



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA SUR

Área de Conocimiento de Ciencias Sociales y Humanidades
Departamento Académico de Economía

TESIS

El Sistema de Salud en Baja California Sur, el Acuerdo hacia la Universalización de los Servicios y su Impacto en la Sociedad

Que como requisito para obtener el grado de:

Maestra en Ciencias Sociales

Presenta:

Guadalupe Elizabeth Miranda Medina

Director:

Dr. José Antonio Martínez de la Torre

DEDICATORIA

Dedicado para que algún día todos podamos acceder a un sistema de salud digno

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto Mexicano del Seguro Social delegación Baja California Sur en especial a la Jefatura de prestaciones médicas y a Finanzas por todo el apoyo en obtención de datos.

Al CONACYT

A la Universidad Autónoma de Baja California Sur

Al doctor Martínez de La Torre por creer en este proyecto desde el primer día

A la doctora Andrea Álvarez Villaseñor por su apoyo y confianza

A la doctora Karina Busto Ibarra por su paciencia y entrega en clases y como asesora.

A la licenciada Maby Villegas de INEGI y al ingeniero Adrián Vázquez Telechea por su apoyo en la realización de los mapas presentados en este trabajo

A la maestra Angélica del ICATE BCS por su apoyo para el análisis de datos.

A todos mis compañeros de posgrado y amigos que me ayudaron, me acompañaron y fueron pacientes en este tiempo.

ÍNDICE

Introducción	1
Justificación	5
Objetivo general	5
Objetivos particulares	6
Hipótesis	6
Capítulo 1 “La salud como derecho humano”	7
1.1 El derecho a la salud en México	7
1.2 La salud, un derecho inquebrantable	8
1.3 Igualdad, equidad y justicia en el derecho a la salud	12
1.3.1 Igualdad en el derecho a la salud	14
1.4 Políticas públicas para garantizar el derecho a la salud	15
1.5 La obligación en el derecho	16
Capítulo 2 “Del sistema de salud en Baja California Sur”	18
2.1 Aspectos geográficos de Baja California Sur	19
2.2 Historia de la Salud Pública en Baja California Sur	22
2.2.1 El Sistema de Salud en la transición de Territorio a Estado	25
2.2.2 Historia del IMSS y del ISSSTE en Baja California Sur	28
2.3 Demografía y salud en Baja California Sur	30
2.3.1 Mortalidad	32
2.3.2 Morbilidad	33
2.4 Representaciones de los Sistemas de Salud (mapas)	35
Capítulo 3 “Del Acceso Universal a los Servicios de Salud en Baja California Sur”	45
Capítulo 4 “Cobertura efectiva”	54
4.1 Método	57
4.2 Resultados	62
Cobertura efectiva	71
Discusiones	77
Limitaciones del estudio	79
Conclusiones y recomendaciones	80
Bibliografía	83
Anexos	87

Índice de figuras

Figura 1. Estado de Baja California Sur	19
Figura 2. Distancias regionales de acceso a los servicios de salud	21
Figura 3. Unidades de primer nivel de atención en Baja California Sur	37
Figura 4. Unidades de segundo nivel de atención en Baja California Sur	38
Figura 5. Instituciones de salud zona norte.	39
Figura 6. Instituciones de salud zona centro.	40
Figura 7. Instituciones de salud zona La Paz	42
Figura 8. Instituciones de salud zona sur.	43
Figura 9. Servicios intercambiados por zona y cantidad de dinero.	63
Figura 10. Cantidad de servicios intercambiados por tipo y seguridad social.	66
Figura 11. Total de servicios comprados y vendidos por el IMSS en pesos.	67

Índice de tablas

Tabla 1. Población total por municipio según su condición de derechohabencia a servicios de salud	31
Tabla 2. Primeras 5 causas de muerte en derechohabientes del IMSS años 2011 y 2016.	32
Tabla 3. Mortalidad de Baja California Sur por zona 2015	33
Tabla 4. Principales motivos de consulta (morbilidad) años 2011 y 2016	34
Tabla 5. Número de expedientes muestreados por año	59
Tabla 6. Ejemplos de costos mínimos y máximos	69
Tabla 7. Días de espera por tipo de servicio	70
Tabla 8. Cobertura efectiva	73

RESUMEN

El Sistema de Salud en Baja California Sur, el acuerdo hacia la universalización de los servicios y su impacto en la sociedad.

Hablar del derecho a la salud es hablar de derechos humanos. El Estado es el que debe garantizar este derecho.

En México el sistema de salud está fragmentado según las actividades productivas de los ciudadanos, marcando así una primer inequidad. Para atacar esta desigualdad en 2012 se firmó el “Convenio específico para el intercambio de servicios de salud”, siendo Baja California Sur estado piloto, debido a que este cuenta con características geográficas de aislamiento del resto del país, lo que dificulta aún más el acceso a los servicios de salud para toda la población. Han pasado ya 6 años de la implementación de este acuerdo pero hasta ahora no se ha analizado su impacto directo en la salud de los ciudadanos.

El objetivo de este trabajo es evaluar el impacto social en los primeros 5 años del intercambio de servicios de salud, para lo cual se trabajó en la Subdelegación del IMSS Baja California Sur revisando los datos financieros y los expedientes médicos de los pacientes que se beneficiaron de esta política pública en los años 2013 a 2017 con la metodología de cobertura efectiva.

Palabras clave: Salud Universal, Baja California Sur, Intercambio de Servicios, Inequidad.

INTRODUCCIÓN

El estado de Baja California Sur (BCS) tiene una característica que lo diferencia de los otros de México, es una entidad aislada geográficamente ya que está rodeado en su mayoría por mar y separado con una gran distancia por vía terrestre del estado del norte. Además, las localidades de BCS también se encuentran separadas por cientos de kilómetros en carretera, sobre todo desde el norte a La Paz que es la capital del estado y donde se encuentran los hospitales mejor equipados.

Este aislamiento entre las poblaciones hace que algunos derechos no puedan otorgarse a toda la población en igualdad como por ejemplo el derecho humano a la salud. Éste va más allá de la construcción de hospitales, debe estar contemplado desde un medio ambiente sano, un sistema de salud digno y de calidad, con acceso a todos los servicios de prevención y tratamiento para mantener un nivel de vida digno y que esto no represente un gasto catastrófico de la persona al grado de que pueda quedarse en la quiebra por pagar una atención, pero sobretodo orientado a la no discriminación, en igualdad y aplicando la justicia social.

Por otro lado, en México el sistema de salud está segmentado según la actividad productiva que se realice, por ejemplo tenemos al Instituto de Salud de los Trabajadores del Estado o ISSSTE, los militares tienen sus propios hospitales separados del resto de la población y la seguridad de salud a la que puede acceder alguien que está contratado de manera formal por una empresa, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Hace apenas unas décadas los mexicanos que no trabajaban de manera formal no tenían acceso a un sistema de salud.

El objetivo de brindar salud a todo ser humano es conocido como “Salud Universal” y es parte de los objetivos que tiene la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) para lograr en 2030. En México comienza hace ya casi dos décadas con el Seguro Popular donde la salud pasa de un derecho laboral a un derecho ciudadano (Frenk, 2012) y en el año 2012 en Baja California Sur se firma el “Convenio para el intercambio de servicios de salud” que en 2016 se renombraría como el “Acuerdo hacia la universalización de los servicios de salud” con el que se pretende acortar las desigualdades y optimizar los recursos del sistema de salud para la población del estado (*Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los servicios de salud*, 2016).¹

Es pertinente evaluar esta política pública pero más allá de los resultados económicos, como se ha hecho hasta ahora, es importante evaluar los resultados sociales para entender si esta es una forma correcta de plantear la universalización de la salud reflejada en una mejoría en el acceso a la salud de la población de Baja California Sur. Se ha elegido como metodología la cobertura efectiva que pretende medir la cobertura de un sistema de salud pero no solo en el número de hospitales o servicios ofrecidos, sino en términos de calidad para ver el impacto que tiene la oferta de los mismos en la sociedad.

¹ Anteriormente un sudcaliforniano para ser atendido por algún diagnóstico como una resonancia magnética, una consulta o una hospitalización especializada o un servicio de tratamiento como por ejemplo una radioterapia tenía que salir fuera del estado para ser atendido, acto que también representa gastos de traslado y necesidad de ser acompañado.

Y es que podría decirse que en México la mayoría de los pobladores, 95 millones de personas (INEGI, 2018) cuentan con seguridad social gracias al Seguro Popular, pero entre las instituciones de seguridad pública se encuentran notables diferencias de presupuesto, instalaciones y sobre todo de nivel de cobertura. Como mencionan (Frenk, Gómez Dantés, Knaul, & Arreola Ornelas, 2018) “los paquetes de beneficios que ofrecen los distintos segmentos siguen siendo muy diferentes, y la calidad de sus servicios muy heterogénea (p.276)”. En México, si una misma enfermedad aqueja a dos personas que cuentan con diferente tipo de seguridad, es probable que se tengan que generar gasto de bolsillo en diferente proporción.

La metodología propuesta para evaluar la salud universal es “La cobertura efectiva” que reúne tres mediciones: la medición de la cobertura de las acciones en salud respecto a la calidad, la demanda de atención y el acceso a los servicios. Al final la cobertura efectiva será la fracción de ganancia potencial en salud que el sistema de salud puede aportar a través de una intervención que está ofreciendo o que está disponible (Lozano et al., 2007).

De las mediciones de la cobertura efectiva la más difícil de cuantificar es la calidad; como mencionan Lozano et al.,2007 para hablar de calidad en salud “es necesario que los servicios estén disponibles, que las personas perciban una necesidad y demanden el servicio y que los proveedores brinden la intervención correcta y, que los pacientes se apeguen a dicha intervención”(p.S55). Es decir la calidad dependerá de diversos factores.

En el caso de BCS como ya se ha explicado, el aislamiento geográfico y la división de los prestadores de servicios provocaban que cuando un ciudadano tuviera

la necesidad de un servicio éste no fuera accesible, factor que repercute evidentemente en la calidad. Otro factor que repercute en la calidad es que en BCS existe poca oferta para estudiar carreras del área médica, los recursos humanos son limitados.

Citando a (Cano Mancio, 2004) "... se comprende que no vive ni se enferma igual un pescador ribereño de las muchas comunidades que se dedican a la pesca artesanal en el estado, que un minero de yacimientos de fosforita de San Juan de la Costa, o un empleado de gobierno de las cabeceras municipales, o un prestador de servicios turísticos en Los Cabos o Loreto. Existe contraste entre la salud del ranchero agricultor o ganadero, con economía casi de subsistencia, y el taxista, o el profesionista que ejerce en la capital del estado [...] Tampoco vive igual, ni enferma de lo mismo, ni atiende su enfermedad con la misma eficacia una familia del centro de la ciudad de La Paz –que cuenta con todos los servicios públicos, aire acondicionado, disponibilidad de alimentos, medicamentos y servicios médicos públicos y privados- que una familia mixteca que habita temporalmente una galera del rancho La Campana, u otra que reside en las colonias periféricas de Cabo San Lucas" (p.686).

Este trabajo es pertinente para evaluar la política pública del intercambio de servicios en el estado de Baja California Sur cuyo aislamiento geográfico juega un papel muy importante y poder cuestionar si las medidas tomadas son las correctas para llegar a la meta de garantizar el derecho humano a la salud.

JUSTIFICACIÓN

Los sistemas de salud sufren cambios constantes tanto en sus componentes administrativos como políticos. Sin embargo muchos cambios se dan sin hacer una evaluación previa de la situación.

Para el caso de Baja California Sur, siendo un estado joven en autonomía pero inmerso en las dinámicas políticas nacionales ha tenido cambios en la forma de brindar salud a los pobladores, sin embargo no se han evaluado todos los aspectos a considerar, sobre todo los sociales. La presente investigación pretende revisar los impactos sociales de las políticas públicas en salud en términos geográficos, de calidad y derechos humanos.

Esta investigación es importante ya que hasta ahora no se ha evaluado de manera crítica los efectos del intercambio de servicios, con poblaciones reales e involucrando la calidad de la atención. Además, al ser un estado piloto en la implementación de la política de salud universal, esta investigación también puede servir para que más adelante otros estados tengan los antecedentes y evaluaciones correspondientes y pueden mejorar sus procesos.

Objetivo general

Evaluar el impacto del Convenio de colaboración interinstitucional para el Intercambio de Servicios de Salud para beneficio de la población de Baja California Sur.

Objetivos particulares

1. Describir histórica, demográfica y geográficamente los servicios de salud en Baja California Sur.
2. Revisar los servicios intercambiados entre instituciones brindados a la población durante el periodo de tiempo 2013 -2017 en el estado de Baja California Sur para ver su pertinencia con las necesidades de la población.
3. Evaluar el beneficio social del Convenio de Colaboración Interinstitucional para el Intercambio de Servicios de Salud utilizando la metodología de cobertura efectiva de los servicios de salud en Baja California Sur.

Hipótesis

El intercambio de servicios de salud pública es un buen mecanismo para mejorar el acceso al derecho a la salud en la población sudcaliforniana y llegar a la meta de salud universal, sin embargo, no ha tenido una correcta evaluación enfocada en la ganancia de salud del paciente.

La tesis se compone de 4 capítulos donde se abordaran los derechos humanos en especial el derecho a la salud, aspectos demográficos y geográficos de BCS para encuadrar e introducir las razones por las cuales se implementa la política de intercambio de servicios y por último el análisis de esta política en sus primeros 5 años con un enfoque social.

Capítulo I

La salud como derecho humano

El derecho a la salud en México

La (*Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, 2011) en su reforma del año 2011 designa al capítulo I de los Derechos Humanos y sus Garantías en donde en el artículo 4to se menciona que:

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general ...”. (p.10)

Y aunque se hace mención que como derecho humano cualquier individuo en el territorio mexicano puede acceder a estos, no se enuncia la forma en que se garantizará este derecho.

En el capítulo II de esta tesis se abordará históricamente como es que el gobierno ha tomado el mando para garantizar el derecho a la salud desde el poder Ejecutivo y ha cambiado desde la centralización total hasta el otorgamiento de poder a cada entidad federativa.

Garantizar el derecho y la protección de la salud requiere recursos financieros y capital humano para lograrlo. Además que se debe buscar que en realidad todo individuo dentro del territorio pueda tener acceso. Crear impuestos, otorgar presupuestos y administrar recursos que no es tarea sencilla.

En México la población mexicana se divide recibiendo atención en diferentes instituciones, para poder acceder a la salud, según su actividad productiva en instituciones que realizan la tarea de administrar los presupuestos para garantizar el acceso a la salud.

La salud, un derecho inquebrantable

Todo ser humano desde que nace cuenta con derechos brindados por su mera condición humana, estos no deben ser arrebatados ni condicionados, independientemente de su lugar de nacimiento, su condición social de raza, ideología política, religión o ningún otro, los derechos humanos.

La salud es “independientemente de nuestra edad, género, condición socioeconómica u origen étnico, el bien más básico y precioso que tenemos” (ONU, 2008). A partir de contar con condiciones óptimas de salud podemos acceder al resto de nuestros derechos y realizaciones. Tener salud le brinda al ser humano la oportunidad de estudiar, trabajar o hacer actividades diversas. El Estado es quien otorgará la garantía a sus ciudadanos de obtener salud y bienestar. Todo Estado lo debe reconocer como derecho humano y protegerlo en el marco de sus leyes y políticas.

El derecho a la salud “En el plano internacional se proclamó por primera vez en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, de 1946, también fue reconocido como derecho humano en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1966” (ONU, 2008).

El derecho a la salud va más allá de la construcción de hospitales, debe estar dado desde un medio ambiente sano, el derecho a un sistema de salud digno, tener acceso a los servicios de prevención y tratamiento y todo esto sin discriminación.

Por parte del Estado según (ONU, 2008) se debe brindar los servicios e instalaciones accesibles y de calidad a la población en:

- Número suficiente de establecimientos disponibles
- Físicamente accesibles geográfica y económicamente, además de movilidad y sobretodo
- Deben prevenir las enfermedades y reducir los índices de mortalidad.
- Asegurando el bienestar y mejora de la población brindando atención de calidad.

Pero esto no siempre fue así. Previo a las grandes guerras mundiales la atención a la salud era brindada por quien podía pagar por el servicio, se hacía uso de la medicina tradicional y la sabiduría popular. Como menciona Foucault (1974) "... hasta mediados del siglo XX la función de garantizar la salud de los individuos significaba para el Estado, esencialmente, asegurar la fuerza física nacional, garantizar su capacidad de trabajo y de producción, así como la defensa y ataques militares".(p.162)

En 1942 William Henry Beveridge realizó el Informe acerca de la seguridad social o Plan Beveridge que indica que el Estado se hace cargo de la salud. "al garantizar a todas las personas las mismas posibilidades de recibir tratamiento y curarse se pretendió corregir en parte las desigualdades en los ingresos. La salud, la

enfermedad y el cuerpo empiezan a tener sus bases de socialización de los individuos” (Foucault, 1974).

Es Alicia Stolkiner (2010) quien cuestiona a la salud justo como derecho humano para todos, y analiza la forma en que estos surgen como un mecanismo más de dominación, menciona que “Los derechos humanos son un producto de una determinada configuración histórica en el que se reflejan las condiciones de poder en que se gestaron: En el inicio, los derechos civiles individuales de cumplimiento negativo contenían las ideas de aquéllos que constituyeron el mundo moderno y, por ello, la potencialidad de la exclusión de algunas “formas humanas”, a pesar del discurso de la universalidad. Es así que quedaron muchas veces exceptuados los “distintos” que no respondían al modelo de occidental, varón, adulto y burgués – propietario que gestó la idea”. (p.90)

Por otro lado y retomando a Foucault (1974) cuando menciona que la forma de brindar salud en la actualidad, más allá de los derechos humanos, sigue siendo un tema político; “No simplemente porque es capaz de reproducir la fuerza de trabajo sino porque puede producir directamente riqueza en la medida en que la salud constituye un deseo para unos y un lucro para otros. La salud en cuanto se convirtió en objeto de consumo, que puede ser producido por unos laboratorios farmacéuticos, médicos, etc., y consumidos por otros -los enfermos posibles y reales- adquirió importancia económica, y se introdujo en el mercado”. (p.170)

Para seguir analizando el “derecho humano a la salud” es necesario entonces ahondar en los conceptos de discriminación, igualdad, equidad, justicia y calidad en salud. Sen (2001) menciona que: La enfermedad y la salud deben tener un lugar destacado en cualquier discusión sobre la equidad y la justicia social.

Sen nos dice que “brindar salud” va más allá del mero acto de tener hospitales y dar asistencia si no que es una pantalla donde se reflejan las relaciones sociales, de poder y económicas, las enfermedades de una sociedad, nos dicen cómo se vive y a que se puede aspirar. Es aquí donde la salud adquiere un carácter crítico, haciendo que la equidad en salud sea fundamental para entender la justicia social. La equidad en salud es un concepto multidimensional ya que abarca aspectos sociales y de la prestación en salud.

La “discriminación es cualquier distinción, exclusión o restricción hecha por diversas causas, que tiene el efecto o el propósito de dificultar o impedir el reconocimiento, disfrute o ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales” (ONU, 2008) La discriminación es la puerta de entrada a la violación de los otros derechos. La discriminación se puede dar desde una sola vertiente o combinadas, por ejemplo discriminación por su origen étnico, por su género y posición económica y por su clase social derivado de su modo de vida o trabajo.

En el caso de México la primera separación para acceder a la salud se da por el tipo de afiliación a la seguridad social. El sistema de salud mexicano es un sistema fragmentado: el Instituto Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el IMSS a los trabajadores de empresas privadas, los militares y marinos que cuentan con sus propios hospitales y servicios y por último la Secretaría de Salud por medio del seguro popular que brinda atención al resto de la población que no está dentro de las otras categorías.

Existe una marcada diferencia entre el número de servicios ofertados para cada población en específico, presupuestos e instalaciones. Esta separación se hace más

notable en estados como Baja California Sur (BCS) y se ampliarán más en capítulos posteriores.

