



Evaluación Externa del Sistema de Protección Social en Salud 2012

Octubre de 2012

Investigador Responsable: Eduardo Lazcano Ponce.

Investigadores por Componentes:

Componente Gerencial: Gustavo Nigenda, Luz María González-Robledo, María Cecilia González-Robledo, Edson Serván, José Arturo Ruiz, Rosa María Bejarano Arias, Matilde Elizabeth Aguilar Martínez.

Componente Financiero: Felicia Knaul, Héctor Arreola Ornelas

Componente de Impacto: Rosalba Rojas Martínez, Aida Jiménez Corona, Juan Eugenio Hernández Ávila.

Contenido

Síntesis Ejecutiva	1
I. Introducción '	9
II. Justificación.....	12
III. Objetivos.....	13
IV. Metodología.....	14
IV.1. Componente Gerencial.....	16
IV.2 Componente Financiero.....	19
IV.3 Componente de Impacto.	20
V. Resultados de la Evaluación Externa del Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012.....	24
V.1. Hallazgos de las evaluaciones al SPSS 2002-2009	24
V.2. Características sociodemográficas de la población afiliada al Sistema de Protección Social en Salud	29
V.3. Evaluación del Componente Gerencial	38
V.3.1. Desempeño del SPSS 2007-2012	38
V.3.2. Marco jurídico-normativo del Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012.	69
V.3.3. Promoción, afiliación y tutela de los derechos de los afiliados al Sistema.....	73
V.3.4. Gestión y administración de recursos financieros	87
V.3.5 Coordinación de la provisión de los servicios de salud a la persona en el Sistema.	98
V.3.6 Rendición de cuentas y transparencia.....	105
V.4. Evaluación del Componente Financiero	115
V.5. Evaluación del Componente de Impacto.....	126
V.a. Egresos Hospitalarios	126
V.b.Mortalidad.....	¡Error! Marcador no definido.
VI. Conclusiones y recomendaciones	176
Conclusiones.....	176
Componente Gerencial.....	176
Componente financiero	176
Componente de Impacto	184
Recomendaciones.....	188
Componente gerencial	188
Componente financiero	189
Componente de impacto.....	190
Recomendaciones transversales.....	191
Análisis FODA.....	173

VII. Anexo 1. Modificaciones a los instrumentos jurídico-normativos que regulan la operación del Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012	208
VIII. Anexo 2. ENSANUT 2012	262
1. Características socio-demográficas de la población afiliada al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).....	262
2. Morbilidad, acceso, uso y pago por medicamentos	266
3. Difusión del Sistema de Protección social en salud	270
4. Percepción de la calidad de los servicios de salud	272
IX. Anexo 3. ENSANUT 2006	289
X. Referencias	302

Lista de Acrónimos

AVP	Años de vida perdidos
ASF	Aportación Solidaria Federal
CaCu	Cáncer cervico uterino
Cama	Cáncer de mama
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CIDE	Centro de Investigación y Docencia Económicas
CENSIA	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia
CENAVECE	Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CRAES	Centros Regionales de Alta Especialidad
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
CUBS	Credencial Única de Beneficiario del Sistema
CS	Cuota Social
DOF	Diario Oficial de la Federación
DGED	Dirección General de Evaluación del Desempeño
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
ENSATA	Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado
FASSAP	Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud a la Persona
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
FPP	Fondo de Previsión Presupuestal
GBS	Gasto de Bolsillo en Salud
GES	Gasto Empobrecedor en Salud
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INPC	Índice Nacional de Precios al Consumidor
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LGS	Ley General de Salud
MAO	Módulos de Afiliación y Orientación
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PRAS	Promoción de Responsabilidades Administrativas Sancionatorias
REPSS	Regímenes Estatales de Protección Social en Salud
RLGSPSS	Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud
ROPSMNG	Reglas de Operación del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación
SAEH	Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios
SS	Secretaría de Salud
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SMNG	Seguro Médico para una Nueva Generación
SESA	Servicios Estatales de Salud
SAP	Sistema de Administración del Padrón
SIGGC	Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos
SIGEFI	Sistema de Gestión Financiera
SIAFFASPE	Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas
SINOS	Sistema Nominal en Salud
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SIS	Subsistema de Información en Salud
SEMAR	Secretaría de Marina
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional

SICUENTAS Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales en Salud

Síntesis Ejecutiva

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) fue creado para administrar fondos públicos con el fin de garantizar la prestación de servicios de salud a través de un aseguramiento voluntario a la población sin un vínculo asalariado formal en el mercado laboral; y persigue 3 objetivos específicos: a) mejorar las condiciones de salud de la población, b) proteger financieramente a las familias no aseguradas de sufrir gastos catastróficos y empobrecedores en salud y c) responder a las expectativas de atención de la población.

A partir de su integración a la Ley General de Salud, las evaluaciones periódicas han evidenciado avances del SPSS en sus metas programáticas y documentado un agregado de temas que impiden o retrasan el logro de las metas y que incluso podrían restar efectividad al Sistema. A finales de la administración 2006-2012, se presenta la oportunidad de hacer un ejercicio de revisión de los logros y alcances a través de una evaluación que de cuenta de ello. El modelo de evaluación integral propuesto establece tres grandes componentes a considerar:

I. Financiero: comprende el monitoreo del gasto directo en salud del bolsillo de los hogares o bien de los gastos catastróficos y su efecto de llevarlos a la pobreza, además, del análisis de las aportaciones destinadas al SPSS procedentes del Gobierno Federal y de las entidades federativas, junto con el seguimiento de la administración del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y de Previsión Presupuestal.

II. Gerencial: toma en consideración la identificación de las condiciones socioeconómicas de la población objetivo; la definición y el manejo de los recursos; los procesos de afiliación y credencialización; la eliminación de barreras financieras y organizacionales para el acceso a los servicios; el abasto y el acceso a los medicamentos asociados a los servicios de salud a la persona; así como el trato que reciben los beneficiarios del Sistema en los establecimientos para la atención médica.

III. De impacto comprende la medición de los cambios en sus condiciones de salud, que son de esperarse una vez desplegadas las intervenciones que provee el Sistema, y los cambios relacionados con la protección contra gastos catastróficos por motivos de salud entre las familias beneficiarias.

Resulta natural que las evaluaciones iniciales se hayan enfocado más hacia el componente gerencial por ser el ámbito de acción más relevante e inmediato en la implementación del SPSS. En consecuencia, una vez resueltos los mecanismos de financiamiento del SPSS, su reglas de operación y señaladas las metas de incorporación de la población blanco, es pertinente entonces medir el beneficio de contar con la protección social y de acceso a la salud desde la perspectiva inmediata de los costos no erogados por la atención recibida que es el objetivo central del “*Seguro Popular*”. Estos efectos se traducen de forma inmediata en términos de su impacto en la protección financiera (gasto de bolsillo y catastrófico) otorgada por el efecto de la afiliación aunque es a partir de 2007 cuando el aspecto financiero se abordó de manera más explícita y clara en las evaluaciones.

La medición del impacto en salud resulta más complicada debido, primero por la carencia de fuentes de información que nos permitan identificar y distinguir con claridad la afiliación al *Seguro Popular* y, segundo, se requieren precisar los escenarios de atención donde el efecto de una afiliación -que apunta hacia la protección financiera de los usuarios- permita identificar los beneficios adicionales vinculados con los diferentes procesos de atención (tiempos de espera para consultas y cirugías, mejor acceso a los servicios preventivos, ambulatorios y especializados, medicamentos, exámenes, etc.), para que adicionalmente y -en un tiempo muy corto todavía- se puedan medir impactos concretos en la salud de las personas afiliadas con respecto a las que no lo están.

El análisis de impacto también está vinculado a los efectos que puede tener el paquete de intervenciones que ofrece el programa, el tipo de acciones que incluye, la incorporación escalonada de intervenciones (oferta y demanda de ellas) y el ritmo de utilización de cada una de éstas por parte de los usuarios, para contar con una cohorte de individuos expuestos -en número y tiempo suficiente- para poder estimar impactos diferenciales entre los afiliados al *Seguro Popular* y los usuarios de otro tipo de seguridad social.

En este documento se presentan los resultados de la Evaluación Externa del Sistema de Protección Social en Salud considerando los tres componentes, aunque debemos alertar sobre las limitaciones existentes en la medición del impacto dadas las condiciones mencionadas.

Objetivos

Objetivo general

- Evaluar el Sistema de Protección Social en Salud en los componentes financiero, gerencial y de impacto en las condiciones de salud y seguridad financiera de las familias beneficiarias durante el período 2007 – 2011 a través de datos derivados de evaluaciones, encuestas y sistemas de información existentes.

Objetivos específicos

Objetivos del componente gerencial

- a. Sistematizar los cambios realizados en los ámbitos jurídico, instrumental y operativo del SPSS para mejorar la gestión de los recursos financieros del Sistema y la compra de servicios de salud por parte de los REPSS en el período 2007-2011.
- b. Identificar los principales resultados intermedios en materia de gestión que dan cuenta del desempeño de los REPSS y del Sistema en su conjunto a través de la construcción de un score de indicadores.

Objetivo del componente financiero

- c. Analizar la evolución de los gastos públicos destinados a la atención de la población afiliada al Sistema de Protección Social en Salud y su efecto sobre los gastos catastróficos y empobrecedores de la población afiliada.

Objetivos del componente impacto

- d. Estimar los cambios en las condiciones de salud y protección financiera de la población afiliada al SPSS entre 2007 y 2011.
- e. Estimar el impacto o la magnitud de cambio en los principales padecimientos que forman parte del CAUSES a partir de fuentes secundarias.

Metodología

El estudio de *evaluación gerencial* combinó diversas técnicas de recolección de información cualitativa y cuantitativa obtenidas principalmente de fuentes secundarias como: los documentos jurídico-normativos, los informes técnicos de las evaluaciones externas realizadas en el período 2007-2011, la información estadística de recursos financieros, y los datos de producción de servicios y calidad de la atención disponibles en la Secretaría de Salud (SS) y de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), así como de otras fuentes como la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006 y 2012), la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), y la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado (ENSATA, 2009). También se recurrió a fuentes primarias por medio de entrevistas semi-estructuradas con funcionarios seleccionados de nivel directivo y mandos medios de la CNPSS y de los REPS. El componente se dividió en tres grandes tópicos:

- 1) la sistematización y análisis de los cambios realizados en los ámbitos jurídico, instrumental y operativo del SPSS para mejorar la gestión de los REPS y del Sistema en su conjunto en el último lustro,
- 2) el desempeño de los REPS y del Sistema identificando los principales resultados intermedios en materia de gestión a través de un tablero de indicadores y
- 3) los avances, mejores prácticas y retos tanto a nivel federal como estatal para mejorar el desempeño del SPSS desde la perspectiva de funcionarios de la CNPSS y de los REPS.

Las variables empleadas en el *análisis y la evaluación financiera* para medir el grado de protección financiera del sistema de salud sobre los hogares fueron: I. Gasto de Bolsillo en Salud (GBS) de los hogares afiliados al SPSS; II. la prevalencia de hogares con gastos catastróficos y III. la prevalencia de hogares con Gasto Empobrecedor (GES). Adicionalmente, se recolectó información administrativa sobre el gasto federal, estatal y a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos por función básica de dicho gasto a nivel nacional y estatal.

Las principales fuentes de información, en lo que respecta al gasto de bolsillo de los hogares afiliados al SPSS, fueron las Encuestas Nacionales de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) desarrolladas en 2002, 2004, 2006, 2008 y 2010. Por otro lado, también se utilizaron el Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales en Salud (SICUENTAS) y los registros administrativos e institucionales de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y los Servicios Estatales de Salud con lo que se revisó la evolución de seis desbalances financieros que dieron origen a la instrumentación del SPSS.

Para *el componente de impacto* se utilizaron diversas fuentes de información: las bases de datos de las dos últimas Encuestas Nacionales de Salud (ENSANUT-2006 y ENSANUT-2012); las bases de datos de Egresos hospitalarios y de Mortalidad del periodo 2000-2010. El propósito de este análisis fue describir y comparar diferentes indicadores de salud, accesibilidad a los servicios de salud y de calidad de la atención. Se evaluó la magnitud del cambio de estos indicadores estratificando por SPSS en las siguientes tres categorías: con SPSS, sin SPSS y con seguridad social.

La evaluación incluyó la caracterización sociodemográfica de la población y su perfil de morbilidad así como el análisis de la accesibilidad, la calidad de la atención y la cobertura de los servicios de salud. La evaluación de utilización de los servicios hospitalarios y la mortalidad consideró el análisis de las bases de datos secundarias para estimar la tasa de mortalidad general, las principales causas de mortalidad de las intervenciones cubiertas por el *Seguro Popular* y los cambios en la demanda de servicios hospitalarios.

Resultados

La implementación del SPSS como un brazo operativo de la reforma a la salud diseñado por el gobierno federal, recoge las inquietudes y preocupaciones históricas por brindar protección financiera y otros atributos de la seguridad social, particularmente, a las poblaciones más vulnerables del país. En la década que marca su origen, lanzamiento e implementación se han ido realizando adecuaciones a su marco normativo, regulatorio y operativo que describen diferentes etapas de consolidación y avance.

La primera etapa da cuenta del dinamismo que hubo para el diseño y adecuación de un marco normativo y regulatorio que afianzó las reglas de operación del SPSS en lo referente a los mecanismos de financiamiento, procesos de afiliación, integración del paquete de intervenciones, la prestación de servicios y su oferta a la población afiliada. La segunda da cuenta del manejo de los recursos financieros para su aplicación en la adquisición de medicamentos, mejoría de la infraestructura, contratación de recursos humanos; y la dotación de insumos básicos para promover la incorporación de una población marginada y pobre. Cada una de estas facetas ha sufrido adecuaciones importantes y de ello da cuenta esta evaluación.

El presente apartado tiene como propósito identificar los principales resultados intermedios en materia de gestión que dan cuenta del desempeño de los REPSS y del Sistema en su conjunto a través del tablero de indicadores que incluyen por lo menos dos mediciones del periodo 2006-2012. La información fue obtenida de dos fuentes secundarias: la ENSANUT y la ENSATA, y de la Evaluación Externa del Sistema de Protección Social en Salud 2011. Los datos permitieron construir indicadores para cuatro temas sustantivos: 1) afiliación, 2) medicamentos, 3) trato digno y 4) recursos financieros. El siguiente cuadro presenta un resumen de los indicadores estimados a nivel nacional.

Tablero de indicadores sobre desempeño incluidos en la Evaluación Externa del Sistema de Protección Social en Salud 2012

Tema	Indicador	(a) 2006 (b) 2009 (c) 2007	(a) 2012 (b) 2010	Diferencia
1. Afiliación (a)	Porcentaje de población asegurada	15.5 (a)	38.2 (a)	22.7
	Porcentaje de población que recibió información sobre derechos	71.8 (a)	74.3 (a)	2.5
	Porcentaje de población con póliza vigente	94.0 (a)	98.1 (a)	4.1
	Le entregaron Póliza de afiliación	94.0 (a)	98.1 (a)	4.1
	Le entregaron carta de derechos	81.2 (a)	77.7 (a)	-3.6
	Le dieron información sobre derechos de servicios médicos	76.1 (a)	75.8 (a)	-0.3
	La información que recibió le permite conocer derechos y obligaciones	71.8 (a)	74.3 (a)	2.5
	Solicitó información sobre derechos y obligaciones	47.3 (a)	14.6 (a)	-32.7
2. Medicamentos (a)	Porcentaje de surtimiento completo de recetas (SPSS)	87.6 (a)	83.2 (a)	-4.4
	Gasto de medicamentos	---	214.9 (a)	---
	Porcentaje de surtimiento de medicamentos por enfermedad aguda (Población total)	82.4 (a)	80.1 (a)	-2.3
	Porcentaje de surtimiento de medicamentos por enfermedad aguda (Población no asegurada)	85.1 (a)	83.2 (a)	-1.9
	Porcentaje de surtimiento de medicamentos por enfermedad aguda (Población afiliada al SPSS)	82.3 (a)	81.4 (a)	-0.9
	Porcentaje de surtimiento de medicamentos por enfermedad aguda (Población asegurada)	78.9 (a)	77.0 (a)	-1.9
	Porcentaje de surtimiento de medicamentos por enfermedad crónica (Población total)	17.5 (a)	19.9 (a)	2.4
	Porcentaje de surtimiento de medicamentos por enfermedad crónica (Población no asegurada)	14.8 (a)	16.8 (a)	2.0
	Porcentaje de surtimiento de medicamentos por enfermedad crónica (Población afiliada al SPSS)	17.6 (a)	18.6 (a)	1.0
	Porcentaje de surtimiento de medicamentos por enfermedad crónica (Población asegurada)	21.1 (a)	23.0 (a)	1.9
3. Trato y derechos de los afiliados (b)	Recibieron explicación detallada y comprensible sobre tratamientos	84.6 (b)	---	---
	Comunicación con el médico (buena/muy buena)	84.7 (b)	---	---
	Trato respetoso / muy respetuoso del médico	98.8 (b)	---	---
	Respeto a la privacidad en la consulta /procedimiento	96.5 (b)	---	---
	Respeto a la confidencialidad en la consulta/procedimiento	93.6 (b)	---	---
	Trato digno	91.6 (b)	---	---
4. Recursos financieros (c)	Porcentaje de comprobación del gasto	98.4 (c)	77.9 (c)	-20.5
	Gasto comprobado en Servicios personales	24.3 (c)	48.9 (c)	24.6
	Gasto comprobado en Medicamentos	30.8 (c)	25.3 (c)	-5.5
	Gasto comprobado en administración del REPSS	4.2 (c)	5.0 (c)	0.8
	Gasto comprobado en Inversión (obra)	10.3 (c)	0.5 (c)	-9.8
	Gasto comprobado en Inversión (equipo)	9.7 (c)	0.5 (c)	-9.2
	Gastos comprobado para la operación de unidades de salud	20.8 (c)	19.8 (c)	-1.0

Fuentes y notas:

- (a) Datos obtenidos a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de los años 2006 y 2012.
- (b) Datos obtenidos a partir de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado de los Pacientes en Hospitales de los Servicios Estatales de Salud (SESA) 2009 Sistema de Protección Social en Salud.
- (c) Datos obtenidos a partir de información financiera suministrada por la Comisión Nacional de Protección social en Salud para los años 2007 y 2010.

