

# UNIVERSCIENCIA

Publicación arbitrada cuatrimestral  
Mayo-Agosto 2020  
Núm. 54, año 18  
\$50.00

Revista de divulgación científica

EDUCACIÓN A DISTANCIA A PARTIR DEL  
MODELO HUMANISTA INTEGRADOR BASADO  
EN COMPETENCIAS. UNA ALTERNATIVA DE LA  
UATx

GERMÁN TORRES HERNÁNDEZ

LOS VERBOS DEL FRANCÉS: UNA PROPUESTA  
ALTERNATIVA DE ENSEÑANZA

RICARDO ROMERO ZEPEDA

ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE GASTOS  
CATASTRÓFICOS EN SALUD, IMPLEMENTADO  
POR LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO  
DE PUEBLA DESDE LA PERSPECTIVA DE  
POLÍTICA PÚBLICA

FRANCISCO JOSÉ RODRÍGUEZ ESCOBEDO  
ROMÁN SÁNCHEZ ZAMORA  
JULIO GALINDO QUIÑONES  
RICARDO MONTIEL HERNÁNDEZ

ATENCIÓN DISPERSA EN EL PROCESO DEL  
INTER-APRENDIZAJE EN LA EDUCACIÓN  
INICIAL EN ECUADOR

MARTHA KATUSKA BALÁS LEÓN  
RULY EVELIO GÓMEZ VILLAO  
KATIUSKA DEL JAZMÍN TIRCIO ESPARZA

LOS TIEMPOS EDUCATIVOS QUE NO  
MARCA EL RELOJ

TOMÁS ATONAL GUTIÉRREZ

LA INNOVACIÓN CIENTÍFICO-TECNOLÓGICA:  
LA LLAVE PARA EL EMPRESARIO

EDUARDO HERNÁNDEZ DE LA ROSA

DESARROLLO CREATIVO POR MEDIO DE LAS  
ARTES VISUALES EN NIÑOS DE EDUCACIÓN  
INICIAL ECUATORIANA

KATUSKA CEPEDA AVILA  
LUCILA PAZMIÑO ITURRALDE  
LIDIA PATRICIA ESTRELLA ACENCIO

LA DIDÁCTICA DEL APRENDIZAJE BASADO EN  
PROBLEMAS (ABP) EN EL ÁREA FORMATIVA  
DE FISIOTERAPIA

AIDA URIBE MEDINA  
CYNTHIA ELIZABETH LÓPEZ VILLEGAS

# ÍNDICE

## ÁREA DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

**PÁGS. 1 – 13**

EDUCACIÓN A DISTANCIA A PARTIR DEL MODELO  
HUMANISTA INTEGRADOR BASADO EN COMPETENCIAS.  
UNA ALTERNATIVA DE LA UATX

GERMÁN TORRES HERNÁNDEZ

**PÁGS. 15 – 32**

ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE GASTOS  
CATASTRÓFICOS EN SALUD, IMPLEMENTADO POR  
LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE PUEBLA  
DESDE LA PERSPECTIVA DE POLÍTICA PÚBLICA

FRANCISCO JOSÉ RODRÍGUEZ ESCOBEDO  
ROMÁN SÁNCHEZ ZAMORA  
JULIO GALINDO QUIÑONES  
RICARDO MONTIEL HERNÁNDEZ

**PÁGS. 33 – 36**

LOS TIEMPOS EDUCATIVOS QUE  
NO MARCA EL RELOJ

TOMÁS ATONAL GUTIÉRREZ

**PÁGS. 37 - 44**

DESARROLLO CREATIVO POR MEDIO DE LAS  
ARTES VISUALES EN NIÑOS DE EDUCACIÓN  
INICIAL ECUATORIANA

KATUSKA CEPEDA AVILA  
LUCILA PAZMIÑO ITURRALDE  
LIDIA PATRICIA ESTRELLA ACECIO

**PÁGS. 45 - 61**

LOS VERBOS DEL FRANCÉS: UNA PROPUESTA  
ALTERNATIVA DE ENSEÑANZA

RICARDO ROMERO ZEPEDA

**PÁGS. 63 - 69**

ATENCIÓN DISPERSA EN EL PROCESO DEL  
INTER-APRENDIZAJE EN LA EDUCACIÓN  
INICIAL EN ECUADOR

MARTHA KATUSKA BALÁS LEÓN  
RULY EVELIO GÓMEZ VILLAO  
KATIUSCA DEL JAZMÍN TIRCIO ESPARZA

**PÁGS. 71 - 75**

LA INNOVACIÓN CIENTÍFICO-TECNOLÓGICA:  
LA LLAVE PARA EL EMPRESARIO

EDUARDO HERNÁNDEZ DE LA ROSA

# ÁREA DE CIENCIAS DE LA SALUD

**PÁGS. 77 – 86**

LA DIDÁCTICA DEL APRENDIZAJE BASADO EN  
PROBLEMAS (ABP) EN EL ÁREA FORMATIVA  
DE FISIOTERAPIA

AIDA URIBE MEDINA  
CYNTHIA ELIZABETH LÓPEZ VILLEGAS

**ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE GASTOS CATASTRÓFICOS EN SALUD,  
IMPLEMENTADO POR LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO  
DE PUEBLA DESDE LA PERSPECTIVA DE POLÍTICA PÚBLICA**

**ANALYSIS OF THE CATASTROPHIC HEALTH EXPENDITURE, PROGRAM  
IMPLEMENTED BY THE HEALTH SERVICES IN THE STATE OF  
PUEBLA FROM THE PERSPECTIVE OF PUBLIC POLICY**

**Resumen**

El artículo realiza un análisis sobre el funcionamiento del programa Gastos Catastróficos en Salud, implementado por los Servicios de Salud en el estado de Puebla desde la perspectiva de política pública. El objetivo del programa es apoyar el financiamiento de la atención médica principalmente de beneficiarios del Seguro Popular que sufran enfermedades de alto costo de las que provocan gasto catastrófico. Los recursos para el fondo de protección de gastos catastróficos será el 8% de la suma de la cuota social, de la aportación solidaria federal y de la aportación solidaria estatal. Este fondo es parte del Seguro de Protección Social en Salud y busca otorgar servicios médicos de alta especialidad a las personas que no cuentan con seguridad social y que padecen enfermedades de alto costo, que pueden poner en riesgo su vida y patrimonio familiar, mediante la gestión de los servicios de salud a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. El fondo de Protección para Gastos Catastróficos proporciona recursos monetarios a través de un fideicomiso a los prestadores de servicios acreditados y con convenios firmados de la entidad federativa, para atender 61 enfermedades.