Como mencionaba (Foucault, 1974) “Hoy el derecho a la salud igual para todos pasa por un engranaje que lo convierte en una desigualdad”

Igualdad, equidad y justicia en el derecho a la salud

Para hablar pues de igualdad y equidad en salud y sobretodo justicia en términos de salud debemos partir de los conceptos básicos.

Definir igualdad y equidad parece tarea sencilla hasta que se plantea de manera escrita. Los seres humanos son tan diferentes unos de otros, esto enriquece a la sociedad pero también esto trae consigo las marcadas desigualdades. Las desigualdades sociales son las diferencias sistemáticas, inevitables, como la raza, el género, la religión, y se dan como ya se mencionó ligadas a una división en que la población trabaja, que “coloca a determinados grupos de personas en desventaja, no sólo económica, social y política, sino también en lo que se refiere a sus posibilidades de conservar la salud” Meter F, Evans como se citó en Linares-Pérez & López-Arellano, 2008.

La división de la sociedad conforme a la división del trabajo es tan antigua como la misma civilización, Pierre Joseph Proudhon habla de la igualdad en sociedad desde el trabajo. Con base a las capacidades de las personas y con la premisa de el intercambio de iguales, dividiendo el trabajo necesario para satisfacer las necesidades de los ciudadanos, se paga solo los trabajos realizados en beneficio de la sociedad y a todos por igual, por consiguiente retribuye a todos lo mismo. La capacidad que todos

tienen para realizar una labor social útil, es decir, una labor igual, y la imposibilidad de pagar a un trabajador de otro modo que con el producto de otro trabajador, justifican la igualdad en la retribución (Proudhon, 1840). Es decir las diferencias inevitables de las personas, su capacidad de producir de maneras diferentes no debe cambiar los beneficios de la igualdad social.

Si todos realizamos trabajo para el beneficio de la sociedad y si todos tenemos derechos humanos ¿Por qué algunos individuos tienen mayores privilegios en cuanto a derechos humanos como la salud?

Proudhon menciona que las diferentes capacidades de los individuos no deben ser factor de obtener un ingreso diferente, partiendo nuevamente de la premisa de igualdad de derechos y no a la desigualdad de propiedades o títulos.

El derecho a la salud, no solo en México, es fragmentado según la situación laboral de las personas, es decir, no se otorga por si solo como derecho humano, sino como derecho laboral.

“La equidad significa, idealmente que todos deben tener la oportunidad justa de alcanzar todo su potencial de salud y, más pragmáticamente, que nadie debe estar en desventaja a la hora de alcanzarlo, si ello se puede evitar”. La desigualdad indica diferencias sistemáticas, inevitables y pertinentes entre los miembros de una población, la inequidad señala la existencia de variaciones no solo innecesarias y evitables, sino también injustas” (Linares-Pérez & López-Arellano, 2008).

Una desigualdad inevitable es por ejemplo que un individuo nazca con alguna enfermedad que lo incapacite para realizar ciertas labores, pero una desigualdad injusta sería que por esto no pudiera obtener un empleo que le pudiera proporcionar acceso a la salud.

Para la OMS citado Linares-Pérez & López-Arellano, 2008 la equidad significa que las necesidades de la gente se satisfagan, más allá de sus privilegios sociales, reducir las desigualdades injustas, las brechas entre individuos con diferentes privilegios. Equidad significa justicia, que las necesidades de la gente, en vez de los privilegios sociales guíen la distribución de oportunidades de bienestar. Asimismo todos los individuos tienen la necesidad de atención a la salud.

Equidad es igual a justicia ya que disminuye las desigualdades que se pueden evitar. “la naturaleza misma de la equidad es la rectificación de la ley cuando se muestra insuficiente por su carácter universal” Aristoteles citado en (Linares-Pérez & López-Arellano, 2008).

Igualdad en el derecho a la salud

Como mencionan (Zurita, Lozano, Ramírez, & Torres, 2003) “la manera como se ha desempeñado el sistema de salud en México en los últimos años puede ser caracterizada de inequitativa e insuficiente” (p.32).

Con lo escrito en el apartado anterior se puede pasar a los servicios de salud si “la forma en que son asignados, la forma en que son recibidos por la población y la forma como son pagados” OMS en (Linares-Pérez & López-Arellano, 2008) se da con equidad.

La igualdad debe estar dada por tres premisas: igualdad en el acceso, igualdad de utilización para igual necesidad e igualdad en la calidad de la atención, igualdad en el resultado. Se entiende que dos personas pueden recibir el mismo servicio, pero

tienen condiciones de desigualdad muy evidentes. Entonces no podrán alcanzar el mismo resultado.

Por ejemplo dos ciudadanos de Baja California Sur necesitan el servicio de radioterapia para tratar un tumor maligno. Uno vive en La Paz en la colonia el Pedregal y debe tomar el transporte urbano que le costará \$10 y le tomará 30 minutos de ida y 30 minutos de regreso. El otro vive en Miraflores, no tiene auto así que tiene que pedir a un vecino que lo transporte en su camioneta, aprovechando que el vecino transporta fruta hacia La Paz 3 días por semana, tarda más de una hora para llegar a La Paz y le tiene que cooperar a su vecino \$70 para la gasolina, por lo que no trae dinero para poder comer y lo hace hasta la tarde que regrese a su casa. Los dos ciudadanos reciben en igualdad el servicio de radioterapia, pero no es recibido de la misma manera ya que hay inequidades sistemáticas e inevitables, pero que repercutirán en el resultado final.

La perspectiva de derechos humanos a la salud, debe ser el cambio de la visión técnico administrativa a la visión humanitaria y de igualdad y justicia. Si bien se ha logrado aumentar los servicios de salud a los que acceden los ciudadanos, pero no la equidad.

Políticas públicas para garantizar el derecho a la salud

El Estado, para garantizar el acceso a la salud creará políticas públicas que al ponerse en marcha deberán beneficiar a la población en general y se deben establecer los lineamientos para llevarse a cabo correctamente. Aún más importante es la evaluación periódica que debe tener la política una vez puesta en marcha para verificar su

cumplimiento con base al fin que fue creada. Toda política pública debe recordar los principios de justicia social.

La obligación en el derecho

No debemos olvidar que al recibir un derecho tenemos que ser responsables. En cuestión de salud debemos ser responsables en cuidarnos, sabiendo lo que puede perjudicar nuestro cuerpo y dañar nuestra salud.

Hoy en día mucha de la carga de trabajo de las instituciones de salud hacen referencia a las enfermedades metabólicas y derivadas del estilo de vida. Si bien es tarea del Estado otorgar a la población medidas preventivas y de educación, es el propio individuo quien debe cuidar su cuerpo manteniéndolo sano en la medida de sus posibilidades. Los ciudadanos deben recordar que las intervenciones en salud recibidas cuestan y se debe procurar un estado de salud idóneo. Así mismo los ciudadanos deben cuidar las instalaciones donde son atendidos, los insumos para su atención y sus medicamentos.

Al recibir un tratamiento para llevar en casa, el paciente tiene la responsabilidad de continuar su proceso curativo en casa, y debe llevarlo correctamente según las indicaciones del médico, esto es conocido como adherencia al tratamiento. Un tratamiento incompleto deriva en una enfermedad mal tratada y también en mal aprovechamiento de recursos. La adherencia al tratamiento es responsabilidad del paciente y o su red de apoyo, y está inmersa en la calidad final que tendrá una intervención dada.

Para concluir este capítulo, me gustaría hacer énfasis en que el derecho humano a la atención a la salud debe darse sin condicionante alguna, de la forma más completa y oportuna. Los mecanismos para brindar atención deben ser otorgados por los gobernantes y los pacientes deben ser responsables de cuidar su salud. Aunque en México se hace garante desde el 2011 este derecho aún no se ha alcanzado para todos en equidad. El derecho a la salud en México es hasta el día de hoy más un derecho laboral que uno social, un derecho segmentado y mal administrado.

Existen grandes diferencias entre la atención a la que puede acceder alguien con trabajo formal ya sea en el sector público o privado y alguien que no lo respalda un empleo formal. Es por eso que para lograr el objetivo de brindar salud a cualquier ser humano se deben crear nuevas políticas públicas y métodos de financiamiento, como se verá más adelante.

También me gustaría hacer énfasis en entender el por qué y cómo se brinda la atención a la salud. En la actualidad el derecho humano a la salud ¿si es una visión universal para la búsqueda del bienestar social y dignidad humana o sigue siendo un mecanismo para mantener a la población activa y productiva para beneficio del Estado? ¿Quiénes son aquellos que pueden acceder a un derecho universal?

En el siguiente capítulo se abordara un análisis histórico y geográfico de la prestación de los servicios de salud en BCS.

Capítulo 2

Del Sistema de Salud en Baja California Sur

“La historia de la salud pública en Baja California Sur es todavía una tarea pendiente entre los investigadores. Hasta donde sabemos no existe ningún estudio publicado que dé cuenta del origen y evolución de las principales instituciones hospitalarias ...”

Así comienza María Eugenia Altable (2004, p.507) su participación en Historia General de Baja California Sur y así comienzo yo el segundo capítulo de esta investigación para hacer referencia a la importancia de que al 2019 aún existe poca investigación en salud pública en BCS. Adentrarme en la historia del estado no fue tarea fácil, pero esto es fundamental para entender el contexto actual de la problemática de la salud pública.

Como menciona también Foucault (1974) “...la revisión de la historia de la medicina que podamos realizar tiene cierta utilidad: se trata de conocer mejor no tanto la crisis actual de la medicina, lo que constituye un concepto falso, sino cuál fue el modelo de funcionamiento histórico de esa disciplina desde el siglo XVIII, para saber en qué medida se puede modificar” (p.172).

El estado de Baja California Sur tiene historia desde la época de la conquista de México pero al mismo tiempo tiene pocos años formalizado como estado independiente, estos datos históricos más los geográficos le dan peculiaridades importantes. Las dos vertientes se entrelazan para entender la situación actual del

sistema de Salud en Baja California Sur del siglo XXI. Pero partiremos primero de que la geografía le da una característica sin igual con respecto a cualquier otro estado de la república, situación que influye también en las cuestiones de salud.

Aspectos geográficos de Baja California Sur

Baja California Sur es una península alargada rodeada de mar, colinda al norte con Baja California y el Golfo de California; al este con el Golfo de California; al sur y oeste con el Océano Pacífico. Tiene 73,475 km² de superficie y está dividido en la actualidad en 5 municipios: 1) Mulegé al norte, con Guerrero Negro y Santa Rosalía como sus ciudades más grandes; 2) Comondú, y 3) Loreto ambos en el centro del estado; 4) La Paz, con la capital del estado que lleva el mismo nombre, y 5) Los Cabos en el sur de la península (INEGI, 2013).

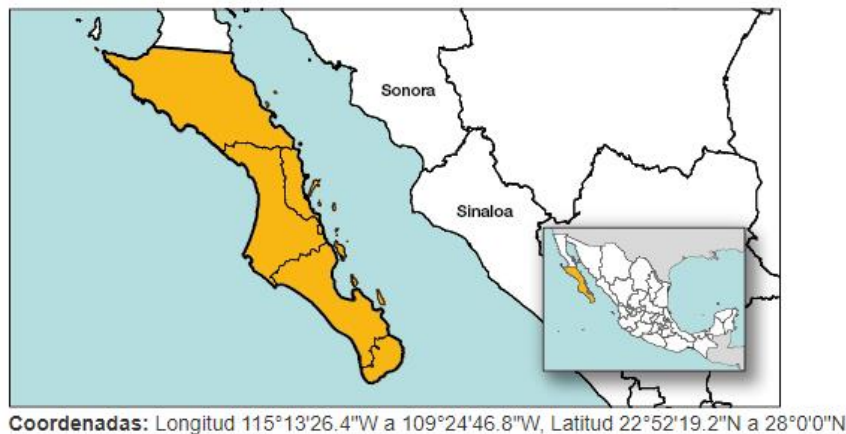


Figura 1. Estado de Baja California Sur. Fuente INEGI

El estado cuenta con una población de 718, 384 habitantes según el estimado de INEGI de 2015 (INEGI, 2019). Ha incrementado considerablemente su población en los últimos años ya que en el censo 2010 se contaban 637,026 habitantes. Esta tesis se centra precisamente en los años 2012 – 2017, años en que se incrementó la población.

Los municipios de BCS están conectados por vía terrestre por la carretera federal conocida como carretera transpeninsular que conecta también con el estado de Baja California. Existen aeropuertos en Loreto, La Paz y Los Cabos y por mar se puede salir del estado en Ferrie que sale del puerto pichilingue en La Paz.

La distancia entre los municipios del norte y centro con la capital paceña, donde se centran la mayoría de los servicios públicos y privados hace que a pesar de ser un estado con una densidad de población baja sea merecedor de observancia en el tema de políticas públicas en servicios. Según estimaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2013) la distancia a recorrer de cualquier unidad al hospital con mayor capacidad resolutive (HGZ #1) es desde 150 km hasta 770 km dentro del mismo estado.

Si los sudcalifornianos no encuentran solución para atender sus problemas de salud tienen que salir fuera del estado ya sea de manera privada o enviados por parte de su institución de seguridad social. Sinaloa, Jalisco y Sonora son los estados a donde más se viaja para atender los problemas de salud, incluso hasta la ciudad de México. Lo que significa gastos de traslado y viáticos, que un familiar los acompañe y este tenga que faltar a su trabajo y la misma situación de estar fuera de su entorno en situación de enfermedad.



Figura 2. Distancias regionales de acceso a los servicios de salud. Fuente Google Earth. Elaboración propia

En la figura 2 se observa con línea morada la carretera transpeninsular, la vía de acceso terrestre que une a los municipios del estado. Las líneas amarilla, verde y roja son las distancias en línea recta que separa a La Paz de las ciudades donde son mandados los pacientes para ser atendidos fuera del estado.

Historia de la Salud Pública en Baja California Sur

Es necesario hacer referencias históricas del siglo XIX, puesto que son la base para comprender cómo se brinda actualmente la salud en el estado. En ese entonces, el “Territorio Sur de Baja California” tenía dinámicas económicas sobretodo ligadas a la minería y al comercio. Esto “significó que la administración local dependiera en lo sustancial de los exiguos presupuestos federales que, generalmente, no alcanzaban a cubrir las necesidades para una atención adecuada de la salud pública...” (Altable, 2004, p.508)

Según menciona Altable en los años previos a 1885, el sistema que se adoptaba para suplir la falta de atención médica era que el ayuntamiento destinaba una cierta cantidad mensual para llevar al doctor, las medicinas y otros auxilios indispensables hasta los domicilios de los enfermos.

“La idea de construir un hospital en la ciudad de La Paz, se remonta a 1865. En la sesión del 22 de julio de ese año, el ayuntamiento acordó reservar la manzana número 51 para la construcción de un hospital, sin embargo, la falta de recursos económicos prolongó por años dicho anhelo” (González Cruz, Rivas Hernández & Altable 2016, p. 134)

En Santa Rosalía, en la parte central de la península, la empresa minera El Boleo, al verse aislada del resto de las poblaciones se vio en la necesidad de inaugurar los servicios médicos en sus propias instalaciones y de cargarlos en sus presupuestos de operación para atender a la creciente población minera y sus familias desde 1886. Se ofrecían servicios de médicos titulados, enfermeras, practicantes, boticarios, sala

de operaciones, curaciones, anfiteatro, etc (Altable, 2004, p.508). Es decir, el hospital El Boleo era el más importante de toda la parte sur del territorio por lo que recibía pacientes de Mulegé, La Paz, Todos Santos, San José y los estados vecinos de Sonora y Sinaloa.

En 1890 en La Paz el Jefe Político del Distrito Sur de Baja California, Bonifacio Topete, escribió un informe donde menciona la falta de servicios hospitalarios: “Desde que me recibí de los mandos político y militar de este Distrito llamó altamente mi atención la falta de toda clase de establecimientos de beneficencia, y muy particularmente la de un hospital, que tan necesario es en puertos que, como éste, por su tráfico, tienen constantemente un gran movimiento de inmigración” Topete (1890) citado en Altable (2004) p. 510.

El Hospital Salvatierra fue construido en un terreno en el Esterito donado por doña Josefa Santa Cruz Frella de Ruffo, este hospital fue abierto el 14 de Julio de 1890 por el general Bonifacio Topete y era administrado por una junta de beneficencia integrada por familias que se encargaban de conseguir los recursos económicos necesarios (Mendoza Salgado, 2014, p. 134). La primera construcción fue muy pequeña por lo que se necesitaban más recursos para habilitar más espacios, según Mendoza (2014) se solicitó el 23 de septiembre de 1890 al general Porfirio Díaz una cantidad para seguir con la construcción de este edificio, la respuesta fue que no se podían destinar fondos, por lo que la administración del Hospital Juan María de Salvatierra se mantuvo con recursos de la beneficencia, recursos del ayuntamiento de La Paz o del Territorio Sur según fuera el caso. El hospital se terminó de construir el 5 de febrero de 1894 (González Cruz et al, 2016, p. 300).

Poco a poco fueron llegando médicos, enfermeras y farmacéuticos de otras partes de México, incluso de otros países, que atendían en el hospital Salvatierra o se repartían por las localidades aledañas como Todos Santos o Los Cabos.

Durante las siguientes 4 décadas las condiciones del hospital Juan María de Salvatierra no fueron las idóneas, hubo problemas presupuestales, administrativos y de recursos humanos.

Finalmente los gastos del hospital corrieron a cargo de los jefes políticos del territorio y fue a partir del mandato del General Francisco Múgica (1941-1945) que mejoraron las condiciones. “Como hemos podido observar, a partir de los años cuarenta, el hospital Salvatierra inició una nueva etapa que se caracterizó por la introducción de conocimientos y prácticas modernas de la medicina, por una profesionalización y una mayor presencia de personal médico, por la adquisición significativa de instrumentos científicos, por las remodelaciones que se hicieron al edificio para adecuarlo a las innovaciones médicas y, sobre todo porque el Estado asumió plenamente la responsabilidad de su sostenimiento. Todo lo anterior colocó al hospital Salvatierra como una institución médica de primer orden que respondió de manera eficiente a las necesidades de los habitantes de la ciudad de La Paz y de los distintos lugares de la entidad, por lo menos hasta 1960, año en que dejaron de otorgarse los servicios de salud en el edificio” (González Cruz et al., p 603-604)

Cabe mencionar que Baja California Sur tenía en ese tiempo un problema que prevalece medianamente en la actualidad. No se contaba con un lugar donde estudiar medicina, enfermería u otras profesiones relacionadas con la salud. Los primeros profesionistas de la salud eran médicos extranjeros, Altable (2004) menciona “el grupo

de enfermeras del territorio se ha ido formando a través de la experiencia diaria que ha ido adquiriendo en el trabajo, porque no había en la entidad escuela en que se cursaran los estudios de enfermería, se procedió a establecer, en el mismo hospital Salvatierra, una escuela para enfermeras ... (p.520)”

El sistema de salud en la transición de Territorio a Estado

Baja California Sur como estado tiene una historia relativamente corta. Territorio Sur de Baja California era el nombre con el que se denominaba a esta región y no es hasta 1974 que se convierte en una entidad independiente y soberana.

Como mencionan (González Cruz, Rivas Hernández, & Altable, 2016) haciendo referencia a los problemas que aquejaban al territorio previo de ser estado “... El testimonio anterior revela dos aspectos: primero, lo improcedente que resultaba para la Baja California que se le obligara, por su carácter de territorio federal, a adoptar la legislación que el gobierno central dictaba para el Distrito Federal, pues dicha reglamentación no se correspondía con las peculiaridades de la región sudpeninsular...(p. 297)”

“El 2 de septiembre de 1974, el Presidente de México, Lic. Luis Echeverría Álvarez, envió al Congreso de la Unión la Iniciativa de Ley para la conversión del Territorio de Baja California a Estado Libre y Soberano de la Federación. Aprobada la Iniciativa de Ley por el Congreso, el 8 de octubre de 1974 se expidió el Decreto Presidencial creando el Estado de Baja California Sur.” (Reyes Silva, 1989, p.70)

¿Qué pasaba en el resto de México en cuestiones de salud pública mientras tanto?. Recibir servicios de salud es un derecho humano como ya se estipuló en el primer capítulo.