Los ajustes realizados a los instrumentos normativos en el período estudiado están relacionados con: a) el inicio de la vigencia de derechos de los afiliados al Sistema y los mecanismos de verificación de derechos de los mismos, b) la suspensión/cancelación de derechos, c) la acreditación de los establecimientos de salud como requisito para incorporarse a la red de prestadores de servicios del Sistema, d) el financiamiento, e) el

manejo del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), y f) los mecanismos de rendición de cuentas y transparencia.

Debe destacarse que la dinámica de los cambios legislativos fue promovida principalmente desde el ámbito federal. En las entidades tendieron a adoptarse más que a adaptarse reflejando comúnmente el espíritu de la legislación federal. Aunque este curso de eventos no fue necesariamente planeado, tuvo un efecto importante ya que en cierta medida fue posible mantener una coherencia legislativa entre los distintos niveles para que la operación de estas modificaciones fuera consistente y no contradictoria. Sin embargo, en algunas entidades federativas no fueron adoptadas quedando rezagados del mandato federal. Desde luego en este nivel se observaron también ejemplos de dinámica legislativa local. Esto se refleja en áreas de jurisdicción estatal como, por ejemplo, la descentralización del REPS de Veracruz.

Un tema integrado al aspecto gerencial fue la valoración de los indicadores derivados de la afiliación y la utilización de servicios por parte de la población afiliada al seguro popular. El avance en la afiliación es evidente a nivel nacional pero el máximo de población afiliada para un estado (de acuerdo a la ENSANUT 2012) se presentó en Oaxaca con 60% de su población total en tanto que el nivel más bajo se ubicó en Coahuila con 12.8%. Aunque se observan logros en el campo de la información proporcionada a los afiliados al SPSS sobre sus derechos, existe un gran trecho todavía por avanzar para que esta difusión promueva un tipo de usuario informado y pendiente del cumplimiento de los derechos que tiene por ley. El surtimiento completo de recetas opera como un indicador clave para conocer la capacidad de los servicios de salud a fin de satisfacer las necesidades de los usuarios. Si bien el abasto ha aumentado en los últimos 6 años, existe una variabilidad estatal importante que no ha sido posible controlar.

En términos generales, se puede concluir que en el periodo 2006 a 2010, la protección financiera, -observada como el porcentaje de hogares que sufrieron de gastos excesivos en salud-, tuvo una mejora porcentual mayor a la observada de 2000 a 2006. Dicha mejoría se debió al efecto combinado de una reducción en los gastos catastróficos en el periodo (44%) y en el porcentaje de hogares con gastos empobrecedores, (48%). También se pudo documentar un descenso en la concentración de dicho gasto entre los hogares del 40% más pobres, pasando de 14% a 11%, y entre no asegurados -hoy afiliados al SPSS- los cuales antes acumulaban 58% del gasto de bolsillo en salud y que para 2010 ya sólo representaba 36%.

Las evaluaciones de impacto del programa se complican por la carencia de fuentes de información precisas, íntegras y regulares que den cuenta de la conformación de la población base y el grado de cobertura y utilización de los servicios de salud (demanda). Si bien se menciona que hay un sistema de información o registro -que quedó fuera de la actual evaluación- podemos identificar problemas fundamentales en su organización, y funcionamiento. Los Módulos de Afiliación y Orientación (MAO), El Sistema de Administración del Padrón (SAP), El Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos (SIGGC), El Sistema de Gestión Financiera (SIGEFI), el Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las

Entidades Federativas (SIAFFASPE) y el Sistema Nominal en Salud (SINOS) dan cuenta de los diferentes fuentes y frentes de atención de los afiliados al SPSS.

Lo que destaca de todo este complejo de sistemas de información (registro) es que no contamos con una descripción precisa de la población afiliada (número de familias e individuos, composición, número de integrantes por edad y sexo, etc.). Una variable importante para hacer un balance del progreso del *Seguro Popular* es que el ritmo de afiliación ha sido continuo e intensivo hasta llegar a la “cobertura universal” en algunas entidades aunque los mecanismos de certificación de ese logro no están bien cimentados en la estructura funcional del SPSS en todo el país. No obstante, podemos afirmar que si existen efectos (no impactos) sobre las condiciones de salud en algunas áreas de la atención.

En cuanto a programas específicos de prevención vemos que en el programa de Vacunación en niños menores de 5 años, la cobertura de biológicos con BCG, SABIN, hepatitis B, DPT, y pentavalente fue mayor a 90%, mientras que la cobertura de la vacuna contra el sarampión muestra valores muy alarmantes sobre todo en la población sin seguridad social. Las coberturas por biológicos son adecuadas en la mayoría, en particular en el caso de los afiliados al SPSS. Sin embargo, es necesario aumentar la cobertura de esquemas de vacunación completos en la población blanco y fortalecer la vacuna contra el sarampión.

La atención de problemas de salud ambulatorios es alta, de preferencia atendidas por un médico, por ejemplo, en 2012, 56.6% de las personas con infecciones respiratorias agudas (IRAs) y 58.5% con enfermedades gastrointestinales eran afiliados al SPSS y fueron atendidos dentro de la Secretaría de Salud, mientras que 37.2% fueron atendidos en una institución de salud privada. La prueba de detección temprana de CaCu en mujeres de 25 a 64 años, afiliadas al SPSS (45.1%) y con Seguridad Social (49.3%) nos indican que hay mucho todavía por hacer. Cabe mencionar que un mayor porcentaje de las mujeres afiliadas al SPSS acudieron a la Secretaría de Salud (90.3%) para hacerse la prueba en 2006, aunque disminuyó (71.9%) en 2012. En cuanto a la mastografía en mujeres de 40 a 69 años, sólo 17% de las afiliadas al SPSS se realizó la prueba en los últimos 2 años, porcentaje 2 veces menor al de las mujeres con Seguridad Social. La realización de pruebas para detección de diabetes en la ENSANUT-2006 y en la ENSANUT-2012, en los adultos afiliados al SPSS subió de 19.5% a 23% aunque en menor proporción que los que tenían Seguridad Social (29%, a 35.6%). Respecto a la detección de hipertensión arterial, en los afiliados al SPSS se observó un incremento significativo de 2006 a 2012 (21.8% a 29.3%). Al igual que en la detección de diabetes, los afiliados al SPSS se realizaron la prueba principalmente en la Secretaría de Salud y fue mayor en 2006 que en 2012 (87.1 y 72.1% respectivamente).

Respecto a la cobertura de diabetes, más de 80% recibían tratamiento médico, y se notó un incremento 2 veces mayor de 2006 a 2012 en aquellos que recibieron insulina sola o en combinación con hipoglucemiantes orales. Lo anterior sugiere que parte del incremento en el uso de insulina puede ser una insulinización temprana, lo cual puede contribuir a la reducción en la presentación de complicaciones crónicas a mediano y largo plazo, aún no evaluables en este momento. La realización de pruebas de control en sangre y orina, muestran bajas coberturas: determinación de glucosa en sangre en los afiliados al SPSS (48.4%) y con Seguridad Social (49.9%). La determinación de HbA1c aún es muy baja, en

los afiliados al SPSS (8.3%) en 2012. Estos resultados, aunado al número de visitas al médico para su control, sugieren que la calidad de la atención en estos pacientes no es adecuada y las áreas de oportunidad para mejorar dicho control no se están aprovechando.

En cuanto a los indicadores de atención prenatal, se observó que el promedio de consultas fue adecuado en los 3 tipos de afiliación; la primera consulta prenatal se llevó a cabo en promedio alrededor de los 2.5 meses de embarazo. Más de 90% de las consultas prenatales fueron atendidas por un médico. En 2012, 73.5% de las mujeres afiliadas al SPSS fue atendido en la SS donde se observó un incremento en la aplicación de toxoide tetánico y ácido fólico y en más 85% de las mujeres se realizó un buen control prenatal. Estos indicadores de cobertura y calidad de la atención prenatal debieran manifestarse de manera más contundente sobre la mortalidad materna aunque este es un indicador que no se pudo medir durante la evaluación del SPSS.

Un resultado muy interesante es la variable (depende del problema de salud) pero alta utilización de servicios de salud privados en los tres grupos analizados. El incremento en el uso de consultorios anexados a las farmacias para ciertos problemas de salud es preocupante y seguramente está vinculado a la instauración del programa de prescripción médica de antibióticos. Sin embargo, la población afiliada al SPSS recurrió en menor frecuencia a estos servicios, particularmente cuando se compara con la población no asegurada.

Los egresos hospitalarios muestran un patrón ascendente de 2005 a 2011 por personas afiliadas al SPSS lo cual evidencia un efecto muy positivo de protección a los usuarios de servicios especializados y responde a la demanda de problemas tan diversos como los obstétricos, las cirugías, los problemas genito-urinarios y, en particular, la atención de tumores malignos en los menores de 15 años y en las mujeres, que por lo general se acompañan de gastos catastróficos o empobrecedores para las familias afectadas. En cuanto el efecto en la mortalidad, aún es muy prematuro para medir impactos poblacionales en esta materia.

En conclusión, esta evaluación permite revisar los avances realizados en diferentes terrenos de acción del SPSS. El impacto en la protección financiera es evidente por el incremento en la cobertura de la población más vulnerable, el descenso en la proporción de gastos catastróficos y empobrecedores. Las mejorías en los procesos de gestión, financiamiento también permiten ver avances aunque todavía existen rezagos diversos en la rendición de cuentas y la transparencia en el manejo de los recursos en ciertas partes del país que ameritan una supervisión que garantice su apego a los topes y la comprobación de gasto. También es posible visualizar algunos efectos importantes en la utilización de servicios, tanto preventivos como curativos sobre todo en la utilización de servicios hospitalarios otorgados por la SS y una reducción en la utilización de los servicios privados en particular por la población afiliada al SPSS.

Los retos y desafíos persisten en tanto que aún es un Sistema en vías de consolidación que requiere de mejores instrumentos de monitoreo y evaluación que den cuenta de forma detallada sobre el desempeño de sus funciones y nos permita evaluar el impacto de sus acciones.

I. Introducción ^{1,2}

La construcción del Sistema Nacional de Salud en nuestro país inició en 1943 cuando nacieron el Instituto Mexicano del Seguro Social (**IMSS**) para ofrecer servicios médicos a trabajadores asalariados y la Secretaría de Salud y Asistencia (**SSA**), actualmente Secretaría de Salud (**SS**) con el propósito de brindar atención médica a la población no asalariada y carente de un esquema de aseguramiento público pre-pagado. En 1960 se amplió la cobertura de la seguridad social extendiéndola a los trabajadores del sector público con la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (**ISSSTE**) seguido por Petróleos Mexicanos (**Pemex**), Secretaría de Marina (**Semar**) y la Secretaría de la Defensa Nacional (**Sedena**). Bajo este esquema resultaba injusto que sólo quienes contaban con empleo formal fueran sujetos del derecho a la salud, cuando paradójicamente quienes carecían del mismo, estaban en una posición mucho más vulnerable.

Ante esta situación, fue necesario reconsiderar el modelo de atención a la salud para asegurar la cobertura de todos los mexicanos. El 1° de enero de 2004 entró en vigor el esquema de seguridad universal denominado Sistema de Protección Social en Salud (**SPSS** comúnmente identificado como “*Seguro Popular*”) para ofrecer acceso a un aseguramiento médico público a la población sin empleo formal, en condición de autoempleo o desempleada.

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) fue creado para administrar fondos públicos aportados por la federación y los estados con el fin de garantizar la prestación de servicios de salud a través de un aseguramiento voluntario a la población sin un vínculo asalariado formal en el mercado laboral y persigue tres objetivos específicos: a) mejorar las condiciones de salud de la población, b) proteger financieramente a las familias no aseguradas de sufrir gastos catastróficos y empobrecedores en salud y c) responder a las expectativas de atención de la población.

Tras la operación piloto del “*Seguro Popular de Salud*” en cinco entidades federativas (Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco); el Poder Ejecutivo envió al Congreso de la Unión, en noviembre de 2002, una iniciativa de reforma a la Ley General de Salud (**LGS**), que entró en vigor en 2004 y que puntualizaba los lineamientos para incorporar gradualmente a todos los mexicanos que por su situación social o laboral no eran derechohabientes de alguna institución de seguridad social. Así, el gobierno federal instrumentó en 2004 el *Seguro Popular de Salud* para enfrentar el reto establecido en el Plan Nacional de Desarrollo, que en conjunto con los gobiernos estatales formó parte integral de una nueva política social.

El Reglamento de la LGS define las reglas de operación del SPSS y establece que su aplicación sea competencia de la Secretaría de Salud, de los Servicios Estatales de Salud (**SESA**) que cuenten con Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (**REPS**) que son estructuras administrativas dependientes de los Servicios Estatales de Salud encargados de garantizar las acciones de protección social en salud para los afiliados al *Seguro Popular*, mediante el financiamiento y coordinación eficientes, oportunos y sistemáticos de

los servicios de salud. La protección social en salud es el mecanismo por el cual el Estado garantiza el acceso oportuno, de calidad, sin desembolso en el momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, para satisfacer las necesidades de salud de los afiliados de manera integral.

El modelo financiero del **Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)** se sustenta en un esquema tripartita con aportaciones 1) del gobierno federal, 2) de las entidades federativas y 3) contribuciones de los afiliados conforme a su capacidad económica. La **Cuota Social (CS)** por persona beneficiaria es equivalente al 3.92% de un salario mínimo general vigente diario en el Distrito Federal. En 2011, el monto de esta aportación fue de \$847.80 pesos. La **Aportación Solidaria Federal (ASF)** por persona afiliada, equivale a 1.5 veces el monto de la Cuota Social. La distribución entre las entidades federativas de esta aportación se realiza de conformidad con los componentes de asignación por persona afiliada, necesidades de salud, esfuerzo estatal y desempeño, de tal forma que la aportación es diferente para cada entidad federativa. El promedio nacional en 2011 de la ASF fue de \$1,271.70 pesos. Un muy escaso porcentaje de personas incorporadas al *Seguro Popular* participan con una cuota, que es anual y progresiva conforme a su nivel de ingreso familiar.

-

El Sistema de Protección Social en Salud otorga un paquete limitado de intervenciones con sus medicamentos asociados que responden al perfil epidemiológico, a la demanda de los servicios y a las necesidades de salud de sus afiliados. Fomenta la atención oportuna de la salud de familias mexicanas, evitando la postergación y consecuente agravamiento de enfermedades por motivos económicos. A fin de garantizar un uso eficiente de los recursos disponibles, el SPSS provee un paquete de 284 intervenciones denominado Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). Además, provee un conjunto de 57 intervenciones de atención hospitalaria de alto nivel de especialización financiado a través del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPGC) y 131 patologías cubiertas por el SMNG. En el diseño del SPSS también se creó un fondo especial denominado de Previsión Presupuestal (**FPP**) para compensar necesidades financieras en caso de emergencias en los estados y financiar el desarrollo de infraestructura y equipamiento para la atención primaria y de especialidades básicas en zonas de mayor marginación social; garantizar la cobertura de las diferencias imprevistas en la demanda de servicios esenciales en el nivel estatal; y el establecimiento de una garantía ante el eventual incumplimiento de pago por la prestación interestatal de servicios de salud (portabilidad).

La operación del SPSS está coordinada por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (**CNPSS**) quien recibe las aportaciones federales de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (**SHCP**) y las transfiere a los estados. En cada entidad federativa existe una figura denominada Régimen de Protección Social en Salud (**REPSS**) que se encarga de recibir los fondos y “comprar” servicios del Sistema para la población afiliada. Los servicios pueden ser comprados a diversas instituciones tanto del sector público como privado y a la seguridad social. Los REPSS, de acuerdo a la Ley, son parte de la estructura de las Secretarías Estatales de Salud especializados en la función de financiamiento. Cada entidad tiene la prerrogativa de integrarlos a la estructura o darles el estatus de descentralizados.

Las evaluaciones periódicas han evidenciado los avances de los REPSS y el SPSS en el logro de sus metas programáticas. A partir de esas evaluaciones también se ha documentado un agregado importante de temas problemáticos que impiden o retrasan el logro de las metas e incluso podrían restar efectividad al Sistema. Haber hecho visibles estos aspectos ha sido importante para mostrar las áreas que deben ser ajustadas. La oportunidad que ofrece el cambio de gobierno, demanda hacer un ejercicio de revisión y evaluación de los logros y alcances del Sistema que sirva para proponer ajustes y adecuar estructuras y dinámicas de trabajo para mejorar el desempeño del SPSS.

El modelo integral de evaluación propuesto establece tres grandes componentes a considerar:

I. Financiero: comprende el monitoreo del gasto directo en salud del bolsillo de los hogares y su efecto de llevarlos a la pobreza o bien de sufrir gastos catastróficos. Asimismo, incluye el análisis de las aportaciones destinadas al Sistema procedentes tanto del Gobierno Federal como de las entidades federativas, y el seguimiento de la administración del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y de Previsión Presupuestal.

II. Gerencial: toma en consideración la identificación de las condiciones socioeconómicas de la población afiliada, la definición y el manejo de los recursos, los procesos de credencialización, la eliminación de barreras financieras y organizacionales para el acceso a los servicios, el abasto y el acceso a los medicamentos asociados a los servicios de salud a la persona, así como el trato que reciben los beneficiarios del Sistema en los establecimientos para la atención médica.

III. De impacto: comprende la medición de los cambios en sus condiciones de salud, que son de esperarse una vez otorgadas las intervenciones que provee el Sistema, y los cambios relacionados con la protección contra gastos catastróficos por motivos de salud entre las familias beneficiarias.

En este documento se presentan los resultados de la Evaluación Externa del Sistema de Protección Social en Salud considerando los tres componentes mencionados.

II. Justificación

La evaluación de programas es fundamental para las políticas públicas gubernamentales. Esta actividad se encuentra inmersa en un proceso que se ha promovido en años recientes sobre la necesidad de transparentar los recursos que se destinan al beneficio social y la rendición de cuentas. Este proceso es clave en cualquier sociedad democrática para garantizar la transparencia en el gasto público.³

En el quehacer institucional, la evaluación debe formar parte del proceso de implementación, monitoreo y análisis del desempeño para retroalimentar las estrategias públicas encaminadas a lograr una mayor equidad en las políticas gubernamentales. En éste sentido, la evaluación del SPSS en 2012, provee una nueva oportunidad para precisar el efecto que ha tenido en el incremento en la cobertura de la población, la protección financiera alcanzada, el flujo financiero en la mejora de los procesos de atención, en los gastos de bolsillo efectuados por los afiliados y las mejoras en sus condiciones de salud a casi una década de su implementación. Recientes evaluaciones del SPSS enfocadas en la valoración de procesos gerenciales (2007 y 2009) han logrado documentar avances, tanto en la implementación y desarrollo del sistema, como en el logro de metas operativas. También han identificado situaciones problemáticas específicas y áreas de oportunidad para mejorar la gestión y los resultados esperados.

