Naucalpan). A través de este esquema, se ha logrado surtir más de 14 millones de piezas de medicamentos

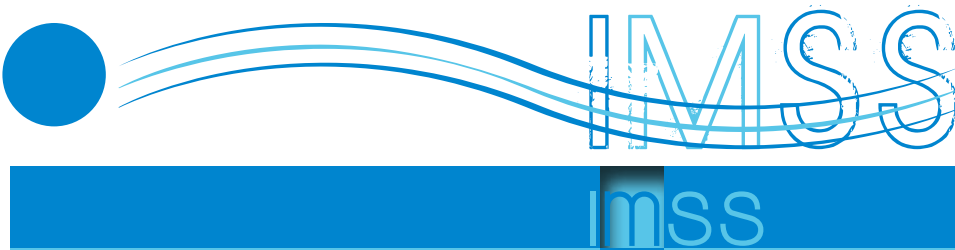
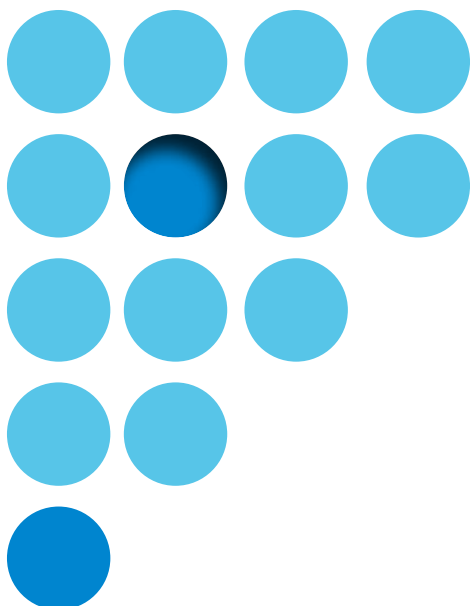


y al mismo tiempo, con la instalación del Comité Institucional de Farmacovigilancia, no sólo se realiza el abasto necesario, sino además la oportuna, notificación y evaluación de las reacciones adversas a los medicamentos que contribuye al uso racional de los fármacos, según lo establecido por el Programa Nacional de Farmacovigilancia y a la NOM 220 SSA1 2002.

Un aspecto que privilegia la institución, es la calidad de los servicios, por ello, el ISSEMyM opera el Sistema de Gestión de la Calidad bajo la Norma ISO 9001:2008 a fin de homologar criterios en la atención médica bajo estándares internacionales del Consejo de Salubridad General Federal.

Bibliografía

1. Orígenes del ISSEMyM. Disponible en <http://www.issemym.gob.mx/index.php?page=quienes-somos>
2. Plan Estatal de Desarrollo 2011-2017
3. Informe Anual 2010. ISSEMyM



Leonardo Muñoz Pérez

IMSS

El 19 de enero de 1943 nació el Instituto Mexicano del Seguro Social, con una composición tripartita para su administración, integrado, de manera igualitaria, por representantes de los trabajadores, de los patrones y del Gobierno Federal.

El IMSS es la institución de seguridad social más grande de América Latina, pilar fundamental del bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana y principal elemento redistribuidor de la riqueza en México.

Su misión es ser el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional, para todos los trabajadores y sus familias.

En México, la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

El Instituto Mexicano del Seguro Social es la institución garante de la salud de los trabajadores de México; la actividad cotidiana que realiza es muy versátil y compleja. Abarca una amplia gama de actividades de diversa índole, tales como la afiliación de patrones y trabajadores; la prestación de servicios médicos, de guarderías y sociales; el pago de subsidios por incapacidad y pensiones; el cobro de cuotas, recargos y multas; el registro y control de los ingresos y gastos; el control del presupuesto; la realización de inversiones; el desarrollo y mantenimiento

de sistemas de información; la adquisición de bienes para la operación; la atención de asuntos contenciosos; y la atención y orientación a la población derechohabiente, entre muchas otras.

Como todas las instituciones similares en magnitud y complejidad, el Instituto enfrenta muchos tipos de riesgos de corto y largo plazo, algunos de los cuales, en caso de materializarse, pueden afectar seriamente sus finanzas.

Actualmente el IMSS enfrenta los efectos de la transición demográfica y epidemiológica que anticipan un importante incremento en la demanda de atención médica de personas con enfermedades de alto impacto financiero, lo cual provoca presiones en los niveles de gasto del Instituto. En este sentido, la prevención, tratamiento y alivio de estos padecimientos constituye uno de los más grandes retos de la Institución.

A continuación se presentan las estimaciones del gasto que podría ejercer el IMSS, en las próximas cuatro décadas, con motivo de la atención médica que habrá de darse a seis padecimientos que concentran una proporción significativa de los recursos financieros del Instituto: diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal, cáncer cervicouterino, cáncer de mama y VIH/SIDA. El análisis se centra en estos seis padecimientos debido a que su tratamiento tiene un importante impacto financiero en el Instituto.

