



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

División de Ciencias Biológicas y de la salud
Maestría en Medicina Social

**Acceso a la Atención Neurológica en el Tercer Nivel:
Protección Financiera en Salud**

T E S I S

Que para obtener el grado de
Maestra en Medicina Social

PRESENTA

Georgina Suzanna Volkens Gaussmann

Directora de Tesis:

Dra. Carolina Tetelboin Henrion

México, D. F.,

Diciembre de 2010

Agradecimientos:

Pasaron 20 años soñando la conclusión de un proyecto escolar pospuesto.

Hoy la realidad es que cumpla con uno más de mis proyectos de vida.

A Albert y Gaby, papi y mami, la razón de estar aquí, en este mundo lleno de amor, contradicciones y oportunidades.

A Paula y Julia, mi inspiración permanente

A Hugo, por lo que compartimos

A mis hermanas y hermanos, los que me tocaron (Alberto y Jacqueline) y los que de corazón elegí.....Gracias por estar siempre cerca.....Patricia, Isa, Helena, Martha, Maruquita, Claus.....

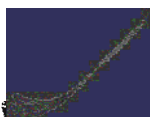
A mis amigas y amigos, los cercanos y no tanto....

A mis maestras y maestros, a mis colegas de encuentros y desencuentros

A los estudiantes de Trabajo Social que me han enseñado la maravilla de ser docente

A mis compañeras y compañeros del INNN

A los pacientes y familiares.....a los seres humanos que me hacen ser humana todos los días.



CONTENIDO

Introducción	4
CAPÍTULO I Antecedentes	9
1.1. La Salud en México en el Tercer Nivel de Atención	11
CAPÍTULO II Estado del Arte	16
CAPÍTULO III Marco de Referencia Los Servicios de Salud a lo largo de la historia de las últimas cuatro décadas	23
CAPÍTULO IV Desarrollo de la Investigación	30
Planteamiento del problema	30
Justificación	34
Objetivos	34
Hipótesis	35
Desarrollo Metodológico	35
CAPÍTULO V Acercamiento a los enfoques teóricos sobre el Proceso Salud-Enfermedad y Atención	37
Conceptualización	
RESULTADOS	
CAPÍTULO VI Lineamientos institucionales para la asignación del nivel socioeconómico en una institución de Tercer Nivel de Atención	43
6.1. El Estudio Socioeconómico en el INNN: Perfil de los usuarios	46
CAPÍTULO VII El apoyo institucional: una alternativa para la equidad en la atención a la salud	51
CAPÍTULO VIII Discusión de resultados: Apoyo institucional a pacientes atendidos en el INNN en el periodo 2007-2008	61
CAPÍTULO IX Conclusiones y Propuestas	71
Apexos	76
Bibliografía	88

INTRODUCCIÓN:

Cuando se habla de universalización de la salud, se sostiene que bajo ningún motivo deberá concebirse como mercancía, tampoco como caridad y mucho menos que sólo accedan a ella aquellos que cuentan con los recursos para cubrir los costos de atención.

No son las condiciones económicas las que deben determinar el acceso y, por ende, la calidad de vida de la población; más bien se trata de crear y consolidar políticas públicas que aseguren servicios de salud integrales y de calidad y, para ello, es importante contar con diagnósticos oportunos, tratamientos correctos, medicamentos al alcance de todas las personas que los requieren y, en ese sentido, aceptar que ante la inexistencia de cobertura total en todos los niveles de atención, pero particularmente en el tercer nivel, es necesaria la intervención de los profesionales de la salud, con la claridad de hacer cumplir las políticas públicas con perspectiva de derecho social.

Abarcar a la población más alejada de los satisfactores básicos, regionalizar, descentralizar para alcanzar la cobertura y equidad en Salud, significa contar con servicios públicos, capacitación permanente de personal profesional en todas las áreas en las que se requiere; en suma, lograr la salud para toda la sociedad.

La definición de salud, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007) es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, instancia establecida en 1948 para lograr el nivel de salud más alto posible por medio de la promoción de la cooperación técnica en materia de salud entre las naciones, la aplicación de programas para combatir y erradicar las enfermedades y la mejora de la calidad de vida. Sus objetivos establecen reducir el exceso de mortalidad, morbilidad y discapacidad con especial énfasis en las poblaciones pobres y marginadas, promover estilos de vida saludables y reducir los riesgos para la salud y desarrollar sistemas de salud más justos y eficaces que sean financieramente más equitativos.

En México el artículo 4° de la Constitución Federal recoge el derecho a la salud como derecho ganado por la sociedad; un derecho fundamental cuyo cumplimiento es responsabilidad del gobierno y al que, en medio de las numerosas y graves crisis financieras de los últimos años, se cuestiona su desempeño. La revisión jurídica de este derecho para volverlo inequívocamente universal y exigible debe ser una prioridad, por lo que Estado y Sociedad deben dirigirse al cumplimiento del objetivo de la salud pública universal y una política fiscal que permita superar pronto la grave debilidad financiera, organizativa e institucional en que ha caído el Estado.

Por lo anterior, es necesario describir cómo es que en México se lleva a cabo la prestación de servicios, desde el primero al tercer nivel, éste último donde se ubica el INNN.

Los Institutos Nacionales de Salud (INSALUD) son considerados instituciones de alta especialidad, y en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (INNN) se atiende a personas con problemas neurológicos, que requieren de estudios, cirugías, tratamientos farmacológicos prolongados, y otras intervenciones de altos costos, como Radioneurocirugía (RNC) o Terapia Endovascular (TEV)¹; enfermedades neuroinfecciosas y crónico-degenerativas. Se atiende a una población de 5000 casos nuevos por año² que, en su mayoría, ya fueron recibidos en otras instancias de salud, y fueron referidos a este servicio por requerir atención y equipos especializados para mejorar sus condiciones de salud.

¹ La Radioneurocirugía es la administración de radiación, con un alto grado de precisión a células tumorales; la Terapia Endovascular, consiste en navegar a través de las arterias y corregir alteraciones vasculares y otros tumores localizados en el sistema nervioso central y periférico (aneurismas cerebrales y enfermedad vascular cerebral), en: Médicos de México, El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, Edición Especial, Año 6 No. 73, Nov. 2007

² 70% de la población anual atendida en el INNN, 2007-2009.

La realidad socioeconómica de los usuarios que acuden al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (INNN) no es alentadora: niveles socioeconómicos cuyos ingresos no rebasan los tres salarios mínimos; desembolso que realizan a través de otras redes primarias y secundarias que se convierten en deudas permanentes; en el caso de defunciones, se agregan los gastos funerarios y traslado al lugar de origen. La zona de ubicación, tipo de vivienda, lugar de residencia, salud familiar y evidentemente, cambios drásticos en la dinámica familiar, son los indicadores que se consideran fundamentales para la intervención social.

Al tomar en consideración que el instituto tiene como meta anual (2009-2010) obtener entre 60 y 70 millones de pesos por concepto de cuotas de recuperación (ingresos propios) para compra de equipo, insumos y medicamentos necesarios para la atención de calidad que pretende el INNN, surge una paradoja; por un lado, se sostiene que la atención es prioritaria (independientemente del subsidio que otorga la institución); por otro lado, se solicita a los usuarios anticipos de pago fijados desde la administración dependiendo del nivel socioeconómico asignado, y se decide el tipo de tratamiento que requerirá el paciente. En los casos de TEV, es requisito para el usuario cubrir un pago inicial de 20 mil pesos sin considerar su nivel socioeconómico; además, los laboratorios externos al INNN ofrecen costos elevados para la compra de material e insumos necesarios para el tratamiento; costos que en muchas de las ocasiones no pueden cubrir los usuarios de los servicios. Es en este momento cuando se requiere la participación del Trabajador Social. El papel del trabajador social en el área de las neurociencias (profesional de la salud encargado de aplicar el estudio socioeconómico y conocer la situación social que viven el paciente, familia y entorno), merece una reflexión en la identificación de contradicciones como –por un lado– la detección de necesidades sociales para intervenir con modelos concretos de participación y acción para el beneficio individual y colectivo de los grupos más desfavorecidos y –por el otro– cumplir con los mandatos institucionales, no siempre a favor de los usuarios, en términos de equidad; así entonces, hay un dilema ético.

Al ser Trabajo Social una profesión dirigida a la intervención, el objetivo de este trabajo es analizar las prácticas sociales que se aplican en una institución pública de salud de alta especialidad; específicamente, en la atención a los usuarios sin seguridad social, con problemas neurológicos. Los datos analizados en los años 2007 y 2008, relacionados con la información recabada a través de los estudios socioeconómicos y registros que concentran los apoyos institucionales otorgados en este periodo de tiempo, muestran las inequidades en salud que en el tercer nivel de atención se manifiesta con pacientes con problemas neurológicos, así como la respuesta de la institución especializada en la intervención de los casos, destacando la atención médica, los costos que ésta representa para el paciente y su familia y para la institución.

En la presente investigación se desarrolló la temática relacionada con el acceso a la atención neurológica, que se ubica en el tercer nivel de atención, en donde se plantea la situación de riesgo que prevalece en pacientes con enfermedades neurológicas, mismas que llegan a ser discapacitantes y que representan gastos importantes y cambios en la dinámica de la familia. Se describió la política de financiamiento que prevalece en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, considerando la problemática socioeconómica de los usuarios atendidos en la institución, los costos que representa la atención, los motivos de apoyo, para, finalmente, a partir de la implementación de políticas internas, buscar la equidad en la cobertura de salud de alta especialidad.

El documento contiene nueve capítulos. En el primero llamado "Antecedentes" se presenta un panorama general sobre la estructura del Sector Salud, describiendo los niveles de atención, principalmente el tercer nivel, donde se ubica el INNN, enfatizando las principales causas de morbi-mortalidad.

En el capítulo 2 llamado "Estado del Arte", se muestran investigaciones realizadas sobre el impacto de los gastos en salud, definiendo las características de los gastos de bolsillo, gastos catastróficos por motivos de salud en el mundo, señalando algunos de los diferentes enfoques de las investigaciones en torno al tema.

El capítulo 3 "Marco de Referencia", se hace un recorrido a lo largo de la historia en torno a los servicios de salud en México; el capítulo 4 se centra en el desarrollo de la investigación, con sus respectivos apartados: planteamiento del problema, justificación, objetivos e hipótesis, que en suma, evidencian la preocupación por conocer la situación

económica de los pacientes atendidos en el INNN y la intervención de Trabajo Social para el otorgamiento del apoyo institucional. En el capítulo 5 se realiza un acercamiento a algunos enfoques teóricos relacionados con el proceso salud-enfermedad, atención.

De los capítulos 6 al 8, se exponen los resultados obtenidos durante la investigación; entre ellos, los lineamientos institucionales, el perfil de los usuarios y el apoyo institucional como una alternativa para la equidad en la atención a la salud. Finalmente, se presenta la discusión de los resultados de 2007-2008, con el apoyo institucional.

Se concluye con el capítulo 9 Conclusiones y Propuestas que permiten al lector la reflexión del trabajo aquí presentado, desde la mirada de la Medicina Social y el Trabajo Social.

CAPÍTULO I ANTECEDENTES

“La alta especialidad significa la profundización del conocimiento médico al estado en que se encuentra la investigación de vanguardia, la traducción de los resultados de la ciencia a las circunstancias de la atención a la salud, la reducción del tiempo entre la generación del conocimiento y su utilización en beneficio de los pacientes y el empleo de recursos tecnológicos complejos o costosos en la atención de las enfermedades”³

Dada la complejidad y diversidad de enfermedades existentes, el sector salud ha organizado la prestación de los servicios en tres niveles de atención, que se dirigen a atender a la población realizando funciones específicas, manteniendo una relación directa entre los tres niveles. Para comprender la importancia del tercer nivel de atención es necesario identificar las características particulares de las unidades médicas, que se dividen de la siguiente manera:

Primer nivel: se trata de la vinculación inicial y más importante de la población con los servicios de salud; constituye la puerta de entrada a los servicios de salud pública, comprende acciones dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y su entorno; se enfoca básicamente a preservar y conservar la salud, constituido por los centros de salud, consultorios médicos, dispensarios y unidades de medicina familiar, donde se proporciona

La alta especialidad se brinda en los Institutos Nacionales de Salud (INSalud) que son un conjunto de 12 instituciones agrupadas en un subsector del Sector Salud; su ámbito de acción corresponde a todo el territorio nacional y tienen como objetivo principal la investigación científica en el campo de la salud, la capacitación, capacitación de recursos humanos capacitados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad. Son organismos públicos descentralizados, que de acuerdo con la Ley Orgánica de Administración Pública Federal, han sido creados por ley o decreto y poseen personalidad jurídica y patrimonio propio.

Existen también los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE) que tienen como objetivo principal la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad, con oportunidad, calidad, capacitación y formación de recursos humanos, así como la participación y formación de recursos humanos, en actividades de investigación para la salud. En: Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, Programa de Acción Específico 2007-2012. Medicina de Alta Especialidad, Primera Edición, Secretaría de Salud, México, p. 11



Atención de consulta externa. Su función primordial está relacionada con actividades de prevención, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico, protección específica y planificación familiar, así como tratamiento oportuno y rehabilitación, de aquellos padecimientos que se presentan con frecuencia y cuya resolución es factible mediante la atención ambulatoria basada en una combinación de recursos de poca complejidad técnica.

Segundo nivel: está constituido por unidades médicas con mayor complejidad, son atendidos problemas que requieren de servicios ambulatorios especializados y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de aquellos que se presentan espontáneamente con urgencias médico-quirúrgicas, cuya resolución demanda la conjunción de técnicas y servicios de mediana complejidad a cargo de personal especializado; se efectúan acciones de vigilancia epidemiológica y de fomento sanitario en apoyo de las acciones realizadas en el primer nivel.

Tercer nivel: la atención proporcionada en estas unidades es de alta especialidad; (Institutos Nacionales y los recientemente creados Hospitales Regionales de Alta Especialidad); se desarrollan actividades de restauración y rehabilitación de la salud a los enfermos, referidos por los otros niveles, que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, que requieren aquellos pacientes con enfermedades complejas; por el nivel de especialidad con el que se cuenta son de gran importancia a nivel nacional e internacional en investigación y equipo médico.

Para la población atendida se proporciona acceso a cirugías, con equipos de alta especialidad, a costos menores que en la medicina privada, (determinados mediante investigación socioeconómica elaborada por trabajadores sociales); se atiende a población de todo el territorio nacional y en algunos casos extranjeros, que acuden en busca de servicios médicos especializados.

1.1 La Salud en México en el Tercer nivel de atención

Las enfermedades del Sistema Nervioso han afectado a los seres humanos desde el principio de la historia, los antecedentes de los cuales se tienen registro datan del siglo IV mil A.C. donde se encontraron traumas craneoencefálicos, los estudios antropológicos muestran que alrededor del año 3000 A.C., se practicaban trepanaciones, identificadas por las huellas de los cráneos encontrados principalmente en Europa, Egipto y América.

En México, cráneos descubiertos con características similares corresponden a los años 500 y 900 A.C. encontrados en Tlatilco, Monte Albán y Oaxaca; para 1880 se imparte la Cátedra de Enfermedades del Sistema Nervioso en la Escuela de Medicina de la Ciudad de México; de 1935 a 1940, el campo neurológico adquiere la categoría de especialidad, se establecen las primeras unidades de Neurología y Neurocirugía incluidos en las áreas de Medicina Interna o Cirugía General en diversos hospitales del país. La necesidad de mejorar la atención de los pacientes con enfermedades neurológicas obliga a pensar en la idea de un instituto que unieran esfuerzos con un mismo objetivo.

El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (INNN) ha transitado por diferentes procesos y etapas históricas; sus inicios se ubican en la década de los cuarenta, durante la cual se presentó la necesidad de dar atención a enfermos con padecimientos del sistema nervioso a través de médicos y personal capacitado.

El proyecto de construcción del Instituto surgió en las instalaciones del Hospital Juárez, en razón de la inquietud de algunos médicos por la falta de atención adecuada a enfermos con estos padecimientos, y quienes trabajaron en la consolidación del concepto de Neurociencias y la integración funcional de la Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría.



En el inicio de los setenta, en la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia se creó la Dirección de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación, siendo el director el Dr. Manuel Velasco Suárez⁴.

El INNN se mantiene como un centro de referencia en el estudio de las Neurociencias y enfrenta la transición epidemiológica y demográfica que se vive en México. (INNN, 2007)

Es un centro de Asistencia, Docencia e Investigación de las Neurociencias; cuenta con cinco Subdirecciones (Neurocirugía, Neurología, Neuropsiquiatría, Consulta Externa y Urgencias), con 52 departamentos que cubren todas las ciencias médicas afines, como la neurología, Neurooftalmología, Neurofisiología, Neurogenética y Neuroimagen, entre otras, y con 30 laboratorios especializados donde se realizan estudios de los más diversos ámbitos.

La Misión del INNN es proporcionar al paciente neurológico y neuropsiquiátrico atención médico-quirúrgica de punta, a través del uso eficaz y eficiente de sus recursos hospitalarios y de la excelencia del factor humano, que le permita mejorar su calidad de vida. Por su lado, la visión a la que se dirige es ser una institución reconocida por su calidad y alto desempeño en atención médico-quirúrgica, ética, humanista, científica y tecnológica del enfermo del sistema nervioso en el campo de las neurociencias.

Sus objetivos específicos en el área de la atención médica son:

Realizar estudios e investigaciones clínicas, epidemiológicas, experimentales, de desarrollo tecnológico y básico, en las áreas biomédicas y sociomédicas en el campo de sus especialidades, para la comprensión, prevención, diagnóstico y

⁴ Se formalizó con el decreto expedido por el presidente, Miguel Alemán Valdés el 27 de febrero de 1952, con el propósito de la creación del Instituto en los predios del Centro Médico Nacional. Es hasta el 28 de febrero de 1953 que se efectúa la ceremonia inaugural encabezada por el entonces Presidente en turno Lic. Adolfo López Mateos.

⁵ Fue fundado por el Dr. Manuel Velasco Suárez, cuyo objetivo principal fue conocer a fondo el cerebro humano. Con esta idea contribuyó a elaborar el logotipo del Instituto, con el cerebro al centro y en su base las palabras "Cerebro, Divina Luz, razón de las Ciencias de la Salud".



tratamiento de las enfermedades, y rehabilitación de los afectados, así como para promover medidas de salud.

- II. Prestar servicios de salud en aspectos preventivos, médicos, quirúrgicos y de rehabilitación en sus áreas de especialización.
- III. Proporcionar consulta externa, atención hospitalaria y servicios de urgencias a la población que requiera atención médica en sus áreas de especialización, hasta el límite de su capacidad instalada.
- IV. Asesorar y formular opiniones a la Secretaría de Salud cuando sean requeridos para ello.
- V. Asesorar a los centros especializados de investigación, enseñanza o atención médica de las entidades federativas y, en general, a cualquiera de sus instituciones públicas de salud.

La morbilidad neurológica (Jiménez y Velázquez, 2004) resulta de gran importancia debido a que el cerebro, la médula espinal y los nervios periféricos ejercen un control total de las funciones neurológicas de todo el cuerpo, por lo que las lesiones que afectan estas estructuras tienen una repercusión enorme en las esferas física, psíquica y social. Esta situación ha llevado a los países desarrollados a realizar estudios con relación a las principales patologías neurológicas, lo que ha ayudado a mejorar los protocolos de planeación de los recursos para la atención de estos padecimientos que, en los países en vías de desarrollo se carece de este tipo de datos epidemiológicos.

Las diez principales causas de morbilidad en el Instituto Nacional de Neurología durante el periodo 2007-2008 fueron:



2007	2008
1 Tumor Maligno del Encéfalo 7.7%	Tumor benigno de otras glándulas endocrinas y de las no especificadas 7.5%
2 Tumores Benignos de las Meninges 7.0%	Tumor Maligno del Encéfalo 7.1%
3 Otras enfermedades cerebrovasculares 6.8%	Tumores Benignos de las Meninges 6.2%
4 Tumor benigno de otras glándulas endocrinas y de las no especificadas 6.4%	Otras enfermedades cerebrovasculares 4.4%
5 Otras malformaciones congénitas del sistema circulatorio 4.5%	Esquizofrenia 3.6%
6 Tumor benigno del encéfalo y de otras partes del Sistema Nervioso Central 3.6%	Epilepsia 3.3%
7 Hemorragia Subaracnoidea 3%	Hemorragia Subaracnoidea 3.3%
8 Esquizofrenia 2.9%	Tumor benigno de otras glándulas endocrinas y de las no especificadas 2.7%
9 Epilepsia 2.7%	Infarto Cerebral 2.4%
10 Cisticercosis 2.5%	Cisticercosis 2.3%

fuente: Departamento de Epidemiología, INNN, 2007-2008

Las principales causas de mortalidad hospitalaria en el INNN en el mismo periodo de tiempo fueron: Epilepsia, Hemorragia Subaracnoidea, Otras enfermedades cerebrovasculares, Enfermedad por Virus de Inmundeficiencia Humana y Tumor maligno del encéfalo.

Se atiende a población abierta (90%) y derechohabiente (10%) (asegurados en otras instituciones del Sector Salud como el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad Social al Servicio e los Trabajadores del Estado y/o que cuentan con seguro de gastos médicos mayores o subrogados), de toda la República Mexicana. La demanda en este Instituto es grande, considerando aquellos que no se resolvieron en el primer o segundo nivel de atención. A este respecto, cabe mencionar que un porcentaje importante de enfermedades neurológicas es atendido por un médico general y que ante la imposibilidad de resolver el problema, se deriva hacia una atención más especializada, como la que se brinda en el Instituto.

Las enfermedades neurológicas requieren atención médica en cualquier grupo de edad y género; no obstante, la mayoría de éstas son crónicas, lo que ocasiona gastos elevados para acceder a la atención médica. De los estudios de mortalidad, motivos de

consulta, morbilidad hospitalaria y estudios poblacionales en padecimientos neurológicos, se ha mostrado que la epilepsia ocupa la causa número uno motivo de atención. Las principales causas de morbilidad fueron también enfermedades crónicas, lo cual concuerda con lo que ocurre en países más desarrollados donde muchas de las enfermedades transmisibles prácticamente han desaparecido y existe incremento de las enfermedades crónicas, entre las que ocupan un lugar destacado las neurológicas; aún así, la tisticercosis está entre las principales causas de morbilidad en este Instituto. (Velázquez, 2004)

La enfermedad vascular cerebral (EVC) se ubica dentro de las primeras causas de morbilidad –tanto en hombres como en mujeres– en forma semejante a lo que se ha reportado en estudios internacionales: mostrando incremento en el riesgo de EVC conforme la edad aumenta. El problema mundial del EVC es dependiente de factores relacionados con el estilo de vida, como sedentarismo, obesidad, uso de alcohol y nutrición inadecuada.