Entre los principales aciertos se encuentran el cumplimiento de metas de afiliación, avance en la operación de estructuras administrativas para racionalizar el uso del gasto (REPSS), desarrollo de marcos regulatorios e instrumentales, acceso a atención hospitalaria para enfermedades de alto costo vía FPGC. La mayoría de los REPSS han ido fortaleciendo de manera lenta pero sostenida, su capacidad de comprar servicios y de coordinar la red de prestadores de servicios de salud. Algunos de los problemas y retos del Sistema detectados son el retraso de las transferencias financieras de la federación a las entidades federativas y hacia las unidades de atención, la escasa autonomía de los REPSS en su relación con los Servicios Estatales de Salud (SESA) para integrar y coordinar la red de prestadores de servicios, ineficiencia en el proceso de compra y distribución de medicamentos, altos niveles de desabasto, pobre surtimiento de medicamentos a los usuarios, la calidad y oportunidad de datos para la rendición de cuentas en las entidades federativas, entre otros. Estas evaluaciones sobre la gestión del SPSS han sido limitadas, en el sentido de que no han permitido identificar resultados de la capacidad de producción de servicios, uso adecuado de los recursos que se han invertido en la ejecución del SPSS y calidad técnica de los servicios otorgados.

Ante el cambio de administración en diciembre del 2012, resulta indispensable recoger las experiencias y los resultados de las evaluaciones previas; realizar un ejercicio de revisión y análisis del avance en materia gerencial, del grado de resolución de problemáticas detectadas, e intentar evaluar el impacto en otros escenarios como las condiciones de salud de las poblaciones afiliadas al SPSS. Esta evaluación debe entonces permitir contar con un diagnóstico actualizado del desempeño del SPSS en cada una de sus áreas estratégicas: gerencial, financiera y de impacto.

III. Objetivos

Objetivo general

- Evaluar el Sistema de Protección Social en Salud en los componentes financiero, gerencial y de impacto en las condiciones de salud y seguridad financiera de las familias beneficiarias durante el período 2007 – 2011 a través de datos derivados de evaluaciones, encuestas y sistemas de información existentes.

Objetivos específicos

1. Objetivos del componente gerencial

- Sistematizar los cambios realizados en los ámbitos jurídico, instrumental y operativo del SPSS para mejorar la gestión de los recursos financieros del Sistema y la compra de servicios de salud por parte de los REPSS en el período 2007-2011.
- Identificar los principales resultados intermedios en materia de gestión que dan cuenta del desempeño de los REPSS y del Sistema en su conjunto a través de la construcción de un score de indicadores.

2. Objetivo del componente financiero

- Analizar la evolución de los gastos públicos destinados a la atención de la población afiliada al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y su efecto sobre los gastos catastróficos y empobrecedores de la población afiliada.

3. Objetivos del componente impacto

- Estimar los cambios en las condiciones de salud y protección financiera de la población afiliada al SPSS entre 2007 y 2011.
- Estimar el impacto o la magnitud de cambio en los principales padecimientos que forman parte del CAUSES a partir de fuentes secundarias.

IV. Metodología

El diseño metodológico de una evaluación tan compleja, requiere de diversos abordajes cualitativos y cuantitativos para explorar, medir y analizar un amplio espectro de variables y resultados que puedan indicar avances o retrocesos en el desempeño del *Seguro Popular*. Un hecho que debe destacarse es que se recurrió al análisis de fuentes secundarias cuyos objetivos y contenidos no necesariamente están enfocados a describir el desempeño de un programa, sino que dan cuenta de los fenómenos agregados pero sin distinción explícita de las poblaciones o del paquete de intervenciones específicas. Cuando las fuentes identifican la pertenencia a un esquema de protección social como el SPSS, no abordan de manera específica la oferta, cobertura y utilización de acciones en salud que ofrece el programa. Por lo general, comparan los grandes rubros de actuación institucional como lo es el uso de servicios ambulatorios, preventivos y hospitalarios; cuando al interior de cada uno de estos servicios hay particularidades en la oferta que no pueden distinguirse con el análisis de estas por no estar desglosadas a ese nivel de detalle.

Estas limitaciones se combinan con la dificultad que existe para medir el grado de exposición (en tiempo y cobertura de los servicios) que tiene la población afiliada al *Seguro Popular* a un paquete de intervenciones que ha ido incrementando en sus contenidos y variedad de servicios (**Cuadro IV.1**), lo cual no hace factible identificar su impacto integral en salud en un periodo tan corto o de una forma más clara. Primero, por que están dirigidas a varios grupos de edad; incluyen servicios preventivos, ambulatorios, hospitalarios y de alta especialidad; su demanda depende del perfil epidemiológico propio de las regiones del país y de las poblaciones afiliadas. Además se fueron incorporando de manera escalonada sin que existiera un sistema de registro e información que capture la cobertura y utilización de cada intervención como para identificar el resultado. El proceso de incorporación universal de los recién nacidos a partir de 2006 y de mujeres embarazadas es muy reciente cuando son los grupos que hacen más uso de los servicios. Por último, existe un sistema de registro e información, el Sistema Nominal en Salud (SINOS) -que no fue objeto de esta evaluación- pero que sugiere que la información se registra aparte, no está captada de manera integral y personalizada para conocer el nivel de riesgo derivado de la consulta segura¹, el registro biométrico² y las consultas que se deriven de la utilización de los diferentes servicios de salud incluyendo los que pueden demandarse fuera de su área de adscripción. Este sistema debiera captar el ritmo de cumplimiento de las intervenciones recibidas (preventivas), y el tipo de intervenciones que se utilizan para conocer de manera directa el impacto en salud.

¹ **Consulta Segura:** Tamiz de datos básicos orientados a identificar riesgos de salud de los afiliados al Sistema. Dicho tamiz consiste en la aplicación de pruebas indicativas de riesgo, mediante la utilización de variables como: peso, talla, glucosa en sangre, tensión arterial y perímetro abdominal, entre otros, los cuales permitirán identificar con la debida anticipación, algunas condicionantes que pudieran significar riesgo en la salud de la persona, con la finalidad de ser canalizadas para su debido tratamiento, en su caso.

² **Registro Biométrico:** Medio para identificar a una persona, basado en sus características físicas, tales como sus huellas dactilares, iris y rostro. Para efectos del Sistema se registrarán las huellas dactilares de todos los dedos de las dos manos de cada uno de los integrantes del núcleo familiar a partir de los 10 años, que formalicen su afiliación o re-afiliación al Sistema.

Cuadro IV.1 Servicios de salud comprendidos por el SPSS y ajustes realizados de 2007-2012

Año de modificación	Descripción
2007	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se incorporaron 8 nuevas intervenciones al CAUSES pasando de 247 a 255 divididas de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> • Actividades preventivas: 17 • Medicina ambulatoria 84 • Odontología 8 • Salud reproductiva 9 • Embarazo, parto y recién nacido 21 • Rehabilitación 3 • Urgencias 20 • Hospitalización 24 • Cirugía 69 2. Listado de medicamentos asociados al CAUSES (285 claves) 3. Intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (34)
2008	<ol style="list-style-type: none"> 1. El CAUSES pasa a cubrir 266 intervenciones. <ul style="list-style-type: none"> • Cambia la denominación de las actividades preventivas por intervenciones en salud pública y se focalizan por grupos de edad así: <ul style="list-style-type: none"> – Recién nacidos y menores de 5 años de edad (10) – 5 a 9 años (1) – Adolescentes (4) – Adultos (7) – Adultos mayores (3) • Consulta de medicina general/ medicina familiar y de especialidad • Consulta de medicina general (61) • Consulta de especialidad (39) • Odontología (8) • Urgencias (26) • Hospitalización (38) • Cirugía (69) 2. Listado de medicamentos asociados al CAUSES (312 claves) 3. Intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (49) 4. Se incorporaron las patologías del Seguro Medico para una Nueva Generación (SMNG) (108)
2009	<p>Se identificaron dos cambios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En el listado de medicamentos se incluyen tres claves nuevas, se elimina una y se asigna una al medicamento sertranina. 2. Se incorporaron 8 patologías nuevas al SMNG que queda con 116.
2010	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se incorporaron 9 intervenciones más al CAUSES pasando de 266 a 275 <ul style="list-style-type: none"> • Acciones de salud pública: <ul style="list-style-type: none"> – Recién nacidos y menores de 5 años de edad (10) – 5 a 9 años (1) – Adolescentes (3) – Adultos (7) – Adultos mayores (3) • Consulta de medicina general (61) • Consulta de especialidad (43) • Odontología (8) • Urgencias (25) • Hospitalización (45) • Cirugía (69) 2. Listado de medicamentos asociados al CAUSES pasa a 357 claves 3. Intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (49) 4. Se incorporaron 9 patologías al Seguro Medico para una Nueva Generación pasando de 108 a 128.
2011	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se mantienen las 275 intervenciones del CAUSES 2. Se incorporaron nuevas claves de medicamentos y pasan a ser 422 3. Pasan a 56 las intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. 4. Se mantuvieron las 128 patologías cubiertas por el SMNG.

Año de modificación	Descripción
2012	<ol style="list-style-type: none"> 1. CAUSES <ul style="list-style-type: none"> • Se incorporaron 17 nuevas intervenciones y se agruparon algunas de las intervenciones que por sus características y tarifas pudieran ser integradas en una sola. El número total de intervenciones cubiertas pasó a 284. • Se cambió la clasificación de acciones de salud pública quedando así: <ul style="list-style-type: none"> – Vacunación para menores de 14 años (incluye edades de 0 a 14 años): 10 – Vacunación adicional para adolescentes (mayores de 14 años) Adultos y adultos mayores: 5 – Acciones preventivas: 12 2. Se incorporaron nuevas claves de medicamentos y pasaron a ser 541 3. Pasan a 57 las intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. 4. Se incorporaron tres patologías nuevas al SMNG cubriendo 131 en total.

Fuente: Elaboración propia.

IV.1. Componente Gerencial

Durante el presente sexenio se realizaron distintas evaluaciones enfocadas a la valoración de procesos gerenciales a fin de identificar aciertos y áreas de oportunidad en su desarrollo. Se estudiaron diversos componentes como la estructura y operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (**REPS**); los procesos de afiliación, el avance en el número de familias afiliadas; el patrón de gasto del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (**FPGC**); la contratación de personal de salud, y la compra, abasto y surtimiento de medicamentos. Estas evaluaciones han logrado documentar avances tanto los como las áreas de oportunidad que impiden o retrasan el logro de las metas y que incluso podrían restar efectividad al SPSS.

La evaluación del componente gerencial en 2012, se centró en la sistematización de los cambios regulatorios, instrumentales y operativos realizados en el último lustro para lograr las metas de afiliación; mejorar la gestión de los recursos financieros del Sistema y la compra de servicios de salud e identificar los principales resultados logrados por los REPS (desempeño).

El estudio de evaluación combinó diversas técnicas de recolección de información cualitativa y cuantitativa obtenida principalmente de fuentes secundarias tales como: los documentos jurídico-normativos, los informes técnicos de las evaluaciones externas realizadas en el período 2007-2011, la información estadística de recursos financieros, y los datos de producción de servicios y de calidad de la atención disponibles en la Secretaría de Salud (**SS**) y en la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (**CNPSS**), así como datos de otras fuentes como la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (**ENSANUT 2006 y 2011-2012**), la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (**ENIGH**) de diversos años, y la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado (**ENSATA, 2009**), entre otras. También se recurrió a fuentes primarias, por medio de entrevistas semi-estructuradas con funcionarios seleccionados de nivel directivo y mandos medios de la CNPSS y de los REPS. El componente está dividido en tres grandes tópicos:

- 1) la sistematización y análisis de los cambios realizados en los ámbitos jurídico, instrumental y operativo del SPSS para mejorar la gestión de los REPSS y del Sistema en su conjunto en el último lustro,
- 2) el desempeño de los REPSS y del Sistema identificando los principales resultados intermedios en materia de gestión a través de la construcción de un tablero de indicadores y
- 3) los avances, mejores prácticas y retos tanto a nivel federal como estatal para mejorar el desempeño del SPSS desde la perspectiva de funcionarios de la CNPSS y de los REPSS.

Fase cualitativa

Para el componente cualitativo se tomó una muestra de entidades federativas y una de funcionarios de la CNPSS y de los REPSS para complementar la información vertida sobre los cambios regulatorios, instrumentales y operativos realizados en el último lustro para lograr las metas de afiliación, así como para mejorar la gestión de los recursos financieros del Sistema y la compra de servicios de salud. También se investigó la percepción de los funcionarios sobre los avances, obstáculos y retos en los procesos administrativos y gerenciales para el logro de los objetivos del Sistema.

La selección de las entidades federativas se fundamentó en los siguientes criterios: a) participación previa o no en las evaluaciones externas 2009 y 2011; b) el estatus jurídico (descentralizado, desconcentrado o integrado a los Servicios Estatales de Salud) y c) haber participado en todas las evaluaciones buscando continuidad y seguimiento). Los estados seleccionados se muestran en el cuadro IV.2.

Cuadro IV.2. Entidades federativas seleccionadas para la Evaluación del SPSS 2012

Entidad federativa	Participación previa en evaluaciones 2009 y/o 2011		Estatus jurídico			Observaciones
	Sí	No	Descent.	Descon.	Incorp.	
Veracruz		X	X			Cambio de estatus jurídico a descentralizado y no participación en evaluaciones previas de 2009 y 2011
Guanajuato		X			X	No participación en evaluaciones previas de 2009 y 2011
Chiapas		X			X	No participación en evaluaciones previas de 2009 y 2011
Jalisco	X			X		Ha participado en todas las evaluaciones. Continuidad y seguimiento
Puebla	X				X	Tuvo cambio de gobierno en la evaluación pasada
Distrito Federal	X				X	Participó en la evaluación de 2009 cuando recientemente se había incorporado al SPSS

Fuente: Elaboración propia

Las técnicas empleadas para la recolección de información fueron las siguientes:

- a) *Entrevista semi-estructurada*
- b) *Análisis de documentos y registros administrativos*

Una vez obtenida la información de las entrevistas, se llevó a cabo un proceso de sistematización y los datos más relevantes fueron seleccionados y transferidos a matrices temáticas en las cuales se ordenó la información en categorías específicas de interés particular para la evaluación. Las categorías propuestas fueron:

- a. Perfil de los informantes
- b. Fortalezas y debilidades del marco jurídico y normativo del SPSS para mejorar el desempeño de los REPSS y del Sistema en su conjunto.
- c. Oportunidades y amenazas del entorno político, económico y social del país para modificar el marco jurídico y normativo del SPSS.
- d. Principales cambios en materia regulatoria que han facilitado u obstaculizado los procesos administrativos y gerenciales del SPSS.
- e. Elementos que los informantes agregarían o eliminarían para mejorar el marco jurídico y normativo del SPSS
- f. Proceso de credencialización de la población beneficiaria del SPSS: avances, obstáculos y retos.
- g. Proceso de rendición de cuentas de los REPSS: capacidad de acopio y monitoreo de la información generada por los prestadores de servicios de salud, instancias ante quienes rinden cuentas, mecanismos de rendición de cuentas, aplicación de sanciones por incumplimiento en la rendición de cuentas por parte de los REPSS.

A partir de ello se procedió a identificar factores de éxito, obstáculos y retos que deben atenderse para mejorar el desempeño de los REPSS y del Sistema en su conjunto.

Fase cuantitativa

El componente cuantitativo se propuso identificar el nivel de desempeño del REPSS de cada una de las entidades federativas a través de la construcción de un tablero de indicadores que evalúen procesos y resultados intermedios relacionados con las funciones asignadas a los REPSS.

A través de los resultados de los indicadores de afiliación, tutela de derechos y trato a los beneficiarios, manejo de recursos (incluye dotación de medicamentos) y rendición de cuentas, se midió el desempeño de los REPSS. De acuerdo con el nivel de avance alcanzado por cada una de las entidades federativas, los REPSS se clasificaron en tres grupos: con desempeño alto, medio y bajo.

Una vez obtenidos los resultados de los componentes cuantitativo y cualitativo se trianguló la información con el propósito de integrar y lograr una perspectiva más amplia del funcionamiento, operación y desempeño del SPSS y de los REPSS. Asimismo, esto permitió identificar los avances, obstáculos y retos que enfrentan los REPSS con vistas a

lograr la protección financiera de los afiliados al Sistema y mejorar el estado de salud de la población.

IV.2 Componente Financiero.

Variables y análisis de datos

Las variables empleadas en el análisis para medir el grado de protección financiera del sistema de salud sobre los hogares fueron: I. gasto de bolsillo en salud (**GBS**) de los hogares que revelan afiliación al SPSS; II. la prevalencia de hogares con gastos catastróficos y III. la prevalencia de hogares con gasto empobrecedor (**GES**).

Para los fines del análisis se trabajaron dos diferentes opciones para el gasto en subsistencia: 1) el método simple según el cual el gasto en subsistencia es igual al gasto en alimentos en el hogar; y 2) el método de la línea de pobreza, equivalente a la línea de un dólar al día *per cápita* en poder de paridad de compra.

Adicionalmente, se recolectó información administrativa sobre el gasto federal, estatal y por función básica de dicho gasto también a nivel nacional y estatal a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

Por último, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal (gasto de bolsillo de los hogares), de regresión lineal acotada “TOBIT” (gasto de bolsillo en salud como proporción del gasto disponible en el hogar) y de regresión logística (probabilidad de que un hogar sufra de gastos catastróficos o empobrecedores), en donde las principales variables explicativas corresponden a los niveles de inversión estatales y federales en los programas y funciones destinados a la atención de la población afiliada al SPSS.

Adicionalmente, haciendo uso de los datos administrativos de la CNPSS y del Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales en Salud (**SICUENTAS**) se revisó la evolución de seis desbalances financieros que dieron origen a la instrumentación del SPSS.