**Palabras clave:** Política pública, programa público, gastos catastróficos, eficiencia.

**Abstract**

The article analyzes the operation of the Catastrophic Health Expenditures program, implemented by the Health Services in the state of Puebla from the perspective of public policy. The objective of the program is to support the financing of medical care mainly for beneficiaries of the Seguro Popular who suffer from high-cost illnesses that cause catastrophic spending. The resources for the catastrophic expenses protection fund will be 8% of the sum of the social contributions, the federal solidarity contribution and the state solidarity contribution. This fund is part of the Social Health Protection Insurance and seeks to provide highly specialized medical services to people who do not have social security and suffer from high-cost illnesses, which can put their life and family assets at risk, through the management of health services through the National Commission for Social Protection in Health. The Catastrophic Expenses Protection fund provides monetary resources through a trust to accredited service providers and with signed agreements of the federal entity, to treat 61 diseases.

**Key words:** Public policy, public program, catastrophic expenses, efficiency.



<sup>1</sup> Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Profesor-Investigador. e-mail: francisco.rodriguez.escobedo@hotmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6684-4375>

<sup>2</sup> Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Profesor-Investigador. e-mail: contactoempresario@hotmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6259-8373>

<sup>3</sup> Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Profesor-Investigador. e-mail: julio.galindo@correo.buap.mx ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7105-5648>

<sup>4</sup> Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Profesor-Investigador. e-mail: ricardo.montiel@correo.buap.mx ORCID: <http://orcid.org/00000-0003-2229-2414>

## Introducción

El presente artículo analiza el programa Gastos Catastróficos en Salud, implementado por los servicios de salud en el estado de Puebla. El objetivo de este análisis es conocer la operación del programa a profundidad para saber si dicho programa se apega a las premisas teóricas que señala el enfoque de política pública. El programa tiene como objetivo apoyar el financiamiento de la atención principalmente de beneficiarios del seguro popular que sufran enfermedades de alto costo de las que provocan gastos catastróficos.

### 1. Incorporación a la agenda

16

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) se incorporó a la agenda del Gobierno del Estado después del 13 de mayo de 2003, cuando el Presidente de la República firmó el decreto por el que se expide una reforma, el cual fue publicado el 15 de mayo de 2003 en el Diario Oficial de la Federación. A través de la Ley General de Salud, con la finalidad de garantizar la protección financiera de los no derechohabientes, realizó esta incorporación en todo el territorio mexicano, incluyendo el estado de Puebla.

La constitución de este fondo promueve el financiamiento para el pago de enfermedades de alto costo que se considera catastrófico, y gastos asociados a ellas, tanto en el orden federal como en el estatal. Con ello, se garantiza la continuidad e integración de la atención médica al apoyar una mejor interface entre los servicios de primer y segundo nivel y, en su caso, aquellos de alta especialidad, mediante la constitución de centros regionales de alta especialidad y redes de prestadores de servicios en todo el país.

Al catálogo del Fondo de Protección de Gastos Catastróficos (FPGC), se incorporan 59 intervenciones cuya atención es provista por 319 centros regionales de Atención Especializada (CRAE); y el manejo de los recursos y su correspondiente transferencia es realizada por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS).

Según Garrigos (2016), el programa tiene una historia que surge a partir de 2009 con el Seguro Popular, cuando se empezaron a ver las necesidades de la población, sobre todo en el área de la salud. Se observó que esta se estaba quedando sin acceso a la misma porque no había quien le brindara cobertura.

En segundo lugar, se empezó a definir a través de estudios epidemiológicos referido a la transición epidemiológica y de las principales enfermedades que acontecían en el país, y que de estas el 8% eran enfermedades de alta especialidad catastróficas que causaban un gasto excesivo para la familia dejándola empobrecida y sin patrimonio, por lo que se crea este fondo para poder dar una cobertura a ese tipo de patologías que hacen que el paciente se vea en una situación muy comprometida en cuanto a su bolsillo, efectivamente el fondo de protección está cubriendo hasta el momento 59 patologías dentro de las cuales se encuentran los cáncer, VIH, enfermedades lisosomales, entre otras enfermedades de este tipo que son muy costosas (Garrigos, 2016).

### 2. Gestación

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) se incluye en el Manual de organizaciones de la Secretaría de Salud en 2003, y contempló la constitución de un fondo denominado Fondo de

Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), destinado a apoyar el financiamiento de la atención de enfermedades de alto costo y que, en consecuencia, provocan gastos catastróficos en los no derechohabientes de seguridad social en Puebla. Según las cifras observadas en el último trimestre de 2002: el 3.9% de esos hogares del país incurrieron en gastos catastróficos por motivos de salud. Esta situación fue más frecuente en los hogares más pobres, los hogares no asegurados y los residentes en áreas rurales.

Es importante mencionar que, además, existen hogares que, aunque no incurren en gastos catastróficos, presentan gastos en salud que los pueden empobrecer; es decir, que hacen que crucen la línea de pobreza. Se estima que en México el 89% de los recursos se destinan a la prestación de los servicios de salud de primer y segundo nivel de atención médica; y el 8% se destina al pago de los tratamientos de los padecimientos de alta especialidad y alto costo, los cuales representan un riesgo financiero o gato catastrófico.

Según Garrigos (2016), el Programa Gastos Catastróficos deriva del seguro Popular (SP), el cual fue creado como mecanismo de financiamiento, por el cual el Estado garantiza el acceso efectivo, oportuno, sin desembolso al momento de utilización, sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, y el Fondo de Protección de Gastos Catastróficos (FPGC) está como una cartera, presente en el *Catálogo universal de servicios*. El Seguro Médico, durante el siglo XXI, se conocía como Seguro de una Nueva Generación, y otorgaba la cobertura a todos los menores de 5 años. La cobertura que tiene el FPGC, según Garrigos (2016), se

refiere a los beneficiarios del seguro popular y los beneficiarios del Fondo de Protección en Salud, y son todas aquellas personas que están dentro de un patrón que son todas las personas que no tienen ningún tipo de seguridad; o sea, la población que no tiene ese acercamiento a este tipo de seguridad social y que se le otorga esta cobertura en salud.

### 3. Objetivos del programa

El objetivo que persigue el programa es apoyar el financiamiento de la atención en la salud, principalmente a beneficiarios del Seguro Popular, que sufran enfermedades de alto costo, o de las que provocan gastos catastróficos. Dicho programa se constituirá y administrará por la Federación, sin límites de anualidad presupuestal, con las reglas definidas por la Secretaría de Salud (Ley General de Salud, artículo 77 BIS 29). Los recursos para el FPGC serán el 8% de la suma de la cuota social, de la aportación solidaria federal y de la aportación solidaria estatal (BIS-17).

Este fondo es parte del SPSS y busca otorgar servicios médicos de alta especialidad a las personas que no cuentan con Seguridad Social, y que padecen enfermedades de alto costo que pueden poner en riesgo su vida y patrimonio familiar, mediante la gestión de los servicios de salud a través de la CNPSS.

El FPGC proporciona recursos monetarios a través de un fideicomiso, a los prestadores de servicios acreditados y con convenios firmados de la entidad federativa, para atender 61 enfermedades. Los gastos catastróficos son aquellos que por el costo y los gastos que se derivan de tratamientos y medicamentos que tienen muy alto costo, debido a su grado de complejidad o especialidad, y que por

la baja frecuencia con que ocurren son definidas o priorizadas por el Consejo de Salubridad General. Por lo anterior, para Garrigos (2016) los objetivos del FPGC son:

- Que el beneficiario pueda tener acceso a la salud y que no tenga un desembolso mayor que pueda ser catastrófico para su familia y su bolsillo.
- Que el beneficiado sea atendido con integridad, calidez, calidad y de manera integral, ya que por el tipo padecimiento se requiere que el paciente sea visto de manera integral, por la gran cantidad de estudios que se requieren para integrar un diagnóstico y así poder otorgar el beneficio de FPGC.