En el ámbito nacional, el aumento de casos de EVC puede deberse a los siguientes razones: a) una proporción creciente de la población en riesgo de padecerla por el aumento de la esperanza de vida al nacer, b) programas insuficientes del control médico de sus factores de riesgo, c) acceso insuficiente de los pacientes a los servicios de salud, y d) calidad deficiente de la atención médica del padecimiento en el periodo agudo. Así, son las enfermedades neurológicas, crónico degenerativas, las que repercuten en gastos de bolsillo de la población más desprotegida sin seguridad social.

CAPITULO II ESTADO DEL ARTE

“El gasto privado en salud se ha identificado como un factor de empobrecimiento para los hogares que están excluidos del sistema de salud; sea por no tener acceso a la seguridad social o por no tener los medios económicos para pagar, de su bolsillo, servicios de salud frente a un evento de enfermedad” (Cruz, 1990).

En este apartado se señalan diversos trabajos que desde enfoques más conservadores y otros más críticos, reconocen las repercusiones en el proceso salud-enfermedad-atención. Algunos estudios están relacionados con la atención a la salud, los gastos de bolsillo (GB) y los gastos catastróficos por motivos de salud (GCMS) en México y en el mundo; otros destacan el grado de marginación de sectores específicos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) mide la protección financiera a través de dos indicadores: el porcentaje de hogares que incurre en gastos catastróficos⁵ para atender sus necesidades de salud y el índice de justicia en la contribución financiera que mide el grado de equidad en el financiamiento de la atención a la salud. Este organismo ha desarrollado una metodología para estimar la protección financiera de salud: 1) medición de la capacidad de pago o ingreso disponible y 2) el criterio para definir Gasto Catastrófico

Por su parte, Knaul (2005) plantea como objetivo determinar las inequidades en las familias de ingresos en los hogares como resultado de los gastos en el tratamiento de enfermedades como la malaria y las estrategias de pago entre los diferentes grupos socio-económicos y geográficos en el sudeste de Nigeria. Las inequidades socio-económicas se evidencian, destacando diferencias entre áreas urbanas y rurales. Más del 95% de las personas financiaron su tratamiento mediante pago con dinero de bolsillo; el gasto del

⁵ Se define como “hogar con gasto catastrófico a todo aquel cuyo gasto en salud representó más del 30% de la capacidad de pago.” (Sesma, 2005).



El estudio redujo más el ingreso de los hogares. Concluye que debería abolirse las tarifas para los usuarios en el tratamiento de la malaria, buscar mecanismos de pre-pago y la mejora del acceso físico a los servicios apropiados del tratamiento de malaria, al igual que el aplazamiento de pagos con miras a la protección de riesgos financieros para el tratamiento del Paludismo.

Carasso (2009), investiga la disponibilidad y el costo de medicamentos esenciales en centros sanitarios rurales de Etiopía, y explora si el sistema de exención de pago protege a los pacientes de tener que pagar por los medicamentos y lo que destaca es que los medicamentos debían ser cubiertos por los usuarios. Concluye que el sistema de fondo rotatorio de medicamentos en Etiopía parece mejorar la disponibilidad de los medicamentos, y podría mejorar su asequibilidad al proteger a las personas de comprar los medicamentos en el sector privado. Sin embargo, puede resultar en un sistema paralelo, en el que los pobres no pueden acceder a los medicamentos si no están disponibles en la farmacia de referencia. La equidad es una preocupación en ausencia de un mecanismo adecuado para proteger a los pobres de un gasto sanitario catastrófico.

El impacto catastrófico y empobrecimiento por gastos médicos: resultados de Encuestas Nacionales de hogares realizadas en Tailandia (Limwattananon, 2007), muestra la incidencia y descripción del perfil de los gastos catastrófico y el empobrecimiento causados por los pagos en efectivo realizados por los hogares, comparando los periodos anterior y posterior a la introducción de la cobertura sanitaria universal (CSU); los hogares con algún miembro que tuvo que ser ingresado, sobre todo en hospitales privados, tenían altas probabilidades de afrontar gastos catastrófico y empobrecimiento como consecuencia de los pagos directos realizados. El uso de servicios no comprendidos en el conjunto de prestaciones de la CSU y el hecho de tratar con proveedores designados son causas relevantes de gasto catastrófico y empobrecimiento.

Otro estudio realizado en un país africano cuyo objetivo fue cuantificar los gastos catastrófico de los hogares en atención sanitaria y determinar los factores responsables de los gastos en el distrito de Nouna, Burkina Faso en los años 2000-2001 reconoce que el 6% y el 15% de los hogares tuvieron que afrontar gastos catastrófico en salud; el



del económico, el grado de uso de la atención sanitaria por los hogares, especialmente respecto los medios modernos de atención médica, los episodios de enfermedad por un miembro adulto de la familia, y la existencia de un miembro afectado por enfermedad crónica fueron los factores determinantes. Los miembros más pobres de la comunidad tuvieron que afrontar gastos catastróficos en salud. (Tin Tin Su, 2006).

China ha implementado el nuevo régimen de cooperativa médica (NRCM) en áreas rurales desde 2003 para proveer protección financiera a su población rural. Este artículo explora el efecto del NRCM en el alivio de gastos catastróficos en salud (GCS) entre los grupos de pobres y no-pobres. La mayoría de participantes del NRCM sufrieron GCS durante su ingreso hospitalario; el acontecimiento e intensidad GCS fue mayor entre los pacientes pobres. El reembolso del NRCM ayudó a aliviar los GCS hasta un cierto punto. Los pacientes pobres se beneficiaron más del NRCM que los no-pobres, pero los efectos variaron entre condados. Las medidas de controles del costo y otras ayudas financieras (los gastos médicos ayudaron a reducir la carga económica de los pacientes ingresados. Concluye que el objetivo del NRCM solo se ha alcanzado parcialmente. Sin embargo el NRCM ha promovido la equidad en la financiación de la salud, puesto que los pacientes pobres pueden adquirir una mayor protección que los no-pobres. Nuestro análisis sugiere que los esfuerzos deberían encauzarse para mejorar el diseño del NCMS, fortalecer la contención de costes, y extender otro tipo de asistencia financiera para aliviar la carga económica de la enfermedad. (Luying Zhang, 2010)

Lu Chunling, (2009), investiga el efecto del diseño de las encuestas, específicamente en las estimaciones del gasto directo (de bolsillo) y los gastos catastróficos de los hogares en salud. Utilizaron los resultados de dos encuestas -la Encuesta Mundial de Salud y el Estudio de medición de los niveles de vida- en las que se formularon preguntas planteadas de distinta manera a las mismas personas sobre los gastos en salud.

Los efectos de protección financiera del sistema de salud pública y del seguro privado en Brasil, evalúa la eficacia del sistema de salud pública y del seguro privado de ese país para dar protección financiera al cuidado de la salud. Los factores



Los gastos de los GCMS se estiman en materia de necesidad de atención de salud. En el sistema público se reduce considerablemente (47%) la probabilidad de que una familia incurra en gastos de salud catastróficos y que con un seguro privado esto resulta 36% más probable. Las recomendaciones que se formulan apuntan al mejoramiento de la accesibilidad, calidad y confiabilidad de los prestadores públicos de servicios de salud, a una provisión más adecuada de medicamentos por el sistema público y a una regulación más estricta del seguro privado de salud. (Bós, AntônioM, 2008)

La necesidad de conocer el contexto socio histórico-político-económico y las metodologías de comparar los aspectos financieros, los recursos humanos, la estructura física, la tecnología, los esquemas organizacionales y los niveles de salud, es mencionado por Yepes; quien destaca que el análisis comparativo de sistemas de salud permite extraer de la práctica universal aquellos aspectos que han sido exitosos en la construcción de sistemas de salud más equitativos, efectivos y eficaces, proporcionando elementos de juicio sobre su relatividad temporal y cultural a fin de valorarlos adecuadamente (Yepes, 1991).

La primera medición del porcentaje de hogares con GC fue realizado por la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), que encontró que 2.3% de los hogares mexicanos habían incurrido en gastos excesivos por atender sus necesidades de salud en 1992.

La Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGEA) de la SSA encontró que entre 3 y 4% de los hogares mexicanos incurrieron en GC por motivo de salud (GCMS) en el periodo 1992-2000 (al tomar el criterio de 30% del ingreso disponible).

En todas las estimaciones se utilizó como fuente de información la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares (ENIGH), que cada dos años levanta el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

Los porcentajes más altos por estados de la encuesta que se llevó a cabo en 1996 se dieron en estimación de gasto catastrófico para el Estado de México con 10.5% y para Veracruz con 8.3%.

IMSS fue una de las primeras instituciones en hacer operativo el seguro de gastos catastróficos por motivos de salud (GCMS), según cifras del Sistema de Cuentas Nacionales de Salud (Sicuentas), que indican que más de 50% del gasto total en salud es gasto de bolsillo. La alta incidencia de este tipo de gastos es uno de los factores que más influyen en la frecuencia de gastos catastróficos.

Al evaluar la protección financiera⁶ con que cuenta una población, a los GCMS se le suma la postergación de la atención por motivos financieros. A partir de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA 2000), se encontró que alrededor de 520,000 hogares en México postergaron –por razones financieras– la atención de la salud de sus miembros con algún problema de salud. El gasto en medicamentos concentra una proporción importante del gasto de bolsillo total, sobre todo en los hogares con menores recursos. En el 10% de los hogares de México se destina más de 70% del gasto de bolsillo a medicamentos; mientras que el 10% más rico destina alrededor de 56%. Por esta razón no debe sorprender que los GCMS en las familias de menor capacidad económica se deban, en lo fundamental, al gasto en medicamentos. Algunos autores han encontrado que este tipo de gasto en el 10% de los hogares más pobres genera 65.7% de los GCMS.

En cuanto a determinantes de los GC, en la literatura se mencionan la condición de salud, el ingreso y la disponibilidad de servicios que exigen pagos de bolsillo. Las variables que influyen en el riesgo de incurrir en GC son tamaño de la familia, lugar de residencia, género, nivel educativo y edad del jefe del hogar, así como la presencia en el hogar de algún miembro con discapacidad.

Por su parte el INEGI clasifica componentes de gasto en salud en tres rubros: los medicamentos, la atención ambulatoria y la atención hospitalaria.

Protección financiera significa a) asegurar un financiamiento justo de la atención a la salud –que el que más pague y el que nada tenga nada pague; b) evitar que las familias posterguen e incluso eviten la atención de la salud de algunos de sus miembros por razones financieras, c) evitar que los hogares incurran en gastos excesivos por atender sus necesidades de salud. Estos gastos excesivos con frecuencia obligan a las familias a utilizar sus ahorros, endeudarse, vender el patrimonio familiar o sacrificar el consumo de otros bienes de servicios básicos, como la educación, quedando expuestos además, al riesgo de pobreza.” (Sesma, 2005)

La capacidad de pago se definió como el remanente del gasto total del hogar una vez cubiertas las necesidades básicas de alimentación o un cierto gasto que define el nivel de pobreza (dos dólares diarios por persona). Este concepto es llamado por la OMS "poderoso".

Los resultados muestran que el porcentaje de hogares que incurren en GCMS a nivel nacional fue de casi 4%, que representa aproximadamente 900,000 hogares. Los hogares pobres, hogares no asegurados y hogares residentes rurales presentaron un porcentaje relativamente mayor que los hogares más ricos, asegurados y urbanos.

Siete entidades federativas concentraron el 54% de todos los hogares con GC del país: el estado de México (27% de la población atendida en el INNN procede de este estado), Veracruz, Chiapas, Michoacán y Puebla.

El estado con mayor porcentaje de hogares con GCMS fue Chiapas (7.3%, y el menor porcentaje fue Yucatán (1.4%). Esto significa que Chiapas corre el riesgo de incurrir en GCMS casi seis veces mayores a los de un hogar en Yucatán. "Por cada hogar con GC en Yucatán hay 11 hogares en Chiapas con la misma condición". (Cruz, 1990)

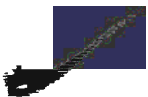
Otra de las investigaciones se desarrolla en cinco estados de la República Mexicana y atribuyen a tres componentes el gasto de bolsillo: cuidado ambulatorio, medicamentos y hospitalización. El riesgo de empobrecimiento a nivel nacional se presentó con mayor frecuencia en hogares con alta vulnerabilidad; el 20% son pobres, viven en zonas rurales y no cuentan con seguridad social. Concluye que la implementación de políticas locales de salud debe basarse en evidencias generadas del país a nivel estatal. (Pérez-Rico, 2005).

La investigación realizada en México, en el 2007, con pacientes del Instituto Mexicano de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez tuvo como objetivo analizar los factores socioeconómicos que inciden en la adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de epilepsia. Se trató de un estudio exploratorio en el que se estudiaron a 26 pacientes que habían sido hospitalizados entre enero de 2004 y febrero del 2005. Concluyen que los pacientes con epilepsia a pesar de estar en edad reproductiva y productiva, no llegan a formar una familia, ya que dependen emocional y

Comunicamente de su familia de origen. Hay factores que limitan el apego al medicamento, principalmente por problemas económicos, ya que las familias dedican en promedio el 62% del ingreso mensual a la compra de medicamentos, lo que constituye un costo catastrófico en la atención de la salud. (Reyes, 2007)

Al realizar esta serie de revisiones de diversas investigaciones en distintos lugares, la realidad mexicana no es más alentadora que en otros países.⁷

El Informe del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), dio a conocer que 43.4 millones de mexicanos (40.7% del total de la población) no tenían acceso a ninguna institución o programa de salud pública o privada. De los 47.2 millones de mexicanos que se encontraban en condiciones de pobreza multidimensional, 25.4 millones presentaron carencia de acceso a los servicios de salud. Además, 18 millones de mexicanos, cuyo ingreso fue suficiente para adquirir los bienes alimentarios de la canasta básica, tampoco contaban con servicios de salud, según los datos de la Medición Multidimensional de la Pobreza 2008.



CAPÍTULO III MARCO DE REFERENCIA LOS SERVICIOS DE SALUD A LO LARGO DE LA HISTORIA DE LAS ÚLTIMAS CUATRO DÉCADAS

“Toda acción que, partiendo del reconocimiento del protagonismo social en el conjunto del proceso vital humano como proceso eminentemente social, se oriente a abrir espacios de conocimiento o de práctica social hacia la búsqueda de su mejor realización, superando los círculos de la respuesta clínico-individual y de la reducción bio-natural del proceso, puede calificarse como práctica médico-social”. (Franco, 1999)

La Medicina Social asume la historicidad como determinante del proceso salud-enfermedad, siendo el enfoque histórico-social el que explica de manera comprometida lo que ocurre en el ámbito de la Salud. Por ello, en este capítulo se abordarán los momentos en materia de Salud se desarrolló en México, en las últimas décadas del siglo XX e inicios del XXI.

Cuando termina la Revolución Mexicana, el “centralismo” entendido como el mantenimiento de la intervención del Estado, fue la característica más explícita en el sistema político de México; incluidos los servicios de salud, de los que había pocos; éstos tenían diversidad de características tales como su ubicación y ámbitos de acción que estaban desarticuladas.

En los años 30’s y 40’s los planes y programas seguían evidenciando su centralismo, determinando distintas prioridades a la salud, desde el financiamiento hasta recursos humanos. En esta época se iniciaron los trabajos para estructurar los Servicios Coordinados de Salud Pública, siendo la Secretaría de Salud el organismo federal encargado de la salud. Las necesidades de salud fueron visualizadas desde esta Coordinación, dando origen a la atención de la población abierta del país entero.

En 1973, bajo el concepto de Solidaridad Social el IMSS empezó a organizar, establecer y pagar atención médica, farmacéutica y hospitalaria a población marginada rural, suburbana y urbana. El financiamiento de dicha atención estaba a cargo de la Federación,

El IMSS la proporcionaba y los propios beneficiarios ofrecían en reciprocidad participar en el sistema de beneficio colectivo.

Para ubicar cualquier análisis de la salud y la seguridad social, es indispensable tener presente algunas de las realidades del país. Conviene iniciar este recuento, necesariamente incompleto, con una referencia a lo demográfico. En este sentido hay que recordar que en cincuenta años la población de México se multiplicó casi cuatro veces pasando de poco más de 25 millones de habitantes en 1950, a casi cien al inicio del nuevo milenio. Por supuesto que la configuración de la estructura poblacional según grupos de edad también se transformó de manera importante. Así por ejemplo, en tan sólo las últimas tres décadas y media, la edad mediana de la población pasó de 16.8 años a 24 años.

En la década de los 80 el sistema de salud se dividía en tres grupos de prestación de servicios; uno eran los organismos que abarcaban a la población marginada (60% de la población aproximadamente): Secretaría de Salubridad y Asistencia, Programa IMSS-POPULAR (Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados), servicios de salud estatales y del DF; el segundo grupo lo conformaba las instituciones de seguridad social (IMSS e ISSSTE) y Fuerzas Armadas, Petróleos Mexicanos y Ferrocarriles Nacionales; el tercer grupo era privado con dos modalidades: lucrativo y no lucrativo (asistencia privada); éste último grupo el más pequeño que integraba a los médicos, clínicas, laboratorios, sin articulación entre ellas. El IMSS continuó en los 80 siendo financiado por recursos federales; en 1990 se dio a conocer el programa IMSS-Popularidad, otorgando servicios de salud a población no asegurada.

Esta época, favoreció la promoción de la salud y con el desarrollo de la medicina preventiva, se construyeron centros de salud y hospitales. Se forma entonces la Secretaría de los Servicios de Salud, dependiendo directamente de la Presidencia de la

Es importante recordar que México cuenta con 33 ciudades de 500 mil habitantes o más y que en ellas residen más de 50 millones de individuos, en tanto que 184 mil 714 localidades con menos de 2,500 habitantes alojan a millones. Es fácil entender los problemas sociales, de convivencia y de seguridad que se registran en las grandes urbes y también la dificultad para ofrecer servicios de salud, saneamiento básico, educación, vivienda y empleo a los pobladores de las pequeñas y dispersas localidades rurales de nuestro país.



...nca, con la intención de unificar a la SSA y el IMSS-Solidaridad, financiados con ... federales. (Fajardo, 2004)

En 1984 se inicia con la descentralización de los servicios de salud, como una ... forma de administración, trascendiendo la esfera política, cultural y jurídica. Se ... el artículo 4° constitucional y se crea la Ley General de Salud, distribuyendo los ... en materia de salud entre el gobierno federal y los estados, como fundamento ... la descentralización de los servicios de salud a la población abierta, con el ... de evaluar las acciones, ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los ... se pretendía abaratar los costos y racionalizar el gasto en salud, distribuyendo ... responsabilidades en todos los niveles (federal, estatal y municipal).

Durante el proceso de descentralización se evidenciaron problemas económicos y ... administrativos y políticos. Entre recortes presupuestales, incapacidad de ... en torno a la unificación de los servicios, se presentaron pugnas entre diversos ... por un lado el usuario contribuía a sostener el Programa IMSS-COPLAMAR ... trabajo comunitario, mientras que en la SSA y los servicios de salud estatales los ... debían colaborar con cuotas de recuperación.

Para 1985 se descentralizaron 14 entidades y se crearon organismos estatales de ... de salud para población abierta. Para 1997, cada entidad federativa había ... un Organismo Público Descentralizado, con personalidad jurídica y ... propio "encargado de dirigir, administrar, operar y supervisar los ... de servicios de salud transferidos por la SSA a los gobiernos estatales, ... los recursos asignados, las cuotas de recuperación o de cualquier otro título ... e integrar un acervo de información y documentación que posibilitara a las ... e instituciones competentes la investigación, el estudio y el análisis de la ... (Fajardo, 2004:49). En 1986 se conforma un organismo desconcentrado (Servicios ... Pública del Distrito Federal), que luego se convertiría en la Secretaría de Salud del ... Al revisar las proposiciones del Plan Nacional de Desarrollo (PND) en el sexenio ... (2000-2006) y el actual (2007-2012), se plantean cambios que contribuyan a ... "fortalecer la democracia", "abatir la inseguridad y la pobreza", "cancelar la impunidad"



... para una mayor igualdad social". También contemplan la reforma educativa que
de oportunidades de educación integral y de calidad para todos los mexicanos;
que garanticen el crecimiento con estabilidad en la economía, destacando como
fundamental la inclusión y justicia; y cambios que aseguren la transparencia y la
de cuentas, así como descentralizar las facultades y los recursos de la
Por otra parte, los Programas Nacionales de Salud de los mismos sexenios
(PNS 2000-2006 y 2007-2012) reconocen que la salud *debe estar* al alcance de los
familias, comunidades y países como uno de los derechos fundamentales de
humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica
conociendo las razones de la conformación de organizaciones dedicadas a la salud,
la perspectiva sobre la magnitud e importancia al derecho de la salud se traduce en
responsabilidad social y política.