1. Gasto en salud como porcentaje del PIB
2. Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud
3. Número de veces que el gasto público *per cápita* en la población asegurada excede el gasto público *per cápita* en la población no asegurada y ahora afiliada al SPSS.
4. Relación entre el gasto federal *per cápita* en el estado con la cifra más alta y el estado con la cifra más baja
5. Variabilidad en la contribución de los estados al financiamiento de los servicios de salud (coeficiente de variación)
6. Relación entre el gasto en nómina y la inversión en infraestructura

Fuentes de Información

Las principales fuentes de información, en lo que respecta al gasto de bolsillo de los hogares afiliados al SPSS, fueron las Encuestas Nacionales de Ingresos y Gastos de los Hogares (**ENIGH**) desarrolladas en 2002, 2004, 2006, 2008 y 2010. Los primeros dos años

con el fin de tener una referencia antes, delante y durante el inicio del SPSS y de 2006 a 2010 para revisar su evolución. Por otro lado, también se usó el Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales en Salud (**SICUENTAS**) y los registros administrativos e institucionales de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y los Servicios Estatales de Salud. Se construyó una base de datos apilada de los diferentes años de la ENIGH (*Pooled Cross-sectional Data*) para analizar el efecto de la afiliación de los hogares al SPSS sobre el gasto en salud y los gastos catastróficos y empobrecedores, controlando por composición del hogar, lugar de residencia, características del jefe del hogar y del lugar y/o estado de residencia a través del tiempo. A fin de hacer comparables los diferentes años disponibles de la encuesta, las variables monetarias fueron deflactadas con base en el Índice Nacional de Precios al Consumidor (**INPC**) del Banco de México.⁴

Indicadores

Prevalencia de hogares con gastos catastróficos 2002-2010

Prevalencia de hogares con gastos empobrecedores 2002-2010

Prevalencia de hogares con gastos excesivos en salud (gastos catastróficos o empobrecedores) 2002-2010

Evolución de los desequilibrios financieros 2002, 2006 y 2010

a. Nivel: Gasto en salud como porcentaje del PIB

b. Fuente: Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud

c. Distribución: Número de veces que el gasto público *per cápita* en la población asegurada excede el gasto público *per cápita* en la población no asegurada y ahora afiliados al SPSS. Relación entre el gasto federal *per cápita* en el estado con la cifra más alta y el estado con la cifra más baja

d. Contribución Estatal: Variabilidad en la contribución de los estados al financiamiento de los servicios de salud (coeficiente de variación)

e. Asignación de fondos: Relación entre el gasto en nómina y la inversión en infraestructura.

IV.3 Componente de Impacto.

Para este componente se utilizaron diversas fuentes de información: las bases de datos de las dos últimas Encuestas Nacionales de Salud: ENSANUT-2006 y ENSANUT-2012, las bases de datos de Egresos hospitalarios y de Mortalidad del periodo 2000-2010.

Análisis de Encuestas Nacionales de Salud.

El propósito de este análisis fue describir y comparar diferentes indicadores de salud, accesibilidad a los servicios de salud y de calidad de la atención, obtenidos en la ENSANUT-2006 y la ENSANUT-2012. Se evaluó la magnitud del cambio de estos indicadores entre las dos encuestas estratificando por SPSS en las siguientes tres categorías: con SPSS, sin SPSS y con seguridad social (IMSS, ISSSTE, SEDENA, MARINA y PEMEX). Si el tamaño de muestra lo permitía, se incluyó una cuarta categoría denominada Otra, en la que se incluyó a aquellos que cuentan con un seguro privado. De lo contrario, los usuarios de servicios privados fueron incluidos dentro de la categoría de seguridad social

La evaluación incluyó la caracterización sociodemográfica de la población y su perfil de morbilidad así como el análisis de la accesibilidad, la calidad de la atención y la cobertura de los servicios de salud, a través de los indicadores que se describen a continuación.

Características sociodemográficas y perfil de morbilidad de la población

Dentro de las variables sociodemográficas se incluyeron edad, sexo, condición indígena por auto-adscipción, escolaridad, tamaño de la localidad (rural, urbano, metropolitana), ocupación y nivel socioeconómico por deciles de ingreso. Respecto a la morbilidad reportada se incluyeron las siguientes enfermedades: infecciones respiratorias agudas (IRAs) y diarreas en menores de 10 años; mientras que la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y el sobrepeso/obesidad se estudió en los adultos.

Accesibilidad, Calidad de la Atención y Cobertura de los servicios de salud

Se incluyeron indicadores de accesibilidad, cobertura y calidad de la atención de servicios ambulatorios (preventivos y curativos) y de hospitalización. En cuanto a la cobertura de atención, se incluyeron las pruebas para detección o control de diabetes mellitus, hipertensión, dislipidemias, sobrepeso/obesidad, cáncer cervico-uterino (realización de Papanicolaou) y cáncer de mama (exploración mamaria) en el último año.

En los niños menores de 5 años se evaluó la cobertura de vacunación por tipo de biológico (polio, tuberculosis, DPT, sarampión, pentavalente y triple viral) y el esquema de vacunación completo.

En las mujeres de 20 años y más, cuyo último hijo nacido vivo ocurrió en los cinco años previos al levantamiento de la encuesta se evaluó la calidad de la atención prenatal, el tipo de personal que atendió el parto, el lugar de atención y las complicaciones en la atención del mismo.

Adicionalmente, se evaluaron las causas principales de la demanda de atención de servicios médicos ambulatorios u hospitalarios en el último año.

En cuanto a la calidad de la atención se consideraron la percepción y satisfacción del usuario por el servicio médico recibido en la última ocasión. En lo relativo a los gastos de atención médica recibida, se analizaron los gastos de bolsillo respecto al ingreso mensual individual y familiar tanto por los servicios ambulatorios (preventivos/curativos) como los de hospitalización.

Egresos hospitalarios y Mortalidad

La evaluación consideró el análisis de las bases de datos secundarias para estimar la tasa de mortalidad general y las principales causas de mortalidad de las intervenciones cubiertas por el *Seguro Popular*. Con la serie de datos de mortalidad publicada por el INEGI y disponible en los cubos de información dinámica de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) estimaron las tasas general de mortalidad y por causas específicas seleccionadas en la población beneficiaria del SPSS para determinar si existen cambios en el tiempo y diferencias entre las poblaciones no derechohabiente y derechohabiente de las instituciones de la seguridad social.

Las bases de datos de egresos hospitalarios de la Secretaría de Salud contenidas en el Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (**SAEH**) y las bases de datos de egresos hospitalarios del sector público, ambas publicados por la DGIS, fueron utilizadas en el análisis para identificar cambios en las tendencias en la utilización de servicios de salud por parte de la población beneficiaria del SPSS.

Cuadro. IV.3. Resumen de temas y fuentes de Información utilizados en la Evaluación Externa del SPSS. 2012

Tema	Subtema	Fuente de Información
Afiliación	Características socio-económicas de la población afiliada al SP	ENIGH 2008 2010 ENSANUT 2006 y 2012
	Promoción de la afiliación	Evaluaciones Externas del SPSS
	Afiliación, vigencia y divulgación de derechos	ENSANUT 2006 y 2012
Manejo de los recursos	Administración de recursos financieros	Información estadística y financiera de la CNPSS Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2010 Entrevistas a informantes clave.
	Barreras financieras y organizacionales	Evaluaciones Externas del SPSS 2007-2011
Dotación de Medicamentos	Abasto y acceso a medicamentos	ENSANUT 2006 y 2012 ENSATA 2009
Trato y derechos de los usuarios	Trato adecuado	ENSANUT 2006 Y 2012
	Tutela de derechos	ENSATA 2009
	Verificación de cumplimiento de prestadores	Información estadística de la CNPSS
	Seguimiento de quejas con relación a la prestación del servicio	ENSANUT 2006 y 2012 Evaluación Externa SPSS 2008
Rendición de cuentas	Rendición de cuentas	Información Financiera de la CNPSS Informes de Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2010 para c/ entidad federativa
Financiamiento	Hogares con gastos catastróficos y empobrecedores 2002-2010 Evolución de los desequilibrios financieros 2002, 2006 y 2010	ENIGH 2002, 2004, 2006, 2008 y 2010 SICUENTAS de la Secretaría de Salud, Sistema de Cuentas de Salud de la OMS Estadísticas en Salud de la OCDE
	Gasto en salud	Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales en Salud (SICUENTAS) y los registros administrativos e institucionales de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y los Servicios Estatales de Salud.
	Gasto de bolsillo en salud Gasto público en salud	
Perfil demográfico y socioeconómico	Nivel socioeconómico Escolaridad, condición étnica, de ocupación Condiciones de las viviendas	ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012.
Cobertura y utilización SPSS	Hogares afiliados y que utilizan servicios financiados por el SPSS (Tipo de servicios utilizados, calidad y percepción)	ENSANUT 2012.
Condiciones generales de salud y servicios ambulatorios	Enfermedades gastrointestinales	ENSANUT 2006 y 2011
	Atención del prenatal, parto y puerperio	
	Vacunación y Pruebas de detección temprana	
	Detección, tratamiento y seguimiento de enfermedades crónicas	
Egresos Hospitalarios y Mortalidad	Hospitalización	Egresos Hospitalarios 2004-2010 (SAEH) Defunciones 2000-2010 (INEGI)
	Estadísticas Vitales de Mortalidad	

V. Resultados de la Evaluación Externa del Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012

V.1. Hallazgos de las evaluaciones al SPSS 2002-2009⁵

La implantación del SPSS ha sido un proceso *escalonado* en su cobertura geográfica, *paulatino* en el ritmo de afiliación de la población blanco y *fraccionado* en términos de su potencial impacto en términos de los beneficios otorgados por la prestación de los servicios de salud. El dinamismo vinculado al mejoramiento de los procesos administrativos y de gestión para incorporar a la población y su institucionalización dentro de las unidades de atención a la salud ha provocado problemas diversos que se han ido resolviendo a partir de las experiencias dentro de cada una de las entidades federativas.

Resulta natural que las evaluaciones de 2006 y 2007 se hayan enfocado más hacia el componente gerencial por ser el ámbito de acción más directo en la implementación del SPSS. En consecuencia, una vez incorporada la población es pertinente entonces medir el beneficio de contar con la protección social y de acceso a la salud desde la perspectiva inmediata de los costos no erogados por la atención recibida que es uno de los objetivos del “*Seguro Popular*”. Estos efectos se traducen de forma inmediata en términos de su impacto en la protección financiera (gasto de bolsillo y catastrófico) otorgada por el efecto de la afiliación aunque es a partir de 2007 cuando se aborda -de manera más explícita y clara- el aspecto financiero. Por último, la medición del impacto en salud resulta más complicada debido, primero a la carencia de fuentes de información que nos permitan identificar y distinguir con claridad la pertenencia al *Seguro Popular* y, segundo, identificar los escenarios de atención donde el efecto de una afiliación -que apunta hacia la protección financiera de los usuarios- genere beneficios adicionales a partir de los diferentes procesos de atención como los menores tiempos de espera para consultas y cirugías; un mejor acceso a los servicios preventivos, ambulatorios y especializados; medicamentos, exámenes, etc.; para que adicionalmente y -en un tiempo muy corto todavía- se puedan medir impactos concretos en la salud de las personas afiliadas con respecto a las que no lo están. Esto también está vinculado al paquete de intervenciones que ofrece el programa y el ritmo de utilización de cada una de ellas por parte de los usuarios pues debemos contar con una cohorte de individuos expuestos en número y tiempo suficientes para poder estimar impactos diferenciales entre los afiliados al *Seguro Popular* y los usuarios de otro tipo de seguridad social.

Evaluaciones Gerenciales:

Uno de los desafíos iniciales durante la implementación del SPSS fue la identificación e incorporación (afiliación) de la población blanco (los más pobres) para distinguir entre los que ya pertenecían o no a un programa de seguridad social, sobre todo en las áreas más vulnerables que podían confundirse con otros programas como IMSS-Oportunidades. Estos desafíos motivaron la creación de mecanismos de difusión y campañas exhaustivas de promoción para informar a la población sobre las características, beneficios y responsabilidades contraídos al incorporarse al *Seguro Popular*. En 2002 era claro que la población afiliada se encontraba en los primeros deciles de ingreso y que entre sus razones

(demandas) para afiliarse estaba que los tiempos de espera se redujeran; se les otorgara todo el medicamento prescrito por su médico; y que tuvieran un buen trato. En las primeras evaluaciones se mostró que 88.6% de los afiliados comentó que los tiempos de espera efectivamente disminuyeron, se observó que 6.2% de los hogares incurrió en un gasto en salud y 4.2% de los hogares tuvieron gastos semi-catastróficos. Un hallazgo que ha ido permeando la prestación de servicios es que se identificó cierta discriminación entre los usuarios asegurados en el SPSS y los no asegurados, por ejemplo, con los privilegios en el surtimiento de recetas a los afiliados frente a los no afiliados.

En el 2003 se pudieron identificar algunas falsas expectativas entre la población afiliada ya que los instrumentos y mecanismos de difusión eran poco atractivos o claros. En ocasiones, la información sobre los beneficios del programa se proporcionó en forma errónea, con lo que se generaron expectativas que no cubría el programa, como es el caso de la obtención de atención a todo tipo de problema de salud (curativo y hospitalario) y la idea de que con el SPSS se podría acceder a todo tipo de medicamentos. Además se identificó una escasez de los recursos humanos, su poca capacitación y limitado conocimiento o confusión de las reglas de operación por parte del personal operativo.

No obstante, también se identificaron mejorías en el proceso de atención, por ejemplo, 27% de los afiliados señaló tener una buena experiencia con el SPSS ya que obtuvieron citas en menor tiempo; 42% siempre recibió los medicamentos indicados; 30% la mayoría de las veces; 17% algunas de las veces; 7% pocas veces y sólo 4% refirió que nunca recibió los medicamentos. Sólo 13% pagaron de su bolsillo por el medicamento.

En cuanto a la utilización de los servicios de salud, los afiliados al SPSS acudieron para la realización de exámenes generales (18%); atención preventiva (17%), vacunación (17%), revisión del niño sano (16%), atención prenatal (15%). En los servicios de segundo nivel, 26% se atendió por parto o por una cirugía programada; 74% ingresaron por urgencias. Los principales servicios preventivos utilizados por los afiliados fueron la vacunación, la prueba de Papanicolau, el cuidado del embarazo y la planificación familiar. El principal motivo de hospitalización fue la atención del parto o cesárea, que representó la tercera parte de las hospitalizaciones y fue significativamente mayor que en el resto de la población. Un hallazgo adicional fue que 77% de los afiliados no pagaron por recibir la atención ambulatoria y que 5% efectuó pago por consultas; medicamentos (1%); y menos de 1% lo realizaron por recibir materiales de curación; exámenes de laboratorio y gabinete.

En el 2004, el SPSS empezó a mostrar reducciones de 59% a 56% en la población sin seguridad social, dando señales de buena aceptación en la población afiliada ya que 93% señaló su intención de re-afiliarse. No obstante, 70% de los coordinadores estatales del programa no estaban satisfechos con las metas de afiliación. En cuanto al abasto de medicamentos, 26.3% de los coordinadores afirmaron que tenían en existencia todos los medicamentos señalados en el catálogo del SPSS; y 55.7% contestaron que tenían la mayoría.

Para el periodo 2005- 2006, hubo avances importantes en el proceso de afiliación con Guanajuato y Tabasco como las entidades con mayor número de familias afiliadas; Tabasco, Aguascalientes y Colima avanzaron hacia la cobertura universal, mientras que

Michoacán, DF y Guerrero tuvieron menores avances. A pesar de sus problemas de dispersión y población indígena, Chiapas y Veracruz también reportaron avances importantes en la cobertura.

En 2007 se detectaron fallas en la afiliación de los grupos más vulnerables (zonas rurales pobres, población de Oportunidades, indígenas, etc.), ubicados en Guerrero, Oaxaca, Chiapas, principalmente. Fue preciso redefinir los esquemas de evaluación de la afiliación en estas entidades, de tal forma que se incentivara y apoyara de manera diferenciada a aquellos que lograran afiliar a los grupos más vulnerables.

También se empezaron a evidenciar problemas en el ramo de medicamentos ya que mayor gasto no implicaba mayor volumen de medicinas o mejor abasto de ellas; pues en realidad, podía estar disfrazando problemas de ineficiencia en la compra. Los procesos de compra y abasto de medicamentos del SPSS se encontraban en diferentes fases en las entidades de la República, así como los recursos financieros y humanos disponibles. En vista de que no existían criterios centrales que controlaran el volumen y el tipo de personal que se contrataba con recursos del *Seguro Popular*, esto propició que cada uno de los estados estableciera sus prioridades de manera discrecional.

Para 2009, se empezaron a distinguir otro tipo de problemas asociados a la gestión de servicios y recursos. En 9 entidades evaluadas se notó una mejora en la suscripción de acuerdos, convenios y contratos, sin embargo, también se reconoció que no existía claridad en el marco jurídico de los REPSS, además de una escasa reglamentación para la suscripción de contratos con prestadores privados.

En el proceso de afiliación se registraron avances en los 9 estados; Morelos tuvo un avance de 70% al igual que Hidalgo (83%), Querétaro (86%) y Guerrero (80%). Campeche logró la afiliación de 98% de su población rural, y 90% de la urbana, Jalisco 95% y 90%, y Baja California 92 y 98%, respectivamente. A pesar del incremento en la afiliación, la reafiliación de la población estuvo obstaculizada, principalmente, porque la población se quejaba de la falta de calidad en la prestación de servicios y el surtimiento de recetas.

Un hallazgo importante fue que los mecanismos de adquisición y distribución de medicamentos en las 9 entidades fueron muy heterogéneas ya que cada una tiene su propio proceso de adquisiciones y, por ello, no existía uniformidad en los procesos licitatorios que además conservan temporalidades diferentes: unos anuales y otros bianuales. El gasto de las entidades en la compra de los medicamentos no fue homogéneo, por ejemplo, en 2009, Hidalgo gastó 35 veces menos que Jalisco. El Distrito Federal y Zacatecas, fueron los siguientes con mayor gasto. Otro hallazgo muy importante fue que menos de 1% del gasto total en medicamentos en las nueve entidades se destinó a medicamentos fuera del CAUSES

Sobre el proceso de gestión del FPGC, se observó que sólo Baja California, Querétaro, Morelos y el Distrito Federal cumplieron con el manual de operación y se observó que de 2008 a 2009 hubo 20% incremento en la regularización de los trabajadores; que con recursos del SPSS en 2008 se contrataron 10,782 trabajadores y esta cifra aumentó a 12,538 en 2009. Esto derivó en que 25% de los recursos del SPSS se canalizó para el pago del

personal y ningún estado rebasó el tope presupuestal de 40% que establece el Acuerdo de Coordinación.