En México, “a raíz de la Constitución de 1917, se crean el Departamento de Salubridad y el Consejo de Salubridad General primera instancia con tintes de salud pero hasta la tercer década de ese siglo surge la Secretaría de Asistencia Pública. Después en 1943, mediante la fusión del Departamento de Salubridad y la Secretaría de Asistencia pública surge la Secretaría de Salubridad y Asistencia” (Cota Gastelum & Pimental Leon, 1992, p. 39).

Como se menciona en las páginas anteriores en la época pre revolucionaria en Baja California Sur no había un modo establecido de brindar salud a la población y se entiende pues que son apenas 7 décadas en que se ha tratado de brindar salud a la población mexicana.

Es hasta “los primeros meses del sexenio 1965 – 1970 que la secretaría de Salubridad y Asistencia se reorganiza y se renombra la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en Estados y Territorios”. BCS seguía siendo territorio y las decisiones dependían entonces del sistema federal. “De 1943 hasta inicios de la década de los 80’s el sistema de Salud en BCS era un sistema que dependía de la federación, un sistema centralizado del Departamento de Salubridad y el consejo de Salubridad General que después se llamaría Secretaría de Asistencia Pública, fue hasta julio de 1985 que se firma el acuerdo para la integración orgánica y descentralización operativa de los servicios de salud en el estado” (Cota Gastelum & Pimental Leon, 1992, p. 40).

Pero ¿qué cambios hubo con la descentralización?

La descentralización territorial brinda la posibilidad de que las personas residentes en el lugar se encarguen de realizar las actividades que han de redundar en beneficio de los intereses locales, pues tendrán un conocimiento amplio de los problemas a resolver y buscarán los medios idóneos para su solución (Cota Gastelum & Pimental Leon, 1992, p. 36).

Los problemas de Baja California referentes a la salud en el pasado eran similares a los que tenemos ahora, la población se distribuía sobre todo en los centros de trabajo que la temporada ofreciera haciendo así zonas con mayor densidad poblacional que otras. Durante el gobierno de Múgica “En Santiago, Comondú y San Ignacio actúan los servicios médicos municipales con atribuciones de salubridad general. Estos últimos tres servicios creados durante el ejercicio de mi gobierno, tienen una amplia espera de acción que comprende las rancherías ... La causa de esta innovación se encuentra en el hecho de que en las municipalidades mencionadas se carecía en absoluto de atención médica, por lo que las personas enfermas quedaban sin atención alguna, en virtud de lo oneroso que resultaba ir a consultar a un médico establecido a una distancia de 100 y hasta 200 kilómetros. (Altable, 2004, p.523).

Hasta ahora se ha hablado de la salud para la población en general otorgada por beneficencia y con presupuesto gubernamental, es importante entonces mencionar también el contexto de los servicios de salud al que accedieron los servidores públicos y trabajadores con la llegada del IMSS y el ISSSTE al estado.

Historia del IMSS y del ISSSTE en Baja California Sur

A medida que la población peninsular fue incrementando fue demandando servicios de salud que fueron otorgados según sus actividades productivas. Aparte del hospital Salvatierra se tuvieron que acondicionar espacios para los derechohabientes del IMSS y del ISSSTE.

Del documento de (J. B. IMSS, 2017) se cita la siguiente historia del IMSS:

“Los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Baja California Sur, se inician en 1958 a través de subrogaciones médica, farmacéutica y hospitalaria, mediante un convenio con la "Unión Médica de Baja California Sur" y la Delegación Estatal Sinaloa. Para sus instalaciones se habilitó el Hotel Gardenia, de las calles Serdán y Salvatierra, allá junto a la chilera (como se le conocía popularmente), inaugurándose el 20 de noviembre del mismo año, siendo nombrado el Dr. Enrique Von Borstel Labastida, primer director médico y jefe de cirugía” (p.5).

“En 1963 durante el mandato de Bonifacio Salinas Leal, se inaugura un conjunto compuesto por: Clínica-Hospital, teatro al aire libre y las oficinas de la Subdelegación administrativa, en el malecón de La Paz” (p.5).

“El 9 de septiembre de 1975, la Subdelegación La Paz se descentraliza de la Delegación Sinaloa, siendo nombrado el Dr. Francisco Javier Sánchez Vega Delegado Estatal en Baja California Sur (p.5)”

“El 28 de marzo de 1978 es inaugurada la Clínica-Hospital con Medicina Familiar #1 en la calle 5 de febrero, inicialmente con 37 camas, y al día de hoy cuenta con 100 camas” (p.5).

Encontrar la historia del ISSSTE en Baja California no resultó una tarea tan sencilla por lo que trataré de darle forma en las siguientes líneas con los datos encontrados en los diversos textos utilizados para este trabajo.

Del informe de gobierno del general Francisco J. Múgica en 1945 citado en el artículo de (Altable, 2004) se enuncian los inicios de los servicios de salud para los trabajadores del Estado: “De conformidad con los ordenamientos contenidos en el Estatuto de los Trabajadores al servicio de los poderes de la Unión, desde el mes de enero de 1942 procedí a establecer los servicios médicos y de farmacia para todos los empleados dependientes del gobierno del territorio. Igualmente al asumir la representación de las delegaciones de secretarías de estado y departamentos [...] hice extensivos estos servicios a todos los trabajadores dependientes de las oficinas que se incorporaron administrativamente al gobierno del territorio a partir del mes de julio de 1943” (p.523).

Por otro lado en el informe de Hugo Cervantes del Río (1964-1967) citado en por Altabe (2004) se menciona que “Los servicios médicos del ISSSTE en el Territorio de Baja California Sur atienden a una población de 10,127 personas, de las que 3,030 son asegurados y 7,097 derechohabientes. El Instituto atiende a la población asegurada en las siguientes unidades: Santa Rosalía que atiende a la zona norte con un médico cirujano y se subrogan los servicios del hospital de la Secretaría de Salubridad y Asistencia que existe en ese lugar. La población de la zona centro es

atendida en la Clínica de Especialidades de La Paz, con hospital subrogado también a la Secretaría de Salubridad y Asistencia. En la zona sur son atendidos en San José del Cabo por un médico cirujano, que utiliza los servicios subrogados del hospital de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en dicho lugar (p.529).

Previo al cambio de Territorio a Estado se realizaron obras públicas importantes “fue en la administración del licenciado Ángel César Mendoza Arámburo, cuando la obra pública tuvo de nuevo un despliegue significativo, que respondió a las exigencias del estatus de entidad federativa ... con el fin de asegurar el derecho a la salud, se edificaron el hospital militar, una nueva clínica hospital del Seguro Social, el hospital General y el hospital del ISSSTE” (González Cruz et al., 2016, p.273). En este periodo el número de trabajadores afiliados al ISSSTE creció 2.5 veces más y el total de derechohabientes se triplicó (Altable, 2004, p. 531).

Demografía y salud en Baja California Sur

Después de situarnos geográficamente y entendiendo la problemática del estado desde la parte histórica en los apartados anteriores vamos a centrarnos al momento en que esta investigación se centra.

En esta tesis se analizan resultados referentes a los servicios de salud en el estado de los años 2013 – 2017 por lo que se mostrarán a continuación datos demográficos de los años previos al intercambio de servicios y al año 2017 para observar si hubo algunos cambios significativos en los mismos.

En 2011 Baja California Sur alcanzó la esperanza de vida de 73.9 años para hombre y 78.8 para mujeres. En ese mismo año el 47.2% de la población del estado

era derechohabiente del IMSS, 51% de los cuales pertenecían al género femenino (INEGI, 2013).

Tabla 1. Población total por municipio según su condición de derechohabencia a servicios de salud

**Población total por municipio según condición de derechohabencia a servicios de salud
Al 12 de junio de 2010**

Municipio	Total	No derechohabiente	Derechohabiente							No especificado	
			Sub-total	IMSS	ISSSTE	ISSSTE estatal	PEMEX, SEDENA o SEMAR	Seguro Popular o para una Nueva Generación a/	Institución privada		Otra institución
Estado	637 026	145 165	481 387	267 142	83 965	1 927	8 698	116 785	10 737	4 222	10 474
Comondú	70 816	12 879	57 675	22 773	10 217	407	971	24 228	218	342	262
La Paz	251 871	54 336	193 945	103 277	48 288	753	5 858	36 681	4 383	1 324	3 590
Loreto	16 738	3 878	12 562	5 249	3 430	21	9	4 050	78	126	298
Los Cabos	238 487	64 056	168 626	110 095	14 183	311	270	38 560	5 590	2 138	5 805
Mulegé	59 114	10 016	48 579	25 748	7 847	435	1 590	13 266	468	292	519

Fuente Anuario Estadístico de Baja California Sur 2012 INEGI (INEGI, 2013)

En 2011 la población derechohabiente del IMSS en Baja California Sur se concentraba solamente en 22 unidades de primer nivel y 7 unidades de segundo nivel, 2 Hospitales Generales de Sub Zona, Hospitales Generales de Sub Zona con medicina familiar y 1 Hospital General de Zona Con Medicina Familiar HGZ+MF #1. En ese año se apertura el HGSZ #38 en los Cabos y la UMF #19 en el Vizcaíno. Los servicios de tercer nivel se daban fuera del estado.

Mortalidad

Previo a la puesta en marcha del intercambio de servicios las primeras causas de defunción en el IMSS BCS en el año 2011 fueron: Diabetes Mellitus, Infarto Agudo del Miocardio y Neumonía. Los tumores ese año aparecían en la causa 12 en adelante (IMSS, 2013). Sin embargo el anuario estadístico de INEGI 2012 indica que para el estado las principales causas de muerte eran enfermedades del corazón, tumores malignos y diabetes mellitus.

En cuanto a la mortalidad en el año de 2016 en la población del IMSS en el estado las primeras causas son Diabetes Mellitus 2, Hipertensión arterial y Cáncer de mama y cervicouterino (J. B. IMSS, 2017).

Tabla 2. Primeras 5 causas de muerte en derechohabientes del IMSS años 2011 y 2016.

	2011	Cantidad	2016	Cantidad
1	Diabetes Mellitus No Insulinodependiente	74	Enfermedades isquémicas del corazón	76
2	Infarto Agudo del Miocardio	44	Diabetes mellitus No Insulinodependiente	40
3	Neumonía	44	Tumores malignos (tráquea, bronquios y pulmón)	105 17
4	Otras septicemias	19	Enfermedades digestivas Cirrosis	67 20
5	Otras enfermedades pulmonares	17	Infecciones respiratorias Influenza y Neumonía	50 48

Fuente: Diagnóstico de salud IMSS 2013, 2017. Elaboración propia

Mortalidad por zonas

En la siguiente tabla se puede ver que las causas de muerte varían según la región dentro del mismo estado del año 2015. Entender esto es importante para poder planificar los tipos de servicios que necesitan los pobladores y también que acciones preventivas hacen falta.

Tabla 3. Mortalidad de Baja California Sur por zona 2015

	Norte	Centro	La Paz	Sur
1	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón
2	Tumores malignos	Tumores malignos	Tumores malignos	Tumores malignos
3	Accidentes de tráfico	Diabetes Mellitus	Diabetes Mellitus	Accidentes de tráfico
4	Diabetes Mellitus	Accidentes de tráfico	Agresiones (homicidios)	Diabetes Mellitus
5	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares y de hígado	Accidentes de tráfico	Enfermedades del hígado

Fuente: Anuario estadístico 2016 Secretaría de Salud BCS. (SS, 2016) Elaboración propia

Morbilidad

De las enfermedades en el estado se menciona que el grupo de edad que más demanda consulta en BCS es en la edad productiva de 20 a 59 años (IMSS 2013,

IMSS 2016) mientras en otros estados donde el grupo de edad que más solicita consultas es de mayores de 65 años.

En 2011 las principales causas de consulta en el IMSS fueron para primer nivel: Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus y Enfermedades Respiratorias. De las consultas de segundo nivel: Diabetes Mellitus, Rinitis alérgica, Enfermedades del Corazón (J. S. IMSS, 2011 - 2017).

En 2016 las principales causas de consulta en el IMSS fueron para primer nivel: Enfermedades Hipertensivas, Diabetes Mellitus, y Enfermedades Respiratorias, no cambio desde el 2011. De los servicios de especialidades (segundo nivel) las principales consultas fueron por enfermedades del corazón en primer lugar, seguido de tumores malignos, en especial cáncer de mama y tumor de próstata, traumatismos, artropatías, trastornos mentales y Diabetes Mellitus. (J. B. IMSS, 2017).

Tabla 4. Principales motivos de consulta (morbilidad) años 2011 y 2016

2011	2016
Enfermedades hipertensivas	Enfermedades hipertensivas
Diabetes Mellitus	Diabetes Mellitus
Enfermedades respiratorias	Enfermedades respiratorias
Problemas médicos de espalda	Enfermedades del corazón
Dislipidemias	Tumores malignos

Fuente: IMSS Principales motivos de consulta 2011 y 2016. Elaboración propia

Representaciones de los sistemas de salud (mapas)

En las siguientes páginas se pretende mostrar la distribución geográfica de los servicios de salud en el estado al año 2017 (véase el anexo 1). Con base en la información obtenida de INEGI estos mapas fueron elaborados en el Mapa Digital de la institución, se utilizaron las bases de datos del Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE), también de INEGI, y de las páginas oficiales del ISSSTE, Secretaría de Salud de Baja California Sur y los diagnósticos elaborados por el IMSS.

En el diagnóstico situacional del año 2012 elaborado por el IMSS (IMSS, 2013) se menciona que “una problemática muy importante en la Delegación de Baja California Sur, lo representa la gran dispersión geográfica en la ubicación de las unidades médicas y las grandes distancias a recorrer entre las diferentes localidades por las características propias de la península para acceder a los hospitales de apoyo y para hacer llegar con oportunidad los recursos y servicios que se ocupan, particularmente en el traslado de los pacientes”.

En 2011 el IMSS contaba con 576 médicos y 776 enfermeras. Se contaban con 178 camas censables, 48 camas de urgencias adultos, 19 de urgencias para menores. La atención en salud se divide en primer, segundo y tercer nivel según el grado de especialidad que requiere, siendo el primero el más básico. En el estado no se cuenta con clínicas de tercer nivel o de alta especialidad.

Primer nivel de atención

El primer nivel de atención es la primera forma de contacto del paciente con su sistema de salud. Debe estar a una distancia cercana de las personas y con transporte accesible. Como se puede ver en la figura 3, las tres instituciones tienen bien repartidos consultorios de primer nivel ya sea en centros de salud con uno o dos consultorios de medicina familiar tanto urbanos como en las poblaciones rurales de todo el estado, inclusive en las islas pobladas de la entidad, Sin embargo estos no tienen una respuesta especializada por lo que no pueden atender patologías complicadas. Todos los pacientes que necesiten la atención de un especialista, un servicio diagnóstico complicado, una intervención quirúrgica o servicio de hospitalización tendrán que atenderse en unidades de segundo nivel.

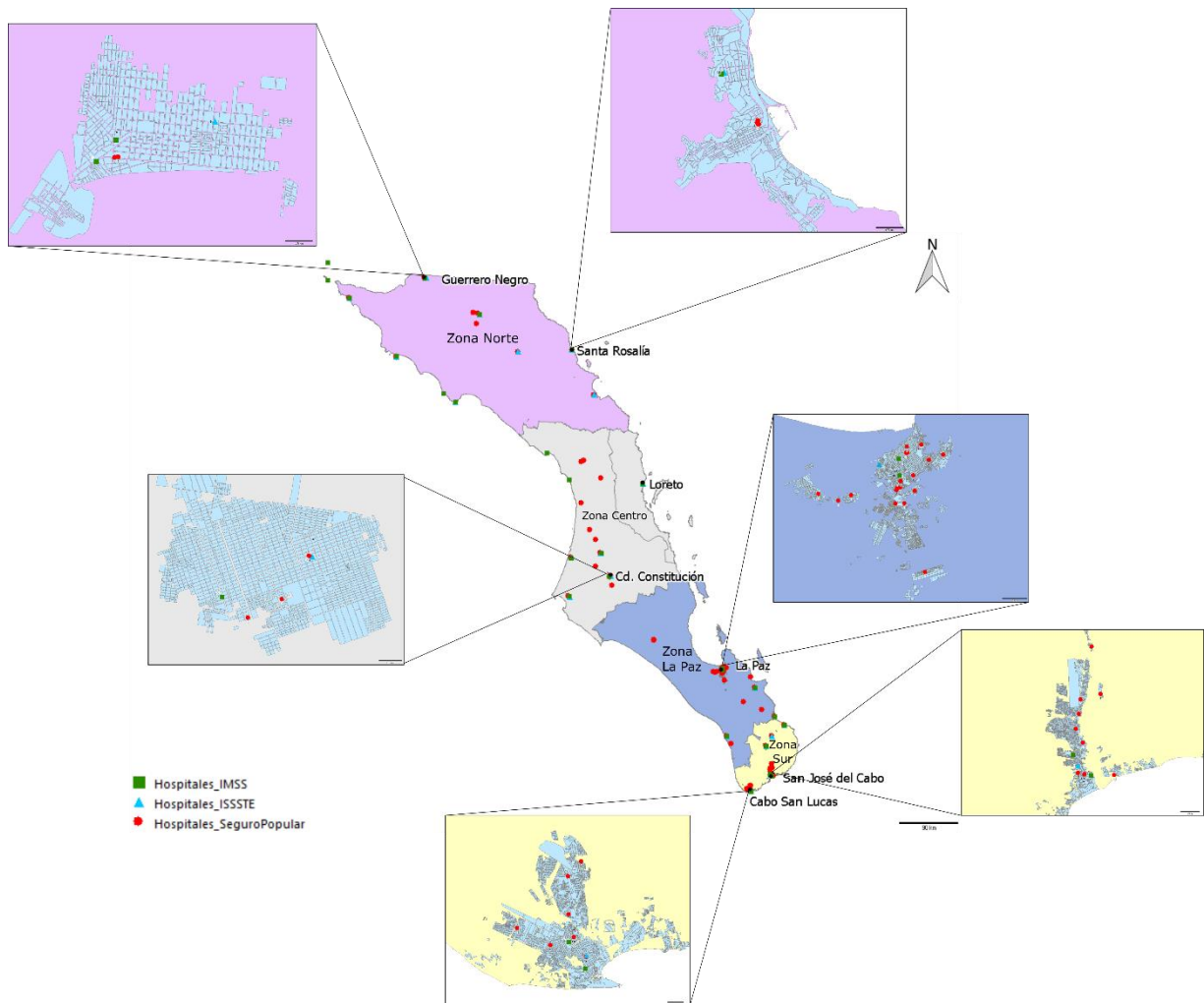


Figura 3. Unidades de primer nivel de atención en Baja California Sur. Elaboración propia a partir de DENUE INEGI. Digitalizó: Adrián Octavio Vázquez Telechea

Segundo nivel de atención

En el estado los servicios de hospitalización y atención médica especializada se dan en los hospitales de segundo nivel de atención, que como se observa en la figura 4, está distribuida a mayor distancia, ya que atiende enfermedades más complicadas y que no aquejan a toda la población. En BCS los pobladores se tienen que desplazar

una mayor distancia, por lo general a la ciudad de La Paz. Por ejemplo, pobladores de las islas del norte del estado, de las zonas rurales y de los Cabos tienen que viajar a La Paz si necesitan una resonancia magnética o ser atendidos por un tumor maligno.

Existen servicios más especializados que forman parte del tercer nivel de atención que no se brindan dentro de Baja California Sur, los pacientes deben salir fuera del estado como se vio en la figura 2.