El gasto total estimado en 2012 para la atención médica de los seis padecimientos asciende a 71,352 millones de pesos, que equivale a 30.4 por ciento del gasto corriente del Seguro de Enfermedades y Maternidad para ese año. La diabetes mellitus y la hipertensión arterial concentran la mayor proporción de este gasto con una participación de 77.9 por ciento.

Para los seis padecimientos que se analizan se estima el gasto a partir de los siguientes componentes: i) gasto en consultas; ii) medicamentos y auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y iii) gasto hospitalario, que considera el precio de los grupos relacionados con el diagnóstico.

En las cifras más recientes publicadas sobre el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se presentan los siguientes datos:

Consultas totales, pacientes bajo tratamiento, egresos hospitalarios y estimación del gasto médico por componente, 2012

Padecimiento	Casos (miles)			Gasto médico (millones de pesos de 2013)			Total
	Consultas	Pacientes bajo tratamiento	Egresos hospitalarios	Consultas	Medicamentos y auxiliares de diagnósticos	Hospitalización	
Diabetes mellitus	13,065	2,131	70	7,032	21,340	5,386	33,757
Hipertensión arterial	16,141	6,137	26	8,540	12,411	846	21,798
Insuficiencia renal	1,002	119	76	782	7,259	3,492	11,533
Cáncer cervicouterino	104	43	5	95	269	342	706
Cáncer de mama	995	38	11	771	93	941	1,806
VIH/SIDA	195	29	3	135	1,361	257	1,753
Total	31,502	8,498	191	17,355	42,733	11,264	71,352

Las proyecciones del gasto médico de estos seis padecimientos se realizaron considerando dos escenarios. El primer escenario parte del supuesto de que las acciones preventivas y los avances médicos y tecnológicos contribuirán a disminuir las tasas de morbilidad de cada padecimiento en el largo plazo. En contraste, el segundo escenario supone que ni las medidas preventivas ni los avances científicos y tecnológicos de la medicina moderna impactarán de manera significativa en las tasas de morbilidad, razón por la cual éstas se mantendrán constantes a lo largo del periodo de proyección.

El IMSS cuenta con un régimen obligatorio, que protege a la mayoría de sus afiliados, y un régimen voluntario. El régimen obligatorio comprende cinco ramos básicos de protección social: seguro de enfermedad y maternidad, seguro de riesgos de trabajo, seguro de invalidez y vida, seguro de retiro y vejez, prestaciones sociales y seguro de guardería y otros. El seguro de enfermedades y maternidad garantiza atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria desde el primero hasta el tercer nivel, ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades temporales. Las personas no asalariadas pueden establecer un convenio voluntario con el IMSS a fin de obtener parte de los beneficios médicos de seguro de enfermedades y maternidad.

Actualmente, el Instituto cuenta con 1,499 unidades de primer nivel, de las cuales 1,118 son Unidades de Medicina Familiar (UMF) y 381 son unidades auxiliares, con una antigüedad promedio de 34 y 27 años, respectivamente. En el segundo nivel de atención, al 31 de diciembre de 2012, el inventario reporta 271 unidades con una antigüedad promedio de 37 años. Entre éstas, se incluyen 38 Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA), de las cuales 10 corresponden a unidades independientes y 28 son unidades anexas a UMF u hospitales. Las UMAA tienen una edad promedio de siete años. En el tercer nivel de atención se tienen 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) y 11 unidades médicas complementarias, tanto las UMAE como las unidades complementarias ofrecen servicios para la atención de patologías de alta complejidad diagnóstica y terapéutica. La infraestructura de tercer nivel tiene, en promedio, 39 años de antigüedad. En el Estado de México las unidades médicas se distribuyen de la siguiente forma, Delegación México Oriente 43 UMF, 17 unidades auxiliares, 11 hospitales y 3 UMAA. Mientras que en la Delegación México Poniente existen 42 UMF, 2 unidades auxiliares, 4 hospitales, 1 UMAA y 1 hospital de tercer nivel.

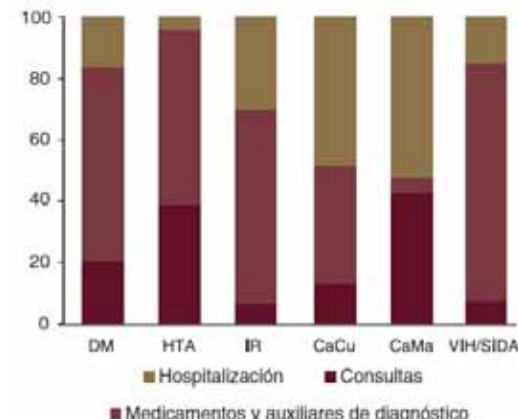
En un día típico el IMSS en todo el país otorga los siguientes servicios: Consultas Medicina Familiar 336,794, Consultas Especialidades 79,054; Consultas Dental 19,017; Atenciones Urgencias 50,335. Intervenciones Quirúrgicas 4,139; Partos Atendidos 1,262. Análisis Clínicos 758,657; Estudios Radiodiagnóstico 56,319.