El PNS 2007-2012 establece "cinco objetivos en la atención de los retos en salud
enfrenta el país: *i)* mejorar las condiciones de salud de la población; *ii)* reducir las
enfermedades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y
comunidades marginadas; *iii)* prestar servicios de salud con calidad y seguridad; *iv)* evitar
el sobrepeso de la población por motivos de salud, y *v)* garantizar que la salud
contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo del país. Para cumplir con estos
objetivos se diseñaron las siguientes diez estrategias: *i)* fortalecer y modernizar la
protección contra riesgos sanitarios; *ii)* fortalecer e integrar las acciones de promoción de
la salud, y prevención y control de enfermedades; *iii)* situar la calidad en la agenda
permanente del Sistema Nacional de Salud; *iv)* desarrollar instrumentos de planeación,
gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud; *v)* organizar e integrar la
prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud; *vi)* garantizar recursos financieros
suficientes para llevar a cabo las acciones de protección contra riesgos sanitarios y
promoción de la salud; *vii)* consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso
universal a los servicios de salud a la persona; *viii)* promover la inversión en sistemas,
tecnologías de la información y comunicaciones que mejoren la eficiencia y la integración
del sector; *ix)* fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del

amiento y los recursos humanos, y x) apoyar la prestación de servicios de salud y el desarrollo de la infraestructura y el equipamiento necesarios” (PNS 2007-

Con relación al objetivo iv) del PNS 2007-2012 –evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud– destaca que los sistemas de salud tienen dentro de sus prioridades centrales evitar que los hogares incurran en gastos catastróficos por motivos de salud, lo que los obliga a diseñar esquemas justos de financiamiento de la atención a la salud. En este rubro la presente administración se planteó las siguientes dos metas estratégicas:

- 4.1 Disminuir el gasto de bolsillo a 44% del gasto total en salud
- 4.2 Reducir en 10% la proporción de hogares que enfrentan gastos catastróficos en salud.

La crisis permanente que viven las instituciones de seguridad social y la propia Secretaría de Salud es inobjetable; con relación a la seguridad social. El PNS pretende ampliar la cobertura a nivel nacional de los servicios de salud, concibiéndola como un seguro social para todos los sectores. Tanto el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSTEA) presentan alta demanda de atención, con problemas graves de presupuesto para servicios hospitalarios así como el deterioro en la calidad de los servicios, la falta de medicamentos y de infraestructura.⁹

Desde el ámbito de la Secretaría de Salud (SSa), los Institutos Nacionales de Salud (INS) se rigen por la Ley de los Institutos Nacionales de Salud¹⁰ –con disposiciones que integra funciones, autonomía, atención médica, enseñanza, investigación, servicios de apoyo y órganos de vigilancia, entre los más importantes.

⁹ El IMSS declaraba en 2005 la necesidad de recursos hasta por un billón 400 mil millones de pesos para medicamentos, infraestructura y la ejecución de programas de salud y de investigación, financiamiento mayor al destinado para el Fobaproa. (Arteaga, 2005)

¹⁰ Durante el periodo presidencial de Ernesto Zedillo Ponce de León, el Congreso de los Estados Unidos Mexicanos decretó el 23 de mayo de 2000 la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, que se publicó el 26 de mayo del mismo año. El decreto consta de 57 artículos divididos en 3 Títulos y 5 transitorios.

Para la atención de la salud, la SSA ha puesto en práctica el Seguro Popular que es un seguro público y voluntario, dirigido a familias sin seguridad social en materia de salud establecido en 2004 formalmente y, según sus documentos normativos ofrece una opción de financiamiento público dependiendo de su condición laboral y socioeconómica. Las enfermedades neurológicas no son consideradas en este sistema.

Los objetivos primordiales del Seguro Popular son: brindar protección financiera a todos los mexicanos; **disminuir el gasto privado de bolsillo**; reducir riesgo de empobrecimiento a familias vulnerables; fomentar la atención oportuna de la salud; fortalecer el sistema público de salud, superando la brecha entre derechohabientes de la seguridad social y los que no lo son; contribuir a superar inequidades y rezagos en la distribución del gasto entre entidades federativas.¹¹

Para la atención especializada existe el Programa de Acción Específica de Medicina de Especialidad que se vincula al PND 2007-2012 y su fin es lograr el desarrollo y el bienestar humano, estableciendo la igualdad de oportunidades, así como garantizar el acceso a los servicios básicos a través de la organización de los servicios de atención médica aprovechándolos de manera óptima.

Durante décadas, los centros de especialidad se han ubicado en las áreas urbanas de mayor desarrollo, lo que significa la necesidad de traslados largos para acceder a la atención especializada.

Muchos de los padecimientos como la *diabetes mellitus*, enfermedad cardiovascular, enfermedad vascular cerebral, requieren recursos especializados que están concentrados en el DF, provocando demanda del usuario, lo cual plantea demora en la atención, servicios mal estructurados y falta de accesibilidad a los servicios a grupos vulnerables a los que –que por su lugar de residencia– se complica el acceso a los

¹¹ Incluye el Seguro Popular: Inmunizaciones, acciones de detección y prevención, Servicios de nutrición, dieta y ejercicio, Servicios de consulta externa, medicina familiar, Servicios de salud comunitaria, Servicios de salud mental reproductiva, Unidad básica de rehabilitación, Servicio de atención de urgencia, hospitalización y cirugía, Servicio de hospitalización (bronquitis, neumonía, atención del embarazo – parto – cesárea – colecistitis – histerectomía – abdomen agudo. <http://www.gob.mx/seguropopular/index.htm>.

inscripción ocurre en el momento de usar los servicios. Contrario a lo que ocurre en el caso de los seguros donde ese comportamiento se considera una "selección adversa", el caso del Programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos (PSMMG) no es conveniente ya que la intención es facilitar el acceso a los servicios.¹²

Se puede decir que las condicionantes que deben tomarse en cuenta son los contextos socio histórico-político-económicos; es necesario entender el proceso de convivencia de la medicina occidental con la medicina tradicional, la existencia de un sistema de salud con diferentes costumbres de la población y de la clase dirigente, pasado reciente de la cultura política; estructura de gobierno actual y componentes centrales de la economía.

En relación a los aspectos financieros debe considerarse el nivel de esfuerzo social; llevar a cabo un análisis de la participación total de una sociedad en términos de la proporción del presupuesto que se dedica a la salud, el nivel de asignación del presupuesto que debe indicar el tipo de distribución en la población.

Finalmente, la mayor o menor equidad de un sistema se puede medir de diferentes maneras, ya sea a través de la distribución de recursos financieros, físicos y humanos, o de la accesibilidad final de los servicios de salud de los distintos grupos de población como lo hizo María Yebes en 1991.

El impacto sobre el PSMMG ha sido evidente; entre 2000 y 2006 aumentaron las cirugías, los partos, las consultas, los estudios, los pacientes hospitalizados (. . .); es decir, se observa un incremento notable en los servicios de mayor costo, lo que revela que su pago efectivamente era un obstáculo importante al acceso. El recibir gratuitamente los servicios y los medicamentos ha significado un ahorro para las familias que en una estimación muy conservadora (se calcularon con base en los costos para la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) de la prestación de los servicios y de los medicamentos que están por fuera del mercado) ascendió a 3,649 millones de pesos de 2002 a 2006 (SSA, 2006); recursos que se pueden dedicar a la satisfacción de otras necesidades básicas. La certeza de poder atenderse en caso de una enfermedad es –además– un elemento básico de seguridad de vida que tiene valor en sí

CAPÍTULO IV DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

Planteamiento del Problema

La hospitalización por tipo de padecimientos que en la institución se trata eleva los costos considerablemente, ya sea por la prolongada estancia hospitalaria, la ministración de medicamentos y el tipo de servicio, sea Neurocirugía, Radioneurocirugía, Terapia Endovascular, Neurología, Urgencias, Terapia Endovascular; ocasionando que la mayoría de la población atendida se vea afectada por gastos de bolsillo por concepto de salud. Por tal motivo se implementó un procedimiento llamado "Apoyo Institucional" (AI) que se aplica al momento del egreso del paciente y que consiste en analizar su situación económica y las repercusiones a nivel familiar, elaborando un informe social, que muestra la insolvencia económica y solicitar a las Direcciones Médica y Administrativa la autorización para la condonación parcial o total del costo total del adeudo. Las variables que se consideran para este procedimiento son: situación de salud del paciente como principal factor económico; impacto de la enfermedad en la situación financiera familiar, estancia hospitalaria prolongada (mayor a 21 días), tratamiento costoso y prolongado, más de dos ingresos hospitalarios, adeudos anteriores, otros problemas sociales que interfieren con el tratamiento médico y cambios relevantes de la situación económica como desempleo, gastos por enfermedad de otros miembros y discapacidad.

Para llevar a cabo el procedimiento, el Departamento de Trabajo Social (DTS) realiza las siguientes acciones:

1. Visita domiciliaria y su respectivo reporte.
2. Informe social del caso (incluye: motivo de ingreso, inicio y evolución del padecimiento, días de estancia hospitalaria, diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, tipo de familia, dinámica familiar, economía familiar, redes de apoyo primarias y secundarias, procedencia, zona de ubicación, condiciones de la vivienda, servicios y pagos de hospitalización realizados).
3. Presentar el caso con la Jefa del DTS para su autorización.

El responsable legal solicita su saldo en Cuentas Corrientes, elabora una solicitud de apoyo institucional donde manifiesta los obstáculos para cubrir el adeudo.

Trabajo Social entrega al departamento de Tesorería copias del estudio socioeconómico, informe social, reporte de visita domiciliaria y solicitud del usuario de apoyo institucional.

El responsable legal acude al Departamento de Tesorería y solicita una entrevista para comentar el caso.

Una vez autorizado el AI (pago parcial o en su caso la condonación del saldo restante), el usuario regresa al DTS donde se elabora el volante de egreso.

En 1995 el catálogo de cuotas de recuperación del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez compactó de diez a seis niveles socioeconómicos e incorporó el nivel Exento (1X). Estas modificaciones, sustentadas en la Ley General de Salud (LGS) (1988, art. 36), señalan que las cuotas de recuperación que se recauden por la prestación de los servicios de salud, "se fundarán en principios de solidaridad social y guardará relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir del cobro cuando carezca de recursos para pagarlos o habiten en zonas de menor desarrollo económico y social, conforme a las disposiciones de la Secretaría de Salud".

El discurso oficial plantea que este pago por concepto de cuotas de recuperación será más equitativo, permitiendo una redistribución en la carga del financiamiento de los servicios de salud, de tal manera que los usuarios con mejor situación económica aporten una cantidad mayor que aquellos que no la tienen. Asimismo, se procedió a la actualización anual del contenido de los listados de servicios que otorga el instituto a la población usuaria, y los incrementos del monto de las tarifas se sujetaron a lo dispuesto por la Dirección General de Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública. A la fecha el INNN no cuenta con una Unidad de Costos que permita identificar plenamente los costos de subsidio aplicados a los usuarios. En todos los casos, las modificaciones al catálogo de cuotas de recuperación han sido aprobadas por la Junta de Gobierno y presentadas ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

En 1996, con la participación de los titulares de los DTS de los INSALUD, la Comisión de Institutos Nacionales de Salud definió las políticas para la aplicación de los criterios institucionales de cuotas de recuperación, que fueron aprobadas por los diversos niveles de gobierno, siendo de observancia común y obligatoria para todos los institutos. En este instrumento (estudio socioeconómico) se incluyeron criterios objetivos para la evaluación de la situación socioeconómica de los usuarios y por vez primera se reconoció la necesidad de proteger a las familias de los gastos catastróficos, incorporando políticas claras de clasificación socioeconómica y así garantizar la continuidad en el tratamiento.

Es importante destacar que en 1999 estos criterios fueron objeto de evaluación, para mejorar el estudio socioeconómico que aplican los INSALUD, siendo el trabajador social el profesional encargado de la aplicación correcta del instrumento de medición. Asimismo, en el año 2006 fue validado el estudio socioeconómico por personal profesional de trabajo social de los institutos. Para 2009, se lleva a cabo la unificación del estudio socioeconómico para los INSALUD, Hospitales Federales de Referencia y Hospitales Regionales de Alta Especialidad, siendo un total de 25 instituciones integradas a la Comisión Coordinadora del los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE).¹³

Por otra parte, el 26 de mayo del 2000, se publicó en el diario Oficial de la Federación, la Ley de los Institutos Nacionales de Salud con el objeto de regular su organización y funcionamiento, fomentar la investigación, la enseñanza y la prestación de servicios que se realiza en ellos.

Durante 2003, cuando las autoridades decidieron el aumento de insumos y tratamientos en el 100%, los resultados del estudio socioeconómico ya no fueron tomados en consideración, rebasando en mucho la capacidad de pago de los usuarios. En el trabajo desarrollado por la administración del instituto se realizó lo siguiente: entre febrero de 2003 y abril de 2004 (cinco meses), de 125 pacientes -64 hombres y 61 mujeres- tuvieron que solicitar apoyo institucional por falta de recursos para cubrir los

¹³ Integrarse un sistema nacional para la operación de cuotas de recuperación que cada INSALUD obtuvo un manual de Procedimientos correspondiente, donde los niveles socioeconómicos representan la "garantía" de un trato equitativo. Equidad entendida como el "grado de ajuste entre las necesidades de salud de la población y la oferta de servicios del sistema de salud. (Cruz, 1990). No es la misma fuente.

casos de hospitalización; 46 pacientes con nivel 1; 55 con nivel 2; 19 con nivel 3; uno con nivel 4 y cuatro con nivel 5.

El saldo más bajo fue de \$1226.83 y el más alto de \$224,927.25 (nivel 1), ambos para mujeres.

Los pagos realizados en estos casos fueron: \$0 y \$10,717.28 pesos, respectivamente. Si se hubiese cobrado con base en ajuste de insumos¹⁴ el primer caso habría pagado \$100.98 pesos; en el segundo caso \$2,304.33. Esto quiere decir que rebasa más de los salarios mínimos fijados por nivel socioeconómico.

Del total de casos reportados (125), entre los niveles 1 a 5, concentrados en los niveles 1 y 2, la Administración reportó saldo total de \$4,872,413.32; pagos realizados por los usuarios por un total de \$1,284,066.50 (26.4% de recuperación de la deuda total); el saldo deudor lo reportan por \$3,588,346.82 (73.6%); pagos posteriores al egreso (por el compromiso moral adquirido por parte de los usuarios), fue de \$100,700.00 (2%); lo cual incluye que se exentó el 71.6%, es decir, \$3,487,646.82 pesos; y al aplicar el ajuste de insumos a todos los casos, resulta que en la mayoría de éstos se hubiese tenido que realizar devolución de dinero, ya que de los pagos iniciales "obligatorios" que se solicitan al ingreso (fijado de manera arbitraria por la administración, sin mediar análisis ni justificación alguna), rebasa en la mayoría los saldos reales por concepto de hospitalización.

Destaca entonces la inequidad, la desigualdad evidente y la injusta manera de conseguir ingresos institucionales por medio de las cuotas de recuperación.

Tras haber realizado este análisis, y al aumento desproporcionado de saldos hospitalarios en los niveles 1 a 3, se decidió incluir en el manual de procedimientos el "Apoyo Institucional", elaborado por el Departamento de Trabajo Social.

Con la información anterior se plantea la siguiente pregunta ¿cuál es el sentido de las políticas de salud aplicadas a instituciones de alta especialidad creadas para la

¹⁴ Cada nivel socioeconómico cuenta con un porcentaje de subsidio institucional. El nivel 1 tiene el 98% de subsidio, por lo que el usuario cubre el 2% del costo total por concepto de servicios de salud en el INNN y el ajuste de insumos se aplica en este sentido.

¿La atención abierta sin seguridad social se transgredan al no cumplir con los principios de equidad social y equidad en el cobro de los servicios de atención médica hospitalaria?

Financiación

La atención médica dirigida a los pacientes en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (INNN), consistente en consultas, estudios, hospitalización y procedimientos quirúrgicos que se cobran de acuerdo al nivel socioeconómico asignado por el departamento de trabajo social, se rige por el tabulador de cuotas de recuperación que determina el costo total a pagar por cada servicio, autorizado cada año por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.¹⁵

Objetivos:

Objetivo General:

Conocer la situación socioeconómica, el riesgo de empobrecimiento y el apoyo institucional como estrategia para disminuir los gastos de bolsillo de pacientes con procedimientos neurológicos atendidos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, en el periodo 2007-2008.

Objetivos específicos:

- Describir la política de financiamiento y el peso de los recursos propios en el INNN.
- Definir la problemática socioeconómica de los usuarios para proceder al apoyo institucional.
- Describir los motivos de apoyo institucional de acuerdo con las políticas internas.

La capacidad de pago se definió como el remanente del gasto total del hogar una vez descontadas las necesidades básicas de alimentación o un cierto gasto que define el nivel de pobreza (dos dólares diarios por persona). A este concepto la OMS lo llama *ingreso efectivo*.

Pagar no asegurado se refiere a todo aquel cuyo jefe reportó no contar con ningún esquema de financiamiento social o voluntario. El gasto privado incluyó el gasto de bolsillo y las primas pagadas por los médicos voluntarios, mientras que el gasto público incluyó el gasto federal (Ramo Administrativo 12 y 33 correspondiente al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud), las aportaciones estatales y el gasto de la seguridad social destinado a salud.

- Identificar los procedimientos establecidos para la atención médico-social a pacientes con problemas neurológicos y la repercusión en los gastos de bolsillo.
- Describir la asociación existente entre el resultado del estudio socioeconómico aplicado a los pacientes y su familia, las cuotas de recuperación y los costos generados por concepto de la atención médica.
- Describir la política "Apoyo Institucional", como respuesta a la equidad en salud.

Hipótesis:

Cuando las políticas de salud en torno a la capacidad de pago de los usuarios de las instituciones de tercer nivel de atención, establecen el cobro en función de la posibilidad de pago, los gastos de bolsillo plantean empobrecimiento en los hogares de los pacientes atendidos por padecimientos relacionados con el Sistema Nervioso Central que fueron hospitalizados. Así, la hipótesis del presente trabajo es:

Ante la enfermedad neurológica, se presenta en los pacientes sin seguridad social y sus familias, gastos imprevistos que ocasionan empobrecimiento, deteriorando sus condiciones sociales de existencia, por lo que el apoyo institucional es un procedimiento que repercute en la vida cotidiana de los pacientes y sus familias, mientras que los cobros institucionales por concepto de cuotas de recuperación disminuyen, afectando el financiamiento de los recursos propios del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, por lo que las políticas de salud aplicadas a instituciones de alta especialidad transgreden la equidad en el cobro de los servicios de atención médica hospitalaria. De esta manera, los apoyos institucionales en el INNN se expresan en la falta de recursos económicos de la población atendida y la falta de equidad en el cobro por servicios de atención médica, principalmente hospitalaria, a población abierta.

Desarrollo Metodológico

Se trató de un estudio retrospectivo que considera las bases de datos que tiene el Departamento de Trabajo Social –pacientes atendidos en el periodo 2007-2008– que presentaron de hospitalización recibiendo apoyo institucional.

Las fuentes principales de la recolección de datos fueron archivos de apoyos institucionales, estudios socioeconómicos, reportes de visita domiciliaria e informes sociales. Se describe el perfil de los usuarios atendidos en ese periodo que mediante el procedimiento establecido solicitaron el apoyo institucional al momento del egreso, cuya problemática fundamental es económica por los costos generados, más los costos sociales en la dinámica familiar, ubicando casos concretos (informes sociales, reportes de visita domiciliaria y saldos).

Las variables estudiadas son las que contiene el estudio socioeconómico (ingresos, ocupación, estado de salud familiar, vivienda, gasto destinado a la alimentación), además estancia hospitalaria, área de internamiento y diagnóstico médico.

La población que se incluyó en el estudio fueron pacientes de ambos géneros, hospitalizados en las áreas de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, Terapia Intensiva, Urgencias, Radioneurocirugía y Terapia Endovascular, en el periodo 2007-2008 y que recibieron apoyo institucional al momento del egreso (100% de los pacientes que recibieron apoyo institucional N=1140).

Consideraciones éticas: Confidencialidad de la información de los pacientes y su familia

CAPÍTULO V ACERCAMIENTO A LOS ENFOQUES TEÓRICOS SOBRE EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD Y ATENCIÓN

Conceptualización

La relación entre biología y sociedad, según se plantea desde la medicina social, se articula desde tres dimensiones: las expresiones psico-biológicas, las interpretaciones culturales y las prácticas sociales que se aplican. Todo ello desde un enfoque integral que al mismo tiempo –para su mejor comprensión– se separa con fines de investigación desde la teoría, la metodología y la práctica.

“Así, en particular la salud como proceso social, que forma parte de pero no se agota en este ámbito de reflexión, es investigada también a partir de esta triple vertiente interdependiente, tomando en cuenta: las formas históricas que asume; sus constructos simbólicos en grupos culturales específicos y las diversas respuestas sociales que a partir de las dimensiones anteriores se ponen en marcha en distintos niveles: individual; doméstico; familiar; a partir de redes sociales; como expresión cultural, demanda social o parte de las políticas públicas”. (López, 2006)

La morbi-mortalidad de una población debe centrarse en posturas sociales relacionadas con procesos históricos y no simplificar el análisis en perspectivas con exclusividad biológica, lo cual ya en 1975 planteaban Laurell y Blanco desde la Medicina Social. De esta manera, resulta complejo explicar los perfiles de enfermedad y muerte si no se acompaña de una visión integral social.

Esta insuficiencia explicativa permite que muy rápidamente se plantee la necesidad de construir un nuevo objeto de conocimiento y se abra la discusión sobre la causalidad y la determinación de la salud-enfermedad (s/e), así como de sus formas de abordaje. La perspectiva médico-social contribuye a mostrar las limitaciones que tienen los abordajes teóricos desde la salud pública dominante que desvincula los procesos de s/e, representación y prácticas de la organización social, naturaliza lo social, individualiza los fenómenos y cuyo proceder metodológico corresponde a las ciencias naturales. (Laurell, 2008)

En el fondo, el Estado social debe buscar reducir sistemáticamente las contingencias, disminuir las diferencias entre grupos, sectores y regiones y atender sus consecuencias. En la actualidad los riesgos de enfermedad, incapacidad, desempleo, accidente de trabajo y muerte se han incrementado por muchas razones. Frente a ello, hay una presión creciente para avanzar en la privatización de los servicios de salud y de la seguridad social, o al menos para disminuir la presencia del Estado en esos dos campos. (Narro, s/f)

La política de México se ha sostenido en la acción estatal, orientada al bienestar social (modelo europeo), siendo la seguridad social parte del sistema de salud.

En los años noventa del siglo XX se integran al discurso oficial términos como *universalidad, equidad y participación social*, que se estudian desde enfoques más integrales, que buscan entender los efectos directos en la provisión de servicios.