Evaluaciones financieras:

La estructura de financiamiento tripartita del SPSS asociado -entre otros factores- al proceso de afiliación de su población blanco, ha modificado el presupuesto disponible para atender a la población en el *Seguro Popular*. En 2005-06 aumentó el compromiso de las entidades con relación al financiamiento del SPSS incorporando recursos estatales frescos. La mayor parte de los recursos se ejercieron en la compra de medicamentos, seguido por el pago de honorarios al personal médico. En sus etapas iniciales, la mayoría de los directores estatales del SPSS consideraron que la asignación de recursos fue transparente aunque la radicación fue demasiado lenta. Los lineamientos del FPP eran desconocidos en varias entidades.

Para 2007, la descentralización en la operación de los REPSS fue benéfica y pudo garantizar un mejor desempeño. Un modelo de separación de funciones más claro pudo complementarse con la agilización del flujo de todo el FPGC, desde el plano central hasta el estatal.

Se detectaron deficiencias notorias en el sistema de información del FPGC y la falta de una capacitación adecuada de sus operadores. Los datos sobre el número de casos validados y pagados, por ejemplo, fueron inconsistentes, una situación que se observó en los niveles federal y estatal. Además se detectaron problemas en cuanto al pago de servicios pues los beneficiarios del fondo incurrieron en gastos relacionados con la atención de salud, de los que una gran proporción se destinó a la compra de medicamentos y al pago por los servicios utilizados.

Del total del presupuesto asignado en 2009 para las intervenciones cubiertas por el FPGC, los antirretrovirales para VIH/SIDA concentraron 41%, seguido por el cáncer de mama (20%) y las afecciones propias del recién nacido (18%). Intervenciones como los tumores malignos del niño, la mama y el cérvico uterino y los cuidados intensivos neonatales se ofrecieron en la mayoría de los estados, sin embargo, no todos los estados tuvieron la misma distribución presupuestal.

Evaluaciones de impacto:

Como ya se ha señalado, la medición de impacto se realizó en las esferas de gestión y protección financiera, en tanto que son escenarios donde el proceso de afiliación puede modificar de manera inmediata el proceso de atención y el costo para el usuario sin que ello impacte necesariamente en mejores condiciones de salud. Las evaluaciones realizadas muestran cambios en los tiempos de espera, el acceso y pago por medicamentos o servicios ambulatorios sin que se analizaran los procesos de calidad de la atención de los mismos. De manera adicional, debemos considerar que todavía no existía una cohorte estable de afiliados al Seguro Popular para identificar cambios poblacionales en el perfil de salud de dicha población y contrastarlo con el perfil de las no aseguradas o las derechohabientes a otros esquemas de seguridad social.

A partir del 2004 se demostró que la probabilidad de incurrir en un gasto catastrófico por motivos de salud era menor en los afiliados al *Seguro Popular* que en los que no tienen seguridad social y eso ya era equiparable a lo reportado por la población con otra derechohabencia. En el periodo 2005-2006 se redujo el gasto de bolsillo, aumentó la disponibilidad de medicamentos en las unidades afiliadas al SPSS y mejoró el trato adecuado en las unidades que recibían fondos del SPSS. El estudio evidenció que era muy prematuro el momento de evaluación para que se identificaran diferencias significativas en la salud de los afiliados.

En el 2007, diferentes encuestas ratificaron que el *Seguro Popular* había reducido la probabilidad de que hogares mexicanos incurrieran en gastos catastróficos en salud y mayores gastos de bolsillo. Esto debe destacarse pues también evidenciaron que las familias afiliadas tenían condiciones socioeconómicas menos favorables que las no afiliadas. La evaluación de efectos, tras 10 meses de exposición al programa, sólo mostró una cierta tendencia en favor del SPSS, aunque no de manera significativa. En este sentido, se espera que los beneficios en salud del SPSS se manifiesten de manera gradual a medida que se alcancen las metas de afiliación total (previstas para 2010).

La información obtenida en la evaluación de 2008 arrojó que el gasto en salud de la población afiliada al SPSS se redujo de 48% a 39%, lo que sugería que el SPSS no reducía la prevalencia de gasto de bolsillo pero sí la magnitud de dicho gasto. La afiliación al SPSS redujo en tres puntos porcentuales la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos por motivos de salud, y esta reducción fue más notable en los hogares rurales.

También se observó un impacto positivo en la movilización de recursos federales y estatales, ya que con ellos se pudo invertir en los servicios de salud, lo cual redujo las barreras geográficas que impedían a la población atenderse. Por ejemplo, se identificó que el fortalecimiento de los servicios de salud dirigidos a la población sin seguridad social, se asoció a una mayor utilización de los servicios ambulatorios y hospitalarios por parte de la población afiliada pues hubo un impacto en la utilización de los servicios preventivos y una reducción notable en el uso de los servicios privados por parte de esta población.

Si bien dichos efectos nos inclinan a pensar en que la salud debe verse beneficiada por estos efectos, no ha sido factible medir dichos impactos por lo breve del periodo de exposición al programa por parte de la población afiliada; la incertidumbre sobre su estabilidad o permanencia en el mismo; la falta de fuentes de información más específica en todos los escenarios de atención y que son de posible influencia del SPSS; la heterogeneidad en la prestación de servicios a nivel nacional y a la variabilidad en los perfiles de salud y la carga de enfermedad particular de las poblaciones afiliadas y las no aseguradas.

V.2. Características sociodemográficas de la población afiliada al Sistema de Protección Social en Salud

La distribución porcentual en 2006 de los hogares beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) muestra que 60% de la distribución del grupo con ningún esquema de afiliación se encontraba en los quintiles I a III; en el año 2008, los quintiles I y II superan el 20% cada uno, y únicamente en el año 2010 el quintil I supera el 20%. El grupo afiliado al SPSS presentó el mismo patrón de distribución que el grupo que no tiene ninguna afiliación; en el año 2010 más del 50% de la distribución se encontró en los quintiles I y II. El grupo que tiene otra afiliación (PEMEX, SEDENA, Marina, Otra institución, Privado, IMSS, ISSSTE) presentó un patrón de distribución opuesto a los otros dos grupos, ya que concentra 60% en los quintiles III IV y V, sin ningún cambio importante a través de los años 2006- 2010. No se observó un cambio mayor a 2% en la distribución porcentual de los deciles de gasto de los hogares en los tres grupos; el grupo afiliado al SPSS disminuyó su proporción en los deciles I-III y creció en los deciles IV, VI – X del año 2006 al 2010 (**Cuadro V.2.1**).

Cuadro V.2.1. Distribución porcentual de los hogares afiliados al SPSS[§], 2006 - 2010

Número de hogares (muestral)	2006			2008			2010		
	Ninguno	SPSS	Otra [‡]	Ninguno	SPSS	Otra [‡]	Ninguno	SPSS	Otra [‡]
	9,058	2,635	8,453	8,936	5,957	13,828	6,738	8,316	11,825
<i>Características del hogar</i>									
Quintil de nivel socioeconómico									
I	26.0	30.5	9.9	25.9	34.2	9.9	24.2	33.0	8.6
II	21.7	24.9	16.5	21.3	24.8	17.1	19.7	24.8	16.4
III	20.2	21.4	20.7	19.4	18.9	20.8	19.8	19.2	20.9
IV	17.2	16.0	23.4	18.1	13.8	24.1	19.4	14.1	24.5
V	15.0	7.2	29.5	15.4	8.4	28.1	17.0	9.0	29.6
Decil de gasto de los hogares									
I	15.9	18.1	1.0	16.7	17.9	2.1	15.4	16.8	2.1
II	13.6	17.3	3.2	13.2	17.2	4.5	12.6	15.4	4.3
III	11.8	15.8	5.8	11.8	14.6	6.6	11.5	14.2	5.9
IV	10.9	12.6	8.1	11.3	12.1	8.2	10.1	12.9	7.7
V	9.9	11.3	9.9	10.0	11.0	9.7	9.7	11.1	9.5
VI	9.0	8.5	11.8	8.5	9.3	11.4	9.0	9.3	11.2
VII	8.2	7.4	13.0	8.1	7.2	12.6	8.8	7.5	12.6
VIII	7.7	4.5	14.5	7.1	5.9	13.8	8.0	6.2	14.0
IX	6.5	3.2	16.2	6.8	3.6	15.0	7.6	4.2	15.6
X	6.7	1.3	16.6	6.4	1.3	16.2	7.4	2.3	17.1

Nota: Datos obtenidos a partir de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los hogares.

[‡] Incluye PEMEX, Sedena, Marina, Otra institución, Privado, IMSS, ISSSTE.

Las características generales de los hogares afiliados al SPSS en 2012 (definidos como afiliados a partir de la pertenencia de al menos un miembro del hogar al SPSS)³, indicó que una proporción por arriba del 70% del jefe del hogar son hombres en los tres esquemas de

³ La fuente de información con la que se construyó la información de los cuadros 2, 3 y 4 fue la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-2012).

afiliación, la media de edad fue de 50 años en el grupo con otro esquema de afiliación (PEMEX, SEDENA, Marina, Otra institución, IMSS, ISSSTE).

El promedio de años de escolaridad es menor en el grupo de afiliados al SPSS en comparación a los otros dos grupos, concentrando alrededor del 60% de los jefes del hogar en los grupos de 0 y 1- 6 años. Solamente el 13.3% del grupo afiliado al SPSS tiene 10 ó más años de escolaridad en comparación con el 26% y 37% de los grupos con ninguna y otra condición de aseguramiento, respectivamente. En las dos categorías más altas de escolaridad se cuenta con 14% de la población. Casi 70% de los afiliados al SPSS se encuentra en los quintiles I-III de NSE⁴, mientras que el 70% del grupo con otro esquema de afiliación se encuentra en los quintiles IV y V. El grupo con mayor proporción de indígenas es el afiliado al SPSS con 13% (6.8% en 2010 de acuerdo al Censo de Población y Vivienda), y 12% reciben transferencias de Oportunidades (**Cuadro V.2.2**).

La distribución de la población afiliada al SPSS por grupo de edad y sexo en 2012 (**Cuadro V.2.3**), advierte una distribución menor del 10% a partir del grupo de 21 - 25 años que va disminuyendo conforme es mayor el grupo de edad; por otro lado, es muy similar la distribución de los grupos de edad de las personas pertenecientes al SPSS, teniendo la mayor proporción en los grupos de 0 -5 años, 6 a 10 y 11 a 15 años. Ningún grupo de edad perteneciente a otra condición de aseguramiento supera el 10%. Únicamente el grupo con ninguna condición de aseguramiento tiene por arriba del 50% de hombres, contrario a los grupos con SPSS y otra condición de aseguramiento.

La distribución de la población afiliada al SPSS por entidad federativa 2012 muestra que las entidades de la República mexicana que cuentan con una mayor distribución porcentual de personas con ningún esquema de afiliación son Michoacán y Estado de México con 31%, le siguen Puebla en segundo lugar y Jalisco en tercero. En el grupo que cuenta con otro esquema de afiliación, los estados de Coahuila y Nuevo León se encuentran por arriba de 60%, y otras entidades del norte de la República como Sinaloa, Sonora, Baja California Sur y Chihuahua se encuentran por arriba de 50%. En el grupo con afiliación al SPSS las entidades federativas con mayor proporción de afiliados son Oaxaca (60%) y en segundo lugar, Chiapas (57.4%) (**Cuadro V.2.4a y b**).

⁴ El nivel socioeconómico (NSE) se aproximó a partir de un índice de NSE construido a partir de un análisis de componentes principales con matrices de correlación policórica, conjugó la posesión de diferentes tipos de activos y características de la infraestructura de los hogares. Las variables (sí =1 y no =0) incluidas fueron: Tener paredes, techo, piso de material durable, electricidad, servicio de agua, excusado, drenaje; además de vehículos (automóviles o camionetas), televisión, radio, estéreo, plancha, licuadora, refrigerado, estufa de gas, lavadora, calentador de agua o *boiler* y línea telefónica.

Cuadro V.2.2. Características generales de los hogares afiliados al SPSS[§], 2012.

Total de hogares	Nacional		Esquema de afiliación					
			Ninguno		SPSS [§]		Otra [‡]	
	28,936,805		14.4		42.8		42.8	
Muestra de hogares	49,785		13.2		49.6		37.2	
	Estimador	[IC – 95%]	Estimador	[IC – 95%]	Estimador	[IC – 95%]	Estimador	[IC – 95%]
<i>Características del Jefe de hogar</i>								
Hombre	74.4	[73.8 - 75.0]	73.8	[72.3 - 75.4]	74.2	[73.3 - 75.1]	74.7	[73.8- 75.7]
Años de edad	48.6	[48.3 - 48.9]	46.5	[46.0 - 47.0]	48.0	[47.6 - 48.3]	50.0	[49.5- 50.5]
Escolaridad								
Promedio	7.7	[7.5 - 7.8]	7.4	[7.2 - 7.6]	6.0	[5.9 - 6.1]	9.4	[9.2 - 9.6]
0 años	11.9	[11.4 - 12.4]	13.4	[12.3 - 14.5]	16.3	[15.5 - 17.0]	7.0	[6.3 - 7.6]
1 - 6 años	35.1	[34.2 - 35.9]	35.6	[33.9 - 37.3]	44.1	[43.1 - 45.1]	25.8	[24.6- 27.0]
7 - 9 años	24.3	[23.6 - 25.0]	23.3	[21.8 - 24.7]	25.0	[24.1 - 25.9]	24.0	[23.0- 25.0]
10 - 12 años	15.8	[15.2 - 16.4]	15.4	[14.1 - 16.8]	10.4	[9.8 - 11.1]	21.3	[20.4- 22.2]
13 o más años	12.9	[12.1 - 13.8]	12.2	[10.8 - 13.7]	4.2	[3.7 - 4.6]	21.9	[20.5- 23.3]
Trabaja	72.1	[71.4 - 72.9]	75.7	[74.2 - 77.3]	72.1	[71.2 - 73.0]	71.0	[69.7- 72.2]
<i>Características del hogar</i>								
Quintil de nivel socioeconómico ⁺								
I	15.1	[14.3 - 15.8]	19.1	[17.7 - 20.5]	24.8	[23.5 - 26.1]	4.0	[3.5 - 4.4]
II	16.9	[16.3 - 17.5]	18.7	[17.4 - 20.1]	23.7	[22.9 - 24.6]	9.4	[8.7 - 10.0]
III	18.7	[18.1 - 19.4]	18.0	[16.6 - 19.4]	20.7	[19.8 - 21.5]	17.0	[16.1- 17.9]
IV	21.8	[21.1 - 22.5]	21.2	[19.7 - 22.7]	17.8	[17.0 - 18.6]	26.0	[25.0- 27.0]
V	27.5	[26.4 - 28.6]	23.0	[21.2 - 24.8]	13.0	[12.2 - 13.7]	43.6	[42.0- 45.3]
Indígena ^{**}	8.5	[7.6 - 9.3]	9.0	[7.7 - 10.3]	13.2	[11.7 - 14.7]	3.5	[3.0 - 3.9]
Recibe transferencias de Oportunidades	6.7	[6.3 - 7.1]	4.8	[4.1 - 5.5]	12.1	[11.4 - 12.9]	1.8	[1.6 - 2.1]
Presencia de integrantes del hogar								
Menores de 5 años	32.3	[31.6 - 33.0]	26.9	[25.4 - 28.4]	40.2	[39.4 - 41.1]	26.2	[25.2- 27.2]
Mujeres en edad reproductiva	76.0	[75.3 - 76.6]	70.8	[69.3 - 72.2]	81.1	[80.4 - 81.9]	72.6	[71.5- 73.8]
De 60 y más años	29.0	[28.1 - 29.8]	22.0	[20.6 - 23.4]	28.3	[27.4 - 29.3]	31.9	[30.5- 33.4]
Con padecimientos agudos 2	27.9	[27.2 - 28.7]	24.8	[23.3 - 26.3]	30.7	[29.7 - 31.7]	26.2	[25.2- 27.3]

Total de hogares	Nacional		Esquema de afiliación					
			Ninguno		SPSS [§]		Otra [‡]	
	28,936,805		14.4		42.8		42.8	
semanas previas								
Con padecimientos crónicos	9.4	[8.9 - 9.8]	6.5	[5.7 - 7.3]	10.0	[9.5 - 10.6]	9.7	[8.9 - 10.4]
2 semanas previas								
Hospitalizados el último año	13.9	[13.5 - 14.4]	6.9	[6.1 - 7.7]	15.7	[15.1 - 16.4]	14.5	[13.8- 15.3]
Con DM y/o HTA	15.9	[15.3 - 16.4]	12.3	[11.2 - 13.5]	13.2	[12.6 - 13.8]	19.9	[18.9- 20.9]
<i>Tamaño de la localidad</i>								
Urbano o metropolitano	78.4	[77.8 - 78.9]	80.7	[79.3 - 82.2]	64.6	[63.5 - 65.7]	91.4	[90.3- 92.4]
Rural	21.6	[21.1 - 22.2]	19.3	[17.8 - 20.7]	35.4	[34.3 - 36.5]	8.6	[7.6 - 9.7]

Nota: Datos obtenidos partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Las estimaciones incluyeron la corrección por el diseño de la encuesta utilizando el conjunto de operadores *svyset* del STATA 12.1. Los intervalos de confianza se calcularon al 95%.

[§] Sistema de Protección social en Salud (SPSS), definido a nivel hogar a partir de la afiliación de al menos un miembro de hogar en el SPSS.

[‡] Incluye PEMEX, Sedena, Marina, Otra institución, IMSS, ISSSTE. De este análisis se excluyen a los miembros de los hogares que cuentan con algún seguro privado de salud.

[†] El nivel socioeconómico (NSE) se aproximó a partir de un índice de NSE construido a partir de un análisis de componentes principales con matrices de correlación policórica, conjugó la posesión de diferentes tipos de activos y características de la infraestructura de los hogares. Las variables (sí =1 y no =0) incluidas fueron: Tener paredes, techo, piso de material durable, electricidad, servicio de agua, excusado, drenaje; además de vehículos (automóviles o camionetas), televisión, radio, estéreo, plancha, licuadora, refrigerado, estufa a gas, lavadora, calentador de agua o *boiler* y línea telefónica.

^{**} Se define como hogar indígena a aquellos en donde al menos el jefe, el cónyuge o algún ascendente declaró ser hablante de lengua indígena (CDI, 2009), Ver en Comisión Nacional de Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) (2009). Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México, 2002. Disponible en <http://www.cdi.gob.mx/>.

Cuadro V.2.3. Distribución de la población afiliada al SPSS[§] por grupo de edad, sexo y nivel educativo, 2012.