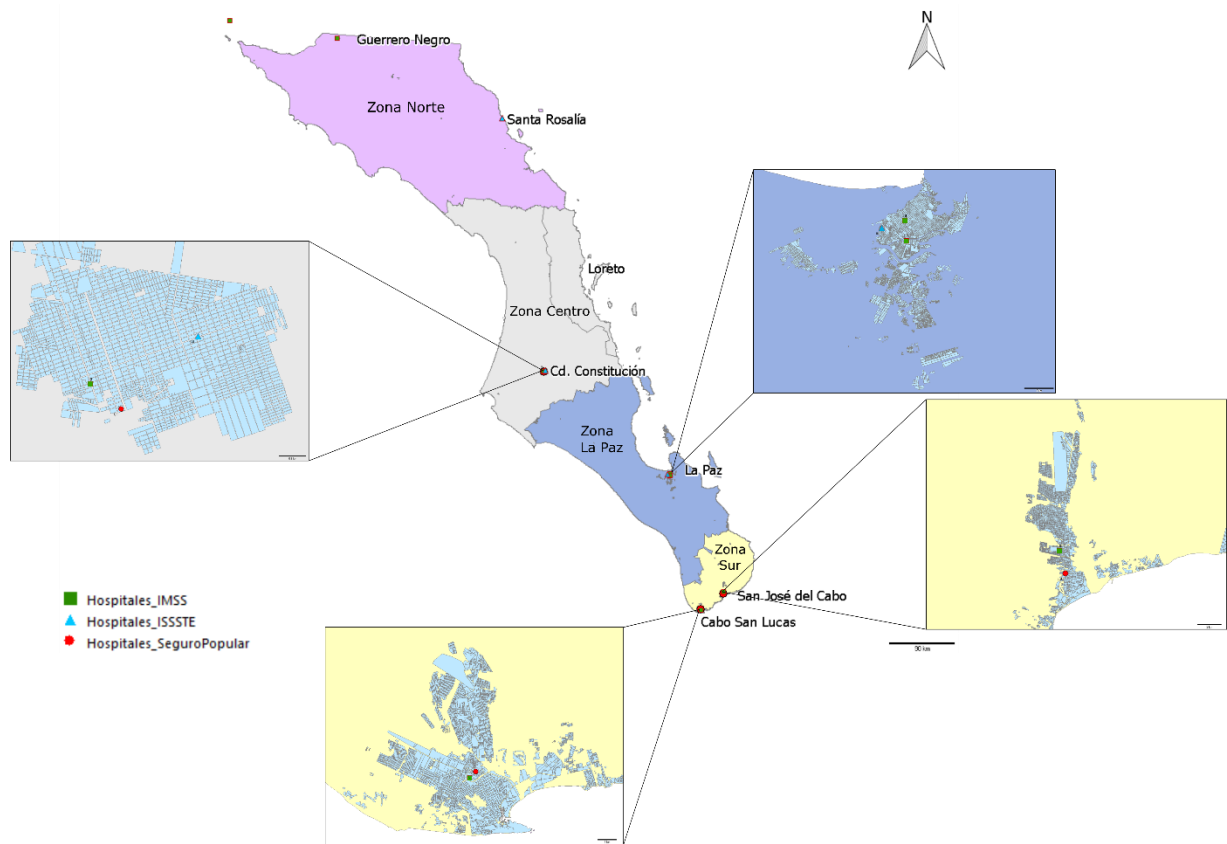


Figura 4. Unidades de segundo nivel de atención en Baja California Sur. Fuente Elaboración propia a partir de DENUE INEGI. Digitalizó: Adrián Octavio Vázquez Telechea

Ahora se verán las regiones del estado por separado.

Zona norte

En la figura 5 se puede ver la zona norte del estado y los centros de salud, se puede ver que es la zona con acceso más limitado y que además se encuentra lejos de La Paz.

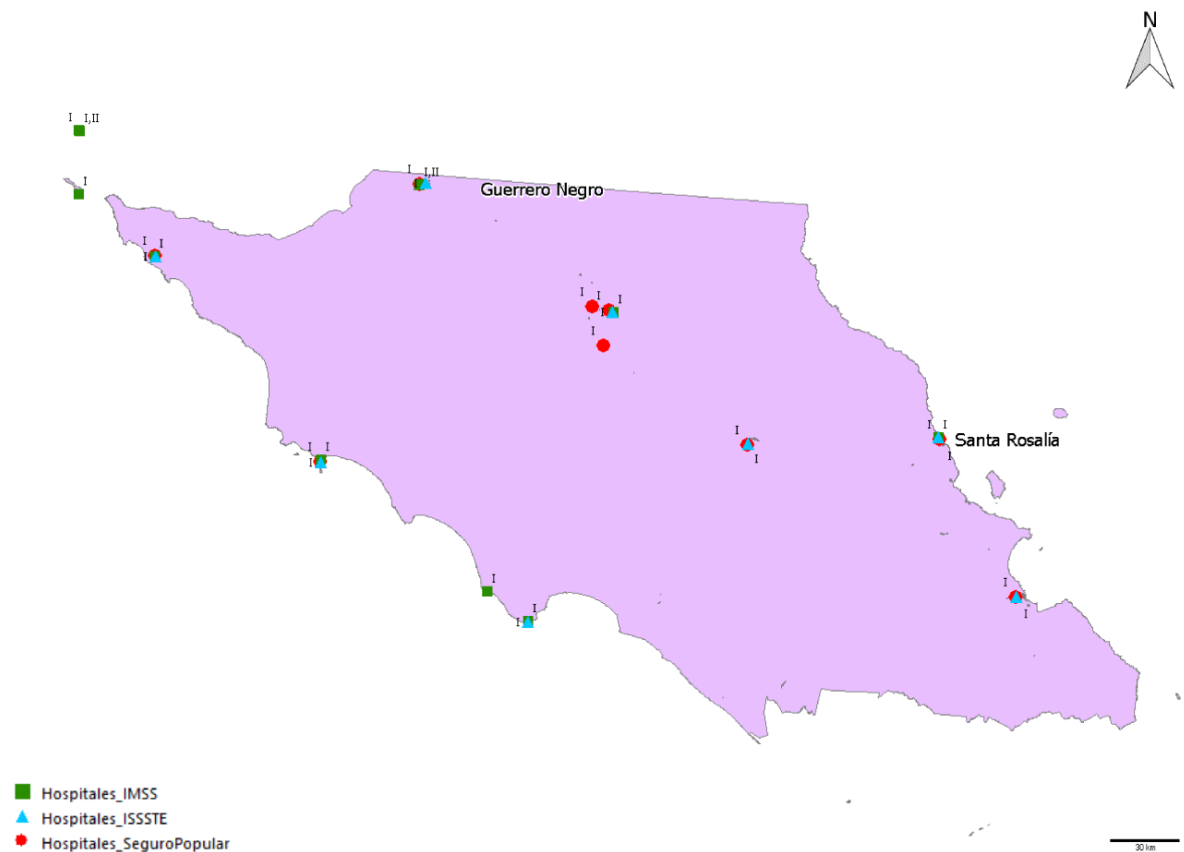


Figura 5. Instituciones de salud zona Norte. Elaboración propia con datos INEGI DENUE. Digitalizó: Adrián Octavio Vázquez Telechea

El hospital general de subzona número 5 en Guerrero Negro es el que tiene mayor capacidad resolutive y atiende a los pacientes de toda la zona norte. Esto hace que la población de Mulegé, Santa Rosalía, San Ignacio y demás comunidades ya no tengan que trasladarse hasta ciudad Constitución o La Paz para atenderse por ejemplo una

Figura 6. Instituciones de salud zona centro. Elaboración propia con datos INEGI DENUE. Digitalizó: Adrián Octavio Vázquez Telechea

La Paz

El municipio de La Paz, por ser donde se ubica la capital del estado, es el que cuenta con los grandes hospitales de las 3 instituciones, el Hospital Juan María de Salvatierra del Seguro Popular, el HGZ +MF 1 del IMSS y el Hospital ISSSTE Conchalito. Estos tres hospitales atienden a sus derechohabientes de todo el estado con atención especializada, sin embargo si estos hospitales ven rebasada su capacidad o hay algún tratamiento específico con el que no cuenten, es cuando se optará por mandar a los pacientes a una unidad de la misma institución fuera del estado o utilizarán el intercambio de servicios entre instituciones.

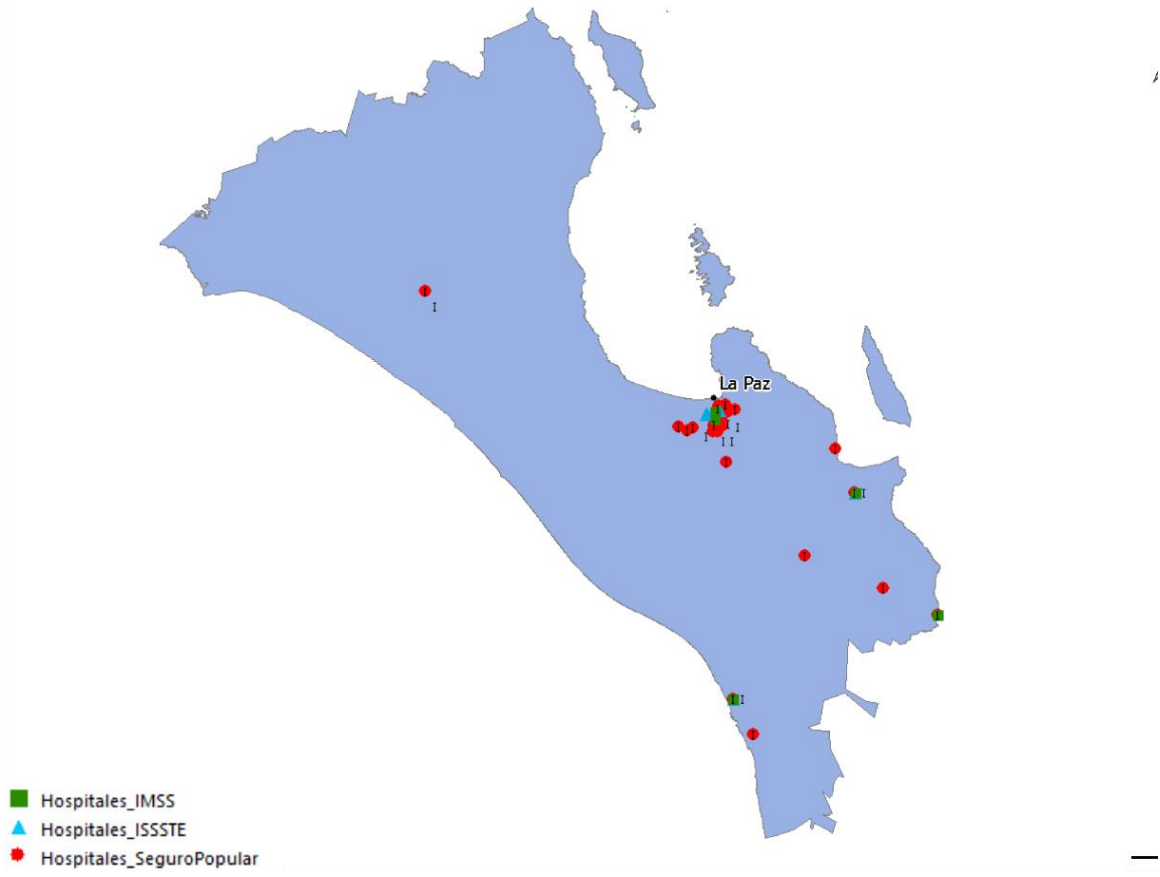


Figura 7. Instituciones de salud zona La Paz. Fuente elaboración propia con datos INEGI DENU. Digitalizó: Adrián Octavio Vázquez Telechea

Zona Sur

El municipio de Los Cabos es la zona con mayor crecimiento poblacional. En el año 2010 tenía una población de 238,487 y en la encuesta intercensal (INEGI, 2019) 287,671, lo que ha contribuido a un crecimiento de centros hospitalarios.

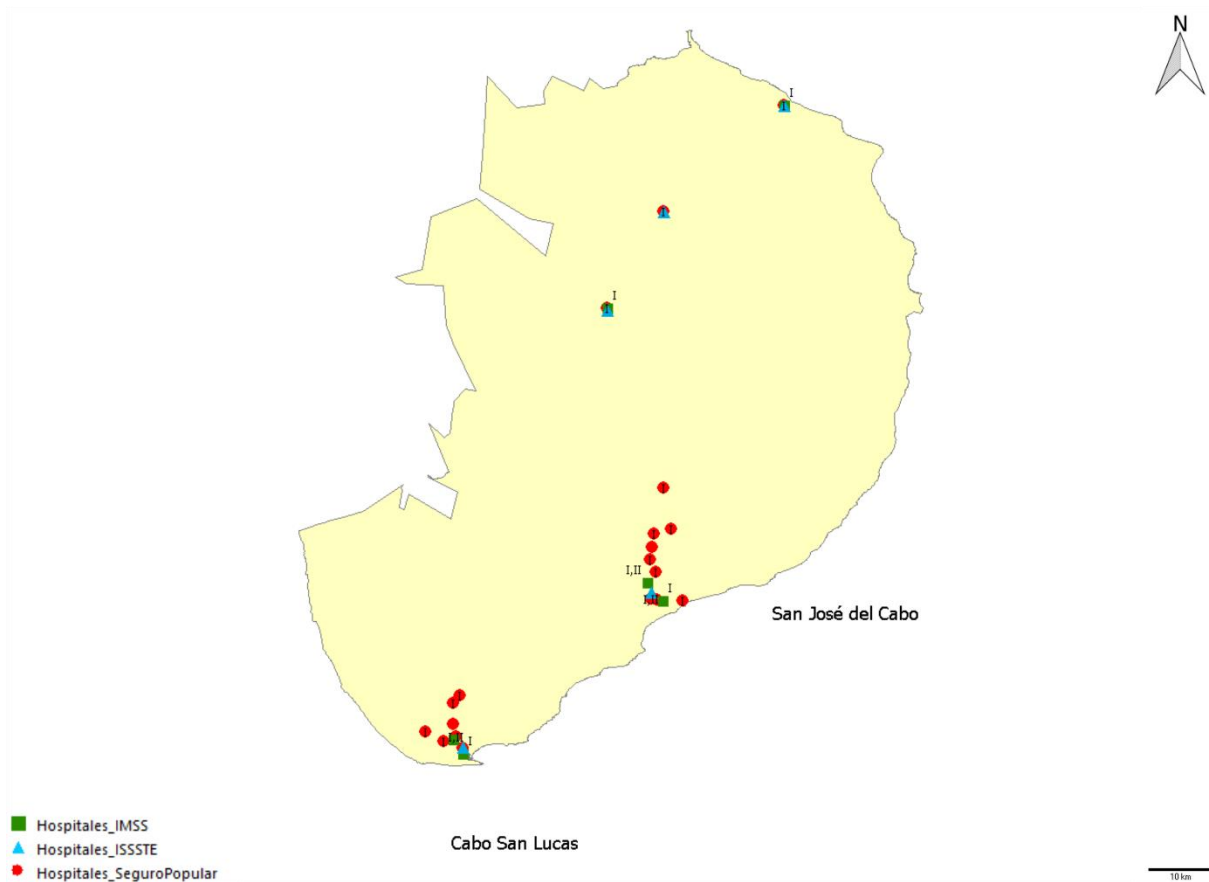


Figura 8. Instituciones de salud zona sur. Elaboración propia con datos INEGI DENUE. Digitalizó: Adrián Octavio Vázquez Telechea

Se estima que la población seguirá creciendo en esta zona, por lo que ya se tiene contemplado un nuevo hospital de especialidades del IMSS en Cabo San Lucas que contará con estudios aún no existentes y una cantidad de camas importante.

De este capítulo se concluye que la geografía aislada de Baja California Sur le ha dado históricamente peculiaridades al momento de brindar atención sanitaria a sus pobladores. Actualmente los tiempos de traslados siguen siendo altos, los pobladores tienen que seguir viajando lejos para poder atenderse. La población del estado sigue aumentando y es necesario crear más hospitales para acercar a la población al servicio

de salud. Es necesario también fomentar que los profesionistas de la salud surjan en el mismo estado para fortalecer aún más las instituciones.

Capítulo 3

Del Acceso Universal a los Servicios de Salud en Baja California Sur

Como se menciona en el primer capítulo, el derecho a la salud en México está segmentado según la ocupación que tengan los ciudadanos, y en Baja California Sur no era la excepción hasta hace 7 años. Además como pudimos apreciar en el capítulo 2, la geografía del estado y la distribución poblacional hacen más complicado a los ciudadanos el poder acceder a los servicios de salud.

Por lo anterior descrito es que se planteó por parte de las 3 principales instituciones de salud implementar una política pública con miras a llegar al acceso universal de los servicios de Salud. Se forma una política pública y se firma un primer convenio.

Pero ¿qué es la salud universal? El Sistema Universal de Salud se define como “el acceso a los servicios de salud esenciales de calidad para cualquier persona sin que ello suponga dificultades financieras” (OMS), “no solamente se refiere a la capacidad del sistema para asegurar una cobertura nominal de la población; implica también la eliminación de todas las barreras de acceso al sistema, entre ellas, las económicas, geográficas y culturales para asegurar el acceso efectivo al mismo” (Pinzón Flórez et al, 2016, p.330). En México esto se ha venido trabajando desde hace tiempo y bajo las siguientes condiciones históricas:

En Septiembre de 1978 en la conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata Kazajstán surgió la declaración de Alma-Ata (Alma-Ata, 1978) donde se aborda por primera vez la protección de la salud en todos los pueblos del

mundo. Se menciona que la desigualdad del estado de salud entre diversas poblaciones es política, social y económicamente inaceptable y se mencionan que los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, también se define la atención primaria de salud orientada hacia los principales problemas de salud y engloba la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación como función central y núcleo de la salud.

Desde sus orígenes, el sistema mexicano de salud ha estado organizado con base en un modelo segmentado, marcado por la separación del derecho a la atención a la salud entre los asegurados del sector asalariado y formal de la economía y los no asegurados. Hasta el año 2000 aproximadamente 50 % de la población no tenía acceso a ningún tipo de seguro médico. La Secretaría de Salud y la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) crean la reforma en el año 2000 para instaurar el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y el Seguro Popular como componente de aseguramiento.

En 2003 se reforma la Ley General de Salud para reorganizar el sistema de salud a través de la integración horizontal de sus tres funciones básicas: rectoría, financiamiento y prestación de servicios.

En 2010 se adoptaron los 17 objetivos de desarrollo sostenible (ODS) en el que destaca en número 3 el objetivo de Buena Salud, como garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, y en su meta 3.8 “Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios básicos de salud de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos” (PNUD).

Después, ese mismo año la OMS publicó el Informe sobre la salud en el mundo, titulado “Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal”, en éste se menciona que la protección de la salud es esencial para un desarrollo socio-económico sostenido, y da una guía para que los países alcancen el acceso universal en salud para la población del mundo en el 2015 (OMS) esto no se ha logrado y hoy la meta es lograrlo en el 2030. Garantizar una cobertura sanitaria universal sin empobrecimiento forma la base para lograr los objetivos sanitarios así expuestos en los ODS.

En México se eligió a Baja California Sur como estado piloto para implementar la universalidad, sobre todo por sus características geográficas ya que como se ha mencionado el tener que trasladarse dentro y fuera del estado para que la población pueda atender sus problemas de salud genera gastos para las instituciones y los mismos pacientes. Para ello, se elaboró un convenio que permite el intercambio de servicios entre el IMSS, el ISSSTE y el Seguro Popular. El objetivo principal de este convenio es el mejor aprovechamiento de recursos para beneficio de la población, reducir la desigualdad que tienen los ciudadanos al acceder a los servicios de salud y evitar que tengan gastos que los dejen en la pobreza.