Estos objetivos son los impuestos a nivel nacional, pero también los estados lo retoman y bajan a las unidades para unificar los criterios de atención a los beneficiarios. Con la publicidad que se le ha brindado a este programa, la cobertura ha aumentado de forma importante, ya que la población se acerca a solicitar este tipo de atención y de igual forma se captan en las unidades hospitalarias para que el beneficiado lo tenga.

18

#### 4. Estructura

El SPSS es coordinado por el Gobierno Federal, a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, y operado por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPS), con el apoyo de los Servicios Estatales de Salud.

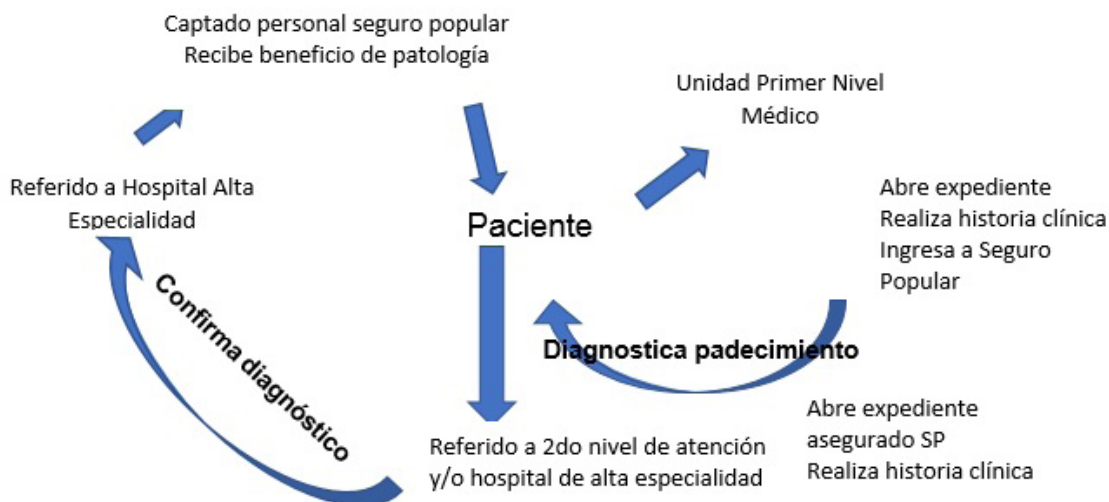
Los mecanismos con que cuenta el SPSS para dar acceso a los servicios de salud a sus beneficiarios son: el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), la cobertura del programa Seguro Médico Siglo XXI, el Componente de Salud del Programa Desarrollo Humano Oportunidad y Fondo de Previsión Presupuestal (FPP) (Garrigos, 2016).

De esta forma se cuenta con personal en las unidades hospitalarias que, según Garrigos (2016), en el estado de Puebla solamente 5 unidades están acreditadas para el Fondo de Protección para Gastos Catastróficos y son: el Hospital Mujer, acreditada en cáncer cérvico-uterino y la unidad de Cuidados Intensivos Neonatales; el Hospital General del Sur, acreditado en trasplante de córnea, la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales e infarto agudo al miocardio; el Hospital General del Norte, acreditado en infarto agudo al miocardio, unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, cáncer de mama y cáncer de células monoclonales (un marcador tumoral Heb2); la Unidad de Oncología está acreditada en cáncer linfoma, cáncer de testículo, próstata, cérvico-uterino, cáncer de mama, cáncer de mama monoclonales; y el Hospital del Niño Poblano, con acreditaciones en cáncer infantil, linfoma de Hodgkin, leucemias, malformaciones congénitas, trasplante renal y trasplante de médula ósea. Estas son las 5 unidades que se tienen acreditadas para tratar los padecimientos.

Para que se otorgue una atención, Garrigos (2016) menciona que el paciente llega a la unidad y continúa este proceso:



Figura 1. Pasos que sigue el paciente



Fuente: Elaboración propia con datos de Garrigos, 2016.

La estructura del programa inicia desde el momento en que el o los pacientes se registran en el Seguro Popular, estos centros de afiliación se encuentran ubicados en diferentes centros de salud y hospitales. Una vez que el paciente se afilió puede solicitar atención en los centros de salud, que son las unidades de primer nivel de atención, ahí de acuerdo al Catálogo de servicios que otorga el Seguro Popular se le ofertan una serie de atenciones, en donde se le realiza un diagnóstico y un tratamiento al paciente. Este presenta una patología que no puede ser resuelta en la unidad hospitalaria con atención de especialidades, en donde se le puede diagnosticar y ofertar un tratamiento. En el segundo nivel de atención, el paciente llega a Trabajo Social con un documento en donde se hace una descripción breve del motivo por el cual

fue referido, este debe presentar una copia del documento de afiliación al Seguro Popular y copia de la credencial de elector, para que se le pueda realizar una atención en la unidad (esto es cuando el paciente acude y que la consulta no es urgente).

De esta manera, se le otorga una fecha para poder ser atendido por el médico especialista que se requiere para el padecimiento o, de acuerdo a la nota realizada, se le asignará la consulta. Ya estando en la consulta, si hay los medios para poder resolver el padecimiento se trata ahí mismo. Si el paciente requiere alguna intervención por parte del FPGC, se le otorga, por ejemplo, si al paciente desde el primer nivel de atención se le realizó un estudio llamado papanicolaou y este estudio da como resultado alguna malignidad, la paciente es referida a un segundo nivel de atención, ahí se le

asigna una consulta con el médico especialista, y ahí se le realiza una serie de estudios y se confirma el diagnóstico según la etapa en la que se encuentra. El médico notifica el caso al responsable de Seguro Popular, y este notifica el caso para que se genere el recurso para la unidad; de no poder resolver el problema ahí, la paciente es referida a la Unidad de Oncología, en donde se le oferta quimio y radioterapia, y el seguimiento para el padecimiento.

El control y seguimiento del caso se da por la parte médica y por parte del responsable del Seguro Popular. A la unidad, de forma anual, se le hace el pago; en realidad se paga a la Secretaría de Salud y esta, a su vez, adjudica el monto necesario para la unidad. Por otra parte, cuando un paciente requiere atención de urgencia, acude a la unidad de salud, se le solicita al familiar la póliza del Seguro Popular del asegurado para que continúe el proceso de atención, se diagnostica una enfermedad que esté en el catálogo del FPGC, se avisa al gestor de Seguro Popular y el familiar realiza una serie de trámites para que se considere dentro del Fondo de Gastos Catastróficos en salud y así no realice ningún gasto.