El liberalismo clásico postula el origen del Estado moderno en la necesidad de controlar el poder y, en consecuencia, generar leyes que eviten el caos social e impidan los abusos de poder; así, en la noción de Estado éste se concibe como instancia necesaria y neutral que garantice el orden. (Granados, 2008)

Autores como Marx conciben al Estado como “necesario”, pero debido a que sus intereses particulares se dirigen hacia quienes ostentan mayor poder económico, no representa el interés general; por lo tanto, a diferencia del liberalismo, el marxismo rechaza la posición neutral del Estado y concluye una autonomía relativa en función de la posibilidad de mediar entre diferentes intereses político-económicos.

El marxismo también muestra al Estado como necesario, pero –como ya se mencionó– no para ningún interés general sino para el interés de las clases con mayor poder económico; la diferencia con el liberalismo radica entonces en que el Estado no es una instancia neutral y, en sus posiciones más radicales, es un instrumento de la clase en el poder; y aunque se reconoce el atributo de la autonomía del Estado, los marxistas la acotan a una autonomía relativa, que es precisamente la característica que permite al Estado ser considerado una instancia neutral al contar con cierta capacidad para mediar entre intereses de clase contradictorios.

En una perspectiva que busca evitar los reduccionismos, se considera que el Estado es la instancia donde tienen encuentro las distintas fuerzas sociales, en la que se confrontan los intereses antagónicos de éstas y cuyo grado de interlocución con las instancias de gobierno dependen de los recursos con que cada fuerza acude en el planteamiento de sus demandas. (Granados, 2008).

Dichos conceptos se confrontan posteriormente con sus efectos en el grado de mercantilización del acceso a los servicios de salud, el tipo y amplitud de los beneficios que recibe la población y en el grado de estratificación social que promueven.

La discusión se centra en las consecuencias de los cambios valorativos que redefinen la respuesta social a los riesgos en salud y que reconstituyen el sistema de salud y seguridad social mexicano basado en una trayectoria caracterizada por la solidaridad social.

Plantear la necesidad de que el Estado tenga funciones muy acotadas, hace que la distribución de bienes se satisfaga a través del libre mercado, desapareciendo al mínimo políticas sociales. Esto es reforzado por la teoría marxista del Estado, definida como una instancia que favorece intereses particulares que no se dirigen a la promoción del bienestar de las clases trabajadoras. Así, las políticas de salud constituyen el espacio donde las necesidades de salud son definidas y aplicadas de acuerdo con intereses específicos que en su mayoría son contradictorios.

Por otro lado, es con el trabajo –actividad esencialmente humana– como se transforma a la Naturaleza y se observan diversos cambios del propio ser humano y sus relaciones con otros; cada hombre identifica y aborda sus necesidades y aplica criterios para resolver aquello que es imprescindible para satisfacer sus necesidades, utilizando los medios necesarios para la consecución de sus propósitos.

Se presenta desgaste en el cuerpo y mente del individuo cuando no existen las condiciones de trabajo idóneas, propiciando problemas de salud relacionados con diversas formas de morbilidad y mortalidad; por lo que con salarios diferentes se satisfacen necesidades de manera distinta. Es entonces que la desigualdad social ante la salud y la enfermedad se ubican fundamentalmente en determinantes de índole económica.

Si se asume que el trabajo se desarrolla con el fin de satisfacer necesidades y tener la posibilidad de una reproducción individual y social sana, es una realidad que el trabajo asalariado no es suficiente para cubrir de manera total las necesidades, por lo que la expresión más clara de esta contradicción entre capital y trabajo son las formas de enfermar, morir, nutrirse y alimentarse.

“Al ejercicio público del poder para resolver el conflicto social se le ha denominado política social y hace referencia a la provisión de servicios públicos diversos como salud, educación, urbanización, pero incluye también medidas en el terreno económico, subsidios al consumo, control de precios; el proceso va desde la desmercantilización de ciertas esferas de las necesidades humanas y la consecución de derechos sociales que implica la ciudadanía y la igualdad de los individuos que postulan los Estados modernos; el derecho a la salud, a la alimentación, a la educación, forma parte de una noción del desarrollo que se basa en el mejoramiento de las condiciones de vida de una sociedad”. (Granados, 2008)

Sping-Anderson, en 1991, sostiene que la política social “promueve la acumulación de capital y mantiene el orden social”; la desmercantilización define la provisión de servicios concebida como un derecho y significa una emancipación sustancial de los individuos en relación a su dependencia en el mercado.

Otra definición importante es la de seguridad social: “instrumento de la política social que contribuye a solucionar las necesidades sociales, combatir la pobreza, asegurar los medios esenciales para la vida y garantiza la estabilidad social; la seguridad social se articula con la solidaridad social que implica “colectivización de los riesgos de salud que se materializa en la redistribución de los ingresos (provisión de servicios iguales a necesidades iguales).

Si se entiende que la reproducción social es la forma en que el ser humano se desarrolla y satisface sus necesidades, la salud se construye y se transforma cuando hay nuevos modos de reproducción social. Así, las reformas neoliberales en salud se centran en políticas públicas con intervenciones mínimas, de costo-beneficio, dando preferencia a los servicios privados de salud, al desprestigiar los servicios públicos: “lo barato cuesta caro”.

“La creciente negación de la salud como derecho social e incluso derecho humano impulsó un renovado interés en los servicios de salud y convirtió a las políticas e instituciones de salud en un campo importante de acción política; (. . .) el acceso a los servicios de salud forma parte del derecho a la salud y éstos son un espacio importante de producción de inequidad”. (Laurell, 2008)

Las políticas, instituciones, arreglos institucionales diversos y divergentes constituyen formas diferentes de abordar los problemas de salud. Las diferencias llegan a ser opuestas en términos de las formas de organizar la sociedad y la concepción de bienestar social, que son traducidos en proyectos políticos.

Es la exigibilidad de los derechos sociales entendida a partir de la universalidad de éstos y la construcción de ciudadanía que emerge con su voz lo que permite estar a favor de políticas redistributivas y en contra de la desigualdad; por ello la prestación de los servicios debe ser gratuita, para igualar las condiciones básicas de vida. Al analizar la transgresión a las leyes de mercado que sostienen los gobiernos neoliberales se observa que lo prevaleciente son las desigualdades individuales y no de grupos sociales, llevando a cabo políticas focalizadas en individuos o grupos vulnerables específicos.

La decisión de favorecer el interés general de una sociedad mayoritariamente pobre por encima de los intereses particulares de pequeños grupos de enorme poder cada día más enriquecidos por su control sobre la política y la economía significa empezar a resolver la polarización y consecuente escisión –objetiva y profunda– de la sociedad en una gran mayoría empobrecida y una pequeña minoría opulenta, a fin de revertir la desigualdad.

Cuando un derecho es para todos o un programa tiene criterios incontrovertibles de inclusión-exclusión, desaparece la base misma del otorgamiento del favor o la intermediación condicionante ante la autoridad. En un país como México, con su pesada herencia de clientelismo y condicionamiento de los beneficios sociales, es una acción política liberadora establecer derechos exigibles y romper este ciclo vicioso y destructor de la voluntad ciudadana. (Laurell, 2008)

Doyal y Gough (1991), citado por Laurell (2008), reconocen que el derecho a la salud es uno de los derechos sociales menos controvertidos, ya que habla directamente de la preservación de la vida y la existencia misma del individuo; nexos que le confiere una connotación ética profunda. Agregan que la salud es una necesidad humana básica y transhistórica dado que carecer de ella significa un daño serio y sufrimiento de la persona que le impide desarrollar sus capacidades y potencialidades, y participar plenamente en la sociedad.

Es entonces que la salud y la educación como los principales derechos sociales, son indispensables para consolidar una democracia.

RESULTADOS

CAPÍTULO VI LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES PARA LA ASIGNACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO

El INNN atiende a pacientes mayores de 15 años que padecen alguna enfermedad del sistema nervioso, preferentemente que no cuenten con algún tipo de Seguridad Social, los cuales provienen tanto de la Ciudad de México como del resto del país.

Para la asignación del Nivel Socioeconómico¹⁶ existen siete niveles (incluido el Exento), que se aplican a todo aquel paciente de nuevo ingreso, a aquellos que asisten de manera subsecuente, y a quienes cada dos años se les actualiza el estudio socioeconómico.

Con la creciente demanda de los servicios de salud en el área de las Neurociencias y el uso de medicamentos con altos costos y nuevos procedimientos quirúrgicos, para la población usuaria del instituto, constituye una problemática en el terreno económico que trasciende al ámbito social de las familias mexicanas que, por sus características: población abierta, bajos recursos económicos y situaciones de emergencia, no llegan a cubrir los costos que representa, principalmente en el caso de hospitalización.

Por lo que Trabajo Social en el INNN ubica y analiza la problemática socioeconómica de los usuarios para proceder al apoyo institucional mediante la reclasificación de nivel socioeconómico, incluida la exención y valoración de la condonación parcial o total del saldo hospitalario; describe el proceso de apoyo institucional en función de las variables específicas analizadas por Trabajo Social.

Los apoyos fundamentales que realiza Trabajo Social, bajo los lineamientos estipulados por la institución son: reclasificación por problemática económica (saldos elevados por hospitalización, cirugía y defunción, principalmente); ajuste en insumos y medicamentos¹⁷; coordinación con la Asociación de Promotores Voluntarios: cuando a los

¹⁶ Este se determina con base en el Estudio Socioeconómico que se aplica al Paciente y/o Responsable Legal.

¹⁷ Cada nivel socioeconómico representa un porcentaje de subsidio con relación al costo real de los servicios; el nivel 1 corresponde al 2%, es decir, el INNN subsidia 98% de los costos de atención; el nivel 2 = 5% (95% subsidio); nivel 3 = 15% (85% subsidio); nivel 4 = 38% (62% subsidio); nivel 5 = 68% (32% subsidio); nivel 6 = 100% (0 subsidio).

pacientes se asigna la cuota de recuperación más baja (2, 1) o Exento, se solicita el apoyo para alimentos, hospedaje, equipo y material y transporte.

Para el caso del apoyo institucional por medio de reclasificación del nivel socioeconómico o la solicitud al Departamento de Tesorería para aplicar la condonación parcial o total de los adeudos hospitalarios, el Departamento de Trabajo Social (DTS) es responsable de considerar y aplicar las siguientes políticas, según el Manual de Procedimientos (2007)¹⁸:

- a) Tratamiento costoso.- cuando en el nivel 1 rebase en 3 salarios mínimos mensuales vigentes, el saldo total que generó la estancia del usuario en el servicio de hospitalización y hasta 4 salarios mínimos vigentes para el nivel 2.
- b) Tratamiento prolongado.- cuando los pacientes rebasen el promedio general de días de estancia específico del instituto.
- c) Cuando el paciente durante un año ha tenido 2 o más ingresos y tiene adeudos por insolvencia económica en el Instituto.
- d) Cuando la problemática socioeconómica del paciente interfiera en la continuidad de su tratamiento médico.
- e) Cuando el paciente comprueba mediante documentos oficiales que ha existido un cambio relevante en su situación socioeconómica que amerite ser revalorado, como desempleo, gastos por enfermedad o defunción de alguno de los miembros de la familia.
- f) Cuando el paciente ha sido dado de alta de protocolo de investigación.
- g) Cuando la Dirección General o la Dirección Médica giren instrucciones de reclasificar el caso y se envíe al Departamento de Trabajo Social el oficio autorizado.

¹⁸Manual de Procedimientos para la aplicación y operación del catálogo de cuotas de recuperación, 2007. Procedimiento 1: "Asignación de nivel socioeconómico"; una de sus políticas es "el catálogo de cuotas de recuperación del instituto tenderá a mantener la equidad en el pago con base en las condiciones socioeconómicas del usuario y los costos reales de los servicios proporcionados. Para este fin se buscará el establecimiento de sistemas de costos y procedimientos de atención en el instituto (pág. 10).

Para determinar la revaloración del nivel socioeconómico, Trabajo Social (TS) realiza visitas domiciliarias en el Distrito Federal y zona conurbada a fin de evaluar las condiciones sociales de la familia, la vivienda y las características y dinámica del entorno. En el caso de pacientes foráneos se establece coordinación con el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) o Presidencia Municipal para que dichas instancias envíen un reporte oficial de la situación social de los casos.

Se elabora el reporte de visita, anexando un informe social que explica la situación de vulnerabilidad de los pacientes y su familia, enviando el expediente social a las autoridades respectivas para su autorización. La reclasificación socioeconómica puede ser retroactiva al momento del egreso, o para un tratamiento específico.

Trabajo Social proporciona a la Dirección Médica la información documental necesaria donde se asienta que el responsable legal y la familia del paciente están en circunstancias de insolvencia económica, lo cual les impide liquidar la cuenta generada por hospitalización. A continuación se aplica la política establecida, contemplando que el paciente era el principal aportante para la economía familiar hasta el momento del ingreso al instituto, el impacto de la enfermedad en la situación financiera del sujeto de la atención, estancia prolongada en hospitalización y procedimientos de alta especialidad que conlleven un costo elevado.

En el caso de defunciones –cuando el paciente fallece y el responsable legal expresa la incapacidad para cubrir el saldo al egreso– se procede al otorgamiento de apoyo institucional independientemente del nivel socioeconómico que tuviese.

Si el paciente, el responsable legal y la familia del paciente con nivel socioeconómico 1 a 3 manifiestan circunstancias de insolvencia económica para liquidar la cuenta generada por hospitalización, se procede al apoyo institucional.

Los pacientes con asignación de nivel socioeconómico 4 a 6 firman una carta compromiso que les otorga un tiempo específico para cubrir el saldo.

6.1. El estudio socioeconómico en el INNN: Perfil de los usuarios¹⁹

El estudio socioeconómico (ESE) contiene siete indicadores.²⁰ Con base en ellos se asigna el nivel socioeconómico, con el que cubrirán los usuarios, la cuota de recuperación por la atención médica recibida en el instituto.²¹

El primer indicador se refiere al *área geográfica*; en el lapso 2003-2008 se registraron 24 970 ESE, de los cuales 46% (11,611), corresponde a personas provenientes del DF, mientras que 26% (6,510) son residentes del Estado de México y 28% (6,857), proviene de diversos estados de la República; En el lapso revisado, menos del 1% corresponde a extranjeros, que –como indica la Ley General de Salud– reciben atención, cubriendo los costos totales.

El *tipo de vivienda* contiene cinco parámetros: 84% corresponde a departamento o casa popular; 8% refiere departamento o casa clase media; 5% corresponde a institución de protección social o cuarto redondo; 2% reporta habitar en vecindad o cuarto de servicio; el 1% restante pertenece al rubro de departamento o casa residencial.

La *tenencia de la vivienda* se divide en rentada (21%), prestada (36%) y propia/pagada (43%). Al correlacionar el tipo de vivienda, se constata que aún cuando la vivienda sea propia, sus condiciones, no son óptimas, lo cual se observa en los datos subsecuentes.

En el rubro *servicios intradomiciliarios* se encuentra lo siguiente: 16,151 casos (65%) declaran contar con cuatro o más servicios; hasta tres servicios representan 24%

¹⁹ De acuerdo con las cifras que se reportan en el Informe Anual de Autoevaluación 2009, el número de estudios socioeconómicos efectuados por trabajadora social fue de 486, considerando un total de 17 trabajadoras sociales; el número de visitas domiciliarias por trabajadora social fue de 20, considerando 9 trabajadoras sociales del turno matutino. (En otros turnos, debido a la disminución de personal, no se lleva a cabo esta actividad, que resulta fundamental, para el caso de los pacientes que requieren apoyo institucional y elaborar un informe social que exprese la situación socioeconómica prevalectente).

El número de camas por trabajadora social es de 12 y el número de casos nuevos por trabajadora social fue de casi 300 (cifra que incluye las consultas de primera vez y los ingresos a hospitalización).

El 85.6% de la población atendida en consulta de 1ª vez corresponde a los niveles socioeconómicos 1, 2 y 3, que incluyen los porcentajes más bajos de cuotas de recuperación que son otorgados a los pacientes más desfavorecidos económicamente y que no están cubiertos por alguna institución de seguridad social.

²⁰ Ver Anexo 2: Guía de la puntuación de los indicadores del estudio socioeconómico aplicado en el INNN.

²¹ La descripción de datos que proporciona el estudio socioeconómico entre 2003 y 2008, se tomó de la base generada en el sistema hospitalario Windows (SIHOWIN), INNN.

(5,914); 9% declara dos servicios (2,215), mientras que 2% cuenta sólo con un servicio o ninguno.

En el indicador **material de construcción**, 70% de las viviendas cuenta con acabados en mampostería; 26% es material mixto y 4% es tierra.

La **zona de ubicación** se divide en rural (6%) y suburbana (14%); 80% refiere vivir en zona urbana, aún cuando 26% reporta no contar con todos los servicios públicos.

El **número de habitaciones** varía de uno a más de cuatro; 48% tiene entre dos y tres habitaciones; 25% más de tres; y 27% habitan vivienda de hasta dos habitaciones, incluyendo la cocina. El indicador **número de personas por dormitorio** muestra 68% con una o dos personas, 17% cuenta con hasta tres personas y 14% (3,568) con cuatro o más personas por dormitorio.

El **número de enfermos en el núcleo familiar**, 14,771 (59%) es el paciente; 13% (3,301) reporta hasta dos enfermos, y 28% (6,904) declara que el principal proveedor económico es el paciente; o bien, que tres o más miembros de la familia están enfermos, lo cual ocurre a menudo con las enfermedades hereditarias o congénitas.

Hasta 5000 pesos mensuales declaran las familias como **ingresos**, es decir, más del 80%, tiene ingresos que corresponden a un poco más de tres salarios mínimos (SM); de éstos, el 38% declara ganar entre 1 SM y 2 SM. El 86% de las familias están constituidas entre 2 y hasta 5 miembros.

El siguiente indicador es **ingreso destinado a la alimentación**, en el que es importante destacar como el único que marca la pauta para determinar el porcentaje de egresos de una familia; para el caso del número de enfermos en casa, en el estudio socioeconómico no se registran otros gastos como compra de medicamentos y uso de hospitales.

Los parámetros de medición del gasto en alimentación varían de 20 a 30% hasta más del 70% del total de ingresos, por lo que mientras más del 80% destina un porcentaje por arriba del 50% de sus ingresos, 4% tiene más poder adquisitivo y su gasto en alimentos está por debajo de 31%. (Cuadro 1)

Cuadro 1
 PORCENTAJE DE GASTO EN ALIMENTACIÓN

Gasto en alimentación	Frecuencia	Porcentaje
71% y más	6314	26.0
61 a 70%	8665	34.0
51 a 60%	5581	22.0
41 a 50%	3310	14.0
31 a 40%	759	3.0
21 a 30%	336	1.0

Fuente: Archivos del Depto. de Trabajo Social, INNN 2007-2008

La **ocupación** se centra en trabajadores no calificados con el 46%; 19% declaran ser profesionistas; desempleados y/o dedicados al hogar alcanzan el 5%; el 15% corresponde a oficiales, operarios y artesanos; trabajadores de servicios, vendedores de comercios y mercados suman el 13%; el 14% se coloca en el rubro de operadores de instalaciones, máquinas y montadores; 0.2% (ejecutivos), 2% (profesionales científicos e intelectuales); 4% (técnicos y profesionales de nivel medio).

Cuando el paciente es el principal proveedor económico, es fundamental considerar el nivel socioeconómico asignado porque en la mayoría de los casos se dejan de percibir ingresos debido a la suspensión temporal o definitiva de la ocupación que desempeñaba, debiéndose tomar en cuenta las posibilidades reales y actuales de la familia.

La participación económica y la presencia afectiva de otros miembros de la familia pueden generar nuevos problemas; es necesario conocer los diagnósticos médicos y sus repercusiones físicas y psicológicas a fin de medir el impacto social de la enfermedad y la capacidad de valorar el tipo de red más útil y viable para cada caso específico.

Cada año al aprobarse el presupuesto, la Dirección de Administración del INNN establece como meta en recursos propios la cantidad de 70 millones de pesos anuales; al 31 de diciembre de 2008 el instituto recuperó 67 millones, captación menor a la esperada

(no se recibieron un poco más de cuatro millones, a causa de problemas económicos y al incremento de condonaciones de adeudos de pacientes con clasificaciones de 1 a 3).

El perfil socioeconómico de los usuarios de la atención de especialidad en el área neurológica presenta características importantes a resaltar: más de una cirugía, internamientos frecuentes (de acuerdo con el diagnóstico médico) y reclasificaciones por seguridad social (política interna para derechohabientes que en la mayoría de los casos no corresponde al nivel socioeconómico por estudio socioeconómico).

Se revisaron las estadísticas que reporta el Departamento de Trabajo Social, de 2004 a 2008, considerando el PND y PNS del sexenio 2007-2012, el manual de procedimientos para la aplicación de cuotas de recuperación (última revisión, de 2006), así como las instrucciones recibidas en torno a la modificación en la asignación de cuotas de recuperación donde se expresaba el cobro de insumos y medicamentos de acuerdo con el porcentaje de "subsidio" por niveles socioeconómicos y que cambió el cobro al 100%. Por ello, los informes que se entregan a la Dirección General se elevan desproporcionadamente, al plantear bajos ingresos por concepto de cuotas de recuperación que no corresponden con la realidad, tomando en cuenta el nivel socioeconómico de los pacientes atendidos en el instituto.

Otra cuestión que llama la atención es el porcentaje de pacientes que siendo asegurados, solicitan expresamente atención en el instituto (aproximadamente el 10% del total de la población atendida en un año); de éstos, se consideran los que fueron reclasificados y además, se les otorgó apoyo institucional al egreso -llámese pacientes que después de cirugía convencional, son tratados por Radioneurocirugía o Terapia endovascular-; ambos, procedimientos costosos.

La exención de pago claramente planteada en el manual de procedimientos muestra en el cuadro 2 el porcentaje casi nulo de pacientes a los que por ESE se presentan para autorización por la Dirección General; sin embargo, aún cuando a muchos se asigna el nivel 1 -considerando personas de muy escasos recursos económicos, con ingresos por debajo del salario mínimo, áreas suburbanas y rurales, alejados de los servicios públicos, con problemas de salud crónico-degenerativos, implicaciones de salud de otros miembros

de la familia (genética)- son elementos fundamentales para determinar y validar el apoyo institucional.