Mientras que en el Estado de México, en un día típico de sus dos delegaciones, el IMSS otorga los siguientes servicios: Consultas Medicina Familiar 41,110; Consultas Especialidades 7,099; Consultas Dental 2,405; Atenciones Urgencias 3,244; Intervenciones Quirúrgicas 354; Partos Atendidos 125; Análisis Clínicos 77,869; Estudios Radiodiagnóstico 6,553.

El servicio de cirugía ocupa un lugar prioritario dentro de la organización de los servicios. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se realizan alrededor de 1.4 millones de cirugías al año y 3934 en un día típico. Las cifras indican que el IMSS destina muchos recursos a la atención obstétrica, ya que de las 1 436 094 cirugías realizadas durante 2004, la intervención más frecuente fue la operación cesárea con 222 928, que junto con los legrados, las oclusiones tubarias y las histerectomías concentran 37.6 % del total de las intervenciones quirúrgicas realizadas en el año. Las cesáreas se realizaron en 39 % de los partos ocurridos en 2004; 8.3 % se efectuó en mujeres adolescentes. Destacan las colecistectomías, casi seis veces más frecuentes en las mujeres de 20 a 59 años que en los hombres de la misma edad. Dentro de las principales intervenciones aparecen otras cirugías bastante comunes y de poca complejidad como las hernioplastias, apendicectomías, amigdalectomías, rinoplastias, biopsias y circuncisiones. Al cierre de 2012, el IMSS logró una tasa de mortalidad materna en el Régimen Ordinario de 26.4, es decir, 12.3 por ciento inferior a la registrada en 2002.

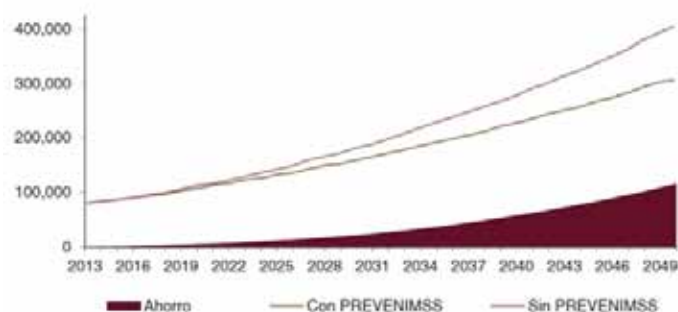
El IMSS al igual que el resto de las instituciones de salud del mundo, enfrenta dos fenómenos externos sobre los cuales tiene poca injerencia, estos son la transición demográfica y la transición epidemiológica, el Instituto debe focalizar sus actividades hacia la atención de sus servicios y prestaciones sustantivas, que son las que mayor impacto tienen sobre el bienestar de los derechohabientes. Es fundamental, también, trabajar en acciones concretas que resulten en incrementos a la productividad, brindando más y mejores servicios con calidad y calidez.

Estimación de la estructura porcentual del gasto médico por padecimiento¹, 2013



¹ DM: diabetes mellitus; HTA: hipertensión arterial; IRI: insuficiencia renal; CaCu: cáncer cérvico-uterino; CaMa: cáncer de mama; VIH/SIDA: virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

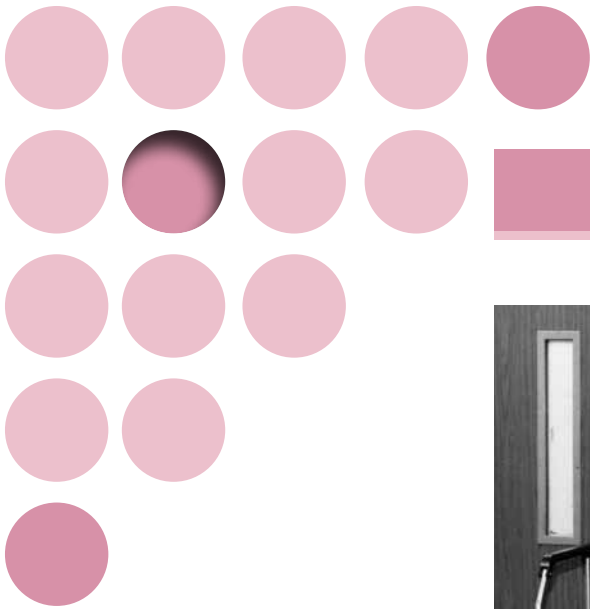
Comparativo del gasto médico estimado de los seis padecimientos¹ en los escenarios con y sin PREVENIMSS, 2013-2050 (millones de pesos de 2013)



¹ Se refiere a diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal, cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama y VIH/SIDA. Fuente: IMSS.