Es importante mencionar que los Servicios de Salud del Estado de Puebla cuentan con una primera atención que está integrada por centros de salud, aquí es donde se inicia el proceso de atención de los pacientes, ya que es el primer contacto que el paciente tiene con los servicios de salud. Una vez que el paciente ha sido afiliado, acude a solicitar atención a los hospitales generales en donde ya acude con un médico especialista y con una infraestructura con más tecnología; si en este nivel tampoco se puede resolver su padecimiento, entonces se refiere a un tercer nivel de atención, que es donde se le proporcionará la atención y se resolverá su padecimiento.

Garrigos (2016) comenta que cuando un paciente necesita del Programa de Gastos Catastróficos, el procedimiento es el siguiente: el paciente que acude a la unidad de salud es captado por el médico de la unidad, se capturan los datos en una plataforma, la cual opera a nivel nacional y aquí las entidades federativas no tienen ninguna injerencia, este caso es revisado y validado por la Comisión Nacional de Protección Social en salud, que es el Seguro Popular a nivel nacional.

Garrigos (2016) menciona que la comisión requiere de cierta información, la cual se encuentra en la plataforma digital y esta información es la siguiente: fecha en que fue realizado el diagnóstico, fecha de inicio del tratamiento, resumen clínico, estudios que se han realizado, así como la confirmación del padecimiento a través de la biopsia o los estudios específicos. Posterior a ello, la comisión realiza un análisis de estos casos que se suben a la plataforma y después la Comisión Estatal es citada para que se realice una revisión para confirmar la congruencia diagnóstica y así no tener errores o que se suban a la plataforma casos que no son o que lleven errores de transcripción; se trata de validar el caso.

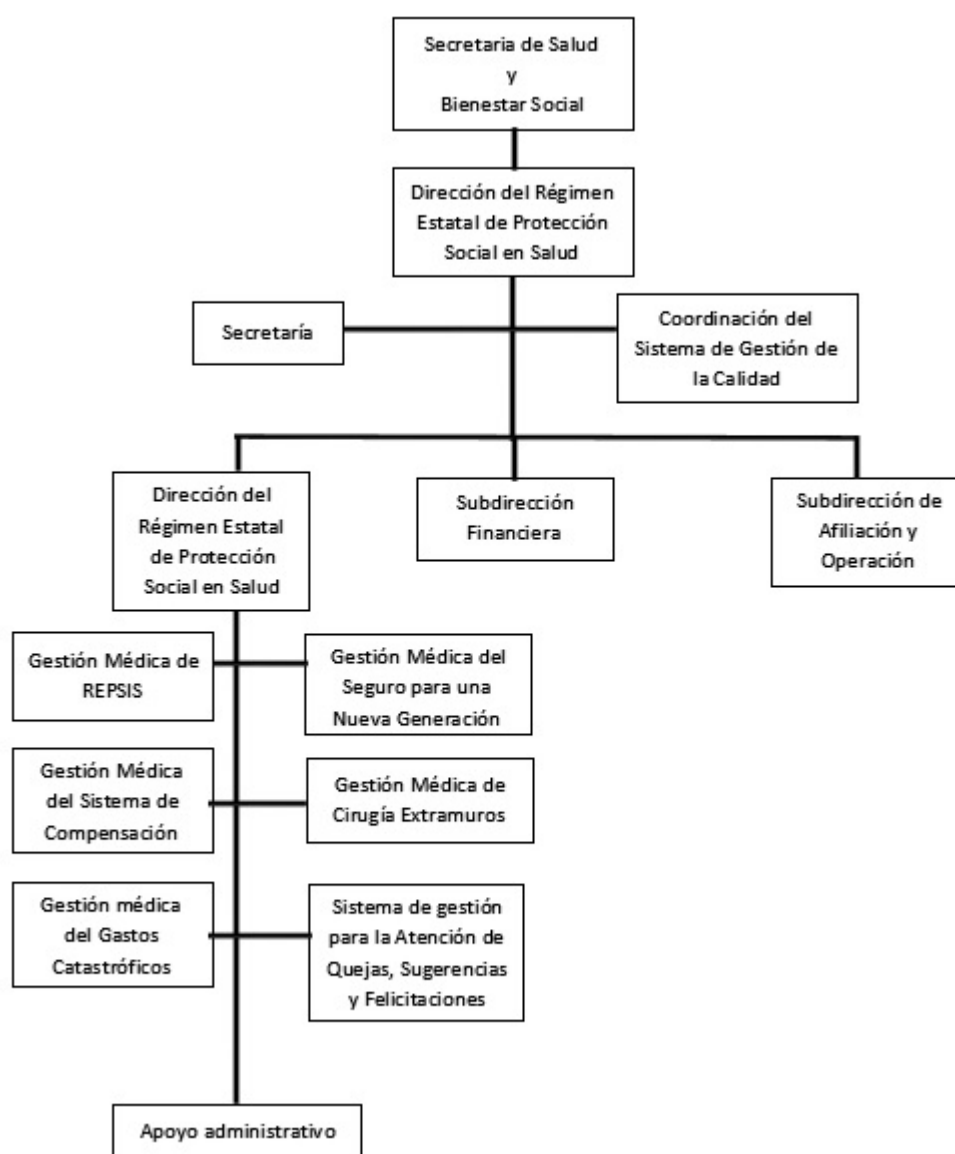
Garrigos (2016) señala que esta es la forma en la que se trabaja y va de acuerdo al procedimiento; además, menciona que no hay un tope de casos que se suben a la plataforma y que existe un tabulador específico para cada una de las enfermedades.

De igual forma, se hace un seguimiento de cada una de las enfermedades y se valora la continuidad del apoyo para que el paciente no haga ningún gasto; por ejemplo, para cáncer cérvico-uterino se tiene un seguimiento por 5 años en donde la usuaria no va a realizar ningún gasto, sin embargo, si la paciente requiere de más tiempo con el tratamiento, la unidad médica tendrá que

dar aviso a la comisión que aún no ha revertido el problema, la comisión realiza un análisis solicitando los estudios que se le han realizado al paciente y esta nuevamente autoriza un periodo adicional por

5 años para continuar el tratamiento. Esta es la forma en la que funciona el programa y cómo se realiza el procedimiento para solicitud de recursos.

**Figura 2. Estructura jerárquica del programa de Gastos catastróficos**



## 5. Implementación

El FPGC consiste, según Garrigos (2016), en buscar que los usuarios no se queden sin sus bienes y que no gasten su poco o mucho patrimonio cuando se presenta una enfermedad catastrófica; además, otorgarles toda la atención necesaria a los usuarios ante esta problemática, cubriendo al máximo los gastos a través de los hospitales afiliados al FPGC.