Cuadro 2
NIVEL SOCIOECONÓMICO ASIGNADO A PACIENTES DE PRIMERA VEZ EN CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN, INNN 2002-2008

NSE	2002 N=4763	2003 N=4765	2004 N=4762	2005 N=4481	2006 N=4858	2007 N=4878	2008 N=4415
1X	.1	.3	.2	.1	0	.4	.1
1	11.5	15.6	17.4	19.8	19.9	18.9	18.5
2	32.5	39.7	44.0	40.6	39.0	38.4	40.2
3	37.7	29.1	25.5	26.5	27.6	28.7	26.8
4	10.7	5.3	3.0	5.9	4.4	2.8	3.1
5	2.5	7.0	6.5	4.2	5.6	7.5	7.2
6	5.0	3.0	3.4	2.9	3.5	3.3	4.1

Fuente: Archivos del Departamento de Trabajo Social, 2002-2008

Las estadísticas de los INSALUD coinciden en el perfil socioeconómico de los pacientes por nivel de clasificación. (60% niveles 1 y 2); de éstos, alrededor de 25% tuvieron apoyo institucional en el INNN.

Dependiendo de los servicios –Neurocirugía, Neurología y Psiquiatría– se diferencian los saldos. Del primer servicio, donde se realizan cirugías, pasan a cuidados intermedios, terapia intensiva, y los costos aumentan considerablemente.

Entre 12 y 17% son pacientes que cuentan con una posibilidad económica más favorable (niveles 4 a 6), mientras que del 83% al 88% están catalogados en nivel de pobreza y pobreza extrema (niveles 1 a 3); llama la atención que no hay presencia significativa de pacientes exentos, lo que según el manual de procedimientos es autorizado, previa justificación del DTS, por la Dirección Médica o la Dirección General.

Durante 2008 se realizaron 75,259 consultas, de éstas 3,562 fueron pacientes de primera vez; es decir, se les abrió expediente clínico; 2,417 fueron ingresos hospitalarios y

2, 468 fueron egresos; 94% fueron por mejoría, 1.5% alta voluntaria y 4.1% por defunción. Se llevaron a cabo 2,391 cirugías.²²

Los datos estadísticos descritos, muestran el perfil socioeconómico de la población atendida en el INNN y los criterios que se manejan en cuestión de acceso a los servicios de salud, mostrando contradicciones entre las políticas internas y las metas del Programa Nacional de Salud, con los derechos sociales de las personas.

VII EL APOYO INSTITUCIONAL: UNA ALTERNATIVA PARA LA EQUIDAD EN LA ATENCIÓN A LA SALUD

Los motivos por los cuales se aplica el procedimiento de apoyo institucional a los pacientes que acuden al instituto son diversos y es importante aclarar que –contrario a lo que se piensa de algunos profesionales de Trabajo Social en el sentido de que éstos no son objetivos al asignar un nivel determinado– es importante destacar que el estudio socioeconómico consta de una parte cuantitativa y otra cualitativa, donde la interpretación profesional para elaborar el diagnóstico social se basa en la información recabada en la entrevista que se aplica a los usuarios; Trabajo Social se enfrenta al dilema de actuar con “paternalismo” y “equidad”.²³

Si se realiza una entrevista eficaz y objetiva y se consideran todas las variables socio médicas, el nivel socioeconómico tendría que identificarse adecuadamente, permitiendo así hablar de equidad en los servicios de salud²⁴.

La situación económica es de suyo difícil, y se torna aún más grave por los costos tan altos que deben cubrirse en el campo de la salud en México; específicamente en el tercer nivel de atención: medicamentos, cirugías y estancia hospitalaria que por ejemplo, no se incluyen en el seguro popular, son indicadores básicos para concluir la existencia de gastos catastróficos.

²² Archivo Clínico, Informe Anual, INNN, 2008; Las fuentes principales de recolección de datos fueron los archivos de Trabajo Social de los años 2002 a 2008 y –en el caso de usuarios procedentes del DF– se cuenta con la visita domiciliaria, cuya información es fundamental para la toma de decisiones en el área de Trabajo Social.

²³ Ver Anexo 1: Informes sociales de casos que recibieron apoyo institucional, Depto. de Trabajo Social, 2009.

²⁴ Equidad entendida como el grado de ajuste entre las necesidades de salud de la población y la oferta de servicios del sistema de salud: “dar más a quien más lo necesita”(Cruz-Rivero, 1990)

Es entonces de suma importancia contextualizar al paciente frente a su proceso salud-enfermedad y su entorno; fundamentando que en el ser humano existen cambios frecuentes y que la vida social determina muchas veces la situación individual (laboral, escolar, entre otras).

Los apoyos institucionales en el INNN se expresan en la falta de recursos económicos de la población atendida y la falta de equidad en el cobro por servicios de atención médica, principalmente hospitalaria.

En 1990 la Revista de Salud Pública publicó una investigación relacionada con las cuotas de recuperación y la equidad en los servicios (Cruz- Rivero, 1990). El Sistema Nacional de Cuotas de Recuperación (SNCR), lo definen como un instrumento que establece las normas y procedimientos para el manejo y control de los recursos que se generan en la SSa por concepto de cuotas. Así, se determinan los niveles y tipos de cobro por servicios de atención médica, venta de insumos como aparatos de rehabilitación, vacunas, por mencionar algunos.

El SNCR se caracteriza primordialmente por ser "una política de cobro diferenciado, bajo la que se sustenta el carácter redistributivo del sistema, en la que el usuario debe pagar una cuota dependiendo de cuatro factores: sus posibilidades económicas, tipo de unidad donde se presta el servicio, tipo de localidad donde se ubica la unidad y tipo de servicio solicitado". En la mayoría de las instituciones ofrecen "paquetes de servicios", integrándose en una sola cuota, donde se cobra la hospitalización y las intervenciones quirúrgicas. (Cruz-Rivero, 1990)

Los INSALUD unificaron criterios para sistematizar un estudio socioeconómico, mismo que no evita los gastos catastróficos en salud y que además se aleja de la misión y visión institucional en el ámbito asistencial.

Para que la población abierta sin seguridad social tenga acceso a los servicios de salud, debe pagar estos servicios sin prevalecer equidad en el pago por concepto de cuotas de recuperación. Las políticas de salud aplicadas a instituciones de alta especialidad transgreden la equidad en el cobro de los servicios de atención médica hospitalaria.

De acuerdo con los porcentajes de subsidio el ajuste de insumos y medicamentos existía hasta mayo de 2004, fecha en que se determinó cobrar al mismo costo de los proveedores, de manera que inició un aumento importante en los saldos; es en 2006 cuando después de una recomendación realizada por el órgano de control interno, se diseñó el procedimiento "apoyo institucional" y durante el segundo semestre de 2004, 2005 y 10 meses de 2006, mismo que se fue afinando, integrando la "solicitud de apoyo institucional" donde los usuarios expresan por escrito la dificultad para cubrir el total de los saldos hospitalarios (a partir del 24 de octubre de 2006).

Si se considera que los pacientes que llegan al instituto son personas que fueron atendidas inicialmente en otras instancias de salud (primero y segundo niveles de atención) y que en muchas ocasiones no fueron diagnosticados correctamente, llegan en condiciones de salud desfavorables, con enfermedades avanzadas y con antecedentes de haber tenido varias cirugías cuyas complicaciones se presentan cuando tienen que ser internados en la terapia intensiva.

Cuadro 3
INGRESOS Y CONDONACIONES POR CONCEPTO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN
INNN, 1998-2008

AÑO	INGRESOS (millones de pesos)	CONDONACIONES (millones de pesos)
1998	11.5	-
1999	19.4	-
2000	19.8	-
2001	22.9	-
2002	31.9	-
2003	47.0	-
2004	56.1	-
2005	63.7	17.8
2006	63.7	21.5
2007	65.5	24.8
2008	65.7	27.6

Fuente: Dirección de Administración, Subdirección de Recursos Financieros, INNN, 2009

En un comparativo de ingresos y condonaciones que reportó el INNN (Cuadro 3) se describe que entre 1998 y 2009 aumentó el porcentaje de ingresos por concepto de

cuotas de recuperación (cada año se modifica el tabulador; para 2010 se incrementará en 15%).

Cuadro 4
PORCENTAJE DE PAGO POR CUOTAS DE RECUPERACIÓN ASIGNADO
POR NIVEL SOCIOECONÓMICO EN LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD, 2008

NIVEL SOCIOECONÓMICO	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1	8	6	7	4	10	3	8	2
2	15	12	10	14	12	8	16	5
3	34	30	15	33	22	22	35	15
4	64	62	40	55	35	43	55	38
5	89	88	60	76	60	68	75	68
6	100	100	100	100	100	100	100	100

(1) Hospital Infantil de México, (2) Instituto Nacional de Cancerología, (3) Instituto Nacional de Cardiología, (4) Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, (5) Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, (6) Instituto Nacional de Pediatría, (7) Instituto Nacional de Perinatología, (8) Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

Cada INSALUD, aplica porcentajes distintos de cobro por concepto de cuotas de recuperación, que a su vez se diferencian del monto de subsidio por cada nivel socioeconómico. Aún cuando una de las políticas entre los INSALUD es respetar el nivel socioeconómico cuando son referidos entre institutos, es evidente que los costos varían de una institución a otra y para la población que requiere atención en más de una institución de alta especialidad, los gastos generados para la salud se elevan considerablemente.

Para conocer la forma en que algunas instituciones aplican sus procedimientos para captación de recursos, se llevó a cabo una consulta con siete instituciones (una de ellas el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca y seis INSALUD, incluido el INNN).

En el *Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias* los casos en que Trabajo Social sustenta la necesidad de apoyo son elaboración de carta compromiso al egreso de la hospitalización del paciente si éste no cubre la totalidad del adeudo, para lo cual se utiliza una tabla que indica la cantidad del adeudo y clasificación de los pagos o plazos a elaborarse, con seguimiento de adeudos por parte del área de contabilidad. En caso que no se cubran los adeudos se aplica la cancelación de éstos, momento en que interviene el área jurídica y finalmente la junta de gobierno; otros son las reclasificaciones por

hospitalización, trabajo social revisa los casos corrobora información y si es posible con visita domiciliaria para valorar aquellos que ameritan apoyo temporal por hospitalización o definitiva, elaboran la documentación y se envía a la Dirección Médica para firma; la valoración es realizada por Trabajo Social, y un menor número de casos son apoyados por indicación la da la Dirección General o Médica.

Igual que en otras instituciones, no existe seguridad de que las cartas compromiso se liquiden en tiempo y forma; y en pocos casos aún cuando firmaron carta, solicitan la cancelación de una parte del adeudo y entonces las instancias facultadas para cancelarlo –la Dirección Médica o General– advierten del caso al área de contabilidad.

Por su parte, en el *Hospital Regional de Alta Especialidad- Oaxaca* las cartas compromiso no son muy usuales y de las pocas que se firman, normalmente los deudores pagan en el tiempo establecido. Para que una carta compromiso proceda, el paciente/familiar debe cubrir 50% del saldo total.

Por otro lado, se valora el cumplimiento de ciertas condiciones, y se procede a reclasificación de nivel socioeconómico, evitando la carta compromiso.

En el *Hospital Infantil de México* no existe el concepto *condonación*, salvo cuando se presentan casos cuyos montos son menores que \$200.00, consideradas familias de muy escasos recursos; en esta instancia se aplican cartas compromiso.

El Órgano Interno de Control cuestiona que se condonen adeudos. Su cancelación se determina cuando después de transcurrido cierto tiempo no se cubre el monto por lo que Recursos Financieros interviene previa autorización de la Junta de Gobierno, para la condonación.

Si la cuenta de un paciente clasificado con nivel 1 o 2 sobrepasa uno o dos salarios mínimos, respectivamente, la deuda se cancela. Presencia de cartas compromiso en el caso de derechohabientes, a los que se les fija nivel 6. Buscan implementar nivel Socioeconómico más 1.

En el *Instituto Nacional de Cardiología* se generaron en 2008, 541 cartas compromiso por un monto de 13.5 millones de pesos; los pacientes realizan depósito inicial de 40,000 pesos (requisito indispensable para ser atendido).

En cuanto al *Instituto Nacional de Perinatología*, la estancia prolongada (hasta por 6 meses) se presenta en niños; con nivel 6 (el día cama cuesta \$243.00). La solicitud de liquidación de adeudo la elabora Trabajo Social y las cartas compromiso son elaboradas por Cuentas Corrientes. Ya no existe la figura *condonación*; se reclasifica a 1X.

En el *Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición*, las direcciones de Planeación y Administración realizan los aumentos a los tabuladores cada año; de un año a otro el nivel 1 aumentó de 3 a 4%.

En el *INNN* el porcentaje de aplicación del cobro de cuotas de recuperación por concepto de material de curación, equipo especializado, medios de contraste y medicamentos según nivel de clasificación socioeconómica (2001), se eliminó en el 2004.

Cuadro 5
Presupuesto en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
Manuel Velasco Suárez (INNN)

PRESUPUESTO/AÑO	2007	2008	2009
Presupuesto Federal	402,684	445,293	462,508
Recursos Propios (meta anual)	94,474	72,000	72,000
Recursos Propios Ejercido	70,970	67,643	64,573
% de Presupuesto total destinado a capítulo 1000 y pago de honorarios	52	57	57
% del Presupuesto a gastos de investigación	4	4	3
Total de capítulos 2000, 3000, 4000, 5000 y 6000 destinados a Investigación	21,482	22,219	16,936
% de Presupuesto a gastos de Enseñanza	2	2	3
Total de capítulos 2000, 3000, 4000, 5000 y 6000 destinados a Enseñanza	10,722	11,708	14,679
% del Presupuesto a gastos de asistencia	40	37	37
Total de Capítulos 2000, 3000, 4000, 5000 y 6000 destinados a Asistencia	198,079	197,186	205,465
Número de plazas laborales	1,249	1,259	1,263
Número de plazas ocupadas	1,213	1,241	1,243
Número de plazas vacantes	36	18	20
% del personal administrativo	26	26	26
% del personal de áreas sustantivas	65	65	65

Fuente: Informe Anual de Autoevaluación 2009, H. Junta de Gobierno 1ª. Sesión Ordinaria 2010 p.p. 14-15

El presupuesto de egresos de la Federación en el Ramo 12 (Salud), autorizado por más de 400,000,000 en el 2007 y 445,293 millones de pesos en 2008, tuvo un incremento de un poco más del 5% de los recursos fiscales programados. Este presupuesto permitió

cubrir el pago en servicios personales (capítulo 1000), así también, los recursos asignados, fueron utilizados en la adquisición de materiales y suministros (Capítulo 2000), destacando los insumos médicos en general, para estar en posibilidad de cumplir con las metas programadas en la atención médica que este Instituto presta; los capítulos 3000 al 6000 se ejercieron para la consecución de los diversos protocolos programados, la formación y capacitación del personal especializado, operativo y administrativo, y el ejercicio de recursos en el pago de servicios básicos, auditoría externa, servicios de limpieza y vigilancia, aseguramiento de las instalaciones y bienes muebles del Instituto y los servicios de mantenimiento preventivo; asimismo, fueron realizados los trabajos de obra pública, destacando la remodelación de áreas de hospitalización (neurocirugía y neurología).

Los recursos propios programados correspondieron a 94,470 y 72 millones de pesos, en 2007 y 2008, respectivamente; para 2009 se fija el mismo monto que en el 2008. El presupuesto ejercido fue de 70,970 y 67,643 millones de pesos en el mismo periodo, recursos que fueron utilizados en la adquisición de medicamentos y material médico, asimismo, para complementar el pago de servicios básicos y el mantenimiento de equipo médico especializado; en lo referente al programa de inversión, fueron canalizados recursos en la adquisición de mobiliario y equipo; en obra pública se complementaron los recursos para llevar a cabo los trabajos de remodelación de áreas sustantivas.

El presupuesto gastado de casi 200 millones de pesos en asistencia, corresponde al 40% (2007) y 37% (2008) del total, destacando principalmente la adquisición de sustancias químicas, medicamentos, materiales e insumos médicos y de laboratorio, víveres, materiales y útiles de oficina, combustibles, uniformes y materiales diversos, así como para el pago de servicios básicos, aseguramiento de equipos e inmuebles, servicios de vigilancia, limpieza y de mantenimiento en general, la adquisición de mobiliario y equipo y en el pago de la obra pública llevada a cabo.

De acuerdo con las responsables del área de Recursos Financieros y Tesorería del instituto, las cuotas de recuperación que se obtienen año con año se destinan al 100% al

instituto. El subsidio federal se destina exclusivamente al Capítulo 1000 referente a Servicios Personales, es decir, la nómina de los trabajadores.

El total de los recursos propios (por concepto de cuotas de recuperación), se asignaron históricamente al Capítulo 2000 (Medicamentos, insumos y materiales de hospitalización); sin embargo, desde hace cinco años dichas cuotas de recuperación se ocupan en otros capítulos, procedimiento que debe ser plenamente justificado ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), una vez que se ha presentado la propuesta en la Junta de Gobierno de la Secretaría de Salud, para ocupar los recursos en mantenimiento de equipos, compra de equipos y/o construcción de obras.

Mientras que en el INCAN los recursos propios ascienden en 2009 a 140 millones de pesos, en el INNN, la meta para 2010 se planteó en 75 millones. En el caso del INCAN, reciben presupuesto del Seguro Popular para cubrir los costos de enfermedades tan costosas como el cáncer.

Es importante destacar que las instituciones que no ejercen el presupuesto en el año correspondiente (al 31 de diciembre), deben regresarlo a la Tesorería de la Federación. Por ejemplo, para el 2011, de los 75 millones que se espera recaudar por concepto de cuotas de recuperación, el instituto podría ejercer de la siguiente manera: 40 millones para medicamentos, material e insumos hospitalarios; 5 millones para mantenimiento de equipos, 30 millones para remodelación y construcción de infraestructura.

En el caso de las enfermedades neurológicas son ciertas intervenciones cuyos costos son grandes: Terapia Endovascular, Radioneurocirugía y Plasmaféresis (entre 50,000 y 300,000 pesos aproximadamente), se reduce la posibilidad de que se obtengan los insumos y medicamentos necesarios para los usuarios, y deben ser ellos los que paguen. Esta situación repercute en los gastos de bolsillo de los usuarios, al tener que cubrir costos de insumos al 100%.

Mientras que en los años 2007 a 2009 no se presentaron aumentos en el tabulador de cuotas de recuperación, para 2010 se realizó un incremento del 15%.

Por su lado, Laurel (2010), expresa que los recursos no son utilizados para el pago de atención en padecimientos de alto costo que no están incluidos en el Seguro Popular, como los eventos vasculares cerebrales. “La inversión total de la Ssa, durante el periodo 2007 a 2009, ha sido de mil 888.9 millones según la cuenta pública”.

Cuadro 6
APOYO INSTITUCIONAL MEDIANTE CONDONACIÓN Y/O RECLASIFICACIÓN
2004-2008

SERVICIOS	2004	2005	2006	2007	2008
APOYO INSTITUCIONAL					
NEUROCIRUGÍA	NA	226	372	313	296
NEUROLOGÍA	NA	142	184	181	167
UTI	NA	33	51	40	26
URGENCIAS	NA	62	45	49	51
PSIQUIATRÍA	NA	19	22	14	31
C. EXTERNA	NA	4	2	5	0
U. RNC	NA	72	114	31	17
TOTAL	NA	558	790	633	588
RECLASIFICACIONES					
NEUROCIRUGÍA	18	15	19	27	25
NEUROLOGÍA	12	9	24	17	11
TERAPIA INTENSIVA	1	1	9	4	2
URGENCIAS	2	3	4	5	3
PSIQUIATRÍA	9	9	5	10	6
C. EXTERNA	20	24	33	56	60
RADIONEUROCIRUGÍA	9	29	50	83	74
TOTAL	71	90	144	202	181

Fuente: Archivo del Depto. de trabajo Social, INNN, 2004-2008

NA- No aplica

Nota: Las reclasificaciones consisten en disminuir o aumentar el nivel socioeconómico de acuerdo al resultado del estudio socioeconómico y por indicación superior.

Los servicios que requirieron más apoyos –en particular en los años reportados– son Neurocirugía, Neurología, Urgencias y la Unidad de Terapia Intensiva.

Cuadro 7
VISITAS DOMICILIARIAS REALIZADAS EN EL PERIODO 2004-2008

SERVICIO	2004	2005	2006	2007	2008
NEUROCIRUGÍA	41	66	119	52	46
NEUROLOGÍA	41	45	47	54	12
TERAPIA INTENSIVA	19	33	34	25	26
URGENCIAS	27	46	29	47	48
PSIQUIATRÍA	37	18	17	7	19
C. EXTERNA	7	23	53	34	43
RADIONEUROCIRUGÍA	86	124	141	30	23
TOTAL	258	355	440	249	217

Fuente: Archivos del Depto. De Trabajo Social, INNN 2004-2008.

Las estadísticas de visita domiciliaria, reclasificaciones y apoyo institucional son importantes para destacar que toda la población atendida presenta en un porcentaje alto gastos de bolsillo que se convierten en gastos catastróficos al considerar el ingreso familiar y los egresos que en su mayoría presentan déficit. Aquellos que obtienen apoyo institucional y se les condona parcial o totalmente la deuda manifestaron haber tenido gastos anteriores en otros hospitales, traslados, medicamentos o tratamientos médicos varios; sin embargo, quienes no reciben apoyo porque no expresaron su problemática, cubren los saldos, al endeudarse con otras instituciones (bancarias, familiares, entre otras).

CAPITULO VII DISCUSIÓN DE RESULTADOS: APOYO INSTITUCIONAL A PACIENTES ATENDIDOS EN EL INNN EN EL PERIODO 2007-2008

"El trabajador social que sostiene no poder ayudar más que a las personas capaces de utilizar una cierta forma de relación, en realidad dice que sólo puede entrar en relación con aquellas que tienen menos necesidad de ayuda (...). Esta afirmación puede compaginarse, sin duda, con la función de ciertos servicios, pero no puede hacerlo con el fin global de nuestra profesión (...) sabemos que ciertas condiciones sociales son decisivas y que la mejor utilización de la relación comprensiva no puede compensar las lagunas fundamentales en el entorno" (Towle, 1941).

Dado que el 90% de los pacientes atendidos en el INNN son población abierta, los gastos catastróficos por motivos de salud comienzan desde el traslado al DF (referidos de otros estados de la república); en general son acompañados por varios familiares, lo que representa mayores gastos en donde se agregan erogaciones por alimentación y hospedaje.