Bibliografía

Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y riesgos del IMSS 2012-2013 Gómez-Dantés O. y col. Sistema de salud de México. Salud pública Méx vol.53 supl.2, 2011. El IMSS en Cifras. Las intervenciones quirúrgicas. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2005; 43 (6): 511-520



imiem

Elsa Esther García Campos

IMIEM

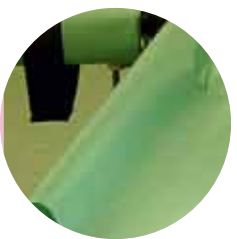
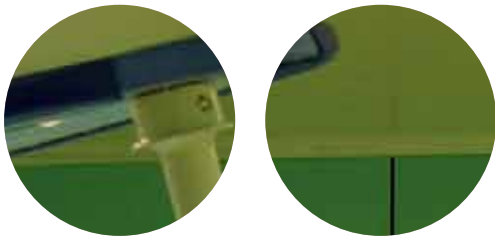
Con el objetivo de otorgar atención médica de tercer nivel tanto a la madre como al hijo en los padecimientos ginecológicos, obstétricos y neonatales, mediante la atención y manejo médico o quirúrgico de alta especialidad adecuada y oportunamente en la población Mexiquense, se creó el Instituto Materno Infantil del Estado de México (IMIEM) como un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, dicha creación se realizó bajo acciones en forma conjunta por la Secretaría de Salud y el Gobierno Estatal, formalizándolo en la publicación de la "Gaceta del Gobierno" el 13 de diciembre 2001.

Dentro del propósito fundamental además de contar con la atención materno-infantil de calidad y calidez, este Instituto promueve el desarrollo de investigaciones científicas en diversas áreas (biomédica, clínica, socio-médica y epidemiológica) a fin de ayudar al trabajo multidisciplinario y apoyar al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que se presenten, así mismo, se aplican programas de capacitación y actualización diseñados para el personal médico beneficiando la profesionalización de cada recurso humano para contar con el personal calificado y especializado para los servicios de atención que se otorgan. Las unidades médicas que conforman el IMIEM son: el Hospital para el Niño, Hospital de Ginecología y el Centro de Especialidades Odontológicas, lo que permiten tener la atención de tercer nivel en el Estado de México para la población de escasos recursos económicos y que no cuenten con alguna seguridad social en ésta entidad, cada unidad médica cuenta con consultorios de atención especializada, profesionistas calificados y especializados,



hospitalización (en el caso del Hospital del Niño y el Hospital de Ginecología) y una infraestructura individualizada.

INSTITUTO MATERNO INFANTIL DEL ESTADO DE MEXICO (IMIEM)	HOSPITAL DEL NIÑO	HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
<p>CONSULTORIOS DE ATENCION</p>	<p>Cirugía, medicina interna, pediatría, traumatología, oncología, alergología, hematología, neurología, dermatología, cardiología, cirugía maxilofacial, otorrinolaringología, ortopedia, rehabilitación y oftalmología. Con un total de: 19 consultorios</p>	<p>Medicina Interna, pediatría, gineco-obstetricia, salud reproductiva, planificación familiar, urología, displasias, epidemiología, nutrición, psicología y cardiología. Con un total de 17 consultorios</p>	<p>Con un total de 25 consultorios de estomatología para la consulta externa</p>
<p>PROFESIONISTAS ESPECIALIZADOS EN:</p>	<p>Pediatra (19) Cirujano (11), Internista (1), Oftalmólogo (1), Otorrinolaringólogo (1), Traumatólogo (6), Médicos Residentes Pediatras (42), Médicos Residentes Cirujanos (6), Internos de Pregrado (8), Enfermeras (382), Técnicos Laboratoristas (15), Técnicos Radiólogos (9), Trabajadoras sociales (22), Químicos (6), Nutriólogos (2), Otros profesionistas (14) y Otros Especialistas (54)</p>	<p>Medicina General (6), Neonatólogos (17), Gineco-Obstetras (46), Cirujanos (1), Internistas (4), Anestesiólogos (19), Médicos Residentes (Neonatólogos, Gineco-Obstetras, Anestesiólogos y Medicina Crítica) (64), Enfermeras Generales (190), Enfermeras Especialistas (131), Enfermeras Pasantes (8), Auxiliares de Enfermería (18), Enfermeras otras actividades (14) Técnicos Laboratoristas (15), Técnicos Radiólogos (5), Nutriólogos (3), Trabajadoras Sociales (29), Químicos (16), Psicólogos (3), Estadísticas (1) y Otras Especialidades (13). Con un total de: 603 profesionistas</p>	<p>Odontólogos Generales (14), Odontólogos Especialistas (17), Médico Anestesiólogo (1), Cirujanos (1), Técnicos Radiólogos (1), Lic. en Trabajo Social (1), Psicólogos (1), Técnicos (3), Enfermeras (3), Administrativo (10) Mantenimiento (1) e Intendencia (3). Con un total de: 56 profesionistas</p>