Esto se logra cuando se detecta una enfermedad desde el primer nivel de atención, ya que, en la gran mayoría de los casos, ellos son los que detectan estos padecimientos realizando la referencia a un segundo nivel en donde se cuenta con 2 estrategias:

1. En el segundo nivel de atención se les realiza una batería de estudios, y si este nivel considera no contar con la infraestructura para poderle otorgar la atención al paciente, se refiere a un tercer nivel, ya con una serie de estudios realizados para continuar su atención. Esto considerando el catálogo de padecimientos que se encuentran en el FPGC.
2. En caso de que se trate de un menor y de no contar con la infraestructura adecuada, se refiere directamente al Hospital para el Niño Poblano, para que se le atienda en forma rápida y oportuna, en relación a los padecimientos que están considerados en el FPGC.

El FPGC cuenta con un tabulador que se le paga a la unidad médica que otorgó la atención, a continuación, se presenta el tabulador por patología y de acuerdo al tratamiento que se le prescriba al paciente.

## 6. Redes de servicios de salud

Las redes de salud funcionan de acuerdo al manual de operación y este estipula dos formas:

1. El primer contacto se tiene en el primer nivel de atención, en donde el usuario solicita la intervención, el médico diagnostica y este, al no tener resolución en este nivel de atención, lo deriva a un segundo nivel en donde pueda ser atendido el usuario y que esté acreditado por el FPGC; si se cuenta con la infraestructura se atiende en este nivel, pero si no, se refiere a un nivel con mayor capacidad resolutive.
2. Que el paciente acuda a las unidades de segundo nivel e ingrese por urgencias por alguna complicación que pueda presentar, debido a la patología que en su momento desconocía o que ya conocía y que por alguna razón se complica.

Garrigos (2016) menciona que la garantía de la prestación de Servicios de Salud a los afiliados del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), para recibir el conjunto de atenciones incluidas en CAUSES y acceder de manera efectiva, oportuna, con calidad, sin desembolso al momento de su utilización y sin discriminación a dichos servicios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, en las unidades médicas que conforman la Red de Prestadores de Servicios, sin importar su lugar de origen e independientemente de su condición social, política y económica. El FPGC, según Garrigos (2016), da cobertura a 61 enfermedades y que para el 2016 se incluyeron 2 patologías más que son: el cáncer de células epiteliales y el síndrome de Turner, las cuales se atienden en los 5 hospitales que están acreditados.

Figura 3. Intervenciones del fondo de protección contra gastos catastróficos

Intervenciones del fondo de protección contra gastos catastróficos		
No.	Patología	Unidad Hospitalaria Acreditada
1	Cáncer de la infancia y la adolescencia	Hospital del Niño Poblano Hospital Ángeles de Puebla
2	Trasplante de médula ósea < 18 años	Hospital del Niño Poblano
3	Cáncer cérvico-uterino	Unidad de Oncología Hospital de la Mujer
4	Cáncer testicular	Unidad de Oncología
5	VIH	Hospital General "Dr. Eduardo Vázquez Navarro" (CAPASITS)
6	Trasplante de córnea	Hospital General "Dr. Eduardo Vázquez Navarro"
7	Insuficiencia respiratoria, prematuridad y sepsis (UCIN)	Hospital General Zona Norte Hospital General "Dr. Eduardo Vázquez Navarro" Hospital de la Mujer Cruz Roja Mexicana Delegación Puebla
8	Trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos	Hospital del Niño Poblano
9	Enfermedad lisosomal	Hospital del Niño Poblano
10	Hemofilia	Hospital del Niño Poblano
11	Cáncer de mama	Unidad de Oncología Hospital General del Norte
12	Cáncer de próstata	Unidad de Oncología
13	Infarto agudo al miocardio	Hospital General del Norte Hospital General "Dr. Eduardo Vázquez Navarro"
14	Linfoma no Hodgkin	Unidad de Oncología
15	Cáncer de Ovario Epitelial	Por acreditar
16	Síndrome de Turner	Por acreditar

Fuente: Elaboración propia con datos de Garrigos, 2016.

## 7. Difusión

El FPGC fue creado para apoyar el financiamiento de la atención a los beneficiarios del SPSS que sufran enfermedades de alto costo, de las que provocan gastos catastróficos. El fondo de Gastos Catastróficos complementa el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), junto

a las intervenciones de Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI), que en su conjunto forman las prestaciones médicas que oferta el Seguro Popular a sus beneficiarios.

Lo anterior garantiza que la población afiliada quede cubierta ante la posibilidad de presentar padecimientos de los que generan gastos de alto impacto económico, en cualquier lugar del

territorio nacional. Por tal motivo, la difusión es muy importante para que la sociedad esté enterada de los beneficios que les ofrece esta cartera, a través del Seguro Popular. Según Garrigos (2016): la difusión que se da al programa es a nivel nacional, pues es un programa federal y de ahí llega hacia las entidades federativas y desde ahí se difunde. Sin embargo, a nivel estatal, este gobierno le ha dado gran difusión y ha ampliado la cobertura de afiliación con la difusión, pues se cuenta con un padrón de 4 millones de afiliados y esto es gracias a la difusión que el estado dio al programa.

Garrigos (2016) menciona también que se difunde la información a través de carteles, folletos, pancartas, etcétera, que se colocan en los centros de salud en las áreas donde se encuentra el personal que da información sobre el Seguro Popular e inclusive en los centros de afiliación se les entregan folletos informativos.

## 8. Participación

Se realiza a través del personal que está en las unidades de salud, el cual informa a los usuarios de los derechos y obligaciones que se adquieren al ingresar al Seguro Popular, otras instituciones no están participando como el IMSS, ISSSTE, SEDENA, etcétera, pues este programa es para personas que no cuentan con seguridad social.

El DIF tiene una participación orientando a las personas para que se afilien al Seguro Popular, y en algunas unidades del DIF se encuentran afiliadores, quienes refieren también a las unidades hospitalarias cuando un usuario lo requiere. Sin embargo, si algunos hospitales privados (como la Cruz Roja o el Hospital Universitario) quieren otorgar atención a usuarios del Seguro Popular

se puede hacer siempre y cuando se acrediten y el FPGC les pague las acciones realizadas. En el estado de Puebla, la Cruz Roja está incluida en atención del embarazo y el Hospital Universitario está por acreditarse en algunas acciones.

## 9. Toma de decisiones

La toma de decisiones se realiza a través del Consejo Nacional, ellos son los que determinan el tabulador de precios, los que establecen qué padecimiento son los que ingresan. De igual forma, Garrigos (2016) comenta que esta toma de decisiones se hace a través de estudios, análisis estadísticos de la morbilidad con diferentes instancias con la finalidad de verificar cuáles son los procedimientos que están afectando a la población y que requieren ser ingresadas al Seguro Popular y, por supuesto, a FPGC.

En el Estado no se toma ninguna decisión respecto al funcionamiento u operación del programa, Garrigos (2016) señaló que solo se realiza un análisis de la información y esta se envía al ámbito nacional.

## 10. Conflictos

Los conflictos que pueden surgir son con los usuarios cuando reportan a través del teléfono rojo una falta de atención, debido a que estos creen que tienen derecho a cualquier servicio médico y que todo es gratuito. Este conflicto se presenta debido a que los usuarios no leen la carta de derechos, esto genera este tipo de problemas. Según Garrigos (2016), otro tipo de problemática es cuando los equipos no funcionan en las unidades de atención se debe subrogar el servicio y hay que trasladar

al paciente a otra unidad diagnóstica para que se realice el estudio requerido.