Una vez que llegan al instituto y son aceptados como pacientes (de 10 pacientes que acuden a valoración, tres son aceptados y el 70% es referido a otros niveles de atención).

Aquellos a los que se les abre expediente clínico y son hospitalizados se les pide como uno de los requisitos realizar un pago inicial que son fijados de acuerdo con el nivel socioeconómico: Nivel 1 = \$3,000.00; Nivel 2 = \$5,000.00; Nivel 3 = \$7,000.00; Nivel 4 = \$10,000.00; Nivel 5 = \$15,000.00; y Nivel 6 = entre \$30,000.00 y \$50,000.00. Una clasificación que se centra en los ingresos de los usuarios sin considerar otros indicadores como gastos para cubrir sus necesidades esenciales, el número de miembros de la familia, el tipo de vivienda, conlleva a la inequidad, la desigualdad evidente y la injusta manera de conseguir recursos económicos por medio de las cuotas de recuperación. Es importante agregar que para la comprobación de ingresos es una dificultad cuando se trata de personas desempleadas, subempleadas, no asalariadas o sin ingreso fijo, por lo que se aplican criterios distintos para la clasificación que no coincide con todas las instituciones

de salud, por ello, muchas veces se determinan distintos niveles socioeconómicos, diferenciados por institución de salud.²⁵

Durante 2007 hubo 2557 egresos y en 2008, 2468; esto corresponde a 23.5 y 22% de los apoyos otorgados, respectivamente. (Cuadro 8)

De los 2557 egresos en 2007, 141 fallecieron y 2416 están vivos, aunque en su mayoría con discapacidad y necesidad de apoyo familiar; en 2008, 100 de 2468 fallecieron (4.05%).

Cuadro 8
MORBI-MORTALIDAD EN EL INNN
2007-2008

	2007	2008
MORBILIDAD	2416	2368
MORTALIDAD	141	100
	2557	2468

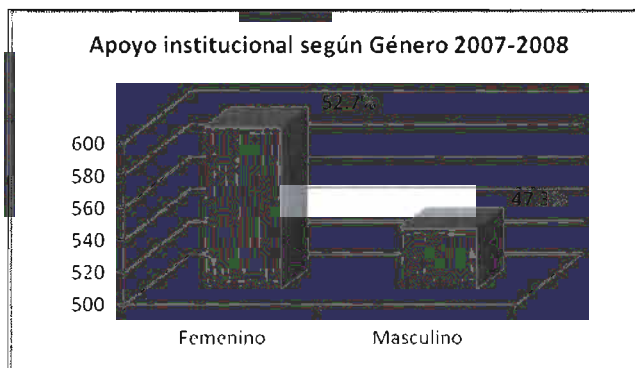
% MORBILIDAD	94,49	95,95
% MORTALIDAD	5,51	4,05

Fuente: Depto. de Archivo y Bioestadística, INNN, 2007-2008

²⁵ Cada mes se envía a la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) el perfil de la población con las variables: nivel socioeconómico de pacientes de primera vez, número de derechohabientes, ingresos por urgencias y procedencia.

El comportamiento de 2007 a 2008 es similar en las variables estudiadas: género, edad, estancia hospitalaria, diagnóstico médico saldo hospitalario.

GRÁFICA 1



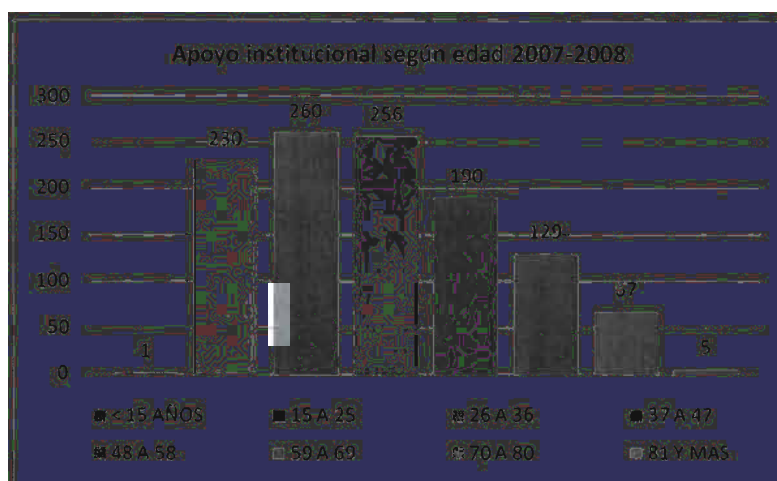
**Cuadro 9
APOYO INSTITUCIONAL POR GÉNERO
DISTRIBUIDO POR MES 2007-2008**

	2007				2008			
	FEM	%	MASC	%	FEM	%	MASC	%
ENERO	31	9.75	34	12.06	25	8.87	21	8.17
FEBRERO	32	10.06	12	4.26	19	6.74	24	9.34
MARZO	28	8.81	34	12.06	13	4.26	16	6.23
ABRIL	26	8.18	14	4.96	20	7.09	27	10.51
MAYO	18	5.66	21	7.45	19	6.74	19	7.39
JUNIO	26	8.18	25	8.87	26	9.22	26	10.12
JULIO	27	8.49	23	8.16	28	9.93	20	7.78
AGOSTO	19	5.97	32	11.35	30	10.64	13	5.06
SEPTIEMBRE	25	7.86	25	8.87	29	10.28	34	13.23
OCTUBRE	28	8.81	24	8.51	32	11.35	19	7.39
NOVIEMBRE	31	9.75	16	5.67	24	8.51	17	6.61
DICIEMBRE	27	8.49	22	7.80	18	6.38	21	8.17
	318	100.00	282	100.00	283	100.00	257	100.00

Fuente: Archivo del Depto. de Trabajo Social, INNN, 2007-2008

El cuadro 9 muestra el comportamiento de los apoyos institucionales que se presentaron cada mes en el periodo 2007-2008; en ambos años hay más presencia de mujeres.

GRÁFICA 2



Las edades con mayor frecuencia se encuentran en los rangos de edad de 15 a 25, 26 a 36 y 37 a 47 años, entre 20 y 22% cada uno, acumulando 65.5%

Al cruzar género con edad por rangos, los resultados muestran más presencia de hombres que recibieron apoyo institucional que mujeres en edades de los 15 a los 47 años; las mujeres aparecen con mayor frecuencia en el rango de 48 a 81 años y más.

Cuadro 10
NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON
APOYO INSTITUCIONAL, 2007-2008

NSE	2007	%	2008	%	TOTAL	%
1	234	39.0	242	44.8	476	41.8
2	264	44.0	222	41.1	486	42.6
3	102	17.0	76	14.1	178	15.6
TOTAL	600	100.0	540	100.0	1140	100.0

Fuente: Archivos del Depto. de Trabajo Social, 2007-2008, INNN.

De acuerdo con el Manual de Procedimientos para la asignación de cuotas de recuperación, los candidatos a recibir apoyo son aquellos cuyos niveles son de 1 a 3 (considerados los niveles bajos según los indicadores establecidos en el estudio

socioeconómico). Los niveles 1 y 2 constituyen en ambos años entre 39 y 44% cada uno, lo cual suma más del 80%. Aún con la presencia de condiciones de mayor desventaja socioeconómica, muchos individuos y familias cubren los costos de la atención, con el consiguiente gasto de bolsillo.

Cuadro 11

APOYO INSTITUCIONAL BRINDADO SEGÚN DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA				
ESTANCIA HOSPITALARIA	2007	%	2008	%
0 A 20	347	57.8	295	54.6
21-40	167	27.8	154	28.5
41-60	52	8.7	48	8.9
61-80	23	3.8	15	2.8
81-100	7	1.2	14	2.6
101 Y MÁS	4	0.7	14	2.6
TOTAL	600	100.0	540	100.0

Fuente: Archivos del Depto. de Trabajo Social, 2007-2008, INNN.

En el Cuadro 11 se aprecia que mientras casi el 55% cumple con el promedio de estancia, 45% tiene estancias prolongadas.

Alrededor de 85% de los pacientes que requirieron Apoyo Institucional (AI) estuvieron hospitalizados entre uno y 40 días. La estancia hospitalaria que maneja el instituto en promedio general es de 13.7 días; al considerar estos casos se muestra que hay estancias prolongadas, lo cual implica elevación de saldos. El 8% permaneció en el INNN más de 60 días; un caso tiene tres años.

Para la presente investigación se desconoce la situación actual de salud de los pacientes; por lo que es muy importante contar con información sobre si estos pacientes fueron de primera vez o subsecuentes (reingresos), y si los gastos han aumentado.

En enfermedades neurodegenerativas, neoplasias cerebrales e infecciosas, es donde se presentan hasta 60 días de estancia hospitalaria (EH); las EH prolongadas representan gastos muy importantes en medicamentos e insumos, aunque los costos por día/cama sean menores (en este caso sí se considera el nivel socioeconómico).

Es frecuente el número de ingresos por infecciones, con saldos por arriba de \$100,000 pesos en los niveles 1 a 3.

Cuadro 12

SALDO HOSPITALARIO AL MOMENTO DEL EGRESO						
SALDO (\$)	2007	%	2008		TOTAL	%
< 5000	78	13.0	62	11.5	140	12.3
5000 A 10 999	130	21.6	111	20.5	241	19.9
11 000 A 20 999	136	22.7	118	21.8	254	22.3
21 000 A 40 999	87	14.5	85	15.8	172	15.1
41 000 A 60 999	43	7.2	41	7.6	84	7.4
61 000 A 80 999	30	5.0	23	4.3	53	4.7
81 000 A 100 999	24	4.0	20	3.7	44	3.9
101 000 >	72	12.0	80	14.8	152	13.4
TOTAL	600	100	540	100	1140	100

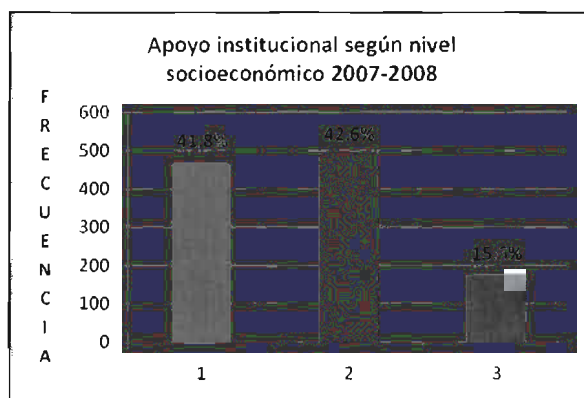
Fuente: Archivos del Depto. de Trabajo Social, 2007-2008, INNN.

Los saldos, incluyendo los menores a \$5,000.00 que incorporan saldos de menos de \$1,000.00, constituyen para esas 140 familias un problema serio; familias de muy bajos recursos que han tenido el problema de salud del integrante enfermo, varios internamientos y medicamentos que se cobran al 100% de su costo.

Los saldos inferiores a \$21,000.00 que requirieron apoyo institucional constituyen 55%; más de \$21, 000.00 y hasta menos de \$41,000, 15%; de 1140 casos, 152 (13%) tuvieron un saldo total mayor a \$100,000.00, resaltando que el adeudo mayor rebasó \$500,000.00.

GRÁFICA 3

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
1	476	41.8
2	486	42.6
3	178	15.6
Total	1140	100.0



84% de los pacientes que recibieron apoyo tienen niveles 1 o 2.

De 476 casos con nivel 1, 27% corresponde a enfermedades cerebrovasculares, 29% a neoplasias cerebrales y 17% a enfermedades infecciosas.

De 486 pacientes con nivel 2, 24% corresponde a neoplasias, 31% a enfermedades cerebrovasculares y 12% a enfermedades infecciosas; en el mismo orden de enfermedades está el nivel 3 con 178 casos (27, 39 y 14%, respectivamente).

Cuadro 13
DIAGNÓSTICO POR GRUPOS DE PADECIMIENTOS NEUROLÓGICOS
2007-2008

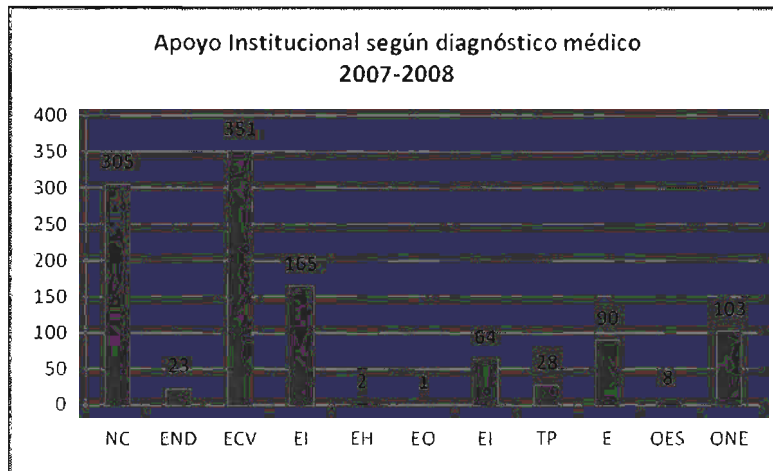
DIAGNÓSTICO	F	%
NEOPLASIAS CEREBRALES (NC)	305	26.8
ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS (END)	23	2.0
ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES (ECV)	351	30.8
ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EI)	165	14.5
ENFERMEDADES HEREDITARIAS (EH)	2	.2
ENFERMEDADES ORTOPÉDICAS (EO)	1	.1
ENFERMEDADES INFLAMATORIAS (EI)	64	5.6
TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS (TP)	28	2.4
EPILEPSIA (E)	90	7.9
OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO (OES)	8	.7
OTROS NO ESPECIFICADOS (ONE)	103	9.0
TOTAL	1140	100.0

Fuente: Archivos del Depto. de Trabajo Social, 2007-2008, INNN.

Loas enfermedades que se tratan en el INNN son neoplasias cerebrales, enfermedades neurodegenerativas, cerebrovasculares, infecciosas, hereditarias, ortopédicas, inflamatorias, trastornos psiquiátricos y otras enfermedades del sistema nervioso.

Las enfermedades cerebrovasculares se presentan en 31%, seguido de las neoplasias con 27%.

GRÁFICA 4



Fuente: informes sociales, Departamento de Trabajo Social, 2007-2008.

De acuerdo con la edad y el diagnóstico, las neoplasias y las enfermedades neurodegenerativas se ubican en el rango de 37 a 47 años; en las enfermedades cerebrovasculares, el rango 26 a 36 años es donde se ubica el mayor número de casos.

La mayor parte de los casos de trastornos neuropsiquiátricos y epilepsia se presenta en el rango de 15 a 25 años.

De acuerdo con las cifras, de un año a otro (2007-2008) disminuyeron los apoyos institucionales, siendo 23% el promedio de la población que por sus condiciones socioeconómicas requiere de la condonación parcial o total de su saldo hospitalario.

Cuadro 14
SALDOS SEGÚN CANTIDADES POR AÑO 2007-2008

	2007		2008	
	SALDO MENOR	SALDO MAYOR	SALDO MENOR	SALDO MAYOR
ENERO	1096.49	203 895.77	1608.82	363 850,23
FEBRERO	1663.23	160 744.32	1200.93	539 969.45
MARZO	776.45	373 409.93	1546.44	319 823.73
ABRIL	974.96	219 946.95	689.64	417 403.45
MAYO	1565.7	272 626.27	1008.73	235 484.86
JUNIO	1376.11	436 949.77	596.28	258 333.25
JULIO	983	302 648.72	1914.81	229 144.47
AGOSTO	1520.49	523 882.00	1142.64	287 316.04
SEPTIEMBRE	1787.19	276 898.55	1461.78	236 631.37
OCTUBRE	1859.79	411 399.08	1926.77	450 474.95
NOVIEMBRE	3752.89	390 791.66	2462.83	390 582.82
DICIEMBRE	1515.33	515 532.26	3898.93	243 601.32
TOTAL	18 871.63	4 088 725.28	19 458.60	3 972 615.94

Fuente: Avisos de egreso, Cuentas Corrientes, Dirección de Administración, INNN, 2007-2008

Los saldos “más bajos” reportados en 2007-2008 fluctúan entre menos de \$1,000 a casi \$4,000; mientras que los saldos más altos en ese mismo periodo fueron de \$160,000 a \$539,000, recordando que los niveles 1 y 2 conciernen a familias de bajos recursos económicos. La suma total declarada como “condonación” –parcial o total– fue de \$8,099,671.45.

Todas las enfermedades se presentan en diversos rangos de saldos; el adeudo de la mayor parte de los pacientes y sus familias es de \$11,000 a \$21,000, quienes ante la angustia, se sienten “amenazados” con no ser atendidos ya sea en la consulta u otras hospitalizaciones por los adeudos que tienen y no pueden ni podrán cubrir. Por ello la importancia del informe social que genera Trabajo Social para justificar ante la administración la falta de recursos económicos de la familia y la falta de redes de apoyo. En trastornos psiquiátricos –donde además se presenta la estigmatización del enfermo mental– los gastos por medicamentos son altos y la falta de adherencia terapéutica hace difícil que los pacientes logren recuperarse o mantenerse para ser “funcionales”.

CAPITULO IX CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

El rescate a la implementación de la política de “ajuste en insumos y medicamentos”, es el camino a la equidad, respetando lo acordado por las políticas gubernamentales a través del Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud y los acuerdos suscritos internacionalmente con la Organización Mundial de la Salud.

Es imprescindible una política de salud integral para los casos atendidos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, ya que las políticas y programas de salud no atienden de manera congruente las necesidades sentidas por la propia sociedad, ni tienen la cobertura que el discurso plantea. Resulta entonces fundamental la creación/aplicación de políticas públicas tomando en cuenta todos los recursos disponibles (humanos, materiales, financieros), con el fin de beneficiar a la población carente de bienestar social.

Trabajar por un servicio nacional de salud público, descentralizado y con calidad. Las enfermedades neurológicas son crónico-degenerativas, lo que significa tratamientos costosos y prolongados; debe existir una política para incluir los diagnósticos neurológicos en el Seguro Popular, con ello disminuir el gasto de bolsillo por concepto de salud.

El apoyo institucional es una intervención paliativa que busca no quebrantar más la calidad de vida de las familias, cuyos integrantes sufren enfermedades neurológicas, neuropsiquiátricas y los que requieren cirugía.

Trabajo Social es, por definición, una profesión dirigida a la intervención social; con la información que obtiene de las condiciones de los usuarios, debe ser generador de políticas internas que trasciendan a lo público, en beneficio de la población más vulnerable.

La información obtenida de los registros del Departamento de Trabajo Social del INNN debe ser permanentemente sistematizada y difundida con los tomadores de decisiones para reorientar el presupuesto dirigido a la salud, específicamente a los problemas de salud neurológicos.

Con las bases de datos con que cuenta el Departamento de Trabajo Social desde 2002, se han realizado diversos informes que constituyen una valiosa aportación para conocer y mostrar las características sociales de las personas con padecimientos neurológicos atendidos en el instituto.

Mientras no exista un sistema nacional de salud que verdaderamente diagnostique y refiera correcta y expeditamente desde el primer nivel de atención, seguirá elevándose el número de casos con problemáticas de salud tan complejas, que llegan tarde para recibir atención en el nivel de alta especialidad.

Los ingresos por cuotas de recuperación muestran que los usuarios de la atención de alta especialidad neurológica cubren en el 80% de los casos las cuotas asignadas. El 20% que recibió apoyo institucional es el que dentro del perfil social analizado, corresponden al grupo de mayor pobreza, siendo los más vulnerables, por las condiciones de existencia específicas.

El costo por servicios y medicamentos es el principal impedimento para que individuos y familias atiendan su salud. El INNN debe estar convencido de que las condonaciones de saldos son justificados plenamente por Trabajo Social. Por lo tanto, no debe ser obstáculo para el crecimiento de la institución, cuando los gastos de la población son cada vez mayores.

Por consiguiente, no se debe determinar las cuotas de recuperación como la principal opción de financiamiento para la institución. Es necesario dirigir los esfuerzos a otras instancias para la consecución de financiamiento y contar con tecnología de punta para elevar el acceso real a la atención de personas con problemas neurológicos, buscando opciones de ingresos propios por otras fuentes.

El deterioro físico de las instituciones no se debe a la falta de ingresos por cuotas de recuperación; al fortalecer las instituciones públicas e instrumentar mecanismos de financiamiento estable, suficiente, equitativos y solidario, se estará en condiciones de remover el obstáculo económico al acceso oportuno de la atención que se demanda.

Continuar con la visión y estrategia neoliberal que amenaza con la privatización, va en contra de los postulados constitucionales.

Es de suma importancia buscar la congruencia entre las necesidades de salud de la población y las orientaciones políticas y administrativas de las instituciones de salud y no olvidar la misión del INNN.

Si sólo el 20% más pobre de la población está exento de pago y no se pueden inscribir al Seguro Popular más del 14.3% de la población susceptible por año, aunado a un número limitado de intervenciones, donde las neuroquirúrgicas aún no están integradas al catálogo, se seguirá presentando gastos catastróficos. Incluir el Seguro Popular en la atención de enfermedades neurológicas, disminuiría los gastos de bolsillo, pero queda claro que no parece ser una prioridad para el Estado, y no es factible que se inserte este 20% de la población del instituto con las mayores carencias sociales; es bien sabido que los individuos y familias de diferentes estados de la república y del propio Distrito Federal donde se encuentran instituciones como el INNN, realizan recorrido por muchas instancias del sector salud para encontrar el diagnóstico preciso y el tratamiento adecuado, lo que desgasta fuertemente su economía.

El sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, debe ser evaluada, modificada y sistemáticamente vigilada en su funcionamiento, rompiendo con estructuras burocráticas, para facilitar el acceso oportuno a la atención a la salud de los usuarios.

La equidad es definida como el pago de una prima según el nivel de ingresos, profundiza la exclusión en salud cuando se margina a los que no contribuyen a ningún seguro y sólo acceden a los servicios mediante pago directo.