Infraestructura

5 quirófanos, 1 laboratorio de análisis clínicos, 6 peines de laboratorio, 1 laboratorio de histopatología, 2 equipos de rayos X, 1 equipo de tomografía, 3 equipos de ultrasonido, 1 equipo de resonancia magnética, 1 gabinete de física y rehabilitación, 1 farmacia, 1 cocina, 1 auditorio, 3 aulas de enseñanza, 1 biblioteca, 1 electrocardiógrafo, 1 electroencefalógrafo y 2 máquinas para hemodiálisis.

20 consultorios médicos, 6 quirófanos, 3 salas de expulsión, 1 laboratorio clínico, 1 laboratorio de microbiología, 5 peines de laboratorio, 1 banco de sangre, 2 equipos de rayos X, 8 equipos de ultrasonido, 3 equipos de electrocardiogramas, 1 equipo de mastografía, 1 biblioteca, 5 salas de enseñanza 1 auditorio, 1 farmacia, 1 comedor y 2 ambulancias.

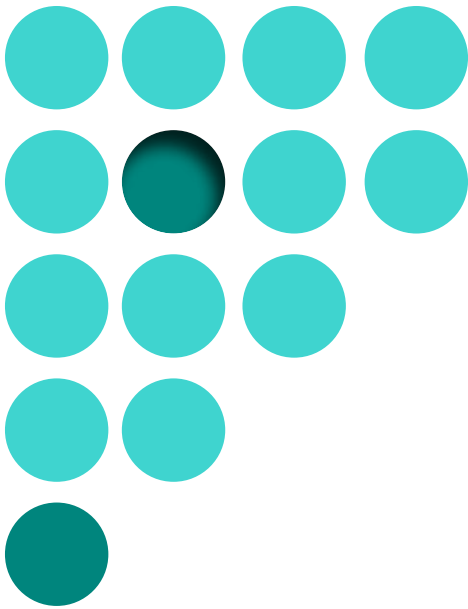
25 Unidades Dentales Completas, 4 Equipos de Rayos X, 1 Central de Equipos y Esterilización, 1 Farmacia, 1 Auditorio y 1 Aula de Enseñanza.

Camas censables	113	90	0
Camas no censables	79	155	0
Servicios que ofrecen a la población mexiquense	Análisis clínicos, Anatomía patológica, Aplicación de vacunas, Atención de urgencias, Consulta de pediatría de primera vez o subsecuente, Consulta de sub-especialidad de primera vez o subsecuente, hidratación oral, Inhaloterapia y Estudios radiológicos.	Análisis clínicos, Aplicación de vacunas, Consulta a la mujer en menopausia o climaterio de primera vez o subsecuente, Consulta de displasias de primera vez o subsecuente, Consulta de esterilidad e infertilidad, Consulta medicina materno-fetal, Consulta de Psicología, Consulta de urología ginecológica de primera vez o subsecuente, Consulta médica ginecológica de primera vez o subsecuente, Consulta médica obstétrica de primera vez o subsecuente, Consulta para madre adolescente de primera vez o subsecuente, Estudios de mastografía, Estudios de Rayos X, Estudios de ultrasonografía, Neonatología y Urgencias.	Cirugía Maxilofacial, Consulta de Ortodoncia, Consulta de Ortopedia Maxilar, Consulta de Odontopediatría, Consulta de Psicología, Consulta Odontológica a la Mujer, Endodoncia, Estudios de Rayos X, Ingreso al servicio odontológico, Odontología Infantil, Prevención, Servicio de perodoncia, Servicio de urgencia y Terapia de lenguaje.