Una gran parte de los conflictos surge debido a la desinformación que se tiene por parte del usuario, ya que cuando el usuario se afilia, se le entrega una carta donde se le señala a qué tiene derecho, pero como el usuario no lo lee, es donde se generan problemas en las atenciones. También surgen conflictos cuando el usuario aún tiene que continuar en tratamiento o no ha remitido su padecimiento, mientras se realiza el trámite; claro, la atención continúa, pero se debe hacer mucho trámite para que se vuelva a activar el seguimiento.

Otro problema que se presenta a menudo es cuando el médico requiere un medicamento que no está incluido en el Seguro Popular y el familiar debe comprar este medicamento, ahí es cuando surge los conflictos, pues el usuario se queja de la mala atención y del gasto que está realizando.

De igual forma, cuando se solicita algún estudio, o alguna prótesis por el médico y que no está incluido en los catálogos del FPGC, se le informa al familiar que se debe realizar este estudio; pero cuando no lo cubre el FPGC, surgen los conflictos y de forma importante, pues hay una serie de quejas que, aunque se quiera, no se pueden resolver o en ocasiones se plantea la problemática ante la autoridad estatal y se ve si se puede apoyar al usuario. En general, los conflictos surgen porque no se lee la carta a que tiene derecho y las limitantes que tiene el usuario; una medida para disminuir un poco la situación es que se les informe a los usuarios al momento de afiliarse cuáles son sus derechos, esto ayuda un poco, pero no en la totalidad (Garrigos, 2016).

Los recursos destinados a cada patología hacen que se cubra en la totalidad la atención del

usuario, sin embargo, surgen conflictos por la falta de material que en apariencia tienen garantizados, para que no falten, aunque existen carencias. Además, la infraestructura es otro de los aspectos que generan problemas: las unidades tienen mucha demanda de atención y esto genera conflicto por la falta de atención pronta para los usuarios, causando diferimiento en la consulta y en la atención.

## 11. Recursos para operar

Los recursos gubernamentales aportados para la operación financiera del Sistema (CS, ASF y ASE) son ejercidos de la siguiente forma:

1. El 89% por las entidades federativas en la prestación de los servicios de salud que se encuentran contenidos en el CAUSES.
2. El 8% se canaliza al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) para cubrir el tratamiento de padecimientos de alta especialidad y alto costo que representan un riesgo financiero para la economía de las familias.
3. El 3% se transfiere al Fondo de Previsión Presupuestal (FPP), que se destinan de la siguiente forma: dos terceras partes para atender necesidades de infraestructura y equipamiento de unidades médicas de atención primaria y de especialidades básicas en zonas de mayor marginación social; y una tercera parte para cubrir las diferencias imprevistas en la demanda de servicios esenciales en el nivel estatal y para la garantía ante el eventual incumplimiento de pago por la prestación interestatal de servicios de salud.

**Figura 4. El Presupuesto de Egresos de la Federación 2014, artículo 37, inciso A, fracción IV, sub inciso A**



Fuente: Elaboración propia con base en información del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos, 2016.

**Figura 5 a, b, c, d. Personas atendidas del 2008 al 2011 en el estado de Puebla**

	2008		2009		2010		2011	
	Personas atendidas	Monto devengado	Personas atendidas	Monto devengado	Personas atendidas	Monto devengado	Personas atendidas	Monto devengado
<b>CACU</b>	140	<b>6.9</b>	118	<b>6.34</b>	298	<b>8.17</b>	115	<b>1.16</b>
<b>CAMA</b>	133	<b>27.6</b>	143	<b>29.66</b>	328	<b>28.81</b>	185	<b>18.24</b>
<b>UCIN</b>	1190	<b>46.6</b>	1008	<b>41.28</b>	927	<b>39.82</b>	898	<b>36.00</b>
<b>UCIN SEPSIS</b>	90	<b>19.5</b>	77	<b>16.97</b>	214	<b>27.69</b>	125	<b>14.29</b>
<b>CATARATA</b>	1028	<b>3.9</b>	607	<b>2.57</b>	278	<b>2</b>	380	<b>3.43</b>
<b>QUIMIOTERAPIA</b>	271	<b>18.1</b>	276	<b>19.3</b>	320	<b>25.6</b>	174	<b>9.65</b>
<b>OTRAS</b>	6	<b>0.8</b>	18	<b>2.39</b>	25	<b>3.08</b>	-	-

Grupo	Categoría	Techo financiero por caso
Cuidados intensivos neonatales	<b>Prematurez</b>	<b>44,401</b>
Cuidados intensivos neonatales	<b>Prematurez/dificultad respiratoria/sepsis</b>	<b>48,406</b>
Cataratas	<b>Técnica facoemulsificación</b>	<b>7,536</b>
Catarata congénita	<b>Facoemulsificación</b>	<b>11,672</b>
	<b>Trasplante</b>	<b>267,869</b>
	<b>Hospitalización post trasplante</b>	<b>380,293</b>
	<b>Trasplante</b>	<b>305,589</b>
	<b>Enfermedad injerto contra huésped (rechazo)</b>	<b>31,956</b>
	<b>Hospitalización post trasplante</b>	<b>380,293</b>
Trasplante de cornea	<b>Trasplante</b>	<b>11,960</b>



Grupo	Categoría	Techo financiero por caso
	<b>Malformaciones congénitas cardiacas</b>	100,743
	Atresia de esófago	53,453
	Onfalocele	57,967
	Gastrosquisis	57,967
	Atresia/estenosis duodenal	40,794
	Atresia intestinal	40,794
	Atresia anal	48,473
	Uréter retrocavo	27,135
	Meato ectópico	39,272
	Estenosis uretral	39,272
	Ureterocele	39,272
	Extrofia vesical	39,272
	Hipospadias/epispiadas	19,700
	Estenosis uretral	19,700
	Ureterocele	39,272
	Extrofia vesical	39,272
	Hipospadias/epispiadas	19,700
	Estenosis uretral	19,700
	Estenosis de meato ureteral	19,700
	Espina bífida	68,719
	<b>Categoría</b>	<b>Techo financiero por caso</b>
	Diagnóstico (estudios de laboratorio)	3,434
	Tratamiento (tipo a)	111,318
	Tratamiento (tipo b)	94,039
	Enfermedad de von willebrand (respondedores a desmopresina)	3,616
	Enfermedad de von willebrand (no respondedores a desmopresina)	2,583
	Confirmación diagnóstica	8,499
	Seguimiento y control	831
	Caso	3,402
	Externa	7,500
	Braquiterapia	10,000
	Cono cervical con asa térmica. Traquelectomía, histerectomía total tipo i, ii o iii	13,968
	Exenteración	30,241
	Ib2, iia2, iib, iia y iib	18,686
	Iva y ivb	37,743
	Post quimio - radio	43,335
	Post quirúrgica	31,754
	<b>Carcinoma neuroendocrino y de células claras de cérvix</b>	<b>25,035</b>
	1er y 2do año	6,881
	3ro, 4to y 5to año	5,325

Grupo	Categoría	Techo financiero por caso
Infarto agudo al miocardio		
<b>Tratamiento médico general</b>	Diagnóstico	9,708
	Farmacología	9,989
	Mecánica	33,771
<b>Seguimiento en instituciones de 2do nivel</b>	Intervención	14,082
<b>Seguimiento en instituciones de 3er nivel</b>	Intervención	2278
Enfermedades lisosomales		
<b>Enfermedades de gaucher i y ii</b>	Tratamiento	Pago por facturación
<b>Enfermedad de fabry</b>	Tratamiento	Pago por facturación
<b>Mucopolisacaridosis i, ii y vi</b>	Tratamiento	Pago por facturación

Fuente: Elaboración propia con base en información del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos, 2016.