Ante esta situación el apoyo institucional (AI) implementado en el instituto, aún cuando es paliativo, contribuye a defender el derecho a la salud y a disminuir la exigencia de pago por parte de la institución al usuario; continuar trabajando en las contradicciones entre reglamentos, políticas, lineamientos y las acciones concretas en la intervención en salud; seguir apoyando con informes sociales que evidencian la necesidad de otorgar apoyo institucional, recuperando el subsidio para medicamentos e insumos hospitalarios, debe ser obligación del INNN.

Buscar convenios de subrogación, significa apoyar a los individuos y familias al no obligar a realizar pagos directos que afecten la economía del hogar.

El sistema de salud tiene deficiencias en organización y administración; se presenta dificultad para coordinaciones efectivas. Esto tiene como consecuencia que no exista cobertura universal ni en servicios esenciales y mucho menos en hospitalización.

La negligencia y la iatrogenia no sólo corresponden al área médica, se trata también de un asunto político. Los casos legales conducen a gastos mayores como consecuencia de errores médicos y administración incongruente. A pesar de los avances hay un largo camino por andar. Todavía existen obstáculos culturales y burocráticos de acceso a los servicios de salud. Es una obligación eliminar la idea de que la institución pública les "hace un favor a los usuarios" en vez de concebir la institución como garante de sus derechos; por tanto, es fundamental y prioritario, ética y profesionalmente, luchar por el derecho a la salud como un derecho ciudadano y universal con propósitos de redistribución y equidad es el camino. ¿Cómo hacer realidad la universalidad y la equidad? es la pregunta que desde la Medicina Social es necesario responder actuando.

Propuestas de cambios en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

- Modificar el modelo de atención y operar un profundo cambio estructural.
- Dirigir la mirada a la salud colectiva, comunitaria e individual, evitar la fragmentación, erradicar la exclusión de la atención a la salud entre comunitaria e individual.
- Exigir profesionalismo rompiendo la simulación de cumplir metas.
- Los mejores sistemas de salud son los que enfatizan la educación, promoción de la salud y la prevención.
- Reconstruir la institucionalidad pública, NO al proceso de privatización.
- Reordenar administraciones:
 - o No a la Corrupción, instalaciones deterioradas, cultura institucional y clima organizacional sin objetivos precisos.
 - o Sí a garantizar el derecho a la protección de la salud, tratar dignamente al ciudadano y crear una nueva cultura de la salud.

- o No al predominio de los intereses particulares sobre el interés general y el uso de los recursos públicos para fines particulares.

- Rechazar el clientelismo y el otorgamiento de un favor a cambio de la subordinación o el silencio ante el abuso, romper con la idea de la dádiva gubernamental.
- Construir y resignificar la ética institucional fundada en principios humanistas.

Los desafíos a los que se ve enfrentado Trabajo Social, como miembro del equipo de salud en una sociedad globalizada es, justamente, debatir acerca de las problemáticas en la realidad social y construir proyectos de intervención que defiendan la justicia social, la igualdad de oportunidades, el bienestar social. Comprender y explicar fenómenos sociales, reconstruir y reelaborar marcos teóricos y métodos debe ser la estrategia para incidir en el entorno, trascendiendo el ámbito asistencialista, siendo críticos de los sistemas institucionalizados y propositivos en el cambio hacia la igualdad.

ANEXO 1

Ejemplos de Informes sociales elaborados por el Departamento de Trabajo Social que justifican el apoyo institucional.

Caso 1

DVP, masculino que ingresó por primera ocasión el 6 de agosto de 2006 a la Subdirección de Neurocirugía, fue intervenido por tumor más hidrocefalia, fue egresado por alta médica el 15 de septiembre del mismo año, cubrieron saldo total al egreso.

Reingresa por segunda ocasión el 21 de mayo de 2008 por complicación a la realización de cirugía de estrabismo por estancia corta; fue ingresado a la Unidad de Cuidados Intermedios ese mismo día y posteriormente se refirió a la Subdirección de Neurocirugía, con una estancia hospitalaria de 434 días.

El responsable legal (padre) visita al paciente, así como la madre y hermanos.

La familia presentó queja en CONAMED (caso médico-legal); el paciente tiene diagnóstico de estado vegetativo persistente. Se solicitaron diversas interconsultas para valoraciones por diversos servicios (gastrostomía, apoyo tanatológico y cuidados paliativos). Se solicitó apoyo a la Asociación de Promotores Voluntarios para el préstamo de nebulizador y aspirador. Se solicitó exención de pago el 12 de enero de 2009.

Se llevaron a cabo dos visitas domiciliarias para brindar apoyo institucional al egreso y a petición del área de cuidados paliativos.

Reporte de Visita Domiciliaria:

Nivel socioeconómico: "2"

Escolaridad: medio superior incompleto

Estado civil: soltero

Diagnóstico médico: papiloma plexos coroides + paro cardiorrespiratorio + encefalopatía anoxo-isquémica

Domicilio: Naucalpan de Juárez, Estado de México

Entrevistados: padre, madre y hermana.

El objetivo de la visita es ampliar la información proporcionada al ingreso sobre la situación de vivienda, familiar, económica y social del paciente y familia para brindar apoyo institucional al egreso.

La vivienda es una casa popular, ubicada en el perímetro del Estado de México, en una zona urbana. Cuenta con todos los servicios públicos; construida de material de

mampostería. Consta de tres dormitorios, sala, cocina y baño, con vías de comunicación y transporte.

Se trata de vivienda propia, ubicada en la parte superior de un cerro (es la última calle); el resto de las calles y construcciones están a desnivel, con una pendiente muy pronunciada; la superficie del terreno es de tres metros de ancho parte frontal, al fondo de cuatro metros de ancho y quince metros de largo. Tiene planta baja y un nivel (el dormitorio del paciente tiene goteras). Existe humedad y la vivienda es fría debido a que no llega la luz del sol.

La ventilación, iluminación, mantenimiento e higiene de la casa son regulares, el mobiliario que tienen es sala de tres piezas, librero, televisión, estéreo, lavadora, comedor con mesa rectangular y seis sillas, alacena, estufa, refrigerador, licuadora, tres camas matrimoniales, dos clósets y dos tocadores. El mantenimiento del mobiliario es regular.

Paciente masculino de 34 años, soltero, originario del DF, residente del Estado de México, de religión católica, con estudios de nivel medio superior incompleto (segundo semestre de preparatoria), laboraba como empleado eventual en una cremería hasta antes de su padecimiento, actualmente sin actividad productiva por la enfermedad. Forma parte de una familia nuclear en la etapa de la adolescencia y desprendimiento de acuerdo con el ciclo vital de la familia. Integrada por padre (responsable legal) de 60 años, con estudios de nivel básico incompleto (primaria), pensionado desde hace cinco meses y es el proveedor principal de ingresos, para cubrir las necesidades básicas, con enfermedad de Diabetes Mellitus desde hace 12 años, recibe atención médica del IMSS; madre de 58 años, con estudios de nivel básico incompleto (tercer año de primaria) y hermano de 16 años, menor de edad, con estudios de nivel básico completo, en trámites para estudiar la preparatoria, sin actividad productiva. Tiene cuatro hermanos de 38, 36, 35 y 25 años (tres mujeres y un hombre), casados e independientes; dos laboran como secretarias, dedicada al hogar y otro labora como ayudante general eventual; cada uno de ellos cubre las necesidades básicas de sus respectivas familias y presentan la misma situación social del enfermo; son personas de un nivel socioeconómico bajo. La red de apoyo familiar es limitada.

Las necesidades básicas son cubiertas con el ingreso que percibe el padre (\$2 200.00 mensuales). Los egresos:

Alimentación	\$1 800.00
Luz	140.00
Agua	200.00
Gas	200.00
Teléfono*	180.00
Vestido-calzado	70.00
Total	\$2 590.00

El déficit y el pago del teléfono son cubiertos con apoyo de las hermanas del paciente.

La dinámica familiar se establece con roles tradicionales, donde existe comunicación directa entre los integrantes del sistema. Existe flexibilidad en las reglas y normas; en lo que respecta a la toma de decisiones, es por parte de la madre y hermanas del enfermo. Existe unión y apoyo entre los subsistemas conyugal, parental y fraterno.

PLAN SOCIAL

Con base en la situación social antes expuesta, el diagnóstico médico, el medicamento de alto costo y la estancia prolongada, se solicita apoyo institucional al egreso. En caso necesario exentar de pago.

OBSERVACIONES

Las personas entrevistadas se mostraron colaboradoras y participativas en la entrevista, manifestaron su preocupación y angustia ante la situación actual del enfermo; asimismo, su enojo e inconformidad ante lo que consideran iatrogenia en la atención del enfermo, y por no contar el equipo de salud del instituto con lo necesario para brindar atención al paciente.

No cuentan con un espacio físico ni con los recursos económicos y aparatos que necesita el enfermo para trasladarlo a su domicilio. Solicitan la consideración y el apoyo por parte de las autoridades para que les brinden los aparatos, medicamentos, materiales e insumos. Las hermanas del enfermo interpusieron una queja ante la Comisión de Derechos Humanos por negligencia médica (cirugía ambulatoria donde presentó paro cardiorrespiratorio y a la fecha en estado vegetativo, con pronóstico reservado).

Caso 2

CAR, diagnóstico: Aneurisma, Nivel socioeconómico "1", Servicio: Neurocirugía
Paciente femenina de 44 años originaria del DF, residente del Estado de México, con escolaridad primaria, vive en unión libre, dedicada a las labores del hogar.

Acude por iniciativa propia el día 5 de febrero por consulta externa, posteriormente es hospitalizada el 26 de marzo con diagnóstico médico de aneurisma y pasa a cirugía el día 25 de marzo; durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intermedios sufre un infarto cerebral. El 28 de marzo le realizan nuevamente cirugía y es transferida a la Unidad de Terapia Intensiva. El 3 de junio es referida al piso de Neurocirugía, y le fue realizada una gastrostomía.

Integra familia nuclear conformada por esposo de 51 años, con escolaridad secundaria, se desempeña como chofer (bicitaxi), con ingresos variables, siendo el único proveedor económico y en quien recae la responsabilidad económica de la familia.

La pareja tiene dos hijos de 14 y 10 años, estudiantes de secundaria y primaria, respectivamente. La paciente tiene tres hijos –producto de su anterior relación– casados y que viven de forma independiente; presentan problemática económica, por lo cual no apoyan económicamente a la paciente. Habitan vivienda rentada, construida con material mixto que consta de dos cuartos para dormir, cocina y medio baño. Cuentan con servicios públicos limitados; el agua la acarrear y el servicio de luz lo obtienen de forma irregular.

Debido a la prolongada estancia hospitalaria se incrementó su saldo, por lo cual Trabajo Social elaboró informe para solicitar apoyo institucional al egreso.

Desde su ingreso al servicio de neurocirugía, el esposo y sus hijos han estado al tanto de informes médicos y de asistir a la visita familiar, así como del adiestramiento y manejo de la paciente.

En últimas fechas los médicos han valorado a la paciente y se ha determinado que está en condiciones de egresar por máximo beneficio.

El responsable legal refiere no contar con lo necesario para llevar a la paciente a su domicilio, ha solicitado retrasar el día del egreso a fin de organizar el traslado.

Se cuenta con reporte de visita domiciliaria del DIF de su localidad y notas de seguimiento de Trabajo Social.

Caso 3

HMH, nivel 1, 11 de febrero de 2007

Diagnóstico Médico: Absceso dentario/empiema subdural/status epiléptico

Paciente femenina de 53 años, originaria de Oaxaca y residente del DF, con escolaridad básica incompleta, dedicada al hogar y realiza actividades domésticas, percibiendo ingresos mínimos y variables.

La paciente ingresa por primera ocasión al servicio de urgencias el 10 de enero de 2007 realizándosele una craniectomía y la colocación de SDVP; permanece en el servicio de neurocirugía durante siete días; posteriormente egresa el 17 de ese mismo mes por mejoría. Debido al incremento de su adeudo y su incapacidad económica, se le brinda apoyo institucional.

La paciente reingresa nuevamente el 11 de febrero de 2007 en estado epiléptico, por lo que es atendida en la UTI donde permanece durante 42 días, tiempo en el cual se le realizaron una traqueotomía y una gastrostomía. Posteriormente es referida a piso de Neurocirugía, donde su estado fue valorado médicamente como estado vegetativo persistente. Debido a la indiferencia de los familiares y al mal pronóstico; Trabajo Social buscó un espacio para la paciente en el Hospital General, en el Hospital de Balbuena y en el Hospital de Iztapalapa sin éxito, ya que refieren poco espacio y saturación en su servicio.

Como una alternativa más se insistió con el Hospital de Crónicos de Tepexpan en el Estado de México, explicando la situación médica de la paciente. Se concertó una cita con médicos de esa institución y los familiares, en el mes de febrero del 2008. En esa entrevista los familiares refirieron que no estaban de acuerdo con la transferencia y que la responsabilidad de que su paciente se encontrara en esas condiciones era del INNN. Por lo cual el Hospital de Crónicos decidió no continuar con los trámites para su ingreso.

Vive con su pareja de 65 años –quien es desempleado– y depende económicamente de sus hijos.

La paciente procreó tres hijos, de 38, 33 y 30 años. Las dos mayores son casadas, una radica en Oaxaca y de la otra no se tiene información, el hijo menor es soltero y vive independiente, actualmente labora en un centro de fotocopiado. Cabe señalar que la relación entre la paciente y sus dos hijas ha sido negativa, desde que la paciente se relacionó con su última pareja. Por esta razón desde su ingreso hasta el momento no se han presentado en la institución a visitar a la paciente.

Se comentó el caso en Jurídico y se citó al hijo, el cual no acudió a ninguna de las citas ni a las visitas familiares. La pareja de la paciente sólo ha acudido de forma esporádica los días jueves y según refiere los domingos, permaneciendo sólo unos minutos con ella.

En el mes de octubre se citó al hijo y a la pareja; se les planteó el apoyo mediante el Programa de Enfermos Crónicos del Gobierno del DF el cual no aceptaron y se comprometieron a acudir de forma constante a la institución, lo cual no fue cumplido.

Se ha tratado de localizar al hijo, sin éxito, y la pareja de la paciente refiere que este le ha señalado que tiene mucho trabajo, por lo que no puede venir.

En últimas fechas se citó al hijo para que se entrevistase con Jurídico y con los médicos. Ha venido en dos ocasiones y se ha retirado refiriendo que tiene mucho trabajo y poco tiempo.

Caso 4

CCD, nivel 2, Meningioma petroclival/PO exeresis parcial

Paciente femenina de 38 años, originaria del Estado de Hidalgo y residente del DF, con escolaridad secundaria, casada, dedicada a las labores del hogar y refiere lava y plancha ropa de sus vecinos. Integra familia nuclear conformada por esposo de 43 años, con escolaridad secundaria, quien se emplea como portero del edificio en el cual viven y percibe ingresos mínimos. La pareja procreó tres hijos que actualmente tienen 20, 14 y 11 años, de los cuales el mayor es casado, vive independiente a la familia y se desempeña como ayudante general por las noches. Las hijas menores son estudiantes de secundaria y primaria respectivamente. La familia de origen de la paciente radica en el Municipio de Atizapán en el Estado de México; sólo se ven esporádicamente.

Habitan vivienda prestada por el dueño del edificio. El es quien paga los servicios de agua, luz y gas. Está construida con material de concreto; la familia ocupa tres piezas pequeñas que se ubican en la planta baja –detrás del estacionamiento del edificio– integrada por un

dormitorio, una media cocina y un baño completo. Se cuenta con servicios públicos necesarios y se ubica en zona urbana.

La paciente inició padecimiento hace aproximadamente dos años, presentando dolores de cabeza y mareos, por lo que acudió a facultativo quien le indicó un tratamiento de analgésicos, el cual no causó efecto, de modo que continuó con su padecimiento. Posteriormente presentó dificultad para la marcha y sucesivamente parálisis facial y en extremidades, por lo que requirió de la asistencia de su esposo para realizar sus actividades. Al ver que la paciente ya no se podía mover, el esposo la llevó al Instituto de Rehabilitación donde le canalizaron a esta institución, donde ingresa por el servicio de urgencias el 27 de noviembre de 2008. Permaneció sólo cinco días, ya que debido a una infección en la garganta se pospusieron su cirugía e internamiento.

La paciente reingresó nuevamente el 08 de diciembre de 2008 ocupando la cama 125 del servicio y fue intervenida quirúrgicamente el 11 de diciembre de ese mismo año, aunque debido a su condición requirió de gastrostomía y traqueotomía, por lo cual permaneció hospitalizada durante 80 días. El 28 de marzo de 2009 ingresó nuevamente y desde esa fecha hasta el momento permanece en el servicio de neurocirugía; actualmente ocupa la cama 112.

Durante su segundo internamiento se detectó problemática económica, por lo que se realizó vista domiciliaria el 29 de diciembre de 2008 a fin de corroborar situación social, familiar y condiciones de la vivienda.

Se elaboró informe social y se presentó el caso en jefatura de tesorería para solicitar apoyo institucional al momento del egreso, mismo que fue otorgado.

En internamiento actual, el r. l. no ha realizado pagos parciales y acude de forma esporádica en horario de visita familiar; su hijo mayor acude sólo de forma esporádica.

De acuerdo a valoración médica, desde el mes de mayo la paciente está en condiciones de egreso. Sin embargo su r. l. desde esa fecha ha solicitado tiempo para buscar un sitio adecuado para ella, ya que en su domicilio carecen de espacio. El r. l. ha omitido los citatorios que se le han dejado para tratar el asunto relacionado al egreso de su paciente.

Desde su reingreso se han realizado notas de seguimiento del caso a fin de informar lo que sucede con la paciente.

Caso 5

APR nivel socioeconómico 4, quien ingresa al servicio de Urgencias el 18 de marzo con diagnóstico médico de MAV y actualmente permanece en la cama 201.

Inicia padecimiento en abril de 2006 con CA de piel atendido en el Instituto de Cancerología; realizan cirugía ese mismo año, donde permaneció con estancia hospitalaria de cuatro días y cubrió el total de la cirugía por \$30 000.00. Posteriormente es referido a esta institución por presentar derrame cerebral, indicando de acuerdo a la realización de estudios de imagen diagnóstico de MAV, por lo que fue candidato para embolización. El costo del material fue de \$44 000.00, de los cuales \$ 15 000.00 fueron de un préstamo con un sobrino y el resto se obtuvo a través de apoyo por parte de unas

amistades; por otro lado, han realizado un depósito de \$19 100.00 para pago de gastos hospitalarios.

Paciente masculino de 55 años de edad, casado, originario y residente del estado de Tamaulipas, con escolaridad de profesional incompleto, se desempeñaba en la reparación y venta de teléfonos celulares.

Actualmente integra familia extensa conformada por esposa de 57 años, con escolaridad básica completa, dedicada a las labores del hogar con quien procreó dos hijos: uno de 28 años, con escolaridad medio superior completa, estuvo viviendo en unión libre donde procreó una hija que tiene 5 años de edad y vive con ellos, ya que el DIF le dio la custodia al hijo del paciente; una hija de 22 años estudiante de la Licenciatura en Derecho, soltera. De acuerdo con el ciclo vital de la familia, cursan por la etapa de la crianza de y desprendimiento de los hijos.

El rol del proveedor económico era ejercido por el paciente, cuyos ingresos mensuales eran variables de alrededor de \$8 000.00 y distribuidos de la siguiente manera:

ALIMENTACIÓN	\$ 4 000.00
AGUA Y LUZ	\$ 500.00
TRANSPORTE	\$ 500.00
EDUCACIÓN	\$ 1 000.00
TELÉFONO	\$ 700.00
OTROS	\$ 2 000.00
TOTAL	\$ 8 700.00

El déficit es cubierto en la mayoría de las veces con préstamos con las amistades del paciente y vecinos.

La vivienda donde habitan es propia, ubicada en zona urbana, donde cuentan con los servicios intra y extra domiciliarios de construcción de mampostería; los muros son de tabique, techo de loza, piso de loseta, contando con tres dormitorios, cocina, sala-comedor y baño completo.

Los roles son los tradicionales. De nivel socioeconómico bajo que cubre los gastos de manera muy limitada que no alcanza a cubrir el total del adeudo hospitalario.

Se cuenta con redes de apoyo en el aspecto moral, ya que los hijos no han podido apoyar más porque están en la misma situación socioeconómica.

Cabe hacer mención que el paciente ingresó por primera ocasión a esta institución al servicio de Terapia Endovascular; con 130 días de estancia hospitalaria, el pronóstico se mantuvo reservado; es el único proveedor económico, el tratamiento es costoso, el adeudo hospitalario ha rebasado su capacidad económica, la familia no cuenta con recursos económicos para solventar los gastos y las redes de apoyo se han agotado. Por otro lado se menciona que según la valoración por parte del INER, el paciente requería de un ventilador de modo que se realizó el trámite correspondiente ante Patrimonio de la

Beneficencia Pública; el trámite se canceló porque al paciente lo progresaron y ahora respira por sí mismo.

Actualmente ante esta situación compraron un seguro facultativo ante el IMSS para poder trasladar a su paciente al seguro social de Tampico. Es por ello que se solicita brindar apoyo institucional correspondiente al momento del egreso.

Se anexa Estudio Socioeconómico y Constancia del Municipio de Tampico, Tamaulipas.

Caso 6

DOL, quien ingresó por primera ocasión en 2006 –siendo atendida en la subdirección de neurocirugía– fue intervenida quirúrgicamente por Meningioma; al egreso se elaboró documento compromiso por los gastos generados, que no han cubierto hasta el momento.

Ingresó por segunda ocasión al instituto, el 08 de noviembre de 2007, a la Subdirección de Medicina Crítica (urgencias), y fue transferida a la Subdirección de Neurología el 15 de noviembre del mismo año, hasta la fecha con una estancia de 1 años 8 meses 22 días.

El 02 de enero de 2008 fue solicitado procedimiento de gastrostomía y la r.l. no aceptó dicho procedimiento; desde esa fecha la paciente está en condiciones de egresar, sin que hasta el momento la r.l. se responsabilice de esta situación, planteando diversos argumentos. El 10 de enero de 2008 se solicitó reclasificación de nivel 4 a nivel 1, ya que presenta saldo elevado y cuentan con adeudo anterior. Se realizó visita domiciliar el 10 de enero de 2008, corroborando que cuenta con vivienda propiedad de una hermana en la Delegación Benito Juárez. El 5 de abril de 2008 la r.l. se comprometió a egresarla del Instituto, aunque posteriormente se declaró incompetente para egresarla y cuidarla en su domicilio. Es importante señalar que el caso se comentó con el Lic. Narváez del INNN porque la r.l. no acudía regularmente a la visita ni cumplía con el reglamento establecido, por lo que el 12 de marzo de 2008 acudieron agentes del Ministerio Público de la Delegación de Tlalpan, quienes comentaron que era un caso médico legal.