Total de personas	Nacional		Esquema de afiliación					
			Ninguno		SPSS [§]		Seguridad social [‡]	
	113,080,311		25.5		36.9		37.6	
Muestra de personas	191,818		22.7		43.6		33.7	
Grupos de Edad	Estimador	[IC - 95%]	Estimador	[IC - 95%]	Estimador	[IC - 95%]	Estimador	[IC - 95%]
0 – 5	11.5	[11.2 - 11.7]	11.6	[11.2 - 12.1]	13.5	[13.2 - 13.8]	9.3	[9.0 - 9.7]
6 – 10	10.0	[9.8 - 10.2]	8.6	[8.2 - 9.0]	12.3	[12.0 - 12.6]	8.7	[8.3 - 9.1]
11 – 15	10.0	[9.8 - 10.2]	8.6	[8.2 - 9.0]	12.3	[12.0 - 12.6]	8.6	[8.3 - 8.9]
16 – 20	10.0	[9.8 - 10.2]	13.4	[12.9 - 13.8]	9.7	[9.4 - 10.0]	8.0	[7.7 - 8.3]
21 – 25	8.7	[8.4 - 8.9]	12.0	[11.6 - 12.5]	7.3	[7.0 - 7.6]	7.7	[7.3 - 8.0]
26 – 30	7.8	[7.6 - 8.0]	9.0	[8.6 - 9.4]	6.8	[6.6 - 7.1]	7.8	[7.5 - 8.1]
31 – 35	7.2	[7.0 - 7.5]	7.1	[6.8 - 7.5]	7.1	[6.8 - 7.3]	7.5	[7.1 - 7.9]
36 – 40	6.7	[6.6 - 6.9]	6.4	[6.1 - 6.8]	6.4	[6.2 - 6.7]	7.2	[6.9 - 7.6]
41 – 45	6.0	[5.8 - 6.1]	5.3	[5.0 - 5.6]	5.7	[5.5 - 6.0]	6.6	[6.3 - 7.0]
46 - 50	5.5	[5.3 - 5.6]	5.1	[4.8 - 5.4]	4.8	[4.6 - 5.1]	6.3	[6.0 - 6.6]
51 - 55	4.6	[4.4 - 4.8]	4.1	[3.8 - 4.4]	3.9	[3.7 - 4.0]	5.7	[5.4 - 6.0]
56 - 60	3.7	[3.5 - 3.8]	2.9	[2.7 - 3.1]	3.1	[2.9 - 3.3]	4.7	[4.4 - 5.0]
61 - 65	2.8	[2.7 - 3.0]	1.9	[1.7 - 2.0]	2.4	[2.2 - 2.5]	4.0	[3.7 - 4.2]
66 - 70	1.9	[1.8 - 2.0]	1.2	[1.1 - 1.3]	1.6	[1.5 - 1.7]	2.7	[2.5 - 3.0]
71 - 75	1.5	[1.4 - 1.6]	1.1	[0.9 - 1.2]	1.2	[1.1 - 1.3]	2.1	[1.9 - 2.3]
76 - 80	1.0	[1.0 - 1.1]	0.7	[0.6 - 0.7]	0.9	[0.8 - 1.0]	1.4	[1.2 - 1.6]
81 - 85	0.7	[0.6 - 0.7]	0.5	[0.4 - 0.6]	0.5	[0.4 - 0.6]	1.0	[0.8 - 1.1]
86 - 90	0.3	[0.3 - 0.4]	0.3	[0.2 - 0.4]	0.2	[0.2 - 0.3]	0.4	[0.4 - 0.5]
91-más años	0.1	[0.1 - 0.2]	0.1	[0.1 - 0.2]	0.1	[0.1 - 0.1]	0.1	[0.1 - 0.2]
Sexo								
Mujeres	51.2	[50.9 - 51.4]	47.2	[46.6 - 47.8]	53.9	[53.5 - 54.3]	51.2	[50.8 - 51.6]
Hombres	48.8	[48.6 - 49.1]	52.8	[52.2 - 53.4]	46.1	[45.7 - 46.5]	48.8	[48.4 - 49.2]
Nivel educativo								
0 años	20.0	[19.6 - 20.3]	20.3	[19.7 - 20.9]	24.7	[24.2 - 25.1]	15.2	[14.7 - 15.7]
1 - 6 años	31.3	[30.9 - 31.8]	29.4	[28.6 - 30.2]	38.1	[37.5 - 38.8]	26.0	[25.4 - 26.7]
7 - 9 años	23.4	[23.0 - 23.7]	24.4	[23.7 - 25.1]	24.0	[23.5 - 24.4]	22.2	[21.6 - 22.7]
10 - 12 años	15.7	[15.4 - 16.1]	16.3	[15.7 - 17.0]	10.7	[10.3 - 11.1]	20.3	[19.7 - 20.9]
13 o más años	9.5	[9.0 - 10.1]	9.5	[8.9 - 10.2]	2.6	[2.4 - 2.8]	16.3	[15.5 - 17.2]

Nota: Datos obtenidos partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Las estimaciones incluyó la corrección por el diseño de la encuesta utilizando el conjunto de operadores *svyset* del STATA 12.1. Los intervalos de confianza se calcularon al 95%. [§] Sistema de Protección social en Salud. Una persona se define como beneficiaria del SPSS si pertenece a dicho Sistema independientemente de que si cuenta con más de un esquema se aseguramiento de la salud. [‡] Incluye PEMEX, Sedena, Marina, Otra institución, IMSS, ISSSTE. De este análisis se excluyen a los miembros de los hogares que cuentan con algún seguro privado de salud.

Cuadro V.2.4a Distribución de la población afiliada al SPSS[§] por entidad federativa, 2012.

Total de personas	Nacional	Esquema de afiliación		
		Ninguno	SPSS [§]	Otra [‡]
	113,080,311	25.5	36.9	37.6
Muestra	191,818	22.7	43.6	33.7
<i>Entidad Federativa</i>				
Aguascalientes	1.1	16.5	33.1	50.5
Baja California	2.8	24.1	26.3	49.6
Baja California Sur	0.6	20.1	25.7	54.1
Campeche	0.7	16.9	47.1	36.0
Coahuila	2.5	23.5	12.8	63.7
Colima	0.6	16.4	39.8	43.9
Chiapas	4.3	27.5	57.4	15.2
Chihuahua	3.0	23.3	26.1	50.5
Distrito Federal	7.8	28.4	23.7	48.0
Durango	1.5	24.1	34.1	41.8
Guanajuato	4.9	21.0	47.9	31.1
Guerrero	3.0	27.9	53.0	19.1
Hidalgo	2.4	21.3	51.1	27.6
Jalisco	6.6	28.7	26.1	45.3
México	13.5	31.0	31.4	37.6
Michoacán	3.9	31.0	42.6	26.4
Morelos	1.6	26.8	41.2	32.1
Nayarit	1.0	19.4	42.8	37.8
Nuevo León	4.1	20.8	18.6	60.7
Oaxaca	3.4	23.9	60.6	15.6
Puebla	5.1	29.5	45.2	25.3
Querétaro	1.6	18.9	37.3	43.9
Quintana Roo	1.2	26.5	32.7	40.8
San Luis Potosí	2.3	17.8	49.1	33.1
Sinaloa	2.5	19.9	27.1	53.1
Sonora	2.3	21.8	24.7	53.5
Tabasco	2.0	21.9	51.2	27.0
Tamaulipas	2.9	21.6	35.3	43.2
Tlaxcala	1.0	26.6	49.4	24.1
Veracruz	6.9	28.0	42.9	29.0
Yucatán	1.7	17.9	40.5	41.7
Zacatecas	1.4	21.5	45.4	33.1

Nota: Datos obtenidos partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Las estimaciones incluyeron la corrección por el diseño de la encuesta utilizando el conjunto de operadores *svyset* del STATA 12.1. [§] Sistema de Protección Social en Salud. [‡] Incluye PEMEX, Sedena, Marina, Otra institución, IMSS, ISSSTE. De este análisis se excluyen a los miembros de los hogares que cuentan con algún seguro privado de salud.

En comparación con el Censo de Población y Vivienda 2010, la proporción de afiliados al SPSS⁵ fue de 24.1% y en 2012 de 36.9%. En 2010 las entidades federativas con mayor proporción de afiliados al SPSS fueron Chiapas, Hidalgo y Campeche con 38%, 37.7% y 37.3%, respectivamente. Las entidades federativas con mayor incremento porcentual de afiliados fueron Oaxaca (27.5%) y Puebla (22%); por el contrario, los estados con menor incremento porcentual de afiliados fueron Coahuila (1.5%) y Sinaloa (2.2%). Con las bases de datos de afiliación al SPSS para los años de 2004 al 2010 se construyeron pirámides poblacionales para describir la población afiliada al SPSS por año a partir del 2005.

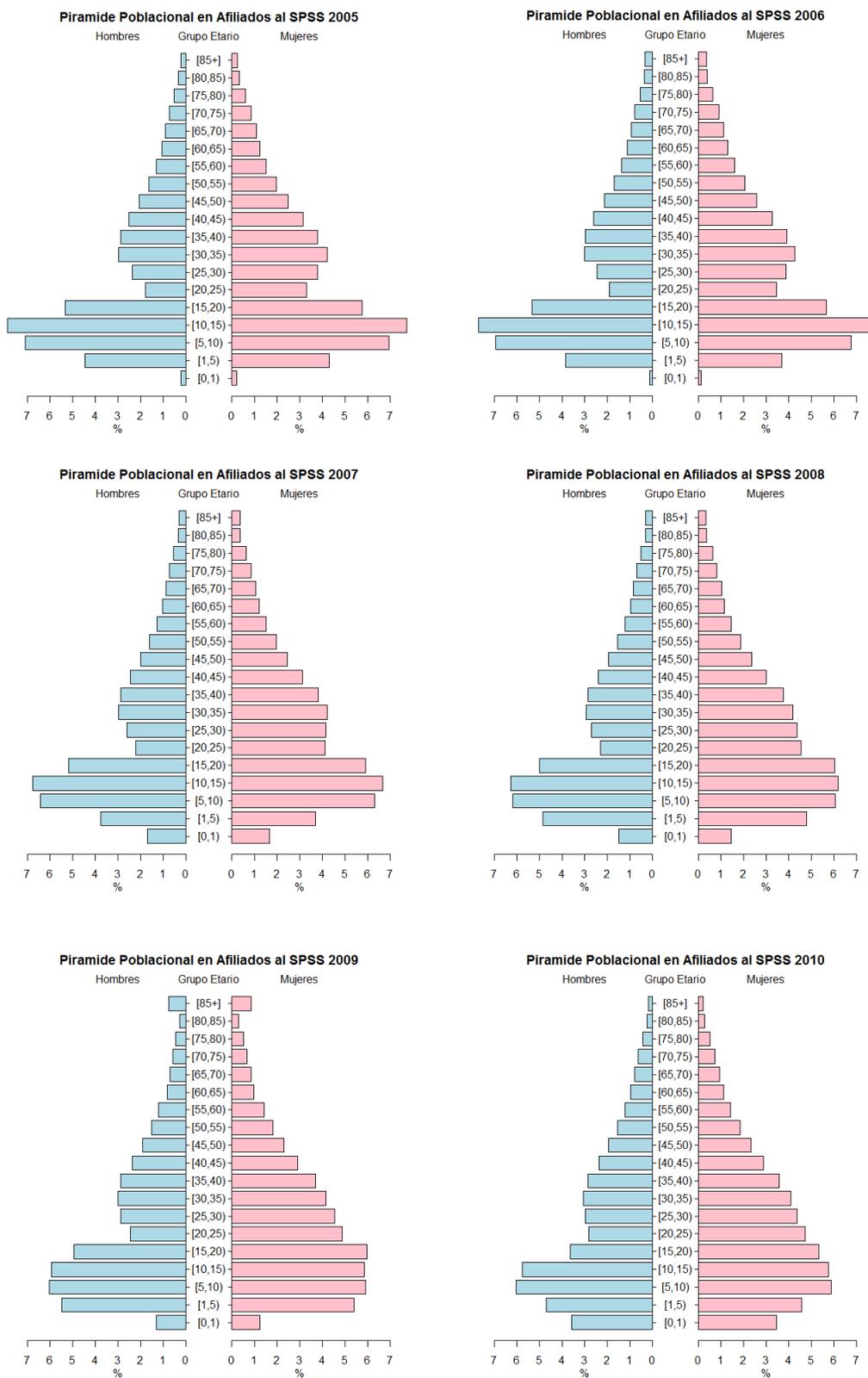
⁵ Para fines de esta comparación, de la población total (nacional y por entidades) se excluyeron a las personas con seguro privado y los no especificados.

Cuadro V.2.4b Distribución de la población afiliada al SPSS por entidad federativa, 2012.

Entidad Federativa	Afiliados al SPSS				Diferencia padrón 2010 Censo 2010	Diferencia padrón 2012 ENSANUT 2011-2012
	INEGI Censo 2010	Padrón SPSS Corte 2010	ENSANUT 2011-2012	Padrón SPSS Corte 2012 ¹		
Aguascalientes	303,287	416,961	399,536	503,042	113,674	103,506
Baja California	473,361	797,261	831,883	1,145,030	323,900	313,147
Baja California Sur	116,785	164,681	165,826	204,335	47,896	38,509
Campeche	302,055	416,328	392,862	474,976	114,273	82,114
Coahuila de Zaragoza	297,031	630,000	358,660	683,321	332,969	324,661
Colima	213,301	275,487	262,471	289,214	62,186	26,743
Chiapas	1,789,363	2,997,900	2,817,721	3,399,945	1,208,537	582,224
Chihuahua	607,803	1,033,038	894,216	1,230,067	425,235	335,851
Distrito Federal	938,554	1,744,419	2,113,756	2,406,741	805,865	292,986
Durango	359,598	538,607	573,158	728,027	179,009	154,869
Guanajuato	1,891,801	2,560,975	2,685,203	3,043,273	669,174	358,070
Guerrero	1,064,745	1,973,798	1,823,876	2,283,046	909,053	459,170
Hidalgo	988,166	1,403,601	1,381,240	1,573,472	415,435	192,232
Jalisco	1,246,648	1,967,804	1,939,046	2,760,851	721,156	821,805
México	2,656,402	5,826,998	4,822,010	6,583,649	3,170,596	1,761,639
Michoacán de Ocampo	1,088,271	1,647,610	1,880,971	2,321,488	559,339	440,517
Morelos	499,872	780,672	742,402	957,654	280,800	215,252
Nayarit	382,625	550,000	469,888	630,277	167,375	160,389
Nuevo León	496,887	946,529	873,631	1,148,888	449,642	275,258
Oaxaca	1,238,309	2,069,971	2,363,212	2,623,312	831,662	260,100
Puebla	1,316,125	2,188,072	2,655,689	3,127,528	871,947	471,839
Querétaro	506,338	711,236	694,066	846,745	204,898	152,679
Quintana Roo	254,939	509,134	435,690	602,125	254,195	166,435
San Luis Potosí	858,177	1,211,402	1,296,369	1,426,876	353,225	130,507
Sinaloa	675,134	1,007,979	759,575	1,096,340	332,845	336,765
Sonora	460,109	689,720	668,247	854,596	229,611	186,349
Tabasco	1,000,075	1,381,712	1,170,225	1,549,083	381,637	378,858
Tamaulipas	779,110	1,220,269	1,176,233	1,394,491	441,159	218,258
Tlaxcala	411,115	725,497	582,290	851,423	314,382	269,133
Veracruz de Ignacio de la Llave	1,934,883	3,620,147	3,376,684	4,095,164	1,685,264	718,480
Yucatán	562,679	783,368	803,561	927,697	220,689	124,136
Zacatecas	515,523	727,543	692,663	841,535	212,020	148,873
Total	26,229,071	43,518,719	42,102,856	52,604,211	17,289,648	10,501,355

¹ Datos del Padrón hasta Abril de 2012

Figura V.2.1: Estructura población de los grupos afiliados al SPSS, 2005-2010



La estructura poblacional de los afiliados en 2005 presenta un predominio de los grupos de edad menores de 20 años y de las mujeres mayores de 15 años. La pirámide poblacional muestra cambios importantes en su composición destacando el crecimiento en el grupo de menores de un año producto de la estrategia de incorporar a los niños del seguro médico de la nueva generación (SMNG) a partir del 2006 en paralelo a la incorporación de las mujeres en edad reproductiva dentro del programa de “Embarazo Saludable”. En 2010 la estructura de la población afiliada sigue mostrando el predominio de las mujeres en los grupos de edad mayores de 20 años. La relativa baja afiliación de hombres en el SPSS puede obedecer al predominio de una oferta de intervenciones dirigidas a la protección de los menores de 5 años y las mujeres en edad reproductiva, y a que el perfil de problemas de salud de la población masculina no se encuentra tan representado en las intervenciones en el CAUSES. Debido a que el SPSS atiende a las poblaciones rurales y más pobres del país, estas zonas son las que también producen los mayores volúmenes de población migrante.

En general, observamos un mejor grado de cumplimiento por parte del SPSS al integrar en su padrón de afiliación a una mayor proporción de población pobre, con baja escolaridad, de integrantes del hogar menores de 5 años (40%) y de mujeres en edad reproductiva (81%), en comparación con los otros dos grupos. En los hogares afiliados encontramos una mayor proporción de integrantes de 60 años y que pertenece a la población indígena además de que 35.3% de los hogares afiliados al SPSS se encuentran en localidades rurales. Este patrón de afiliación nos indica que el SPSS atiende de forma preferencial a la población más vulnerable del país, con mayores riesgos a la salud, menor capacidad de pago y acceso a servicios médicos preventivos y especializados.

V.3. Evaluación del Componente Gerencial

Esta sección muestra algunos de los principales avances, retos y áreas de oportunidad para la mejora de la operación de los REPSS y del Sistema en su conjunto a partir del análisis de la información obtenida del marco regulatorio y normativo del Sistema, los informantes clave entrevistados en los estados, así como de los resultados obtenidos de las evaluaciones 2007-2011 y, en su caso, del análisis realizado de las fuentes secundarias consultadas. La estructura de esta sección se presenta bajo las siguientes categorías de análisis: 1) afiliación, vigencia y tutela de derechos; 2) gestión y administración de los recursos financieros del Sistema; 3) coordinación de la prestación de los servicios de salud; y 4) rendición de cuentas y transparencia.