En las instalaciones del IMIEM se concentran las funciones administrativas y las actividades de investigación y enseñanza que interactúan con el manejo y control de las enfermedades que presentan las demás unidades que lo integran. Gracias al seguimiento administrativo del trabajo que realiza cada una de las unidades bajo un trabajo multidisciplinario, el IMIEM ha logrado avances en el cuidado de la salud tanto de la madre como de los hijos Mexiquenses, obteniendo resultados en mejoras anuales de metas programadas que establece dicha Institución en beneficio de la población, reportes 2012 han revelado algunos de los alcances de los diversos servicios que otorgan las unidades de atención. En el HOSPITAL DEL NIÑO se realizaron 3,275 intervenciones quirúrgicas, 59,876 consultas externas de especialidad, 337,611 estudios de diagnóstico y tratamiento, entre otros. En el HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, la consulta externa de tercer nivel de enero a diciembre 2012 de especialidad fue de 22,731, la consulta externa de subespecialidad fue de 8,784 y la consulta de urgencia fue de 27,891, 11, además se realizaron 385 detecciones de cáncer cérvico uterino y displasia, 13,719 detecciones de cáncer de mama mediante exploración física, 12,651 hospitalizaciones de neonatos, 383, 645 estudios de diagnóstico obstétrico y ginecológico, entre otros y en el CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS: en 2012 la consulta odontológica especializada fue de 44,456 y se realizaron 29,812 tratamientos de odontología especializada, entre otras acciones.

Bibliografía

1. Gaceta de Gobierno del Estado de México. MANUAL DE ORGANIZACION DEL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL INSTITUTO MATERNO INFANTIL DEL ESTADO DE MEXICO. 19 de Marzo 2013. Disponible en: <http://www.edomex.gob.mx/legistelfon/doc/pdf/gct/2013/mar193.PDF>
2. Gobierno del Estado de México. Instituto Materno Infantil del Estado de México. Estadísticas 2013. Disponible en: <http://salud.edomex.gob.mx/imiem/estadisticas.htm>
3. Gobierno del Estado de México. Instituto Materno Infantil del Estado de México. Antecedentes 2013. Disponible en: <http://salud.edomex.gob.mx/imiem/investigacion.htm>
4. Gobierno del Estado de México. Instituto Materno Infantil del Estado de México. Unidades Médicas. 2013. Disponible en: <http://salud.edomex.gob.mx/imiem/hospitales.htm>



ISSSTE

Antecedentes

Predecesora del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, fue la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro. Esta Dirección, como organismo público descentralizado con atribución pública y personalidad jurídica propia, nació en la vida jurídica de México mediante la expedición de la Ley de Pensiones Civiles y de Retiro el 12 de agosto de 1925.

En ese periodo de iniciación se comenzó a estructurar y a organizar la Dirección de Pensiones y para el efecto se crearon las oficinas que se estimaron necesarias, entre ellas una Subdirección y los departamentos de Pensiones, Contabilidad, Préstamos, Ingenieros y Estadísticas, así como la Caja.

Trece años después, el 1 de noviembre de 1938, surgió la Federación de Sindicatos de los Trabajadores al Servicio del Estado (FSTSE), que en ese mismo año promulgó su Estatuto Jurídico. Con ello se daba a los trabajadores del Estado personalidad jurídica propia y se garantizaba la seguridad en el empleo y la libre asociación para la defensa de sus intereses.

Hacia el año de 1947, la Ley de Pensiones sufrió reformas significativas orientadas a extender la gama de prestaciones, mejorar la calidad de las ya existentes e incorporar el régimen de la seguridad social a un mayor número de trabajadores y organismos públicos.

En 1959 se transforma y adiciona el apartado B del artículo 123 constitucional, donde se incorporan las garantías que el Estatuto Jurídico de la FSTSE había planteado para los servidores públicos.

El mismo año, con motivo del XXI aniversario de la expedición de dicho



Luis Anaya López

Estatuto, en una ceremonia en el Palacio de Bellas Artes, el presidente Adolfo López Mateos anunció que presentaría al Congreso de la Unión la iniciativa de Ley que daría origen al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la cual fue discutida, aprobada y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de diciembre de 1959, por lo que la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro se transforma, en 1960, en el ISSSTE.

La Ley del ISSSTE se constituía en México como la primera en responder a una visión integral de la seguridad social, cubriendo tanto asistencia a la salud, como prestaciones sociales, culturales y económicas, cuyos beneficios se extendían y se extienden a los familiares de los trabajadores.

En 1960, el ISSSTE amparaba a 129 mil 512 trabajadores, 11 mil 912 pensionistas y 346 mil 318 familiares, es decir, un total de 487 mil 742 derechohabientes beneficiados con las 14 prestaciones que marcaba la nueva Ley.

- Seguro de enfermedades no profesionales y de maternidad.
- Seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.
- Servicios de reeducación y readaptación de inválidos.
- Servicios para elevar los niveles de vida del servidor público y su familia.
- Promociones que mejoren la preparación técnica y cultural, y que activen las formas de sociabilidad del trabajador y su familia.
- Créditos para la adquisición en propiedad de casas o terrenos y construcción de moradas destinadas a la habitación familiar del trabajador.
- Arrendamiento de habitaciones económicas propiedad del Instituto.
- Préstamos hipotecarios.
- Préstamos a corto plazo.
- Jubilación.
- Seguro de vejez.
- Seguro de invalidez.
- Seguro por causa de muerte.
- Indemnización global.