Este convenio fue firmado en Junio del 2012 por las tres instituciones (IMSS, ISSSTE y Seguro Popular) y tiene como objeto fijar los lineamientos generales para la formalización de los compromisos que permitan intercambiar servicios de atención médica entre las instituciones a nivel estatal. Se define y adopta un “Catálogo nacional de servicios, intervenciones, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y tabulador de tarifas máximas referenciales”. El fin último de la política es incidir en la optimización

de la infraestructura y recursos disponibles en el sector salud para la atención de la salud, mejorar la oportunidad la calidad de los servicios de atención médica y brindar posibilidades de atención a grupos de población con padecimientos específicos y proteger a todos los mexicanos de los gastos causados por la enfermedad”(Convenio específico para el intercambio de Servicios de Salud, 2012, p.2)

Este convenio fue un piloto a nivel nacional, después se ha replicado en el Estado de México y Oaxaca. El convenio se firmó el 15 de Junio del 2012 en el municipio de Los Cabos en presencia de la Directora General de la Organización Mundial de la Salud, doctora Margaret Chan, el presidente de la República Mexicana Felipe Calderón Hinojosa, el gobernador del Estado de Baja California Sur, Marcos Alberto Covarrubias, y los representantes del IMSS, ISSSTE y Seguro Popular. El convenio entró en vigor en octubre del 2012.

Cabe mencionar que previo a la firma de este convenio, en BCS, ya se estaban manejando de manera histórica los convenios específicos de colaboración y la subrogación de servicios como una alternativa para dar respuesta a la problemática de salud de los derechohabientes.

El convenio general inmerso dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 dio paso a firmar el Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios firmado dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 por la administración de Enrique Peña Nieto. La normativa a la que se aplica este convenio es a los planes de desarrollo.

El PND 2013-2018 tenía cinco metas, la salud se incluye en la meta 2 “México incluyente” que tiene como objetivo general: “Garantizar el ejercicio efectivo de los

derechos sociales para toda la población” y como objetivo específico: “asegurar el acceso a los servicios de salud” (*Plan Nacional de Desarrollo 2013- 2018*, 2013).

A nivel estatal, en 2015 se implementa el Plan Estatal de Desarrollo para trabajar hasta 2021 (*Plan Estatal de Desarrollo 2015-2021*). Este tiene varios Ejes, y la salud se menciona en dos de estos:

Eje I Infraestructura, Componente: Salud

Eje IV Calidad de vida, Componente: Salud

En ambos planes menciona que se requiere llegar a la cobertura de salud universal. El plan estatal tiene como metas: contar con un sistema de atención médica eficiente y de calidad, tiempos de espera, acceso a los servicios de salud. Y como líneas de acción: establecer una cobertura general, reforzar la capacidad resolutive de los hospitales del estado, acercar los servicios de salud de especialidad a hospitales generales, impulsar acciones para disminuir los tiempos de espera de la atención médica y desarrollar la infraestructura necesaria para asegurar el acceso universal a los servicios de salud.

Como podemos ver los planes de desarrollo nacional y estatal mencionan en varias ocasiones el tema de salud universal, pero sus metas son muy simples y no profundizan más.

Retomando el convenio este establece como objeto fijar los lineamientos generales para la formalización de los compromisos que permitan intercambiar servicios de atención médica entre las instituciones de salud. La finalidad es la optimización de la infraestructura y recursos disponibles en el sector salud para mejorar la oportunidad y

calidad de los servicios de atención médica y brindar posibilidades de atención a grupos de población con padecimientos específicos y proteger a todos los mexicanos de los gastos causados por la enfermedad. ("Convenio específico para el intercambio de Servicios de Salud," 2012) El convenio se formaliza en el marco del Programa Sectorial de Salud 2007-2012 para el mejor aprovechamiento de la capacidad instalada en materia de prestación de servicios. El convenio tiene también como fin el coadyuvar en la disminución de las brechas existentes y ampliar las oportunidades de acceso a los servicios de salud.

Previo a la puesta en marcha del convenio de 2012, se realizó un diagnóstico que incluyó la capacidad instalada, población derechohabiente, población zonal, y el histórico de los servicios que se estaban intercambiando a través de los otros instrumentos legales. En general, las intervenciones que más se compran y se venden, son las consultas de urgencias, atención obstétricas (tomando en cuenta el convenio de emergencia obstétrica), hospitalización, cirugía de urgencia, consulta de especialidades, laboratorio y rayos X (J. IMSS, 2015).

En el convenio, las tres partes acuerdan que otorgarán los servicios de manera recíproca y de acuerdo a su capacidad instalada y se estipularán en un catálogo de servicios con un tabulador de tarifas referenciales. Todos podrán prestar o solicitar un servicio.

Para términos de esta política, a las tres instituciones se les asigna un presupuesto federal máximo, teniendo para el ejercicio fiscal 2012 los siguientes montos ("Convenio específico para el intercambio de Servicios de Salud," 2012) :

El Seguro Popular - \$4,000,000.00 (Cuatro millones de pesos 00/100 M.N)

El IMSS - \$2,640,000.00 (Dos millones seiscientos cuarenta mil pesos 00/100 M.N)

El ISSSTE tendrá un monto máximo de \$2,000,000.00 (Dos millones de pesos 00/100 M.N.)

Cada año el presupuesto ha cambiado, se ha incrementado con base a la solicitud de servicios y la demanda de cada institución. Por ejemplo, en 2015 los presupuestos fueron \$3,841,000.00 (Tres millones ochocientos cuarenta y un mil pesos 00/100 M.N) para el IMSS, \$7,201,473.66 (Siete millones doscientos un mil cuatrocientos setenta y tres pesos 00/100 M.N) para el ISSSTE y, por último, \$1,000,000.00 (un millón de pesos el seguro 00/100 M.N) para el seguro popular. Las tres instituciones se comprometen a brindar de manera oportuna, eficaz y sin discriminación los servicios solicitados.

De la evaluación de la política pública en el apartado séptimo del convenio se menciona que se puede evaluar por parte del que solicita el servicio pero, que no pueden intervenir en la forma en que se otorga sin embargo puede solicitar medidas correctivas. En la octava parte del convenio se menciona que el prestador de servicios debe otorgar la contra referencia con indicaciones médicas para dar seguimiento al paciente en su unidad de atención. Si un paciente no es atendido correctamente puede emitir una queja y la unidad que solicite el servicio deberá dar seguimiento y solución a esta queja.

Todo lo anterior es lo mencionado estrictamente en el convenio y aunque en el siguiente capítulo se analizará la forma de implementarse podemos mencionar que en

la práctica por ejemplo al día en que se escribe este capítulo el ISSSTE de BCS manda a sus pacientes que requieren atención relacionada a un tumor maligno a atenderse fuera del estado (Guízar, 2019) y no hace uso del intercambio de servicios refiriéndolos al Centro Estatal de Oncología en La Paz. Aún no se lleva de manera correcta la política pública.

El convenio, al entrar en vigor en Octubre del 2012, hace que para el primer año solo se tengan datos de dos meses (octubre y noviembre), ya que en diciembre no hubo intercambio. En esos meses hubo un total de 48 intervenciones vendidas por parte del IMSS a Secretaría de Salud e ISSSTE. El total facturado para esos meses fue de \$234,482.00 (servicios vendidos por el IMSS) y una compra por \$945,667.06. (IMSS, 2013).

Para concluir el capítulo se puede mencionar que esta política pública fue planeada en concordancia a las necesidades de la población de Baja California Sur y que además tiene objetivos claros para llegar a un acceso más equitativo para toda la población, haciendo uso de los recursos gubernamentales para provecho de todos. Busca disminuir el gasto de bolsillo de los ciudadanos y las distancias y tiempos de traslados. Además fue impulsada desde el gobierno federal para poder cumplir con los objetivos de la Organización Mundial de la Salud hacia la salud universal.

Es un gran ejemplo de transversalidad al integrar y firmar acuerdos de 3 grandes institutos públicos, acceder a un presupuesto y utilizarlo en beneficio real para la población. Sin embargo ha hecho falta enfatizar en la evaluación de la política sobre todo de carácter social y en el seguimiento de quejas y errores para mejorar el servicio.

En el próximo capítulo se verá el desarrollo de esta política, sus logros, y sus alcances en los primeros 5 años.

Capítulo 4

Cobertura Efectiva

En los capítulos anteriores se explicó la relevancia de brindar salud a todos los individuos por igual, las características geográficas de Baja California Sur que dieron pie para poner en marcha esta política y los antecedentes del Sistema Universal en Salud.

Todo esto se une en este capítulo y en concordancia con el objetivo que esta investigación tiene: medir el impacto que ha tenido la implementación de la política pública de intercambio de servicios en Baja California Sur.

Al implementar una política pública se deben considerar sus fases dando gran importancia en la evaluación de esta política para determinar su éxito basado en el alcance de sus metas.

Para el caso de salud no solo se debe pensar en una cobertura física o de servicios, incluso de la capacidad resolutive que tienen estos. Es necesario evaluar desde un aspecto social, el impacto que tiene en los ciudadanos el intercambio de servicios entre instituciones. Se debe hacer una rendición de cuentas y evaluar si se han logrado las metas, si se debe modificar acciones o detenerlas.

En el diagnóstico realizado el 2013 por el IMSS (IMSS, 2013) donde se muestran los primeros dos meses del intercambio se menciona que “el análisis futuro deberá ser más fino incluyendo las variables de oportunidad de la atención,

satisfacción del usuario, patologías específicas, morbilidad y mortalidad; aunque en el caso de morbilidad y mortalidad el impacto será mínimo a 5 años” (p.68).

Para alcanzar la universalidad en salud la OMS promueve la metodología llamada “Cobertura efectiva”. La cobertura efectiva debe entenderse como la forma en que los tomadores de decisiones se den cuenta si las medidas que se han tomado son las correctas para beneficio de la población y que además puede tener repercusiones futuras en temas de salud pública.

La cobertura efectiva se puede usar tanto para una sola intervención o como índice compuesto agregando diferentes intervenciones. Y debe ser aplicado para el caso de un individuo y extrapolado a toda la población.

La cobertura efectiva debe entenderse como la forma en que los tomadores de decisiones se den cuenta si las medidas que se han tomado son las correctas para beneficio de la población y que además puede tener repercusiones futuras en temas de salud pública.

La definición de esta metodología descrita por (Lozano et al., 2007) es: “la fracción de ganancia potencial en salud que el sistema de salud puede aportar a través de una intervención que está ofreciendo o que está disponible. Reúne tres mediciones: la medición de la cobertura de las acciones en salud, la demanda de atención y el acceso a los servicios (p. s55)”

En el mismo documento a calidad se define como la ganancia en salud obtenida a través de una intervención respecto a la ganancia máxima posible en salud en presencia de una calidad ideal. Es necesario que los servicios estén disponibles, que

las personas perciban una necesidad y demanden el servicio y que los proveedores brinden la intervención correcta y, que los pacientes se apeguen a dicha intervención (Lozano et al., 2007, p. s55).

Con lo anterior se evidencia que son muchas las variables que interfieren en una buena atención y que además dependen tanto de los prestadores de servicios como de los pacientes.

(Pinzón Flórez et al., 2016) realizaron una búsqueda de indicadores del seguimiento de la Salud Universal en diferentes países, la mayoría son indicadores de infraestructura, de mortalidad o de cobertura de atención. Por ejemplo: cobertura de vacunaciones, partos atendidos por personal médico, tasas de mortalidad, camas de hospital por número de habitantes, número de médicos o enfermeras por número de habitantes. Menciona que indicadores de calidad de los servicios solo 5 países reportan el tiempo de espera de consulta, cirugía y urgencias.

Las tres mediciones de cobertura efectiva son:

Medición de la necesidad: Todos los miembros de un grupo de edad o sexo que necesitan ciertas intervenciones.

Utilización: Pacientes que requieren una intervención y son atendidos.

Medición de la calidad: Pocas veces se han tomado en cuenta temas de calidad en términos de cobertura sobretodo porque es difícil encontrar la forma correcta de medirla, ya que requiere cierto tiempo para ver los resultados y los tomadores de decisiones se enfocan en datos más cuantitativos sobretodo en términos económicos o de cantidades de población.

La calidad debe involucrar aspectos como hacer el diagnóstico correcto cuando la persona presenta síntomas, eligiendo la estrategia de intervención más apropiada e implementando la intervención de acuerdo con los estándares clínicos. La adherencia al tratamiento también está dentro de la calidad aunque se relacione directamente al paciente (Shengelia, Tandon, Adams, & Murray, 2005, p. 99).

El actor principal en términos de calidad es el prestador del servicio, el médico, técnico o especialista y su comportamiento al menos en tres elementos: habilidad diagnóstica, elegir la intervención adecuada, la implementación y seguimiento.

Se eligió esta metodología para este trabajo de investigación. Cabe mencionar que en México quienes han realizado estudios con esta metodología (Gutiérrez, 2013; Lozano et al., 2007) la han implementado con base a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006 y 2012. Es decir no midieron una población en específico y evaluaron con criterios generalizados.

En esta investigación se tomó una población real y medible como se detalla a continuación.

Método

Este estudio realiza una medición de cobertura efectiva ex post. Se realizó con datos de pacientes derechohabientes del IMSS durante los años 2013-2017, estos pacientes necesitaron de un servicio de salud (necesidad) y que para ser atendidos obtuvieron un servicio de otra institución (Seguro Popular o ISSSTE) mediante el mecanismo de intercambio de servicios (utilización). Para obtener los datos de calidad se realizó una revisión de sus expedientes.

La fuente primaria de información fueron de los documentos semestrales llamados “Registros de pacientes atendidos por intercambio de servicios” estos documentos fueron proporcionados en la Jefatura de Prestaciones Médicas de la delegación del IMSS. En estos se enlistan los pacientes que fueron atendidos por intercambio de servicios, los datos del servicio obtenido, fechas e instituciones involucradas. Se procedió a analizar estos datos mediante tablas y gráficos dinámicos en hoja de cálculo Excel.

De estos documentos se extrajo el universo de pacientes del IMSS que se beneficiaron de esta política pública dando un total de 5,446 servicios intercambiados. Del universo de 5,446 pacientes del IMSS se tomó una muestra con nivel de confianza del 95% y un margen de error del 10% dando como resultado 105 pacientes. Estos pacientes se estratificaron por año, zona y tipo de servicio.

El primer criterio de selección es que fueran representativos de los 5 años del estudio. El segundo es la representación de todas las zonas geográficas del estado estas zonas corresponden a la división ya manejada por el IMSS (norte, centro, la Paz y sur).

La fórmula de muestreo es con la población finita de 5,446 servicios.

$$n = \frac{z^2 N(p)(q)}{e^2(N - 1) + (z^2 pq)}$$

En donde:

n= Tamaño de la muestra que se requiere

p= Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio (0.5)

q= 1-p (complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio) (0.5)

e = Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar. (0.05)

z = El valor de confianza del 90% = 1.65

N= Total de servicios

$$n = \frac{(1.65)^2(5446)(0.5)(0.5)}{0.05^2(5445) + 1.65^2(0.5)(0.5)} = 105$$

Se tomó en cuenta el total de servicios de cada año y se valorizo por su representación porcentual del total de la población objetivo.

Tabla 5. Número de expedientes muestreados por años

Año a evaluar	Muestra proyectada por estrato	Muestra evaluada
2013	26	21
2014	20	25
2015	12	6
2016	20	13
2017	27	20

Fuente: Informes semestrales "Registros de pacientes a tendidos por intercambio de servicios" JSPM/IMSS

Una vez obtenida la representación porcentual anual se identificó la representación porcentual por zona geográfica y se procedió de manera aleatoria a seleccionar los expedientes para su análisis buscando así representación anual en la tendencia estadística y representación por zona.

Por último se buscó que los servicios dentro de la estratificación del momento anterior fueran proporcionales a su asignación porcentual por año y zona (muestreo por conveniencia).

De la muestra obtenida por formula (105 expedientes), solo se revisaron 85 divididos como se muestra en la tabla 5, se excluyeron 20 ya que los expedientes no estaban completos, no se encontraron datos para poder evaluar la calidad o simplemente no estaban disponibles.

Los datos de cada uno de los pacientes muestreados fueron documentados de manera manual en un formato de elaboración propia (Anexo 2).

El procedimiento para obtener los datos de los pacientes se realizó en tres fases:

- 1.- Se revisaron las facturas de los servicios intercambiados ya que en estas se encuentran adjuntos notas médicas de solicitud de servicio y de atención, y se obtuvieron variables que facilitaron el análisis: número de seguridad social, datos generales, diagnostico, servicio, unidad prestadora del servicio entre otras. Las facturas fueron facilitadas por el departamento de finanzas de la delegación del IMSS.
- 2.- El siguiente paso fue acceder a los expedientes electrónicos de los pacientes, esto se logró por medio del portal electrónico de la Jefatura de Prestaciones Médicas. Se

buscó por número de seguridad social tanto en el expediente electrónico de su médico familiar (SIMF) y de especialistas (ECE). Lo que permitió identificar el uso del servicio por el paciente y su médico tratante. Lo que se buscó en los expedientes fueron indicadores de tipo social y de beneficio al paciente y son diversos según la patología. El expediente se revisa con fechas previas a un intercambio de servicios y después de este para encontrar fallas o aciertos en las decisiones tomadas por los médicos para una mejora en la salud del paciente.

La información de los pacientes cuyo servicio fuera relacionado con servicios de diagnóstico realizado en el laboratorio estatal de salud pública, se obtuvieron gracias a la coordinación auxiliar de epidemiología de la Jefatura de Prestaciones Médicas de la delegación.

3.- Por último el cálculo de la cobertura efectiva se realizó por tipo de intervención mediante la siguiente formula:

$$\text{cobertura efectiva} = \frac{\text{Utilización}}{\text{necesidad}} \times \text{calidad}$$

Para esta metodología se tomaron en cuenta solo las siguientes intervenciones: radioterapia, resonancia magnética, hospitalización psiquiátrica, parto por urgencias.

Estas intervenciones fueron elegidas porque en proporción son aquellas que de manera institucional (IMSS) no pudieron ser otorgadas. No se puede dar el servicio de apoyo diagnóstico y terapéutico para las principales causas de morbilidad y mortalidad delegacional como se estableció en el capítulo 2.

Para tener acceso a los registros de información, tanto administrativa como del expediente clínico, el proyecto de tesis se sometió a evaluación y registro del comité

Nacional de Investigación científica del IMSS (CNIC), y se obtuvo el número de registro: R-2018-785-080 (Anexo 3).

Resultados

Del 2013 al 2017 se han beneficiado 5,446 pacientes del estado de Baja California Sur.

Se observa una mayor utilización del intercambio de servicios por pacientes del IMSS, aproximadamente tres veces más la cantidad de servicios que las otras instituciones. En los 5 años estudiados 3,943 pacientes del IMSS utilizaron 5,344 servicios. El ISSSTE compró 1,567 servicios al IMSS, y el Seguro popular solo le compró 1,308 en esos 5 años.

La mayoría de los servicios que se intercambian se realizan en La zona de La Paz debido a que es de los municipios más poblados del estado, pero sobretodo porque ahí se concentran los hospitales de especialidades de las tres instituciones y por ende los pacientes de todo el estado que necesiten este tipo de atención.

La segunda zona que más intercambia servicios es la zona Norte muchos pacientes son atendidos entre las instituciones de su misma zona y en otras ocasiones los pacientes tienen que seguir moviéndose a la zona centro o hasta La Paz. La zona centro es una zona que sobretodo intercambia servicios de diagnóstico en imagenología o alguna consulta para cubrir vacaciones o incapacidades de su personal médico. La zona sur no es muy visible en los intercambios de servicios sobre todo en los primeros años del intercambio, esto es debido a que es una zona que tiene

una gran cantidad de nosocomios por lo que se solventan sus necesidades internamente y la segunda razón es su “cercanía” con la ciudad de La Paz donde pueden ser atendidos en los hospitales de la región de su misma institución (por el IMSS en el HGZMF1, en la secretaría de salud el Benemérito Hospital General Juan María de Salvatierra y por el ISSSTE, el Hospital General La Paz) sin necesidad de solicitar intercambio de servicios.