V.3.1. Desempeño del SPSS 2007-2012

El presente apartado tiene como propósito resumir los principales resultados intermedios en materia de gestión que dan cuenta del desempeño de los REPSS y del Sistema en su conjunto a través del tablero de indicadores que incluyen por lo menos dos mediciones del periodo 2006-2012. La información fue obtenida de fuentes secundarias: ENSANUT, ENIGH, ENSATA, de las Evaluaciones Externas del Sistema de Protección Social en Salud 2007, 2009 y 2011 y de las publicaciones de la Auditoría Superior de la Federación. Los datos permitieron construir indicadores para 4 temas sustantivos: 1) afiliación, 2) recursos financieros, 3) coordinación de la prestación de servicios (trato digno y medicamentos) y 4) rendición de cuentas. El **cuadro V.3.1** presenta un resumen de los indicadores estimados a nivel nacional.

A manera de resumen podemos destacar que en términos de afiliación hay señales muy importantes de avance a favor de la cobertura universal, que la mayoría de la población afiliada cuenta con su póliza de afiliación vigente (98%), que en menor grado se cumple la entrega de la carta de derechos (78%) y tampoco a todos los afiliados se les otorga información sobre sus derechos y obligaciones (74%). En términos de la prestación de servicios, la información sugiere que hay un adecuado surtimiento de recetas (83%) y es comparable al resto del país en el caso de la atención de una enfermedad aguda, aunque disminuye considerablemente cuando se atiende una enfermedad crónica. En cuanto a los derechos y el trato a los afiliados, hay evidencias de que el SPSS otorga atención de calidad, cálida, con trato respetuoso y confidencialidad. Dentro del proceso de rendición de cuentas es evidente que se requiere de una revisión a fondo y un seguimiento muy cercano a los rubros de comprobación de gastos.

A continuación se presentan los resultados de los indicadores seleccionados para la evaluación de desempeño por entidad federativa bajo las siguientes categorías: a) afiliación, vigencia y tutela de derechos, b) gestión de recursos y financiamiento, c) coordinación de la prestación de servicios y d) rendición de cuentas.

Cuadro V.3.1 Tablero de indicadores sobre desempeño incluidos en la Evaluación Externa del Sistema de Protección Social en Salud 2012

Tema	Indicador	(a) 2006 (b) 2009 (c) 2007	(a) 2012 (b) 2010	Diferencia
1. Afiliación (a)	Porcentaje de población asegurada	15.5 (a)	38.2 (a)	22.7
	Porcentaje de población que recibió información sobre derechos	71.8 (a)	74.3 (a)	2.5
	Porcentaje de población con póliza vigente	94.0 (a)	98.1 (a)	4.1
	Le entregaron Póliza de afiliación	94.0 (a)	98.1 (a)	4.1
	Le entregaron carta de derechos	81.2 (a)	77.7 (a)	-3.6
	Le dieron información sobre derechos de servicios médicos	76.1 (a)	75.8 (a)	-0.3
	La información que recibió le permite conocer derechos y obligaciones	71.8 (a)	74.3 (a)	2.5
	Solicitó información sobre derechos y obligaciones	47.3 (a)	14.6 (a)	-32.7
2. Medicamentos (a)	Porcentaje de surtimiento completo de recetas (SPSS)	87.6 (a)	83.2 (a)	-4.4
	Gasto de medicamentos	---	214.9 (a)	---
	Porcentaje de surtimiento de medicamentos por enfermedad aguda (Población total)	82.4 (a)	80.1 (a)	-2.3
	Porcentaje de surtimiento de medicamentos por enfermedad aguda (Población no asegurada)	85.1 (a)	83.2 (a)	-1.9
	Porcentaje de surtimiento de medicamentos por enfermedad aguda (Población afiliada al SPSS)	82.3 (a)	81.4 (a)	-0.9
	Porcentaje de surtimiento de medicamentos por enfermedad aguda (Población asegurada)	78.9 (a)	77.0 (a)	-1.9
	Porcentaje de surtimiento de medicamentos por enfermedad crónica (Población total)	17.5 (a)	19.9 (a)	2.4
	Porcentaje de surtimiento de medicamentos por enfermedad crónica (Población no asegurada)	14.8 (a)	16.8 (a)	2.0
	Porcentaje de surtimiento de medicamentos por enfermedad crónica (Población afiliada al SPSS)	17.6 (a)	18.6 (a)	1.0
	Porcentaje de surtimiento de medicamentos por enfermedad crónica (Población asegurada)	21.1 (a)	23.0 (a)	1.9
3. Trato y derechos de los afiliados (b)	Recibieron explicación detallada y comprensible sobre tratamientos	84.6 (b)	---	---
	Comunicación con el médico (buena/muy buena)	84.7 (b)	---	---
	Trato respetoso / muy respetuoso del médico	98.8 (b)	---	---
	Respeto a la privacidad en la consulta /procedimiento	96.5 (b)	---	---
	Respeto a la confidencialidad en la consulta/procedimiento	93.6 (b)	---	---
	Trato digno	91.6 (b)	---	---
4. Recursos financieros (c)	Porcentaje de comprobación del gasto	98.4 (c)	77.9 (c)	-20.5
	Gasto comprobado en Servicios personales	24.3 (c)	48.9 (c)	24.6
	Gasto comprobado en Medicamentos	30.8 (c)	25.3 (c)	-5.5
	Gasto comprobado en administración del REPSS	4.2 (c)	5.0 (c)	0.8
	Gasto comprobado en Inversión (obra)	10.3 (c)	0.5 (c)	-9.8
	Gasto comprobado en Inversión (equipo)	9.7 (c)	0.5 (c)	-9.1
	Gastos comprobado para la operación de unidades de salud	20.8 (c)	19.8 (c)	-1.0

Fuentes y notas:

- Datos obtenidos a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de los años 2006 y 2012.
- Datos obtenidos a partir de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado de los Pacientes en Hospitales de los Servicios Estatales de Salud (SESA) 2009 Sistema de Protección Social en Salud.
- Datos obtenidos a partir de información financiera suministrada por la Comisión Nacional de Protección social en Salud para los años 2007 y 2010.

a) Indicadores sobre afiliación

La siguiente tabla y gráfica presentan indicadores relacionados a la afiliación de las poblaciones en el Sistema de Protección Social en Salud. El primero es el porcentaje de población asegurada por el SPSS respecto al total de la población. Se observa que entre 2006 y 2012 a nivel nacional existe un crecimiento importante en la cobertura de afiliación

correspondiendo a Oaxaca el valor más alto (60%) cuando en 2006 la población que señaló estar afiliada al SPSS era solamente de 10%. Este patrón se repitió para Chiapas de 7% a 57%, Hidalgo de 15% a 51% y Guerrero de 3% a 53%.

El cuadro incorpora dos variables más, la población afiliada al SPSS que recibió información sobre derechos y con póliza vigente. Las entidades donde el porcentaje aumentó fueron Aguascalientes, Coahuila, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Sonora y Zacatecas. Por el contrario, el porcentaje disminuyó en Baja California, Campeche, Michoacán, Sinaloa y Yucatán, entre otras. Las entidades con el menor nivel de información recibida en 2012 fueron Chiapas, Morelos, Michoacán, Oaxaca y Colima, todas por debajo de 70%. La proporción de población que señaló tener póliza vigente se ubicó por encima de 95% en todas las entidades (**Cuadro V.3.2**).

Cuadro V.3.2. Población asegurada al SPSS, población que recibió información sobre derechos y con póliza vigente. México 2006-2012

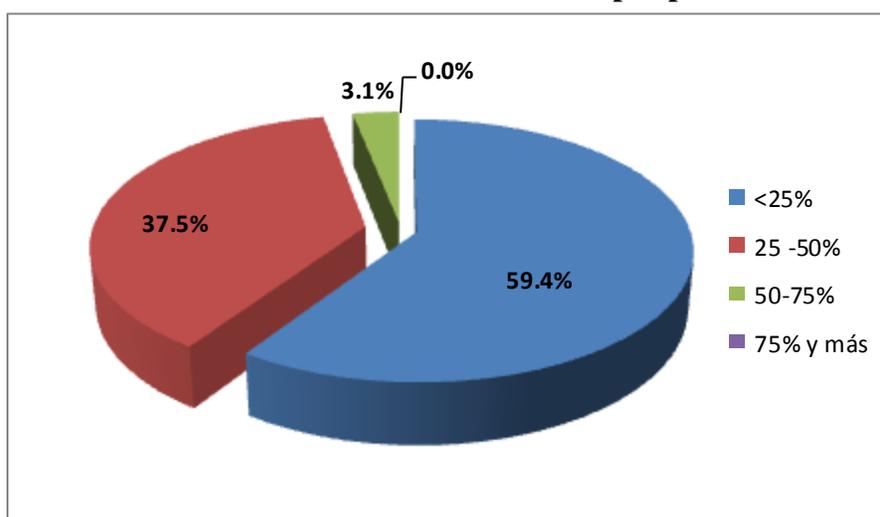
Entidad federativa	Porcentaje de población asegurada		Porcentaje de población que recibió información sobre derechos		Porcentaje de población con póliza vigente	
	2006	2012	2006	2012	2006	2012
Aguascalientes	27.0	33.1	77.3	86.7	97.9	98.9
Baja California	8.8	26.3	80.9	72.6	96.4	97.6
Baja California Sur	8.9	25.7	80.4	78.4	91.3	95.6
Campeche	30.7	47.1	76.1	69.8	96.0	98.3
Coahuila	2.9	12.8	80.3	86.4	95.0	95.3
Colima	31.1	39.8	66.6	65.6	94.2	97.4
Chiapas	7.1	57.4	47.0	50.3	91.7	98.9
Chihuahua	16.3	26.1	66.9	84.2	96.2	98.0
Distrito Federal	1.1	23.7	61.9	80.3	90.6	96.9
Durango	7.3	34.1	73.8	89.0	95.4	98.0
Guanajuato	26.0	47.9	73.9	79.3	95.2	98.6
Guerrero	3.9	53.0	56.1	64.0	97.2	98.7
Hidalgo	15.1	51.1	67.7	82.7	88.5	98.8
Jalisco	16.1	26.1	64.2	65.5	95.7	98.8
México	5.8	31.4	76.1	80.4	91.0	96.7
Michoacán	2.2	42.6	73.0	62.5	94.1	98.4
Morelos	13.9	41.2	58.7	67.9	87.5	98.4
Nayarit	33.5	42.8	76.4	71.3	97.8	98.9
Nuevo León	7.3	18.6	91.8	92.1	94.0	98.4
Oaxaca	10.8	60.6	59.9	66.5	91.1	97.6
Puebla	14.0	45.2	69.0	70.5	92.1	98.8
Querétaro	12.7	37.3	68.2	75.9	92.6	99.2
Quintana Roo	6.9	32.7	69.9	64.7	92.8	97.4
San Luis Potosí	13.3	49.1	74.9	75.1	92.8	98.9
Sinaloa	19.4	27.1	81.7	73.3	94.6	97.9
Sonora	14.1	24.7	65.4	77.0	93.5	99.0
Tabasco	47.3	51.2	78.6	70.9	93.9	98.4
Tamaulipas	21.4	35.3	81.4	61.9	95.6	98.4
Tlaxcala	16.5	49.4	79.7	81.2	95.2	97.0
Veracruz	12.5	42.9	71.8	75.0	94.1	98.2
Yucatán	18.6	40.5	78.0	72.0	98.8	98.3
Zacatecas	23.7	45.4	68.7	83.1	95.7	98.9
NACIONAL	15.5	38.2	71.8	74.3	94.0	98.1

Fuente: Datos obtenidos partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 y 2012

Nota: Los datos presentados corresponden al porcentaje de afiliación de personas al SPSS teniendo en cuenta la población total.

La **figura V.3.1** muestra la cobertura de afiliación en el país y muestra el porcentaje por entidad federativa. Las de menor porcentaje de afiliación, (entre 10 y 30%), en 2012 fueron Sonora, Sinaloa, Nuevo León, Baja California, Coahuila y el Distrito Federal. En la mayoría, el crecimiento de la afiliación entre 2006 y 2012 fue menor excepto en el Distrito Federal que en 2006 había afiliado al 1.1% de la población. Las razones de este fenómeno son conocidas y están relacionadas a la incorporación tardía de esta entidad al SPSS. Entre las entidades con niveles intermedios (>30 – 50%) se encuentran Campeche, Guanajuato, Estado de México, Michoacán, Querétaro, Quintana Roo y San Luis Potosí. La mayor parte de estos tenía un porcentaje de afiliación menor a 10% en 2006 por lo que su esfuerzo para cumplir la meta de afiliación es de destacarse.

Figura V.3.1. Crecimiento en la Afiliación al SPSS por percentiles. México 2006-2012



Fuente: Datos obtenidos partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 y 2012
 Nota: Los datos presentados corresponden al porcentaje de afiliación de personas al SPSS
 Mostrando las diferencias presentadas entre 2006 y 2012 por percentil.

Tres aspectos son sobresalientes de los patrones de afiliación: 1) la entidad con mayor porcentaje de población afiliada al SPSS en 2012 fue Oaxaca con 60%, 2) un grupo amplio de entidades realizaron esfuerzos importantes entre 2006 y 2012 para incrementar su afiliación y 3) la información recibida por los afiliados sobre sus derechos es mucho menor en las entidades más pobres del país que en las más ricas como se muestra en la siguiente sección.

Información sobre derechos

En el **cuadro V.3.3** se amplía la descripción sobre la información recibida por la población afiliada al SPSS por entidad federativa. Se describen cinco variables: a) Entrega de póliza de afiliación, b) entrega de carta de derechos, c) recibió información sobre derechos de servicios médicos, d) la información le permite conocer sus derechos y obligaciones y e) solicitó información sobre derechos y obligaciones.

En relación a la entrega de la póliza de afiliación se observó que en todas las entidades los valores están por encima del 95%. A diferencia de la entrega de la póliza, la entrega de la carta de derechos tiene importantes variaciones en las entidades federativas. Sólo Nuevo León y Durango entregaron carta de derechos por encima de 90% de la población. En el extremo contrario están Tamaulipas y Chiapas que entregaron cartas en 2012 a menos de 60% de la población afiliada. En el Distrito Federal y Oaxaca se observaron aumentos importantes en la entrega de cartas entre 2006 y 2012 pero en Tamaulipas, Yucatán, Sinaloa y Nayarit se observaron reducciones importantes en la entrega de cartas en el mismo periodo. Las razones de estas diferencias pueden ser desde factores organizacionales hasta del ambiente social y de seguridad pública de cada entidad.

La recepción de información sobre derechos a servicios médicos tiene una amplia variación entre las entidades y durante el período entre las dos encuestas. Nuevo León es la única entidad con un valor por encima de 90%. Las entidades donde el reporte de recepción de este tipo de información está por encima de 80% son Coahuila, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Tlaxcala y Zacatecas. En el extremo opuesto, con un porcentaje menor a 70% estuvieron Tamaulipas, Michoacán, Jalisco y Chiapas. Aquellas con una variación positiva destacable son el Distrito Federal, Hidalgo, Jalisco y Oaxaca. Entidades federativas donde el factor social parece jugar un papel importante son Michoacán y Tamaulipas cuyos porcentajes de información recibida disminuyeron de manera importante entre 2006 y 2012.

En relación a la información recibida que permite conocer derechos y obligaciones se puede señalar que Nuevo León es el único que rebasa 90% de su población que recibió este tipo de información. Las que se encuentran por encima de 80% son Zacatecas, Tlaxcala, Estado de México, Durango, Chihuahua, Coahuila, Aguascalientes y el Distrito Federal. En el extremo opuesto, las que tuvieron un menor porcentaje fueron Chiapas, Guerrero, Morelos, Jalisco, Michoacán, Oaxaca y Quintana Roo. Las entidades con mayor incremento entre 2006 y 2012 fueron Aguascalientes, Chihuahua, Durango, Hidalgo, Morelos, Zacatecas y el Distrito Federal. No obstante las reducciones más importantes en el período se observaron en Tamaulipas y Michoacán.

En cuanto a la solicitud de información por parte de la población afiliada, los porcentajes en general son bajos dado que la población en México es todavía poco inclinada a solicitar información por iniciativa propia pero la tendencia que llama la atención es la variación en el porcentaje en todas las entidades entre 2006 y 2012. Para 2012 en Coahuila, Distrito Federal, San Luis Potosí y Veracruz, más de 20% de los informantes de la encuesta señalaron haber solicitado información sobre derechos y obligaciones como beneficiarios del SPSS. En otras se observó que menos de 10% de la población solicitó este tipo de información como en Sinaloa, Puebla, Nayarit, Guanajuato, Chihuahua y Colima.