## 12. Evaluación de resultados

La evaluación de resultados del FPGC se realiza a través de porcentajes y se manejan indicadores internos, la evaluación no se realiza en el orden federal sino solo en el orden local, y solamente se contrastan el porcentaje de casos registrados contra el porcentaje de casos validados para cada una de las intervenciones. Esto se realiza así debido a que en ocasiones los casos que se suben a la plataforma no son validados en el orden federal, ya sea por expediente incompleto o porque se considera que no cumple con los requisitos, entonces se le pide al médico que rectifique el o los casos y esto pueda generar:

1. Que el paciente reciba la atención como debe ser con gratitud.
2. Que se le realice una aportación más para el Estado, ya que como se sabe y como se mencionó anteriormente, por cada caso se le paga al Estado, de acuerdo al tabulador vigente.

Por otra parte, Garrigos (2016) comenta que les sirve de monitoreo interno para de igual forma ver qué fallas se tienen y estar atendiendo esas fallas

con el personal médico, por eso para el FPGC es importante este monitoreo. De igual forma, la federación realiza una evaluación anual en donde informa del total de casos atendidos por cada una de las intervenciones, además indica el monto que se destinó al estado e indica la forma en que se detectan los casos, se da un panorama general y por entidad (ver Figuras 6).

**Figura 6. Muertes identificadas en el expediente y durante el seguimiento activo realizado por el FPGC**

	Leucemia Linfoblástica Aguda		Cérvico Uterino		Cáncer de Mama	
	N	%	n	%	n	%
Expediente	105	82.0	19	22.6	29	38.6
Visitas	5	3.9	5	6.0	5	6.6
Llamadas y otros medios	18	14.1	60	71.4	42	55.3
Total	128		84		76	

Fuente: Elaboración propia con base en información del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos, 2016

Garrigos (2016) menciona que este seguimiento es importante para el estado de Puebla, porque les da áreas de oportunidad para continuar trabajando a favor de la gente que más lo necesita (ver Figura 7).

Figura 7. Áreas de oportunidad

Problemas	Mejoras	Ámbitos
Fallas en el diagnóstico temprano	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecimiento de la detección temprana</li> <li>Mejora de la disponibilidad de insumos para procedimientos de diagnóstico</li> <li>Mejora de la coordinación para la referencia de casos sospechosos y confirmados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CRAE OPD</li> <li>CRAE SESA</li> <li>Estatal</li> </ul>
Dificultades para la notificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementación de controles de calidad para evitar errores en el SIGGC</li> <li>Información con oportunidad sobre fallas en el sistema para ampliar la captura</li> <li>Definición de rutas para la solución de problemas</li> <li>Mejoramiento de capacidades institucionales para el fortalecimiento de la oferta de servicios mediante la acreditación de SESA/OPD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CRAE OPD</li> <li>CRAE SESA</li> <li>Estatal</li> </ul>
Problemas para la validación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mayor claridad sobre el manejo de los sistemas de información utilizados, como el SIGGC</li> <li>Sistematización del modelo de gestión para una mayor integralidad y operatividad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CRAE OPD</li> <li>CRAE SESA</li> <li>CNPSS</li> </ul>
Cumplimiento de requisitos para la transferencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mayor comprensión del sistema y del rol de la información</li> <li>El incentivo del FPGC son los fondos y su gestión</li> <li>La disponibilidad de un piso financiero es esencial para la demanda interna de servicios en los CRAE</li> <li>La designación y capacitación de recursos humanos en cuestiones médicas y administrativas ha sido clave para la calidad de los procesos</li> <li>El pago por procedimiento complica el seguimiento, deben agilizarse los trámites</li> <li>Los tabuladores deben actualizarse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estatal</li> <li>Federal</li> </ul>
Tiempo entre notificación y reembolso	<ul style="list-style-type: none"> <li>Preferencia por el caso completo</li> <li>Mejorar manejo de fondos para la protección financiera y la continuidad de la atención</li> <li>Verificar fondos y procedimientos</li> <li>Explorar el comportamiento de los fondos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CRAE OPD</li> <li>CRAE SESA</li> <li>Estatal</li> <li>Federal</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia con base en información del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos, 2016.

Estas son fallas que la federación ha detectado y en el estado de Puebla se trabaja para que disminuyan. Así es como se realiza la evaluación a nivel federal y el Estado lo pone en práctica. Según Garrigos (2016), la evaluación que se realiza en el FPGC es interna y externa. La evaluación interna se realiza a nivel estatal por cada una de las unidades que se encuentran acreditadas por el fondo El FPGC,

se evalúa en el estado a través de porcentajes de cumplimiento. Además, se hace la evaluación a través del registro de casos que se suben a la plataforma, en cada una de las intervenciones que se lleva en el fondo y de las que en el Estado realizan, se hace el conteo por unidad hospitalaria y por patología de las y los pacientes que se encuentran en la plataforma y se aplica el indicador.

### 13. Número de personas tratadas/ número de personas en sistema x100

Garrigos (2016) menciona que esta evaluación la realizan de forma mensual y después anual. Se debe cumplir con el indicador de que todo paciente que se encuentre en la plataforma debe ser tratada, sin embargo, cuando esto no sucede, se solicita a la unidad que se verifique el caso y que mencione las causas por las cuales no coincide el indicador.

Garrigos (2016) comenta que se le solicita la información a la unidad, y ellos son los que tienen a los pacientes y los expedientes, además de ser los que informan la situación de las o los pacientes. Cuando esto pasa, se les envía un reporte informado con lo siguiente por los afiliados:

1. Que la o el paciente abandonó el tratamiento.
2. Que la o el paciente falleció.
3. Que la o el paciente migró.

Garrigos (2016) menciona que cada unidad debe realizar la misma rutina, ya que se debe de estar homologando la información entre las unidades y el Estado. Eso es en cuanto a evaluación interna. Además, se realiza una evaluación externa, la cual se efectúa por parte del nivel federal, quien realiza un monitoreo del funcionamiento del programa y hace análisis de componentes de impacto de la intervención: análisis de sobrevivencia, evaluación del estatus vital de los pacientes que recibieron atención en alguna de estas enfermedades: cáncer de mama, cáncer cérvico-uterino y leucemia linfoblástica aguda; y de igual forma se realiza el análisis del componente financiero, se evalúa costo-efectividad de cáncer de mama, así como la determinación de la razón costo-efectividad y promedio de la atención de cáncer de mama por etapa clínica (Garrigos, 2016).