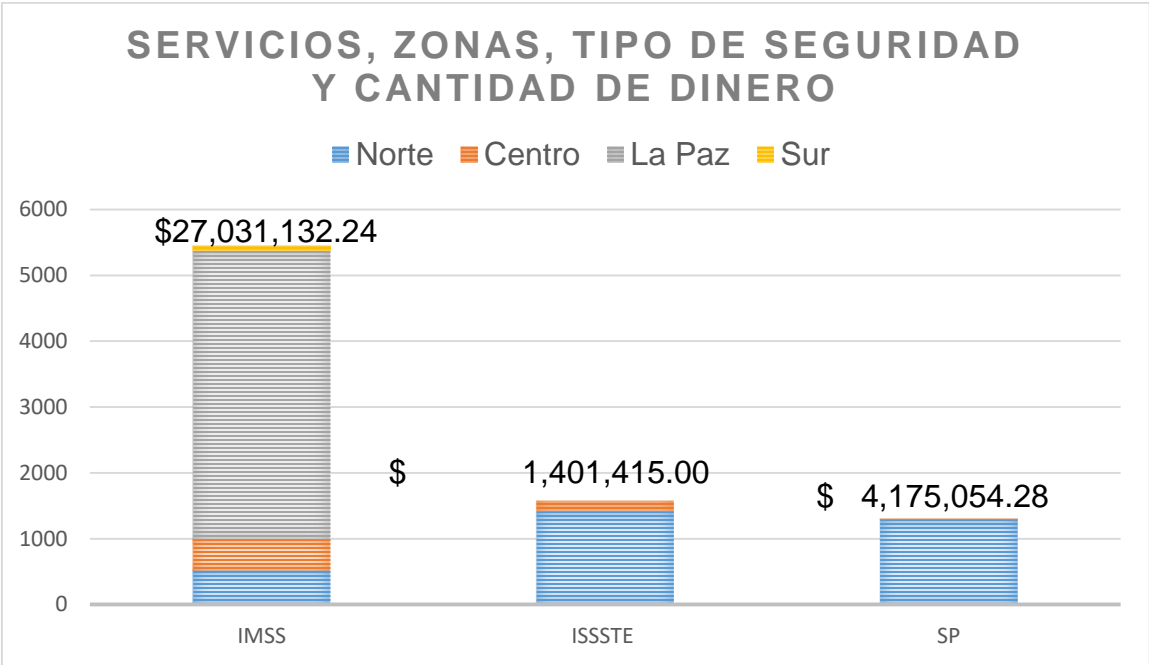


Figura 9. Servicios intercambiados por zona y cantidad de dinero. Elaboración propia

Traslados

Como ya se ha dicho con el intercambio de servicios han disminuido las distancias de traslados para obtener un servicio de salud.

De la muestra estudiada se observa que 11 servicios solicitados por pacientes del norte del estado, 9 se pudieron resolver en la misma zona y solo 2 tuvieron que

trasladarse hasta La Paz. Esto significa hasta 12 horas menos de viaje para ser atendidos.

De la zona centro igualmente los pacientes pudieron ser atendidos en la misma zona (Loreto – Ciudad Constitución), solamente viajaron a La Paz para ser atendidos con servicios de diagnóstico especializado como tomografía y resonancias magnéticas que solamente se pueden realizar en La Paz actualmente.

Los pacientes de Los Cabos (zona sur) que necesitaron un intercambio de servicios tuvieron que trasladarse hasta La Paz, sin embargo son escasos ya que esta zona ya tiene una mayor capacidad resolutive, actualmente tienen más clínicas y hospitales que el resto de las zonas.

Los intercambios dados en La Paz son los más abundantes debido a la densidad demográfica pero también a que en la misma ciudad se encuentran de mayor capacidad resolutive. Por ejemplo un derechohabiente del IMSS antes de ser enviado a una radioterapia debe ser evaluado por el servicio de oncología que se otorga solamente en el Hospital General de Zona No. 1 de La Paz.

Esto sugiere que existen pacientes que viven en otras zonas del estado pero que se trasladan a La Paz internamente desde el instituto, es decir más pacientes se tienen que mover desde su zona de origen hasta La Paz por alguna u otra razón. Esta información en su mayoría no se puede encontrar en los expedientes y no fue sujeto de análisis.

Los servicios intercambiados varían según la zona, pero en general el intercambio se otorga en los denominados “Auxiliar de diagnóstico y tratamiento”

donde se engloban estudios de laboratorio, imagenología (radiografías, ultrasonidos y resonancias magnéticas) y otros de tipo diagnóstico, así mismo procedimientos curativos y terapéuticos como radioterapias, aféresis plaquetaria. La mayoría de estos servicios se proporcionan solo en La Paz por lo que la mayor afluencia de pacientes se da en esta zona.

Los servicios de hospitalización más intercambiados son los referentes a la salud mental y se otorgan en la zona de La Paz donde tanto el hospital Salvatierra como el Psiquiátrico de Chametla ofrecen los servicios de Hospitalización Psiquiátrica al grueso de la población sudcaliforniana. También en servicios de hospitalización se intercambian para el uso de salas de terapia intensiva por no contar con camas disponibles en su institución.

Las atenciones de urgencia son los servicios menos intercambiados pero se dan sobre todo para evitar tiempos de traslados de los pacientes que requieren intervenciones inmediatas, sin importar su derechohabencia. Por ejemplo la atención del parto, atención a hipertensos (crisis y emergencia hipertensiva) e infarto agudo al miocardio. Estos servicios son importantes porque podrían hacer la diferencia entre salvar la vida de un paciente o que fallezca por falta de atención oportuna. Cabe mencionar que para las urgencias el IMSS solo utilizó 39 de estos servicios en 5 años sin embargo el IMSS ofreció 750 servicios de este tipo a pacientes de las otras dos instituciones. Esto nos habla de una mayor capacidad resolutoria por parte del IMSS y una mayor cercanía con sus derechohabientes.

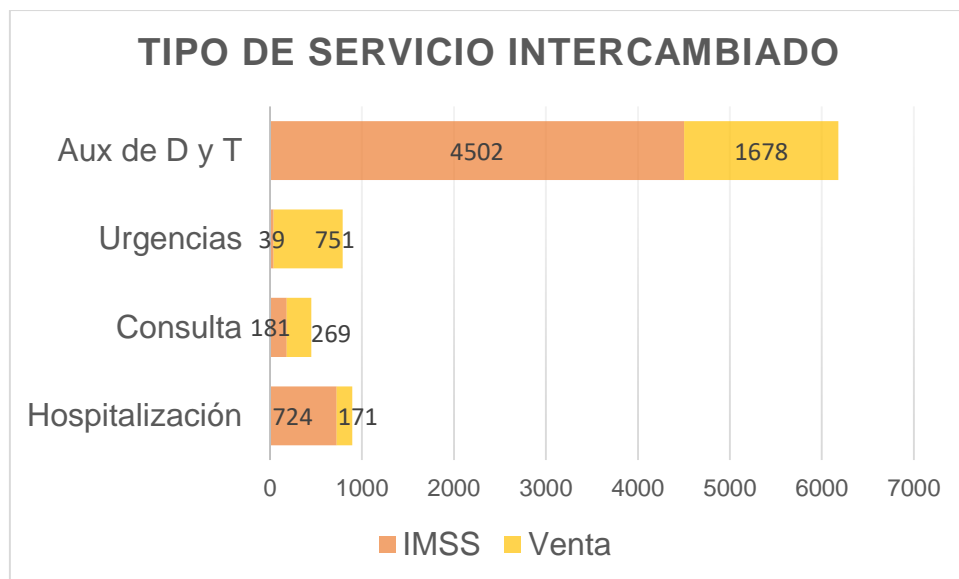


Figura 10. Cantidad de servicios intercambiados por tipo y seguridad social. Elaboración propia

Aux de D y T: Auxiliar de Diagnóstico y tratamiento

Costos

La cantidad de servicios intercambiados no tuvieron un patrón en aumento desde un principio. El primer año el IMSS compró alrededor de 1,400 servicios con una factura de 5 millones trescientos mil pesos mexicanos aproximadamente y vendió menos de 400 servicios recibiendo poco más de 1 millón de pesos. Los años 2014, 2015 y 2016 el IMSS compró menos servicios aunque en costos se mantuvo con facturas similares alrededor de los 6 millones. Sin embargo en el 2017 hubo un incremento nuevamente en la cantidad de servicios solicitados por el IMSS, y aunque la cantidad de estos es similar a la del 2013 la factura aumento el doble superando los 10 millones. El ISSSTE y el Seguro Popular se mantuvieron con la misma cantidad de servicios comprados al IMSS en el segundo y tercer año del convenio, pero a partir del 2016 comenzó a tener

un aumento significativo hasta llegar a casi 1000 servicios comprados al IMSS en el 2017 pero a pesar de eso aún con facturas muy por debajo de las que paga el IMSS.

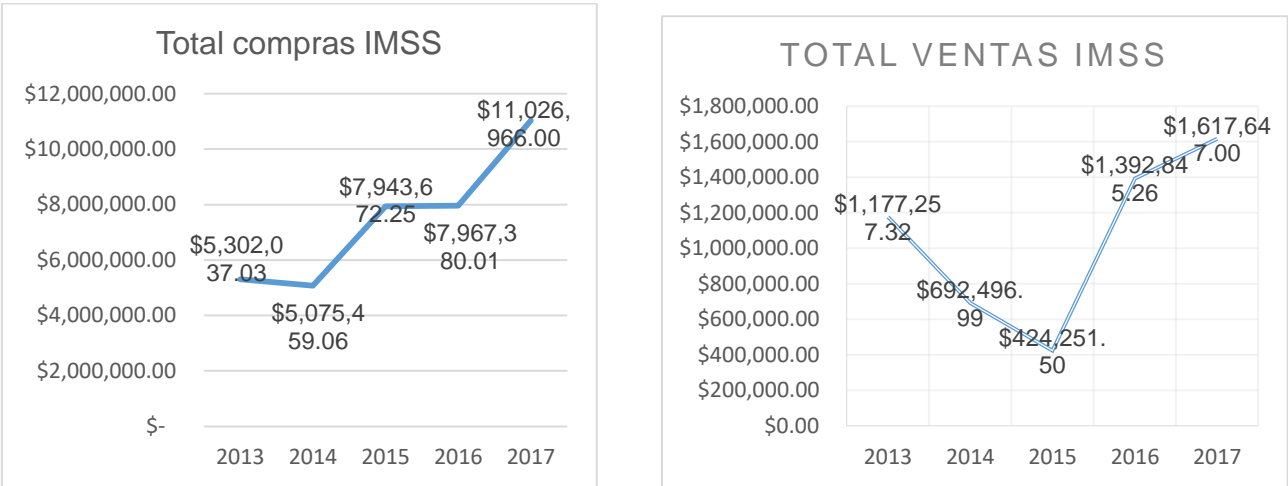


Figura 11. Total de servicios comprados y vendidos por el IMSS en pesos. Elaboración propia

Hay servicios intercambiados que tienen costos alrededor de los \$100 como pruebas de laboratorio y las consultas de especialista con un costo promedio durante los 5 años de \$197. Pero lo que genera facturas costosas son los servicios de urgencias y sobre todo los de hospitalización. Que una mujer dé a luz en otra institución puede costar desde \$5,000 por parto eutócico y más de \$10,000 por una cesárea o un parto distócico. Un paciente que solicite atención por un cuadro de hipertensión y que sea estabilizado genera un costo de casi \$20,000 y una apendicetomía casi \$40,000. Sin embargo el costo de no atender a estos pacientes podría ser incluso la muerte del paciente.

Servicios como la hospitalización psiquiátrica por día o un servicio de radioterapia en una ocasión suelen tener un costo no muy alto algunos cientos de

pesos, pero las personas que cursan por un cuadro psiquiátrico o con un tumor deberán tener múltiples sesiones lo que puede incrementar el costo significativamente.

Un paciente con la necesidad de recibir radioterapia (\$400) deberá recibir hasta 10 sesiones o más en el centro estatal de oncología (CEO) y pagar por la consulta con el radiólogo por lo que por ese paciente se paga una factura de más de \$5,000.

Un paciente internado por el servicio psiquiátrico costó en el 2017 \$710 diarios y pueden permanecer 15 o 20 días incluso meses enteros por lo que un paciente puede generar hasta \$60,000 anuales.

Las resonancias magnéticas RM son servicios frecuentemente comprados a la secretaria de salud, el IMSS solicita más de 300 al año ya que no cuenta con el servicio, cada una costó por ejemplo \$1,633 en el 2016 y en todo el año se pagaron \$650,000 pesos por este servicio útil para el diagnóstico de muy diversas enfermedades.

Todos los números mencionados antes son los costos asumidos por las instituciones según su presupuestos, pero no debemos olvidar que varios pacientes deben viajar desde el norte o el sur del estado hacia La Paz lo que genera costos de traslado y viáticos para ellos y sus acompañantes que no se pudieron evaluar en este trabajo pero que no deben olvidarse ya que son gastos extras para la institución y gasto de bolsillo al paciente.

Tabla 6. Ejemplos de costos mínimos y máximos por tipo de servicio.

Tipo de servicio	Menor costo	\$	Mayor costo	\$
Urgencias	Atención del recién nacido	4,912.00	Apendicetomía	37,466.60
Hospitalización	Día cama	375.00	Manejo HTA	19,756.00
Consulta	Especialista	197.00	Especialista	197.00
Aux de dx y tx	Elisa VIH	109.00	Arterografía de aorta abdominal	5,337.00

Fuente: Elaboración propia. Aux de dx y tx: Auxiliar de diagnóstico y tratamiento

Días de espera

Los días que un paciente tiene que esperar desde que el médico le indica algún estudio, tratamiento o cirugía hasta que le es realizado el procedimiento son importantes para este trabajo ya que es un indicador del “intercambio de servicios”. Con anterioridad los pacientes debían esperar a ser atendidos fuera del estado donde además de salir del estado tenían que esperar un lugar en una agenda donde entran pacientes de toda la región Noroeste del país. Al ser atendidos en el mismo estado, incluso en su misma zona geográfica debería suponer una reducción de los días de espera.

De la muestra estudiada se enuncian los siguientes datos. La variabilidad de los días de espera depender del tipo de servicios, y pueden ser desde 0 para urgencias hasta 75 en algún auxiliar de diagnóstico y tratamiento. Aunque el promedio mayor de espera se da en los servicios de consulta de especialidad con 40 días.

Tabla 7. Días de espera por tipo de servicio

Tipo de servicio	Promedio días de espera	Máximo de días de espera
Auxiliar de diagnóstico	14.8	75
Auxiliar de tratamiento	8.8	41
Consulta	40	51
Hospitalización	0.25	1
Urgencias	0	0

Fuete: Elaboración propia

Para urgencias y hospitalización los días de espera se reducen a cero como máximo 1. Los servicios que tuvieron más de 30 días de espera son Resonancias magnéticas, marcajes mamarios, algunos estudios de laboratorio y consulta de especialista.

Cobertura efectiva. Impacto social

Si bien los resultados presentados previamente nos dan un panorama económico y de utilidad en general del uso de la política analizada en esta tesis, sigue sin entrar a detalle a las personas que son para quienes se creó esta política.

Se eligieron las siguientes intervenciones debido a que por la ubicación geográfica o capacidad resolutive del IMSS los pacientes tenían que trasladarse fuera del estado y ahora se atienden aquí mismo (Resonancia magnética y radioterapia) estos servicios sobrepasan la capacidad instalada del IMSS ya que hasta el momento no se pueden realizar dentro de la delegación.. Además que como se vio en el capítulo 2 los tumores malignos forman parte importante de los indicadores de mortalidad del estado y el aumento los trastornos psiquiátricos que finalizan con suicidios. Los partos por urgencias fueron elegidos ya que en las zonas norte y centro del estado no se puede cubrir un parto de manera urgente.

Los tres componentes de la cobertura efectiva se obtuvieron de la siguiente forma:

Necesidad: Se obtuvo de la morbilidad delegacional, es decir, de los casos nuevos registrados en un periodo y que llegó a necesitar un intercambio de servicios por que sobrepasa la capacidad instalada. La fuente es de la estadística médica de la delegación DATAMART. Se utilizó para el cálculo de la necesidad de partos por urgencias y resonancias magnéticas el método de tendencias el cual consiste en calcular el promedio de servicios del periodo estudiado más el factor de corrección que corresponde a la diferencia entre el valor máximo y mínimo el factor de corrección.

Utilización: número de pacientes que necesitaron un intercambio de servicios debido a que se sobrepasa la capacidad instalada del IMSS y se recurre al convenio para dar la atención.

Calidad: Depende de cada intervención como se especifica a continuación en cada uno de los servicios, se expresa en números enteros donde el 1 es una calidad del 100%.

Radioterapia

Necesidad: Pacientes con diagnóstico de tumor en estadio avanzado y que de acuerdo a la literatura (Granados García, Arrieta Rodriguez, & Hinojosa Gómez) estima que más del 50% de los pacientes recibirán radioterapia en algún momento de su evolución.

Utilización: Pacientes que no pueden ser atendidos por el IMSS de manera oportuna en el tercer nivel (fuera del estado) o por que el tipo de procedimiento así lo amerite (equipo especializado).

Calidad: Que el paciente recibiera el servicio completo de manera oportuna y correcta y que haya presentado una mejoría de acuerdo al expediente clínico.

Hospitalización psiquiátrica.

Necesidad: Pacientes con diagnóstico nuevo de trastorno mental que requirió hospitalización en los años estudiados.

Utilización: Todos los pacientes que fueron referidos a hospitalización psiquiátrica en el seguro popular tanto en el Hospital Salvatierra como el Psiquiátrico de Chametla.

Calidad*: Que hayan estado hospitalizados por el tiempo que dure el tratamiento, recibiendo medicamentos.

Parto por urgencias.

Necesidad: Pacientes que acuden a atención prenatal en áreas geográficas que no existe el servicio. Para su cálculo se utilizó el método de tendencias.

Utilización: Los pacientes con parto de urgencia atendidos por intercambio de servicios en otro hospital que no es de su referencia.

Calidad: Atención oportuna del parto, sobrevivencia del recién nacido y la madre.

Resonancia.

Necesidad: Pacientes que requieren la resonancia como diagnóstico, para la toma de decisión terapéutica oportuna. Las resonancias pueden ser solicitadas para múltiples patologías, las más frecuentes son afecciones musculoesqueleticas seguidas por patologías neurológicas. Se utilizó el método de tendencias para eliminar los posibles pacientes que fueron mandados al servicio subrogado.

Utilización: Pacientes que necesitaron una resonancia y fueron atendidos en Baja California Sur en el Hospital Salvatierra.

Los resultados se presentan en la tabla 8 donde se puede observar lo siguiente:

Los partos atendidos por intercambio de servicios no son muchos sin embargo son significativos pues las mujeres atendidas viven en zonas geográficas alejadas de su hospital de referencia y pudieron ser atendidas oportunamente en su misma ciudad llevando su embarazo a buen término cuidando la salud de la madre y del recién nacido. Además el número bajo de utilización (18) nos dice que la mayoría de las mujeres fueron atendidas de manera efectiva en su misma institución y se tiene una buena cobertura del servicio.

Tabla 8.Cobertura efectiva

Intervención	Necesidad	Utilización	Calidad	%Cobertura efectiva
Radioterapia	3,071	124	0.54	2%
Hospitalización psiquiátrica	983	485	1	49 %
Parto por urgencias	3620	18	1	0.49 %
Resonancia magnética	2965	1550	0.5	26 %

Fuente: Elaboración propia

Como se citó anteriormente “La cobertura efectiva es la fracción de ganancia potencial en salud que el sistema de salud puede aportar a través de una intervención que está ofreciendo o que está disponible”. Los resultados de cobertura efectiva que se observa en la tabla es entonces la ganancia extra que se está obteniendo en la delegación para los servicios analizados. Es decir el porcentaje indica la ganancia que se obtiene aunado a la atención con los recursos disponibles que utiliza de manera cotidiana la institución. Por lo tanto cada uno debe ser contextualizado a la patología o servicio que se trate. Por ejemplo el porcentaje de parto por urgencias parece ser muy bajo (debido a la baja utilización), pero este pequeño porcentaje indica que se le brinda atención a una paciente que requirió el servicio y que se evitó una muerte materna o secuelas en RN lo que lo vuelve un porcentaje significativo.