Se realizó coordinación con el Hospital de Crónicos de Tepexpan y con la r.l. con objeto de encontrar un lugar adecuado para la paciente, quien fue trasladada el 1 de abril de 2009 a valoración para hospitalización e internamiento en ese nosocomio, indicando que la paciente era candidata para ese hospital, negándose la r.l. a dejar hospitalizada a la paciente. El 3 de julio del presente año se presentó la r.l. refiriendo que está de acuerdo en que su paciente sea trasladada a ese hospital, por lo que hasta el momento esperamos que haya espacio físico para hospitalizarla .

La paciente es visitada en forma esporádica por ambos hijos y ocasionalmente una hermana y dos nietas.

Paciente femenina de 80 años de edad, viuda, originaria y residente del DF con estudios de nivel básico incompleto, sin actividad productiva. De acuerdo con el ciclo vital de la familia, en la etapa de la vejez formaba parte de una familia nuclear incompleta

integrada por una hija de 60 años de edad, divorciada, con estudios de nivel básico completo, quien labora como maestra de gimnasia rítmica y reductiva y es la proveedora principal. Tiene un hijo de 59 años de edad, casado, con estudios de nivel profesional (Licenciado en Economía) quien labora como empleado, tiene problemas de alcoholismo, y se ha manifestado de forma agresiva con el equipo de salud; tiene dos nietas de 26 y 24 años, y una nuera que viven de manera independiente, además de 3 nietas de 38, 36 y 33 años, casadas; la mayor en trámites de divorcio, la segunda casada e independiente, y la menor que es propietaria del gimnasio en donde labora la r.l. La paciente tiene cuatro hermanos: tres mujeres, de las cuales una radica en EU y dos en el DF y un hombre con padecimiento del corazón y pulmón radicado también en el DF. La r.l. recibe un apoyo mensual de \$1 000.00 de una de ellas. En cuanto a la vivienda, la r.l. habita con una de las hermanas de la paciente en el DF en un departamento popular ubicado en zona urbana que cuenta con todos los servicios públicos, intra y extra domiciliarios construida de material de mampostería, consta de dos dormitorios, sala-comedor, cocina y baño. Los canales de comunicación entre ambas hermanas son nulos.

Caso 7

JSC, paciente masculino de 72 años de edad originario y residente del DF, casado y sin escolaridad, cuenta con IMSS y los familiares se han negado a trasladarlo al IMSS aún cuando el problema neurológico ya está resuelto. El paciente es visitado por los hijos y sobrinos; se observa buen apoyo familiar, al ingreso, los familiares negaron que tenían IMSS; se realizó una visita domiciliaria debido a que el saldo se elevó en forma considerable y los familiares sólo han pagado \$11 300.00 a pesar que se les ha insistido en el pago, y realmente no son presentan. Su problemática económica es grave, y en un pase de visita se comentó que el paciente egresará próximamente; los familiares se encuentran en entrenamiento para manejo en casa.

Caso 8

RGM, con nivel socioeconómico 1, ingresó por primera vez el 27 de marzo de 2009 a la Subdirección de Terapia Intensiva; fue intervenido quirúrgicamente el 29 del mismo mes, y transferido a la Subdirección de Terapia Intensiva, donde permaneció hasta el 20 de junio, cuando fue trasladado al servicio de Neurología –cama 331– donde permanece hasta la fecha. Durante la estancia hospitalaria en el servicio de Terapia Intensiva se trasladó al Hospital Médica Sur para la realización de un Ecocardiograma y al Instituto Nacional de Cancerología para la gastrostomía, lo cual se llevó a cabo.

Paciente masculino de 72 años de edad originario de Hidalgo y residente del Estado de México, con escolaridad primaria incompleta, laboraba como vendedor ambulante de artículos usados hasta el inicio de su padecimiento. De acuerdo con el ciclo vital de la familia, pertenece a familia extensa trigeracional de acuerdo con el, conformada por su pareja de 51 años de edad con escolaridad básica incompleta; un hijo de 23 años, soltero y desempleado; y un nieto de 15 años soltero, estudiante de secundaria. La cónyuge cuenta con un hijo que se encuentra actualmente recluso en el Reclusorio Norte.

Debido al padecimiento del paciente los roles han cambiado y actualmente la proveedora económica principal es la pareja, quien se refiere como empleada doméstica y percibe un ingreso mínimo insuficiente para cubrir sus necesidades básicas y los gastos generados por la hospitalización; es apoyada por una hija que habita dentro del mismo predio, quien le proporciona \$600.00 pesos mensuales por el cuidado de una nieta. En cuanto al saldo hospitalario, se encuentra elevado y la r.l. sólo ha depositado \$800.00 al inicio de su ingreso, a pesar de que se le ha orientado al respecto. Acude regularmente a visita, argumentando que también tiene que estar con su hijo que está recluido, lo que le impide estar todos los días con su paciente.

La vivienda es casa propia ubicada en zona urbana en Ecatepec, Estado de México, ubicado, contando con la mayoría de los servicios públicos, hecha de block y cemento (de acuerdo con el reporte de visita domiciliaria realizada por el DIF de su localidad) integrada por un dormitorio, cocina y baño completo, cuenta con el mobiliario necesario y en regulares condiciones; en cuanto a la higiene, mencionan que es adecuada. Dentro del mismo predio habita una hija de la r.l. en forma independiente, quien cuenta con un dormitorio.

ANEXO 2: Indicadores del Estudio Socioeconómico para fijar el nivel socioeconómico

1.- LUGAR DE RESIDENCIA		1.1.- ZONA DE UBICACIÓN		NIVEL ECONÓMICO	
ÁREA GEOGRÁFICA		URBANA	2	0 - 12	1X
DISTRITO FEDERAL	3	SUBURBANA	1	13 - 24	1
ESTADO DE MÉXICO	2	RURAL	0	25 - 36	2
OTRAS ENTIDADES FEDERATIVAS	1			37 - 52	3
				53 - 68	4
				69 - 84	5
				85 - 100	6
2.- VIVIENDA		2.1.- SERVICIOS INTRADOMICILIARIOS (AGUA, LUZ, DRENAJE, TELÉFONO)		NIVEL % DE PAGO	
TIPO DE TENENCIA		0 - 1	0	1X	0
RENTADA	0	2	1	1	2
PRESTADA	1	3	2	2	5
PROPIA	3	4 O MÁS	3	3	15
PAGADA	1			4	38
2.2.- MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN:		2.3.- NO. DE PERSONAS X DORMITORIO		5	68
LAMINA DE CARTÓN	0	4 O MÁS	0	6	100
MIXTA	1	TRES	1		
MAMPOSTERÍA	2	UNA O DOS	3		
2.4.- NUMERO DE HABITACIONES		TIPO DE VIVIENDA:		VALORES PORCENTUALES	
1-2	0	INSTITUCIÓN PROTEC. SOC. CUARTO REDONDO, CUEVA, CHOZA - GRUPO 1	0	ING. FAMILIAR	55%
3-4	2	VECINDAD, CUARTO DE SERVICIO - GRUPO 2	1	OCUPACIÓN	10%
5 O MÁS	3	DEPTO. O CASA POPULAR - GRUPO 3	2	ALIMENTACIÓN	10%
		DEPTO. O CLASE MEDIA - GRUPO 4	2	TIPO DE VIV.	18%
		DEPTO. LUJO O CASA RESIDENCIA - GRUPO 5	4	LUGAR DE RESIDENCIA	5%
3.- ESTADO DE SALUD FAMILIAR		4.- TIPO DE OCUPACIÓN		EDO. DE SALUD FAMILIAR	2%
3 O EL PORTADOR PRINCIPAL	0	DESEMPLEADOS	0		100%
DEL INGRESO FAMILIAR		BECARIOS	3		
DOS	1	TRABAJADORES NO CALIFICADOS	2		
UNO INCLUYE AL PACIENTE	2	OFICIALES, OPERARIOS Y ARTESANOS	4		
		ARTES MECÁNICAS Y OTROS OFICIOS	4		
6.- % DE INGRESO FAM. P/ALIMENTACIÓN		TRABAJADORES DE SERVICIOS, VENDEDORES DE COMERCIOS Y MERCADOS	5		
71% - MÁS	0	OPERADORES DE INSTALACIONES	5		
61% - 70%	2	MÁQUINAS Y MONTADORES	6		
51% - 60%	4	EMPLEADOS DE OFICINA, JUBILADOS	6		
41% - 50%	6	PENSIONADOS, AGRICULTORES, CONTADORES.	7		
31% - 40%	8	CALIF. AGROPECUARIOS, PESQUERAS	7		
21% - 30%	10	TÉCNICOS Y PROFESIONALES NIVEL X	8		

PROF. CIENTÍFICOS E INTELLECTUALES	9
F. ARMADAS, EJECUTIVO E INVERSIÓN	10

INGRESO FAMILIAR 2007

No veces Salario	INGRESO	FAMILIAR	No. de dependientes económicos				
			1-2	3-4	5-6	7-8	9
0- 1	Menos de	\$1,517.00	0	0	0	0	0
+1-1 ½	\$1,517.01	\$2,275.00	15	10	5	0	0
+1 ½ - 3	\$2,275.01	\$4,551.00	20	15	10	5	0
+3- 4 ½	\$4,551.01	\$6,826.00	25	20	15	10	5
+4 ½ - 6	\$6,826.01	\$9,101.00	30	25	20	15	10
+6- 8	\$9,101.01	\$12,135.00	35	30	25	20	15
+8- 10	\$12,135.01	\$15,169.00	40	35	30	25	20
+10- 13	\$15,169.01	\$19,720.00	45	40	35	30	25
+13- 16	\$19,720.01	\$24,271.00	50	45	40	35	30
+16	\$24,271.01		55	50	45	40	35

CALCULADO DE ACUERDO AL SALARIO MÍNIMO (\$50.57). DIARIO OFICIAL DEL 29-DIC-06

INGRESO FAMILIAR 2008

NO VECES SALARIO	INGRESO	FAMILIAR	NO. DE DEPENDIENTES ECONÓMICOS				
			1-2	3-4	5-6	7-8	9
0- 1	Menos de	\$1 528.00	0	0	0	0	0
+1-1 ½	\$1 529.00	\$2 292.00	15	10	5	0	0
+1 ½ - 3	\$2 293.00	\$4 584.00	20	15	10	5	0
+3- 4 ½	\$4 585.00	\$6 876.00	25	20	15	10	5
+4 ½ - 6	\$6 877.00	\$9 168.00	30	25	20	15	10
+6- 8	\$9 169.00	\$12 224.00	35	30	25	20	15
+8- 10	\$12 225.00	\$15 280.00	40	35	30	25	20
+10- 13	\$15 281.00	\$19 864.00	45	40	35	30	25
+13- 16	\$19 865.00	\$24 448.00	50	45	40	35	30
+16	\$24 448.00		55	50	45	40	35

CALCULADO DE ACUERDO CON EL SALARIO MÍNIMO (\$50.96). DIARIO OFICIAL DEL 29-DIC-07

Bibliografía:

Aguilera, N. G. (2005). *Desigualdad en salud en México: un análisis de sus determinantes*. UIA .

Archivo Clínico, *Informe Anual*, INNN. (2008).

Archivo de Neurociencias, Suplemento. (2003).

Arzoz, Jacqueline, Felicia Marie Knaul (2007) *Inequidad en el gasto del gobierno en salud* *Caleidoscopio de la salud*, 185-194

Boltvinik, J. (1996), *Evolución y magnitud de la pobreza en México* Revista: Estudios demográficos y urbanos: El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano: v. 11, no. 2 (32), p. 361-394

Departamento de Trabajo Social. (2007). *Manual de Procedimientos para la aplicación del catálogo de cuotas de recuperación*, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

Lizardi Gómez A., e. (2003). *Utilización de los servicios de salud en México: perspectivas de los individuos con diabetes*. Sociedad española de familia y comunitaria , p.p. 32-38.

Towle, C. (1941). *Underlying Skills of Casework Today*. NCSW Proceedings.

Hemerografía:

Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud, Estadísticas, 2006,

Cruz, C. (1990). Equidad en el cobro por servicios médicos hospitalarios: el caso de las cuotas de recuperación en la Secretaría de Salud. *Salud Pública* , p.p. 449-464.

Cruz Rivero, C. (1990). Gasto catastrófico en salud y elasticidades Ingreso por tipo de gasto en servicios de salud en México. *Bienestar y política social*, VOL 2, No. 1, Departamento de Economía, Universidad Iberoamericana .

Escobedo F., C. T. (2004). Cuarenta Años de Historia en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. *Archivos de Neurociencias* , p. 21.

Fajardo, G. (2004), La descentralización de los servicios de salud en México. *Elementos No. 53, Vol. 11, Marzo-Mayo*, p. 45

Frenk, J. (1985). El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública de México* , 438-453.

García-Pedroza, F., (2000). Las causas de la mortalidad en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía 1981-1987. *Revista Mexicana de Neurociencias* .

Gómez Elsa, (2002). Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Rev Panam Salud Publica/ 11(5/6)*, 327

Hautecoeur, M. (2007). Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. *Salud Pública de México* , p.p.86-93.

INNN. (2007). El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. *Médicos de México* .

Jiménez, ME. y Velázquez, L. (2004). Morbilidad en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez" 1995-2001. *Gaceta Médica de México*.

Laurell, A. (2008). Los determinantes sociales de la salud y la acción política. *Taller latinoamericano de determinantes sociales de la salud, ALAMES* .

Leyva Flores, R. J.-E.-E. (1998). Prescripción, acceso y gasto en medicamentos entre usuarios de servicios de salud en México. *Salud Pública de México* .

López, O. (2008). Distintos caminos para avanzar en la protección a la salud: El Programa de Servicios Médicos y Medicamentos gratuitos (Distrito Federal) y el Programa de Seguro Popular en salud (Nacional). *Determinantes sociales de la salud* , p.p. 43-50.

López O., B. J. (2008). Los determinantes sociales de la salud y la acción política. Una perspectiva desde la academia. *ALAMES*.

Médicos de México. (2007). El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. *Médicos de México* .

Mejía A., Sánchez-Gandur A., y Tamayo J. (2007) Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia Centro de Investigaciones Económicas, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia, Colombia. *Revista de Salud Pública* 28 Volumen 9 (1).

Mogollón A. (2008). Factores que inciden en el acceso de la población desplazada de las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. *Saude Pública* , p.p. 745-754.

Moreno, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México* , p.p. 63-70.

Secretaría de Salud. (2008). *Programa de acción específico 2007–2012 Medicina de Alta Especialidad*, Primera Edición, México.

Sesma-Vázquez S., R. P.-M. (2005). Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes. *Salud Pública de México*, S37-S46.

Velázquez, L. (2004). Epidemiología neurológica en México, calidad de vida y enfermedades neurológicas; *Gaceta Médica*, Vol. 140 No. 2

Tin Tin Su (2006). Gastos catastróficos de los hogares en atención sanitaria en una sociedad de bajos ingresos: estudio realizado en el distrito de Nouna, Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization*; Jan2006, Vol. 84 Issue 1, p21-27, 7p

Yepes, F. (1991). Análisis comparativo de los sistemas de salud: algunos aspectos metodológicos. *Salud Pública de México*, p.p. 392-395.

Páginas electrónicas

Ballinas Víctor, *Faltan médicos, camas, medicamentos y hay malos tratos, señala. La salud pública se brinda en condiciones deficientes: CNDH.* (2009) [<http://www.jornada.unam.mx/2009/05/12/index.php?section=politica&article=005n1pol>] (consultado 15/05/10)

Betancourt, A. *Desafíos de la Planificación de la Salud en la Ciudad de México.*

Disponible en

<http://www.mex.ops-oms.org/documentos/publicaciones/hacia/Indice.htm>] (consultado 4/11/09)

Granados, JA., Tetelboin, C. y Torres A. *Salud y seguridad social en México. Redefiniciones en la política sanitaria e impacto en la provisión de servicios*

Disponible en

<http://www.mex.ops-oms.org/documentos/publicaciones/hacia/Indice.htm>] (consultado 4/11/09)

López O. y Blanco J., *Distintos caminos para avanzar en la protección a la salud: El programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (Distrito Federal) y el Programa de Seguro Popular de Salud (Nacional)*

López, S. Tetelboin, C. *Más allá de la bioética: hacia una ética de la salud*, Disponible en

<http://www.mex.ops-oms.org/documentos/publicaciones/hacia/Indice.htm>] (consultado 4/11/09)

OPS (2006), *¿Hacia dónde va la salud de los mexicanos? Derecho a la protección de la salud, políticas de salud y propuestas para la acción.*

[<http://www.mex.ops-oms.org/documentos/publicaciones/hacia/Indice.htm>] (consultado 4/11/09)

Tamez S, Valle R., *Desigualdad social y reforma neoliberal en salud*. Disponible en <http://www.mex.ops-oms.org/documentos/publicaciones/hacia/Indice.htm>] (consultado 4/11/09)

Birn Anne-Emanuelle (2009) *TEMAS Y DEBATES ¿Politizándolo o puliéndolo? Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*, volumen 4, número - 189 - 3, [www.medicinasocial.info] (consultado 23/02/10)

Codhey y Boffil (2009) *Saturación y falta de personal en el sistema de salud de Yucatán* [<http://www.jornada.unam.mx/2009/11/04/index.php?section=estados&article=029n2est>] (consultado 5/11/09)

Coneval (2007), *Los mapas de Pobreza en México. Anexo técnico metodológico* [www.coneval.gob.mx] (consultado 18/706/10)

Cruz Martínez, Ángeles, (2008) *Para este año los costos se ajustarán a lo erogado por el Seguro Social en 2008 Bajo la lupa, la compra de medicinas del sector salud; se adquirían con sobreprecio* [<http://www.jornada.unam.mx/2009/01/02/index.php?section=sociedad&article=030n1soc>] (consultado 11/04/10)

Dirección de Administración, INNN, Informe 2008, [en: www.innn.edu.mx]. (consultado 8/07/09)

Escudero, J. (2009) *Lo que dice, calla, propone y soslaya el informe de la Comisión sobre los determinantes sociales de la salud*, OMS, en: *Medicina Social Vol. 4*, número 3 [www.medicinasocial.info] (consultado 15/03/10)

Flores Javier, (2009), *El sistema de salud al desnudo* [<http://www.jornada.unam.mx/2009/04/28/index.php?section=opinion&article=a03a1cie>] (consultado 15/03/10)

Gómez-Dantés (2004). *Equidad e imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud.* [www.insp.mx/rsp/_files/File/.../465_3_La_equidad_y_imparcialidad.pdf] (consultado 6/08/09)

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía; Informe Anual de Autoevaluación 2009, H. Junta de Gobierno 1ª. Sesión Ordinaria 2010 p.p. 14-15

Laurell, C. (2008) *Los subsidios al sector privado de salud*, [<http://www.jornada.unam.mx/2008/08/07/index.php?section=opinion&article=a03a1cie>] (consultado 10/04/09)

- Laurell C. (2009). *Sistema de Salud e inseguridad Sanitaria*.
[<http://www.jornada.unam.mx/2009/05/07/index.php?section=opinion&article=a03a1cie>
] (consultado 21/05/09)
- Laurell, C. (2006). *Es un fraude; implantó el cobro de la atención que era gratuita: académico de la UAM. : Seguro Popular, vía para privatizar los servicios de salud*
[<http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/proteccion.pdf>]
(consultado 6/08/09)
- Laurell, C. (2008). *Afiliarse al Seguro Popular no garantiza tener atención de salud*]
[www.jornada.unam.mx/2008/09/05/index.php?section](consultado 3/11/09
- Laurell, C. (2008). *La política alternativa de salud*.
[<http://www.jornada.unam.mx/2008/02/07/index.php?section=opinion&article=a03a1cie>
- Laurell, C. (2009), *Para analizar el presupuesto de salud*
[<http://www.jornada.unam.mx/2009/10/08/index.php?section=ciencias&article=a03a1cie>
] (consultado 1/10/09).
- Laurell, C. (2007). *Salud requiere más presupuesto y otra distribución del dinero*
<http://www.jornada.unam.mx/2007/11/14/index.php?section=opinion&article=a03a1cie>
- Laurell, C. (2009) *Proteger la salud en la crisis*
[<http://www.jornada.unam.mx/2008/11/08/index.php?section=opinion&article=a03a1cie>
]. (consultado 12/11/09)
- Leal G. (2008) *ISSSTE: una "reforma" para "la" salud... sin hospitales*
[<http://www.jornada.unam.mx/2008/08/09/index.php?section=politica&article=017a1pol>
]. (consultado 23/08/09)]
- López A, O y Peña F. (2006). *Temas y debates Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano, Medicina Social* [www.medicinasocial.info] - 82 - volumen 1, número 3. (consultado 14/07/09)
- Llanos, R. (2009). *Absorben servicios de salud del DF a personas que pierden seguridad social*
[<http://www.jornada.unam.mx/2009/12/04/index.php?section=capital&article=036n2cap>
]. (consultado 5/12/09)
- Narro, J., Cordera R. y Lomelí.; *Simposio "Hacia la Universalización de la Salud y la Seguridad Social"*
[www.facmed.unam.mx/.../Hacia%20la%20universalizacion%20de%20la%20salud%]
- OMS (2009). *Subsanar las desigualdades: ¿Dónde estamos un año después de la publicación del informe de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la*

Salud P.158-160 [www.medicinasocial.info] volumen 4, número 3, septiembre de 2009
(consultado 15/11/09)

Objetivos y estrategias del PNS (2007-2012)
[http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/pnscap3.pdf]
(consultado 12/08/08)

Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, [http://pnd.presidencia.gob.mx/index.php].
(consultado 10/04/09)

Plan Nacional de Desarrollo, "Grupos Vulnerables", Informe 2003, p. 98, en
[http://pnd.presidencia.gob.mx/index.php?idseccion=51] (consultado 15/11/08)