Garrigos (2016) menciona que también se realiza un análisis financiero y de costo-efectividad, el financiamiento de enfermedades, a través del FPGC se expresa en el crecimiento de los recursos transferidos, fluctuando en cada año, pero con una tendencia global creciente, por ejemplo, para el tratamiento de recursos durante el periodo. Se encontró que es más costo-efectivo tratar a una paciente con cáncer de mama en etapas iniciales, donde hay mayor porcentaje de sobrevivencia y más años de vida se ganan.

Garrigos (2016), por último, presenta un análisis general de la situación y de problemáticas encontradas en la atención de los clientes, por ejemplo, se encontró que cinco son los problemas que se identificaron como barreras para la atención continua: fallas en el diagnóstico temprano, dificultades para la notificación, problemas para la validación, cumplimiento de requisitos para la transferencia, y tiempo entre notificación y reembolso.

Garrigos (2016) menciona que el que la federación los retroalimente son áreas de oportunidad para que el FPGC mejore la atención de los servicios ofertados; de igual forma menciona que estas evaluaciones se les entrega al personal que se encuentra en cada unidad médica con la finalidad de que le sirva de auto-evaluación y que estén al pendiente de los clientes, por lo que considera que es una evaluación continua la que se realiza: por un lado la interna y por otra la externa, y que las dos son de gran importancia para mejorar los indicadores.

## Conclusiones

El Fondo de Protección para Gastos Catastróficos inició operaciones en 2004 a nivel federal y

en el estado de Puebla, con 4 intervenciones; para 2006 ascendió a 11; en 2007 eran 34; en el 2010, 49; en enero de 2011 se incluyeron 7 más para llegar a 56, y en octubre de ese mismo año se incluyó cáncer de próstata; para 2012, el total de intervenciones cubiertas ascendió a 61, pues se habían adicionado el trasplante de riñón en menores de 18 años, hepatitis C, tumor maligno de ovario y cáncer colon rectal. Sin embargo, por disposición del CSG, la cirugía de cataratas en adultos y en niños se reclasificaron y pasaron a formar parte del otro programa y del Seguro Médico Siglo XXI, respectivamente, quedando el catálogo del FPGC con 59 intervenciones cubiertas en 2013; sin embargo, para 2016 se han incluido 61 intervenciones dentro del fondo.

Este programa fue creado para evitar gastos catastróficos en la población, sin embargo, al realizar un análisis del programa, este mostró que no se cumple con las premisas que señala el enfoque de política pública, ya que la toma de decisiones se da en forma vertical (de arriba hacia abajo). Los que incorporaron el programa a la agenda, los que realizaron el diseño y la evaluación del programa, son funcionarios públicos de nivel federal y estos son los que toman las decisiones que consideran adecuadas, basándose en ocasiones en su propio criterio y sin considerar a otros actores, esto contraviene en uno de los supuestos del enfoque de políticas públicas, el cual establece que se deben abrir espacios para poder tener un abanico de opiniones por parte del personal que hace posible la operación de programa, así como de los mismo beneficiados, de modo tal que lo que se logra con la participación es la toma de decisiones, la aplicación en forma horizontal y la aplicación a quien realmente van dirigidas las políticas, por lo

que en este apartado, el programa no cumple con las expectativas del enfoque de políticas públicas.

Cuando se implementó este programa, el personal que lo estaba operando carecían de capacitación, incluso el personal médico y por tal motivo se presentaban una serie de problemas entre los cuales se pueden señalar la inclusión de los casos a la plataforma era muy difícil, y de igual forma cuando se realizaba una revisión de los casos, se regresaba a las unidades por carecer de documentación, lo que retrasaba la asignación del recurso de 6 a 8 meses, pues primero se hacía una validación a nivel estado y posteriormente a nivel federal, esto traía como consecuencia que las unidades trabajaran con recursos limitados para los usuarios y de igual forma no se transparentaban los recursos, se realizan evaluaciones y se establecían tablas de control donde se establece el monto de pago por cada padecimiento; sin embargo, la información respecto del monto total devengado a cada estado no se reporta, el recurso llega a la Secretaría de Salud a través de la Secretaría de Finanzas y este es el que reasigna los recursos, los cuales se distribuyen en forma equitativa entre todas las unidades, aunque no estén consideradas como parte de las unidades de Seguro Popular, lo que hace que los recursos con los que se trabaja en las unidades que sí tienen el Fondo de Protección para Gastos Catastróficos reciban un recorte importante en la asignación del mismo.

Un punto importante se refiere a las evaluaciones, las cuales se realizan de manera periódica y en la mayoría de los casos son de carácter externo, además de ser realizadas por diferentes instituciones; sin embargo, mucha de esta información desafortunadamente no llega a los usuarios, quienes son los beneficiarios del programa.

En el Fondo de Protección de Gastos Catastróficos en el estado de Puebla no hubo participación de las ONG para la implementación del programa, y tampoco hubo participación ciudadana para incorporar el problema a la agenda; sin embargo, una de las premisas del enfoque es resolver problemas que atañen a la población y este es un principio que atiende este programa, ya que una de las necesidades más sentidas es precisamente la salud de la población, aunque tiene algunas críticas en cuanto a los criterios de inclusión de patologías por parte de la población; sin embargo, esta decisión se toma por parte de médicos especialistas, quienes con base en datos generados por instituciones de reconocido prestigio, proponen la inclusión de enfermedades al catálogo del Fondo de Protección sobre Gastos Catastróficos, donde se consideran las principales causas de morbilidad y mortalidad del país.

Se pudieron observar algunos errores en cuanto a incluir alguna patología que se considera de muy baja incidencia, como enfermedades lisosomales, que se presenta entre cada 100 mil habitantes; sin embargo, en general cumple con el objetivo de proteger a la población más vulnerable de caer en una situación de pobreza debido a un problema de salud, que le puede generar un gasto catastrófico que puede poner en peligro su patrimonio.

El programa del Fondo de Protección para Gastos Catastróficos es un programa a nivel nacional, en el cual el estado de Puebla no pudo participar en las etapas de incorporación ni de diseño debido a que no cuenta con los mecanismos ni la autoridad para que se les permitan participar, además, los funcionarios responsables de estas etapas no estaban interesados en que se realizara esta participación; sin embargo, cumple con su objetivo y coadyuva a resolver demandas de la población en materia de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Garrigos, E. (2016). Entrevista. Médica, responsable del programa Gastos Catastróficos en Salud en el estado de Puebla.  
Ley General de Salud (2018).  
Reglamento de la Ley General de Salud (2017).  
Secretaría de Salud (2016). *Reglas de Operación del Fondo de Protección de Gastos Catastróficos*.



**UNIVERSCIENCIA**  
Revista de divulgación científica