La hospitalización psiquiátrica reporta una calidad del 100 % sin embargo esto puede ser discutido. Se le otorga el 100 % ya que los pacientes que requirieron el servicio fueron atendidos sin necesidad de salir del estado como se hacía antes, los pacientes hospitalizados reciben su tratamiento y seguimiento hasta buscar su alta y se previenen suicidios y siniestros debido a su comportamiento. Sin embargo al analizar los expedientes se observa una gran proporción de pacientes que no son dados de alta, o que recaen rápidamente y regresan al internamiento, algunos casos llegan a estar varios meses, incluso años sin poder ser reintegrados a la sociedad. Además en este tipo de patologías las intervenciones deberían ir también encaminadas a la prevención y diagnóstico oportuno sobre todo en las zonas geográficas en que los suicidios forman parte de las principales causas de muerte (zona centro).

Por otro lado casi la mitad de los servicios de radioterapia evaluados presentaron alguna deficiencia y las causas pueden ser diversas como un equivocado y tardado diagnóstico que hace que al momento de recibir radioterapia ya no se observe mejoría. También se observa que cuando el paciente acude a su radioterapia por intercambio a otra institución en esta no es atendido como fue solicitado por su médico del IMSS, se debe mejorar en la estandarización del protocolo de sesiones de radioterapia entre quien las solicita y quien las otorga. Sobre todo se calificaron negativamente los pacientes que presentaron metástasis, que no hubo reducción del tamaño del tumor y las causas ligadas al paciente como que no acepte el tratamiento y no lo lleve completo por decisión propia.

En este tema también podemos puntualizar la carga social que representan los casos de pacientes con tumores malignos, las zonas de traslado y los días de espera. A nivel mundial los tumores malignos forman parte de las principales causas de muerte y en BCS es necesario entender sus causas y promover acciones preventivas de diagnóstico y de estilo de vida.

Por último con las resonancias magnéticas, pacientes de todas las zonas geográficas tienen que trasladarse a La Paz para ser atendidos y tienen días de espera elevados. Es complicado dar un número preciso de necesidad ya que las patologías que lo requieren pueden ser muy variadas y por lo tanto el desenlace también. Por lo tanto se utilizó el número de resonancias solicitadas durante el periodo de estudio sin que este estudio esté relacionado a un diagnóstico específico. Para el cálculo de la necesidad se utilizó el método de tendencias.

Los principales hallazgos negativos fueron los encontrados en el expediente clínico relacionados al diagnóstico tardío, ya que en el seguimiento en las notas médicas se pudo observar que la atención no fue resolutive, con persistencia de la enfermedad y/o dolor incapacitante. Por otro lado, la responsabilidad del paciente está relacionada en las faltas a la cita de atención o no seguir las recomendaciones médicas.

Para concluir este capítulo es necesario mencionar que la cobertura efectiva es una buena herramienta para la medición de las intervenciones y servicios de salud que necesitan y reciben los ciudadanos ya que incluye la medición de calidad y arroja puntos de mejora que las simples cifras no pueden. Es un buen indicador de lo que puede lograr además la política de intercambio de servicios ya que los pacientes están obteniendo ganancia de salud aparte de lo que pudieran obtener sin este mecanismo.

Discusiones:

Para llegar a la salud universal en un momento fue prioridad del Estado garantizar un mayor número de afiliados a la seguridad social, y se ha logrado gracias al seguro popular. Pero no se ha dado solución a la causa raíz del problema, la desigualdad por la cual no todos los ciudadanos pueden tener acceso a la salud de manera efectiva y en equidad. Se tienen desigualdades entre los servicios que ofrecen las diferentes instituciones, el mismo "derecho" es otorgado de manera diferente. Como mencionan (Frenk et al., 2018) en "Hacia la universalización de la Salud" "A pesar de los avances en la cobertura legal que se dieron en las últimas décadas, sigue siendo un sistema segmentado, es decir, diseñado para atender con diferentes reglas y estructuras organizativas a tres grupos: la población asalariada, cubierta en principio por las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, Pemex, fuerzas armadas y esquemas estatales); los trabajadores no asalariados, más la población que está desempleada o fuera de la fuerza de trabajo, protegidos por el Seguro Popular, y los miembros de los dos grupos anteriores que de alguna manera autofinancian parcial o totalmente sus necesidades de salud mediante la compra de servicios privados" (p. 2).

El día de hoy los mexicanos estamos separados por una distinción de clases o grupos sociales según la ocupación laboral y de acceso a los servicios de salud.

Creo que lo importante ahora sería re contextualizar lo que llamamos "acceso universal de salud", volver a seleccionar prioridades y jerarquizar para después apropiarnos de esto hasta lograrlo. Parece ser que para lograr la salud universal se ha buscado invertir, en más servicios, más equipos, mas hospitales; cifras espectaculares

de personas afiliadas al IMSS, o al seguro popular, pero no se ha buscado una población sana, atacar las causas de las enfermedades de raíz y no solo llenar de medicamentos a la gente, además no se consideran los costos no monetarios como los días de espera y los tiempos de traslado para acceder a un servicio.

Las políticas públicas tienden a simular, se firman convenios, compromisos, se presentan indicadores a alcanzar, pero no pasa nada, ya que se siguen teniendo graves problemas de salud pública sin resolver.

Es importante también mejorar el presupuesto federal asignado a la salud, que los impuestos que se han creado a los productos dañinos a la salud sean encaminados a un aumento al presupuesto a la salud según el PIB.

Es evidente que un camino imposible para lograr la salud en igualdad es reestructurar de la noche a la mañana todo el sistema de salud, pero el intercambio de servicios puede ser una herramienta útil mientras se van haciendo otros cambios, sirve para ir eliminando burocracia hacia un mejor uso de recursos.

Los tomadores de decisiones en esta política se han enfocado todos estos años principalmente en reducir los gastos que genera el aislamiento del estado para poder brindar la atención a los ciudadanos, pero no en que el paciente sea el verdadero beneficiado tanto en los días de espera, en los gastos de bolsillo que le repercute no tener el acceso a un servicio próximo, y sobre todo que los índices de morbilidad y mortalidad del estado cambien con base a este tipo de políticas.

Conuerdo con Pinzón et al (2016) "... se siguen presentando desafíos, como, por ejemplo, la necesidad de mejorar la eficiencia para responder a las necesidades

cambiantes de la presentación de datos, y un mejor enfoque sobre la evaluación de las políticas, la organización y los procesos del sistema junto con los determinantes de la salud” (p. 335).

Ningún servicio intercambiado hasta ahora es de prevención, se debe hacer un cambio a la medicina preventiva más allá de la curativa. Para esto es necesario analizar una vez más los datos sociodemográficos del estado y los problemas característicos de la población.

Se sigue hoy en día con la misión de poder brindar salud a todos en equidad.

Limitaciones del estudio

Este estudio tuvo limitaciones para acceder a todos los indicadores del paciente debido a expedientes incompletos esto sobre todo por ser un estudio retrospectivo.

En algunos casos, los pacientes al perder la derechohabencia, se pierde la continuidad de los registros en el expediente clínico y no se pudo dar seguimiento de su patología, por lo tanto, no es factible identificar el impacto final del servicio utilizado.

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

Con base a la hipótesis de esta investigación se puede concluir que sí, el intercambio de servicios de salud entre instituciones es un buen mecanismo para lograr la salud universal y reducir la desigualdad en el acceso.

Las formas en que se plantean las políticas públicas aún siguen haciendo lo propuesto por Foucault, se han olvidado del individuo con su sociedad, se enfocan en resultados económicos y no de carácter social. El derecho humano a la salud debe buscar brindarse en equidad lo cual aún no sucede por la división de las actividades laborales.

Este tipo de políticas para ser más exitosas deben dar seguimiento y evaluación no solo económico sino de calidad. Se deben atender los puntos de mejora y las recomendaciones que se escriben más adelante. Esta y cualquier otra política pública de salud debe poner en el centro al paciente, y una vez que están ya en marcha se debe hacer una correcta evaluación.

El uso de la geografía en salud ayuda a visibilizar las desigualdades, la deficiencia en el acceso y ayuda en la toma de decisiones para optimizar recursos, esto se puede utilizar no solo para este estado.

Por último las evaluaciones económicas deben ir encaminadas a la mejora de la salud de la población, que los recursos asignados se vean representados en años de vida ganados con disminución de las tasas de morbilidad, que la calidad de vida sea óptima.

Recomendaciones

A los tomadores de decisiones, coordinadores pero sobre todo a los médicos que atienden pacientes por intercambio de servicios, ya sea que soliciten alguna intervención o que atiendan a un paciente de otra institución, y derivado del presente trabajo se propone una serie de recomendaciones a fin de mejorar el intercambio de servicios:

- Recordar que esta herramienta es para una mejora de la práctica médica como la reducción de tiempos de espera y la obtención de diagnósticos oportunos pero que el fin último es el beneficio a la salud del paciente por esto mismo se debe enfatizar en la práctica médica centrada en el paciente y sus circunstancias.
- Deben realizar un seguimiento de la mejora del paciente una vez realizado el intercambio del servicio.
- Atender a los pacientes de otras instituciones de la mejor manera posible, brindar la atención completa y de ser necesario para una mejor atención buscar la vía de comunicación con su médico tratante.
- Incluir en el cuestionario médico preguntas de orden social ¿Cómo se traslada para recibir atención? ¿Cuánto esfuerzo físico y financiero le representa trasladarse para recibir una atención? ¿Tiene alguna duda o queja por el servicio recibido en la otra institución?
- Para evaluar la política medir la cobertura efectiva en el momento para evaluar si el servicio brindado fue con calidad y repercutió favorablemente con el paciente y si se encuentra una desviación corregirla en el momento.

- Hacer énfasis en las acciones preventivas de las enfermedades y de ser necesario utilizar este convenio para cubrirlas.
- Hacer una revisión estricta de los expedientes, unificar la información que se necesita encontrar en este y gestionar para que sea una realidad el Registro Nacional de Usuarios donde los expedientes tengan una portabilidad para todas las instituciones.

Bibliografía

- Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los servicios de salud.* (2016). Ciudad de México
- Alma-Ata, D. d. (1978). Declaración de Alma-Ata. Paper presentada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, URSS.*
- Altable, M. E. (2004). La salud pública a través de los informes de los gobernadores. en F. Altable (Ed.), *Historia general de Baja California Sur* (Vol. 3, pp. 507-532). La Paz México.
- Cano Mancio, Ó. (2004). Un diagnóstico de salud para Baja California Sur al inicio del siglo XXI. En *Historia General de Baja California Sur III. Región, Sociedad y Cultura* (pp. 685 - 703). México.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2011). Diario Oficial de la Federación
- Convenio específico para el intercambio de Servicios de Salud, (2012).
- Cota Gastelum, J. F., & Pimental Leon, J. A. (1992). *La descentralización de los servicios de salud a población abierta (S.S.A) en el estado de Baja California Sur: 1984 - 1990.* (Licenciado en Ciencias Políticas y Administración Pública). Universidad Autónoma de Baja California Sur La Paz BCS.
- Foucault, M. (1974). *La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina.* Conferencia presentada en La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina, Instituto de Medicina Social de Rio de Janeiro, Brasil.
- Frenk, J. (2012). La salud como derecho ciudadano.

- Frenk, J., Gómez Dantés, O., Knaul, F. M., & Arreola Ornelas, H. (2018). Hacia la universalización de la salud. *Nexos*, XL(483).
- González Cruz, E., Rivas Hernández, I., & Altable, F. (2016). *La Paz, sus tiempos y espacios sociales*. México: Instituto Sudcaliforniano de Cultura.
- Granados García, M., Arrieta Rodríguez, O. G., & Hinojosa Gómez, J. *Tratamiento del cáncer: Oncología médica, quirúrgica y radioterapia*.
- Guízar, A. (2019). ISSSTE debe enviar pacientes al Centro Estatal de Oncología. *El Sudcaliforniano*. Recuperado de <https://www.elsudcaliforniano.com.mx/local/issste-debe-enviar-pacientes-al-centro-estatal-de-oncologia-4100516.html>
- Gutiérrez, J. P. (2013). Brechas en cobertura efectiva por nivel socioeconómico y condición de pobreza. *Salud Pública de México*, 55(2), S106- S111.
- IMSS. (2013). Diagnóstico Situacional 2013. México
- IMSS, J. (2015). Diagnóstico situacional 2015.
- IMSS, J. B. (2016). Diagnóstico de Salud 2017. Retrieved from Baja California Sur, México:
- IMSS, J. S. (2013 - 2017). Principales motivos de Consulta Egresos Hospitalarios y defunciones
- INEGI. (2013). Anuario estadístico de Baja California Sur 2012.
- INEGI. (2018). Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/app/mapa/denue/>

INEGI. (2019). México en cifras recuperado de

<https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=03#tabMCcollapse-Indicadores>

Linares-Pérez, N., & López-Arellano, O. (2008). La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva *Medicina Social*, 3(3), 247 - 259.

Lozano, R., Soliz, P., Gakidou, E., Abbott-Klafter, J., Feehan, D. M., Vidal, C., . . . Murray, C. J. (2007). Evaluación comparativa del desempeño de los sistemas estatales de salud usando cobertura efectiva. *Salud pública de México*, 49(1), S53 - S69.

Mendoza Salgado, R. M. (2014). La medicina en La Paz, siglos XIX y XX. En *Crónicas de mi puerto La Paz (1830-1959)* (pp. 133-150). México.

OMS. (2010). Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. Suecia

ONU. (2008). Derechos humanos. El derecho a la salud. In A. C. d. I. N. U. p. I. D. Humanos (Ed.), (Vol. 31). Geneva: United Nations.

Pinzón Flórez, C. E., Chapman, E., Panisset, U., Arredondo, A., Fitzgerald, J., & Reveiz, L. (2016). Disponibilidad de indicadores para el seguimiento del alcance de la "Salud Universal" en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana Salud Pública*, 39(6), 330 - 340.

Plan Estatal de Desarrollo 2015-2021.

Plan Nacional de Desarrollo 2013- 2018. (2013). México

PNUD. *Objetivos del Desarrollo Sostenible*. Retrieved from

<http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>

Proudhon, P. J. (1840). *¿Qué es la propiedad ?* (Sol90 Ed.). España.

Reyes Silva, L. (1989). *Historia del Estado de Baja California Sur* (Tercera ed.). La Paz BCS. Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los servicios de salud. (2016). Ciudad de México

SS, B. (2016). *Anuario Estadístico 2016*. La Paz BCS

Sen, A. (2001). *¿Por qué la equidad en salud?* Conferencia presentado en la II Conferencia Internacional sobre Economía de la Salud, York, Reino Unido. Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los servicios de salud. (2016). Ciudad de México

Shengelia, B., Tandon, A., Adams, O. B., & Murray, C. J. L. (2005). Access, utilization, quality, and effective coverage: An integrated conceptual framework and measurment strategy. *Social Science & Medicine*, 61, 97 - 109.

Stolkiner, A. (2010). Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. *Medicina Social*, 5(1), 89-95.

Zurita, B., Lozano, R., Ramírez, T., & Torres, J. L. (2003). Desigualdad e inequidad en salud. In F. M. Knaul & G. Nigenda (Eds.), *Caleidoscopio de la salud. De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción*. (pp. 29-39). México DF: Fundación Mexicana para la Salud, A.C.

Anexos

Anexo 1. Listado de Hospitales de salud del estado de Baja California Sur

IMSS Zona Norte

Nombre y número	CLUES	Nivel de atención	Ciudad	Latitud	Longitud	Servicios*
HGSZ N 5	BSIMS000072	II	Guerrero Negro	27.9667840	-114.0497	GyO, PEDIA, MI, CX, ANEST
UMF 35	BSIMS000084	I	Guerrero Negro	27.97063890	-114.0464	MF y acciones preventivas
UMF 8	BSIMS000055	I	Santa Rosalía	27.34600000	-112.275	MF y acciones preventivas
UMF 14	BSIMS000060	I	Bahía Tortugas	27.69150000	-114.9	MF y acciones preventivas
UMF 15	BSIMS000096	I	Bahía Asunción	27.1383	-114.296	MF y acciones preventivas
UMF 16	BSIMS000101	I	La Bocana	26.7911	-113.714	MF y acciones preventivas
CAMF 17	Anexo de La Bocana	I	Punta Abreojos	26.7138	-113.5744	MF y acciones preventivas
CAMF 18	Anexo de La Bocana	I	Isla Natividad	27.8538	-115.1702	MF y acciones preventivas
UMF 19	BSIMS000241	I	Vizcaíno	27.6411	-113.3744	MF y acciones preventivas
HGSZ + MF 13	BSIMS000200	I y II	Isla de Cedros	28.03694	-115.1877	MF, acciones preventivas, hospitalización

UMF 12	BSIMS000212	I	Isla de Cedros	28.0394	-115.1911	MF y acciones preventivas
--------	-------------	---	----------------	---------	-----------	---------------------------

*GyO= ginecología y obstetricia, PEDIA=pediatría, MI=medicina interna, ANEST=anestesiología, MF= medicina familiar

IMSS Zona Centro

Nombre y número	CLUES	Nivel de atención	Ciudad	Latitud	Longitud	Servicios*
HGSZ + MF 2	BSIMS000014	I y II	Cd. Constitución	25.02298196	-111.66902	GyO, PEDIA, MI, CX, ANEST + MF
CAMF 21	Depende de Cd. Constitución	I	San Juanico	26.2577	-112.47805	MF y acciones preventivas
CAMF 27	Depende de Cd. Constitución	I	La Purisima	26.001380	-112.19720	MF y acciones preventivas
UMF 3	BSIMS000031	I	Insurgentes	25.2639	-111.77600	MF y acciones preventivas
UMF 4	BSIMS000043	I	Pto San Carlos	24.7911	-112.109	MF y acciones preventivas
UMF 10	BSIMS000026	I	Pto López Mateos	25.1892	-112.114	MF y acciones preventivas
UMF 11	BSIMS000166	I	Loreto	26.0076	-111.356	MF y acciones preventivas

*GyO= ginecología y obstetricia, PEDIA=pediatría, MI=medicina interna, ANEST=anestesiología, MF= medicina familiar

IMSS La Paz

Nombre y número	CLUES	Nivel de atención	Localidad	Latitud	Longitud	Servicios
HGZ + MF 1	BSIMS000113	II	La Paz	24.145969	-110.31870	MF, acciones preventivas, especialidades, quirófano, laboratorio, urgencias, rayos x
UMAA + UMF 34	BSIMS000125	II	La Paz	24.1264	-110.317	MF, laboratorio, Urgencias, acciones preventivas, dentista, rayos x
CAMF 25	Depende de La Paz	I	San Juan de los Planes	23.9673167	-109.934	MF y acciones preventivas
CAMF 22	Depende de La Paz	I	Los Barriles	23.6800089	-109.698	MF y acciones preventivas
CAMF 37	Depende de La Paz	I	Todos Santos	23.4471028	-110.226	MF y acciones preventivas

*GyO= ginecología y obstetricia, PEDIA=pediatría, MI=medicina interna, ANEST=anestesiología, MF= medicina familiar

IMSS Sur

Nombre y número	CLUES	Nivel de atención	Localidad	Latitud	Longitud	Servicios
HGSZ 26	BSIMS000154	II	Cabo San Lucas	22.899623	-109.927	MF, especialidades, acciones preventivas,

						Hospitalización, quirófano
UMF 7	BSIMS000195	I	Cabo San Lucas	22.8847222	-109.916	MF y acciones preventivas
HGSZ 38	BSIMS000224	II	San Jose del Cabo	23.078460	-109.714	Especialidades,
UMF 6	BSIMS000142	I	San Jose del Cabo	23.0603	-109.695	MF y acciones preventivas
CAMF 23		I	La Rivera	23.5959861	-109.585	MF y acciones preventivas
CAMF 36		I	Miraflores	23.3689953	-109.778	MF y acciones preventivas