De esta manera, con la Ley del ISSSTE, algunas prestaciones que habían sido complementarias pasaron a ser obligatorias para el Instituto.

El patrimonio del ISSSTE se integró principalmente con las propiedades, derechos y obligaciones que formaban parte de la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro, así como con sus fuentes de financiamiento.

El Instituto integró bajo la denominación "Servicios Sociales" un conjunto de prestaciones que se caracterizaban por apoyar socialmente al asegurado y su familia, básicamente a través de la atención a niños en guarderías, renta y venta de departamentos en desarrollos multifamiliares, prestación de servicios funerarios y apoyo en general a la economía familiar.



El Estatuto Jurídico de los trabajadores al servicio del Estado quedó abrogado el 28 de diciembre de 1963, y en la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio de Estado, reglamentaria del apartado B del artículo 123 constitucional, se incluyeron los seguros, servicios y prestaciones establecidos en el capítulo de la seguridad social como contraprestación de la relación laboral con el Estado.

El 8 de septiembre de 1965 la Junta Directiva aprobó el primer reglamento interior del ISSSTE que plasmaba su organización y funcionamiento.¹

El ISSSTE se crea como un organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, denominado Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, con domicilio en la Ciudad de México, Distrito Federal, que tiene como objeto contribuir al bienestar de los Trabajadores, Pensionados y Familiares Derechohabientes, en los términos, condiciones y modalidades previstos en esta Ley.² Misión: Contribuir a satisfacer niveles de bienestar integral de los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y familiares derechohabientes, con el otorgamiento eficaz y eficiente de los seguros, prestaciones y servicios, con atención esmerada, respeto, calidad y cumpliendo siempre con los valores institucionales de honestidad, legalidad y transparencia.³

Visión: Posicionar al ISSSTE como la institución que garantice la protección integral de los trabajadores de la Administración Pública Federal, pensionados, jubilados y sus familias de acuerdo al nuevo perfil demográfico de la derechohabiencia, con el otorgamiento de seguros, prestaciones y servicios de conformidad con la normatividad vigente, bajo códigos normados de calidad y calidez, con solvencia financiera, que permitan generar valores y prácticas que fomenten la mejora sostenida de bienestar, calidad de vida y el desarrollo del capital humano.⁴

Es mediante la operación eficiente del Instituto que los servidores públicos disponen en su beneficio de los Seguros, Prestaciones y Servicios establecidos en los Artículos Tercero y Cuarto de la Ley del ISSSTE. Estos Seguros, Prestaciones y Servicios se dividen en dos grandes rubros: las prestaciones económicas y las prestaciones en especie. Algunas de ellas se otorgan a todos los derechohabientes; y otras son exclusivas de los trabajadores en activo y en retiro.⁵

Atención Pre-Hospitalaria

Brindamos servicio en el domicilio, centro de trabajo o vía pública y, en caso de ser necesario, canalizamos al Derechohabiente (familiares, pensionados y jubilados) a la unidad hospitalaria. Ofrecemos soporte vital básico, avanzado o cuidados intensivos, ante un problema de salud urgente y grave. Si el contacto es telefónico, es importante proporcionar nombre completo del usuario, sexo, edad y, de ser posible, número de afiliación.

Centro Regulador De Urgencias Médicas

Ofrecemos, vía telefónica, atención y asesoría personalizada a la población Derechohabiente (familiares, pensionados y jubilados), las 24 horas, los 365 días del año. Personal médico y paramédico responderá a nuestra derechohabiencia con calidad y ética. Valoramos y/o brindamos apoyo vital avanzado desde el lugar de los hechos, mismo que puede ser:

- Domicilio del paciente
- Centro de trabajo
- Atención en la vía pública
- Traslado al hospital

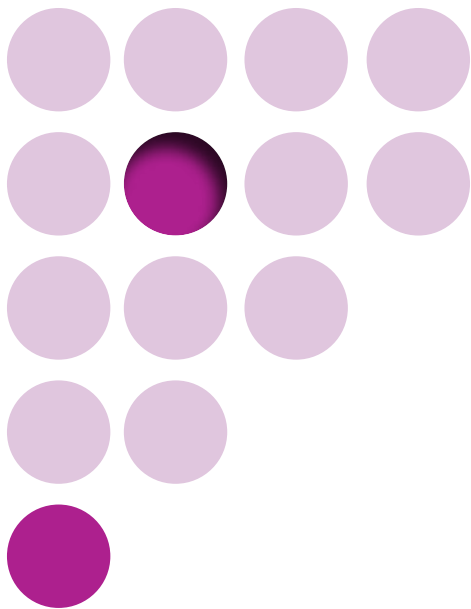
Traslado Programado

Este servicio consiste en el traslado de Derechohabientes (familiares, pensionados y jubilados) de una Unidad Médica a otra del Instituto o, bien, de otra Unidad Médica que no pertenezca al Instituto. El tiempo de respuesta corresponderá con la valoración médica y la disponibilidad del recurso.⁶