*GyO= ginecología y obstetricia, PEDIA=pediatría, MI=medicina interna, ANEST=anestesiología, MF= medicina familiar

ISSSTE Norte

Nombre y número	CLUES	Nivel de atención	Localidad	Latitud	Longitud	Servicios
Clínica Hospital Santa Rosalía	BSIST000043	I y II	Santa Rosalía	27.346368	-112.273	MF, especialidades, acciones preventivas, Hospitalización, quirófano
Consultorio de atención familiar	BSIST000171	I	Bahía Asunción	27.1428	-114.293	MF y acciones preventivas
Consultorio de atención familiar	BSIST000183	I	Bahía Tortugas	27.6903	-114.896	MF y acciones preventivas
UMF Guerrero Negro	BSIST000055	I	Guerrero Negro	27.9717	-114.032	MF y acciones preventivas
Consultorio de atención familiar	Depende de	I	Mulegé	26.8935778	-111.981	MF y acciones preventivas
Consultorio de atención familiar		I	Punta abreojos	26.7119278	-113.573	MF y acciones preventivas
Consultorio de atención familiar	BSIST000212	I	San Ignacio	27.2842	-112.897	MF y acciones preventivas
UMF		I	Vizcaíno	27.6416972	-113.377	MF y acciones preventivas

*GyO= ginecología y obstetricia, PEDIA=pediatría, MI=medicina interna, ANEST=anestesiología, MF= medicina familiar

ISSSTE Centro

Nombre y número	CLUES	Nivel de atención	Localidad	Latitud	Longitud	Servicios
Clínica Hospital Cd Constitución	BSIST000014	II	Cd Constitución	25.034	-111.646	MF, especialidades, acciones preventivas, Hospitalización, quirófano, laboratorio, urgencias, rayos x
UMF Loreto	BSIST000113	I	Loreto	26.0089	-111.353	MF y acciones preventivas
Consultorio de atención familiar		I	Puerto López Mateos			MF y acciones preventivas
UMF San Carlos	BSIST000031	I	San Carlos	24.7854	-112.097	MF y acciones preventivas
UMF Villa Insurgentes	BSIST000026	I	Insurgentes	25.2645	-111.783	MF y acciones preventivas

*GyO= ginecología y obstetricia, PEDIA=pediatría, MI=medicina interna, ANEST=anestesiología, MF= medicina familiar

ISSSTE La Paz

Nombre y número	CLUES	Nivel de atención	Localidad	Latitud	Longitud	Servicios
Hospital general	BSIST000072	II	La Paz	24.1488	-110.305	MF, especialidades, acciones preventivas, Hospitalización, quirófano, laboratorio, urgencias, rayos x
UMF	BSIST000084	I	Todos Santos	23.447	-110.225	MF y acciones preventivas
Consultorio de atención familiar		I	San Juan De Los Planes	23.9675	-109.93	MF y acciones preventivas
Hospital general	BSIST000330	II	La Paz	24.138213	-110.341	MF, especialidades, acciones preventivas, Hospitalización, quirófano, laboratorio, urgencias, rayos x

*GyO= ginecología y obstetricia, PEDIA=pediatría, MI=medicina interna, ANEST=anestesiología, MF= medicina familiar

ISSSTE Sur

Nombre y número	CLUES	Nivel de atención	Localidad	Latitud	Longitud	Servicios
UMF		I	Cabo San Lucas	22.89245	-109.91	MF y acciones preventivas
Consultorio Medicina Familiar	BSIST000294	I	La Ribera	23.59591	-109.58	MF y acciones preventivas
Consultorio Medicina Familiar	BSIST000282	I	Miraflores	23.36671	-109.77	MF y acciones preventivas
Clínica Hospital		I	San Jose	23.0686	-109.70	Especialidades, acciones preventivas, Hospitalización, quirófano, laboratorio, urgencias, rayos x
Consultorio Medicina Familiar	BSIST000311	I	Santiago	23.47556	-109.71	MF y acciones preventivas

*GyO= ginecología y obstetricia, PEDIA=pediatría, MI=medicina interna, ANEST=anestesiología, MF= medicina familiar

Seguro popular Norte

Nombre y número	CLUES	Nivel de atención	Localidad	Latitud	Longitud	Servicios
C.S. c/ hospitalización Adán G. Velarde	BSSSA000192	I	Santa Rosalía	27.3385	-112.267	MF y acciones preventivas
CAPA Santa Rosalía	BSSSA001073	I	Santa Rosalía	27.338	-112.2677	Acciones preventivas y manejo especializado

CAPA Guerrero Negro	BSSSA001061	I	Guerrero Negro	27.9677083	-114.0463611	Acciones preventivas y manejo especializado
C.S. Guerrero Negro	BSSSA000221	I	Guerrero Negro	27.9678421	-114.04	MF y acciones preventivas
C.S. Heroica Mulegé	BSSSA000245	I	Heroica Mulegé	26.8914129	-111.9815176	MF y acciones preventivas
C.S. Bahía Tortugas	BSSSA000216	I	Bahía tortugas	27.6920725	-114.8985749	MF y acciones preventivas
C.S. Gustavo Díaz Ordaz	BSSSA000233	I	Gustavo Díaz Ordaz	27.6492319	-113.4419912	MF y acciones preventivas
C.S. San Ignacio	BSSSA000274	I	San Ignacio	27.2805357	-112.89	MF y acciones preventivas
C.S. Villa Alberto A. Alvarado Aramburo	BSSSA000315	I	Villa Alberto A. Alvarado Aramburo	27.6437022	-113.388236	MF y acciones preventivas
Centro de salud para población dispersa bahía asunción	BSSSA001505	I	Bahía Asunción	27.1284728	-114.2953783	MF y acciones preventivas
U.M. NO. 8. Caravana T-2 Emiliano Zapata	BSSSA001032	I	Emiliano Zapata	27.5389	-113.396	MF y acciones preventivas
U.M. NO. 7. Santa Rosalía	BSSSA000204	I	Santa Rosalía	27.3383196	-112.26	MF y acciones preventivas
U.M. NO. 12. Caravana T-0 Heroica Mulegé	BSSSA001196	I	Heroica Mulegé	26.8913402	-111.9815901	

*GyO= ginecología y obstetricia, PEDIA=pediatría, MI=medicina interna, ANEST=anestesiología, MF= medicina familiar

Seguro popular Centro

Nombre y número	CLUES	Nivel de atención	Localidad	Latitud	Longitud	Servicios
M - Hospital general	BSSSA001510	I y II	Ciudad Constitución	25.018382	-111.6618	MF, especialidades, acciones preventivas, Hospitalización, quirófano, laboratorio, urgencias, rayos x
Unidad de especialidades Médicas (UNEMES)	BSSSA001056	I	Ciudad Constitución	25.0233694	-111.6532833	Acciones preventivas y manejo especializado
G - Urbano de 04 Núcleos Básicos	BSSSA000035	I	Ciudad Constitución	25.0340639	-111.646702	MF y acciones preventivas
E - Urbano de 02 Núcleos Básicos	BSSSA000064	I	Ciudad Insurgentes	25.2638917	-111.7796667	MF y acciones preventivas
A - Rural de 01 Núcleo Básico	BSSSA000040	I	Adolfo López Mateos	25.192764	-112.118005	MF y acciones preventivas
A - Rural de 01 Núcleo básico	BSSSA001003	i	San Miguel de Comondú	26.03757	-111.8342226	MF y acciones preventivas
A - Rural de 01 Núcleo básico	BSSSA000134	I	Santo Domingo	25.4900583	-111.9181056	MF y acciones preventivas
A - Rural de 01 Núcleo básico	BSSSA000146	I	Villa Morales	24.9311639	-111.6270389	MF y acciones preventivas

A - Rural de 01 Núcleo básico	BSSSA000052	I	Benito Juárez	25.1153722	- 111.8238194	MF y acciones preventivas
A - Rural de 01 Núcleo básico	BSSSA000076	I	La Poza grande	25.7621361	- 112.0749722	MF y acciones preventivas
A - Rural de 01 Núcleo básico	BSSSA000081	I	La Purísima	26.1864314	- 112.0749722	MF y acciones preventivas
A – Rural de 01 Núcleo básico	BSSSA000151	I	Villa Ignacio Zaragoza	25.396705	- 111.842766	MF y acciones preventivas
A – Rural de 01 Núcleo básico	BSSSA000110	I	San Isidro	26.2049167	- 112.042075	MF y acciones preventivas
P - Unidad móvil	BSSSA001172	I	Ciudad Constitución	25.0342041	- 111.6469388	MF y acciones preventivas
P - Unidad móvil	BSSSA001020	I	Ciudad Constitución	25.0340639	- 111.6467028	MF y acciones preventivas
P – Unidad móvil	BSSSA001493	I	Ciudad Constitución	25.0340639	- 111.6467028	MF y acciones preventivas
D – Urbano 01 Núcleo básico	BSSSA000105	I	Puerto San Carlos	24.7925	-112.1111	MF y acciones preventivas

*GyO= ginecología y obstetricia, PEDIA=pediatría, MI=medicina interna, ANEST=anestesiología, MF= medicina familiar

Seguro popular La Paz

Nombre y número	CLUES	Nivel de atención	Localidad	Latitud	Longitud	Servicios
U.M. No. 13. Caravana T-0 Las Pocitas	BSSSA001201	I	Las Pocitas	24.394469	- 111.1061944	MF y acciones preventivas
	BSSSA000864	I	La Paz	24.1526468	- 110.3101845	Manejo de sangre y sus derivados.

Centro Estatal De Transfusión Sanguínea						
Laboratorio Estatal De Salud Publica	BSSSA000852	I	La Paz	24.1219844	-110.314707	Laboratorio certificado, pruebas especiales
B. Hospital General Con Especialidades Juan María De Salvatierra	BSSSA001213	I y II	La Paz	24.113297	-110.318457	Especialidades, acciones preventivas, consulta externa Hospitalización, Hemodinámica quirófano, laboratorio, urgencias, rayos x terapia intensiva adultos, pediátrica, neonatos. Subespecialidades
Hospital Psiquiátrico Chametla	BSSSA000443	I	Chametla	24.0955952	-110.3879725	Hospitalización
Centro Estatal De Oncología Rubén Cardoza Macias	BSSSA000320	I	La Paz	24.1108861	-110.319147222222	Consulta externa Cuidados paliativos Radioterapia
Uneme Hemodiálisis	BSSSA000974	I	La Paz	24.1215229	-110.3147298	Acciones preventivas y manejo especializado
Uneme Capasits La Paz	BSSSA000962	I	La Paz	24.1526673	-110.3087271	Acciones preventivas y manejo especializado
Uneme Enfermedades Crónicas	BSSSA001143	I	La Paz	24.120935	-110.314862	Acciones preventivas y manejo especializado
Salud Mental La Paz	BSSSA001114	I	La Paz	24.1210862	-110.3147845	Acciones preventivas y manejo

						especializado
Capa La Paz	BSSSA001085	I	La Paz	24.162437	-110.2925043	Acciones preventivas y manejo especializado
C.S. Dr. Francisco Cardoza Carballo	BSSSA001371	I	La Paz	24.152213	-110.309246	MF y acciones preventivas
Centro De Salud El Calandrio	BSSSA001353	I	La Paz	24.0960416	-110.3191765	MF y acciones preventivas
C.S. Lázaro Cárdenas	BSSSA000390	I	La Paz	24.1459483	-110.282338	MF y acciones preventivas
C.S. Olachea	BSSSA000344	I	La Paz	24.1624608	-110.2923165	MF y acciones preventivas
C.S. 8 de octubre	BSSSA000356	I	La Paz	24.1138252	-110.3145289	MF y acciones preventivas
C.S. Flores Magón, La Paz	BSSSA000361	I	La Paz	24.128303	-110.2997619	MF y acciones preventivas
C.S. El Mezquitito, La Paz	BSSSA000373	I	La Paz	24.0968134	-110.3085816	MF y acciones preventivas
C.S. Calafia	BSSSA000583	I	La Paz	24.0225038	-110.2792602	MF y acciones preventivas
C. S. Agua escondida	BSSSA001344	I	La Paz	24.1114467	-110.2969079	MF y acciones preventivas
C.S. Márquez de León, La Paz	BSSSA000793	I	La Paz	24.152893	-110.2654802	MF y acciones preventivas
Clínica de ayuda para dejar de fumar	BSSSA001362	I	La Paz	24.1527046	-110.3101161	Acciones preventivas y manejo especializado

C.S. Todos Santos	BSSSA000414		La Paz	23.447	-110.227	MF y acciones preventivas
C.S. El Centenario	BSSSA000431		La Paz	24.1016776	-110.4123938	MF y acciones preventivas
C.S. Los Barriles	BSSSA000501		La Paz	23.6798946	-109.69911	MF y acciones preventivas
C.S. Chametla	BSSSA000455		La Paz	24.1024327	-110.3729079	MF y acciones preventivas
C.S. Las Pocitas	BSSSA000460		La Paz	24.3941411	-111.1056084	MF y acciones preventivas
C.S. El Pescadero	BSSSA000530		La Paz	23.3651761	-110.167071	MF y acciones preventivas
C.S. Los Planes	BSSSA000542		La Paz	23.9674902	-109.9348327	MF y acciones preventivas
C.S. San Antonio	BSSSA000554		La Paz	23.8066178	-110.0572065	MF y acciones preventivas
C.S. San Bartolo	BSSSA000566		La Paz	23.7376732	-109.8457117	MF y acciones preventivas
C.S. El Sargento	BSSSA000571		La Paz	24.0707755	-109.9921985	MF y acciones preventivas
U.M. NO. 14. Caravana T-1 La Paz	BSSSA001155		La Paz	24.1594119	-110.30946	MF y acciones preventivas
Unidad Móvil Tipo 0 Los Dolores	BSSSA001335		La Paz	24.0960416	-110.3191765	MF y acciones preventivas
Consultorio Móvil Desarrollo infantil zona sur	BSSSA001481		La Paz	24.15281513	-110.3096545	MF y acciones preventivas
Unidad Móvil con Mastógrafo	BSSSA001230		La Paz	24.111195	-110.318821	Acciones preventivas

--	--	--	--	--	--	--

*GyO= ginecología y obstetricia, PEDIA=pediatría, MI=medicina interna, ANEST=anestesiología, MF= medicina familiar

Seguro popular Sur

Nombre y número	CLUES	Nivel de atención	Localidad	Latitud	Longitud	Servicios
Hospital General Raúl A. Carrillo	BSSSA000595	I y II	San José Del Cabo	23.0617522	- 109.7082831	Especialidades, acciones preventivas, Hospitalización, quirófano
C.S. San José Del Cabo	BSSSA000612	I	San José Del Cabo	23.0608645	- 109.7017571	MF y acciones preventivas
C.S. El Zacatal	BSSSA000776	I	San José Del Cabo	23.1028258	- 109.7126785	MF y acciones preventivas
C.S. Santa Rosa	BSSSA000781	I	San José Del Cabo	23.0902717	- 109.704906	MF y acciones preventivas
Hospital General De Cabo San Lucas	BSSSA001131	I y II	Cabo San Lucas	22.9027676	- 109.9248226	Especialidades, acciones preventivas, Hospitalización, quirófano
C.S. CABO SAN LUCAS	BSSSA000624	I	Cabo San Lucas	22.8915789	- 109.9162602	MF y acciones preventivas
C.S. Leonardo Gastelum	BSSSA001380	I	Cabo San Lucas	22.9470559	- 109.9227595	MF y acciones preventivas
C.S. El Caribe,	BSSSA000950	I	Cabo San Lucas	22.9381141	- 109.9306382	MF y acciones preventivas
C.S. Los Venados.	BSSSA000636	I	Cabo San Lucas	22.8973454	- 109.9392919	MF y acciones preventivas

C.S. Los Cangrejos , Cabo San Lucas	BSSSA000764	I	Cabo San Lucas	22.8973454	-109.9392919	MF y acciones preventivas
Salud Mental San José Del Cabo	BSSSA001126	I y II	San José Del Cabo	23.0609949	-109.7015203	Acciones preventivas y manejo especializado
Uneme Capasits Cabo San Lucas	BSSSA000945	II	Cabo San Lucas	22.8917229	-109.9165236	Acciones preventivas y manejo especializado
Capa Cabo San Lucas	BSSSA001090	I	Cabo San Lucas	22.9061532	-109.9607557	Acciones preventivas y manejo especializado
C.S. La Ribera	BSSSA001225	I	La Ribera	23.5906	-109.592	MF y acciones preventivas
C.S. San José Viejo	BSSSA000682	I	San José Viejo	23.1170784	-109.710686	MF y acciones preventivas
C.S. Lomas Del Sol, Cabo San Lucas	BSSSA000735	I	Colonia Del Sol	22.9158731	-109.9288929	MF y acciones preventivas
C.S. Santa Anita	BSSSA000694	I	Santa Anita	23.1804616	-109.7012168	MF y acciones preventivas
C.S. Miraflores	BSSSA000641	I	Miraflores	23.3689953	-109.7780483	MF y acciones preventivas
C.S. San Bernabé	BSSSA000723	I	Las Veredas	23.1307951	-109.7098431	MF y acciones preventivas
C.S. La Playa	BSSSA000665	I	La Playa	23.0616667	-109.6717944	MF y acciones preventivas

C.S. Santa Catarina	BSSSA00070 6	I	Santa Catarina	23.136802 8	- 109.689730 6	MF y acciones preventivas
C.S. Santiago	BSSSA00071 1	I	Santiago	23.475522 2	- 109.717944	MF y acciones preventivas
U.M. No. 2. Caravana T-1 La Playa	BSSSA00116 0	I	La Playa	23.061666 7	- 109.671794 4	MF y acciones preventivas
U.M. No. 9. Miraflores	BSSSA00065 3	I	Miraflores	23.368997 2	- 109.778097 2	MF y acciones preventivas

*GyO= ginecología y obstetricia, PEDIA=pediatría, MI=medicina interna, ANEST=anestesiología, MF= medicina familiar

Anexo 2. Formato de recolección de datos del paciente

No seguridad px _____ Edad _____ Genero _____

Año _____ servicio: _____ Dx preliminar _____

Fecha de solicitud servicio _____ Fecha que se da _____

Servicio intercambiado _____

Hospitales que dan el servicio _____

Zonas de intercambio _____ y _____

Dx final _____

Notas médicas

Comentarios personales:

Anexo 3

7/8/2018

sirelcis.imss.gob.mx/s2/scnic/protocolos/dictamen/5400

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Aprobación

Martes, 07 de agosto de 2018

Ref. 09-B5-61-2800/201800/ 1952

Dra. Andrea Socorro Alvarez Villaseñor
COORD DE PLANEACION Y ENLACE INST, DELEGACION ESTATAL BAJA CALIFORNIA
SUR
Baja California Sur

Presente:

Informo a usted que el protocolo titulado: **El Sistema de Salud en Baja California Sur, el acuerdo hacia la universalización de los servicios y su impacto en la población.**, fue sometido a la consideración de este Comité Nacional de Investigación Científica.

Los procedimientos propuestos en el protocolo cumplen con los requerimientos de las normas vigentes, con base en las opiniones de los vocales del Comité de Ética en Investigación y del Comité de Investigación del Comité Nacional de Investigación Científica del IMSS, se ha emitido el dictamen de **APROBADO**, con número de registro: R-2018-785-080.

De acuerdo a la normatividad vigente, deberá informar a esta Comité en los meses de enero y julio de cada año, acerca del desarrollo del proyecto a su cargo. Este dictamen sólo tiene vigencia de un año. Por lo que en caso de ser necesario requerirá solicitar una reaprobación al Comité de Ética en Investigación del Comité Nacional de Investigación Científica, al término de la vigencia del mismo.

Atentamente,

Dr. Fabio Salamanca Gómez
Presidente
Comité Nacional de Investigación Científica

Anexo comentarios:
Se anexa documento
SNV/iah. F-CNIC-2018-120

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos Av. Consultación 330 Col. Doctores México 06720 56276900 ext. 21210 conise@cis.gob.mx