ISSSTE-Tel es un servicio de orientación e información telefónica para atender de manera eficiente, efectiva y oportuna tus dudas sobre los seguros, servicios y prestaciones que por ley te corresponden. También es una vía para que nos expreses tus inconformidades, sugerencias, reconocimientos y solicitudes de servicio.⁷

Bibliografía

1. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Antecedentes. Disponible en <http://www2.issste.gob.mx:8080/index.php/historia>
2. Poder Ejecutivo Federal. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Disponible en <http://www2.issste.gob.mx:8080/images/downloads/instituto/quienes-somos/leydelissste.pdf>
3. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Misión. Disponible en <http://www2.issste.gob.mx:8080/index.php/mision>
4. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Visión. Disponible en <http://www2.issste.gob.mx:8080/index.php/vision>
5. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Carta al Derechohabiente. Disponible en http://www2.issste.gob.mx:8080/images/downloads/instituto/quienes-somos/seguros_prestaciones_y_servicios_030707.pdf
6. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. ISSSTE-Emergencias. Disponible en <http://sgm.issste.gob.mx/medicaissstemergencias.php>
7. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. ISSSTE-TEL. <http://www2.issste.gob.mx:8080/index.php/contactanos/issste-tel>



La agenda

La agenda

Ana Laura Toledo Avalos

JULIO

08	Día mundial de la población
11	Día mundial de la alergia

AGOSTO

02	Día mundial de la lactancia
1-7	Semana mundial de la lactancia materna
09	Día internacional de las poblaciones indígenas
12	Día internacional de la juventud
13	Día internacional de los zurdos
19	Día mundial de la asistencia humanitaria
23	Día Internacional para el Recuerdo del Comercio de Esclavos y su Abolición.
25	Día del donador altruista de sangre
28	Día del adulto mayor
31	Día Internacional de la Solidaridad

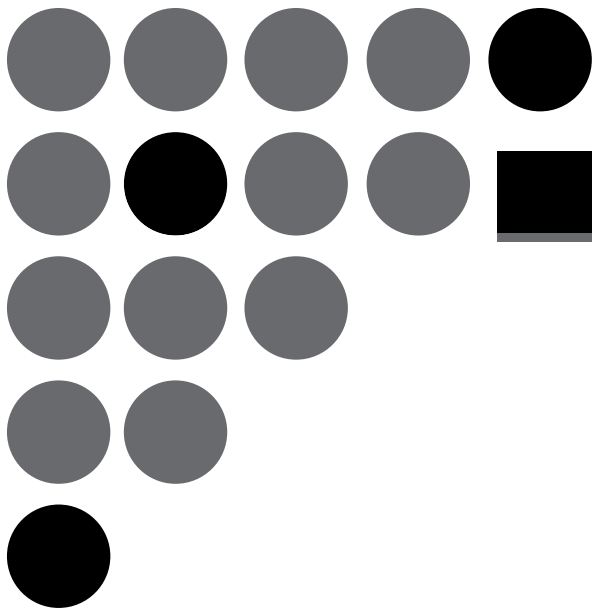
SEPTIEMBRE

08	Día Internacional de la Alfabetización.
10	Día Mundial para la Prevención del Suicidio
12	Día Internacional de Acción contra la Migraña
15	Día mundial del linfoma
16	Día Internacional de la Preservación de la Capa de Ozono
17-22	II Semana nacional de vacunación antirrábica
21	Día mundial del Alzheimer Día internacional de la paz
25	Día mundial del corazón Día internacional de la Ataxia
26	Día nacional de la donación y trasplante de órganos y tejidos
26	Día nacional de la donación y trasplante de órganos y tejidos
28	Día mundial de la rabia Día Internacional del Síndrome de Arnold Chiari
30	Día Mundial de la Retinosis Pigmentaria





Fidel Velázquez No. 805,
Colonia Vértice,
Toluca,
Estado de México,
C.P. 50150.
Teléfono: (722) 2-19-38-87.



Eventos

eventos

Julio 2013.
X Consenso
Médico
Mexiquense
AMM



Julio 2013.
Día Mundial de
la Población.
Teatro Morelos



Septiembre
2013.
Congreso
Iberoamericano
de
Epidemiología
y Salud
Publica en
la Escuela
Andaluza de
Salud Publica



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Mexiquenses
más sanos



GENTE QUE TRABAJA Y LOGRA
enGRANDE