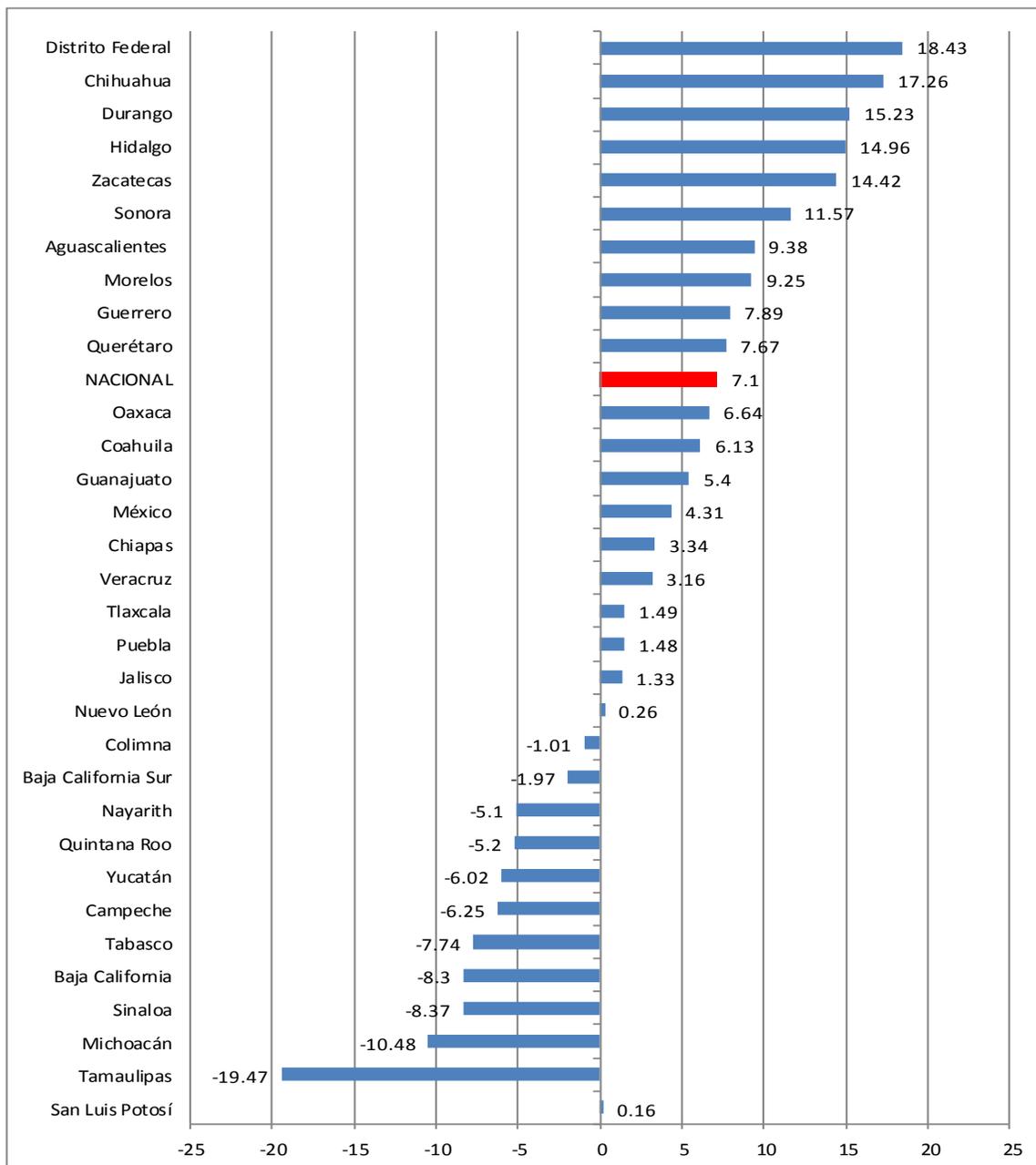
Cuadro V.3.3 Indicadores de difusión de información relacionada a la afiliación al SPSS por entidad federativa. México 2006-2012

Entidad federativa	Entrega de Póliza de afiliación		Entrega de carta de derechos		Recibió información sobre derechos de servicios médicos		La información le permite conocer derechos y obligaciones		Solicitó información sobre derechos y obligaciones	
	2006	2012	2006	2012	2006	2012	2006	2012	2006	2012
Aguascalientes	97.9	98.9	90.4	93.9	86.8	88.9	77.3	86.7	47.3	6.2
Baja California	96.4	97.6	79.9	77.8	79.2	75.1	80.9	72.6	56.4	16.2
Baja California Sur	91.3	95.6	84.7	83.9	78.0	77.7	80.4	78.4	65.8	19.4
Campeche	96.0	98.3	86.8	83.1	80.9	75.5	76.1	69.8	47.6	10.7
Coahuila	95.0	95.3	91.8	84.4	86.8	86.4	80.3	86.4	63.8	27.8
Colima	94.2	97.4	64.2	60.8	54.6	61.9	66.6	65.6	43.0	6.4
Chiapas	91.7	98.9	60.8	49.3	54.8	48.0	47.0	50.3	29.1	12.4
Chihuahua	96.2	98.0	92.1	85.2	86.2	84.1	66.9	84.2	48.1	9.3
Distrito Federal	90.6	96.9	52.7	83.4	45.9	82.6	61.9	80.3	43.1	23.5
Durango	95.4	98.0	88.4	90.5	86.1	85.0	73.8	89.0	49.1	13.9
Guanajuato	95.2	98.6	88.7	85.4	86.0	82.7	73.9	79.3	43.5	7.4
Guerrero	97.2	98.7	75.7	73.5	77.4	71.3	56.1	64.0	46.5	11.0
Hidalgo	88.5	98.8	80.0	90.6	77.5	88.5	67.7	82.7	41.5	15.6
Jalisco	95.7	98.8	67.8	67.9	59.5	65.9	64.2	65.5	46.4	18.1
México	91.0	96.7	84.1	82.7	78.5	77.5	76.1	80.4	42.3	15.4
Michoacán	94.1	98.4	89.7	69.5	90.2	65.4	73.0	62.5	31.9	12.4
Morelos	87.5	98.4	73.9	79.2	61.4	73.7	58.7	67.9	42.1	15.8
Nayarit	97.8	98.9	87.3	69.5	81.3	69.8	76.4	71.3	38.5	8.0
Nuevo León	94.0	98.4	96.3	94.5	89.9	93.3	91.8	92.1	62.7	18.3
Oaxaca	91.1	97.6	60.7	73.0	53.9	70.4	59.9	66.5	40.5	14.5
Puebla	92.1	98.8	84.9	75.1	83.4	71.9	69.0	70.5	48.1	9.7
Querétaro	92.6	99.2	77.4	81.8	66.2	78.1	68.2	75.9	38.0	14.3
Quintana Roo	92.8	97.4	74.5	68.8	67.0	72.2	69.9	64.7	52.5	18.7
San Luis Potosí	92.8	98.9	79.5	76.8	77.1	78.2	74.9	75.1	49.1	22.1
Sinaloa	94.6	97.9	87.9	74.8	84.7	74.3	81.7	73.3	56.3	8.9
Sonora	93.5	99.0	77.5	71.0	67.9	75.5	65.4	77.0	51.9	13.5
Tabasco	93.9	98.4	93.7	78.6	86.5	76.9	78.6	70.9	52.8	14.3
Tamaulipas	95.6	98.4	82.4	59.4	74.2	56.2	81.4	61.9	50.6	17.8
Tlaxcala	95.2	97.0	92.4	85.7	88.4	83.2	79.7	81.2	46.9	13.7
Veracruz	94.1	98.2	86.1	76.9	86.2	77.2	71.8	75.0	38.6	22.8
Yucatán	98.8	98.3	90.8	72.1	83.8	73.1	78.0	72.0	54.0	17.6
Zacatecas	95.7	98.9	76.5	86.2	73.5	83.7	68.7	83.1	46.0	11.0
NACIONAL	94.0	98.1	81.2	77.7	76.1	75.8	71.8	74.3	47.3	14.6

Fuente: Resultados obtenidos de la sección: Difusión, aceptación y utilización del Seguro Popular, del cuestionario de hogares de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 y 2012.

La **figura V.3.2** muestra los resultados por entidad federativa de la agregación de los cinco indicadores mencionados. Se observa que las entidades que más información brindaron a su población fueron: Chihuahua, Durango, Hidalgo, Zacatecas, Sonora y el Distrito Federal, que tuvieron mediciones por encima de la media nacional. Por su parte, Tamaulipas, Michoacán, Sinaloa, Baja California, Tabasco, Campeche, Quintana Roo, Yucatán y Nayarit tuvieron mediciones negativas. Esto último se puede explicar en el hecho de que esta población no solicitó información sobre sus derechos.

Figura V.3.2. Población que recibió información sobre derechos al hacer la afiliación al SPSS. México 2006-2012



Fuente: Resultados obtenidos de la sección Difusión, aceptación y utilización del Seguro Popular, del cuestionario de hogares de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 y 2012.

Nota: Los valores representan la agregación de 4 preguntas: 1) le entregaron Póliza de afiliación, 2) le entregaron carta de derechos, 3) le dieron información sobre derechos de servicios médicos 4) la información que recibió le permite conocer derechos y obligaciones y 5) solicitó información sobre derechos y obligaciones. El denominador corresponde a personas que se afiliaron al SPSS.

b) Indicadores sobre recursos financieros

La CNPSS transfiere anualmente recursos a las entidades para garantizar la producción de servicios de salud a las poblaciones afiliadas. Estos recursos son auditados por la Auditoría Superior de la Federación pero la CNPSS solicita por ley la comprobación de su gasto. El cuadro contiene datos sobre la comprobación del gasto que hicieron para 2007 y 2010. El porcentaje de comprobación para el total de las entidades en 2007 fue de 98.4%. Este porcentaje se redujo para 2010 a 77.9%.

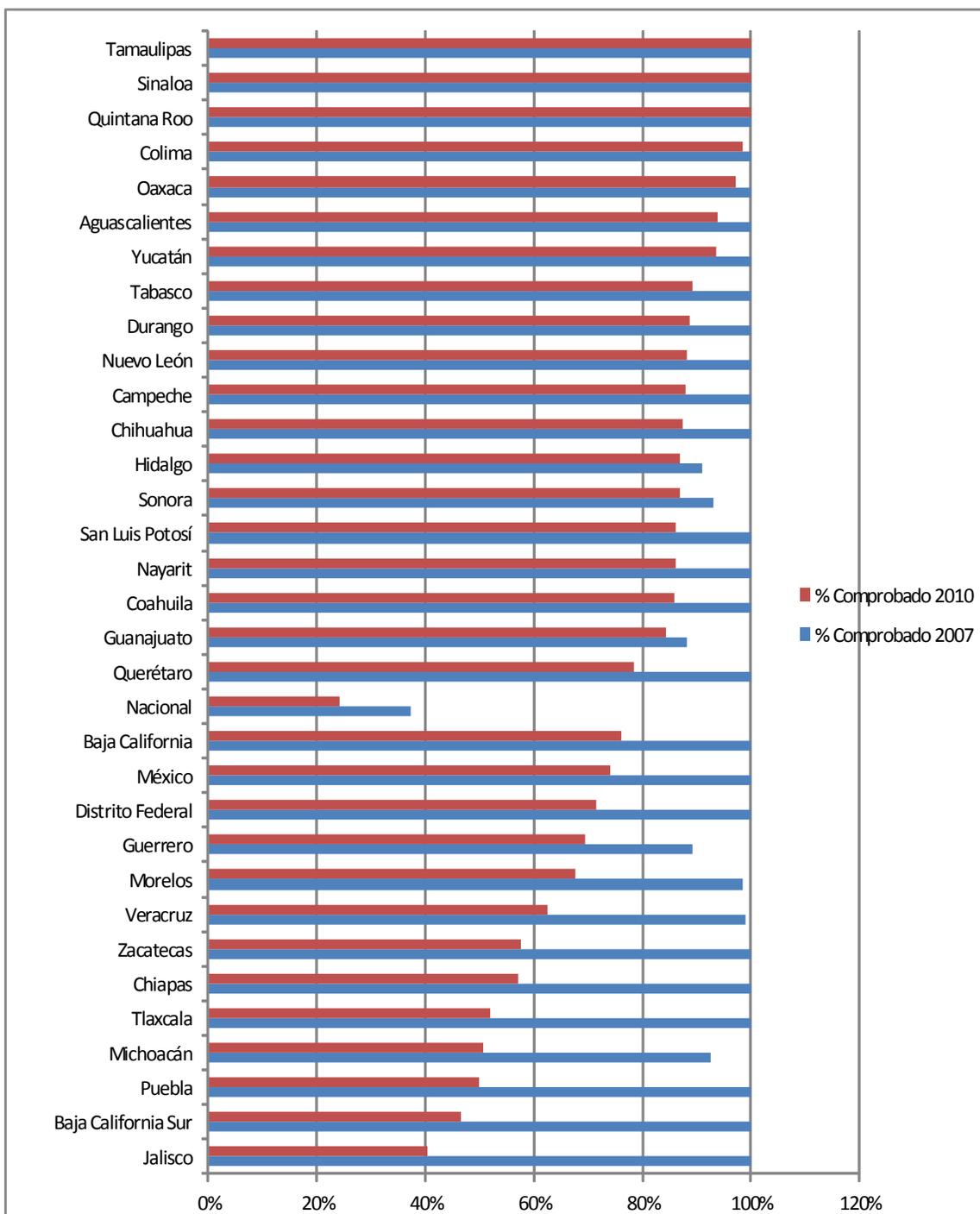
Entre las entidades encontramos diferentes patrones de comportamiento. Por una parte, existen entidades que comprobaron por arriba de 90% de los gastos para ambos años entre las que se encuentran Aguascalientes, Colima, Oaxaca, Quintana Roo, Sinaloa y Tamaulipas. Por otra parte, se identifican entidades que en 2012 comprobaron entre 80 y 90% de los gastos entre las que se encuentran Campeche, Chihuahua, Coahuila, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Nayarit, Nuevo León, Sonora y Tabasco. El resto no alcanzó 80% de comprobación para 2012. Las entidades con porcentajes de comprobación más bajos fueron Puebla, Tlaxcala, Jalisco y Baja California Sur (**figura V.3.3**). Prácticamente en todas las entidades se observó una disminución en el porcentaje entre 2007 y 2010 excepto en Tamaulipas, Sinaloa y Quintana Roo que en los dos años lograron comprobar 100% de los recursos recibidos.

Comprobación de recursos por rubro de gasto

Además de comprobar el total de recursos recibidos, los estados deben separar el gasto ejercido por rubro de gasto. Son 6 rubros de gasto los que se definen: a) servicios personales, b) medicamentos, c) gasto administrativo del REPSS, d) inversión en infraestructura, e) inversión en equipo y f) gastos de operación de las unidades de salud. Como se sabe en los rubros a y b se tienen definidos topes especificados (Anexo IV de los acuerdos de coordinación entre la CNPSS y los estados) (**Cuadro V.3.4 y Figura V.3.4**).

En cuatro rubros encontramos una reducción del gasto para el total de las entidades: Medicamentos, Obra, Equipo y Gastos de Operación. En el gasto de servicios personales (contratación de personal) y gasto operativo del REPSS se identificaron incrementos entre los dos años. El cambio más importante fue sin duda el incremento del volumen de gasto en la contratación de personal. Para 2010, el valor rebasó en 8.9 puntos porcentuales el tope de 40% como límite de gasto acordado entre las entidades y la CNPSS. En 2007 se pactó este tope de gasto y en ese año sólo 6 entidades lo rebasaron. Para 2012 fue rebasado por 23 entidades siendo las más destacadas: Baja California Sur, Jalisco, Michoacán, Morelos, Puebla, Tlaxcala, Veracruz y Zacatecas que alcanzaron al menos 60% del gasto de los fondos recibidos para el CAUSES en este rubro. En el rubro de gasto en medicamentos, 10 entidades rebasaron el tope de 30% de gasto siendo el más alto Sinaloa (43%) y Guerrero (41%).

Figura V.3.3. Porcentaje de recursos ejercidos por las entidades federativas, 2007-2010



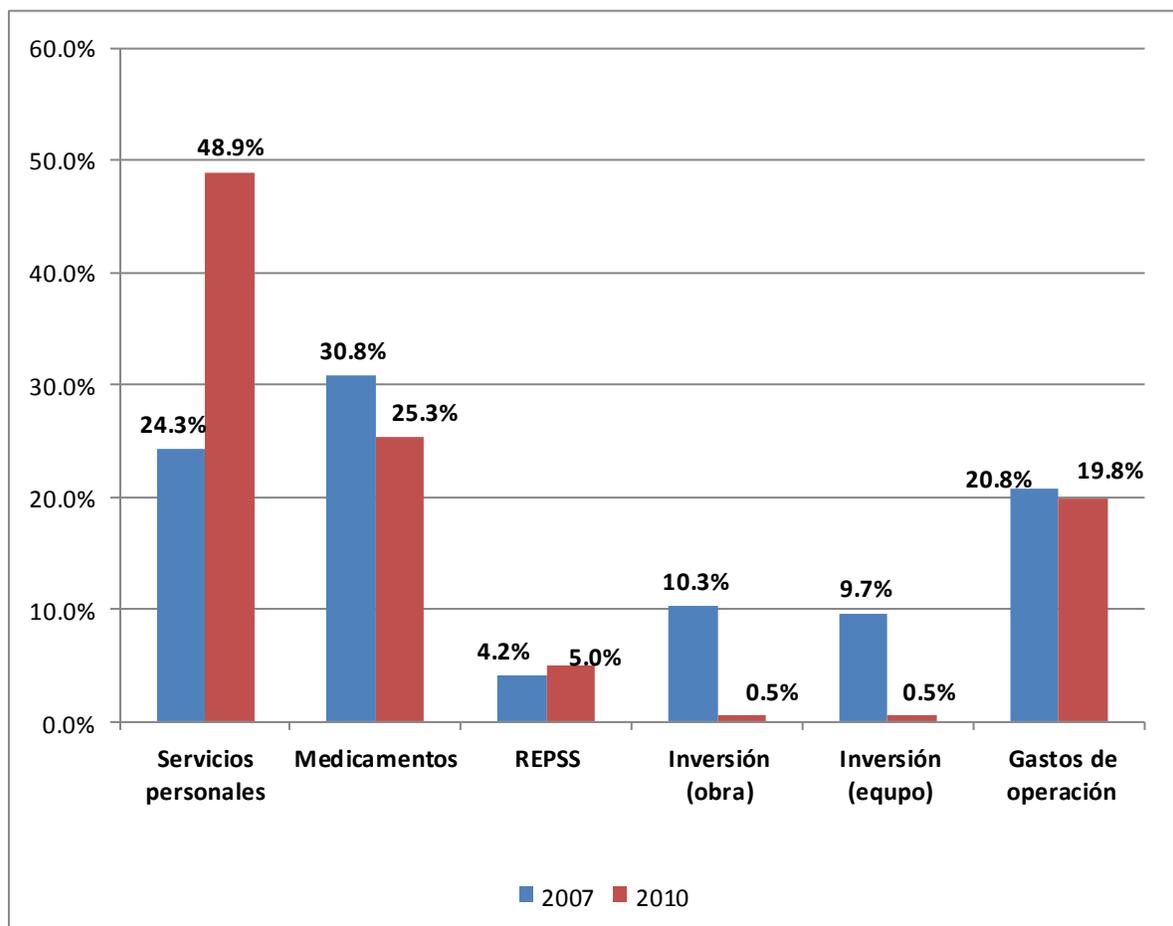
Fuente: Elaboración propia con información financiera suministrada por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud 2011.

Cuadro V.3.4. Comparación de Recursos transferidos por tipo de rubro de la CNPSS a las entidades federativas. 2007 y 2010.

Entidad federativa	Servicios personales (%)		Medicamentos (%)		REPSS (%)		Inversión (obra) (%)		Inversión (equipo) (%)		Gastos de operación (%)	
	2007	2010	2007	2010	2007	2010	2007	2010	2007	2010	2007	2010
Aguascalientes	59.2	46.4	34.9	23.5	2.3	2.9	0.	2.9	0	0.7	3.6	23.6
Baja California	20.5	52.4	30.0	29.0	4.5	0	3.0	0	20.1	0	21.8	18.6
Baja California Sur	19.5	62.4	58.3	25.2	9.9	12.2	0	0	9.7	0	2.5	0.2
Campeche	35.1	39.4	27.1	23.6	6.3	6.6	6.2	0	3.5	0	21.8	30.3
Chiapas	15.9	58.0	34.2	31.8	2.3	4.8	9.5	0	16.7	0	21.4	5.5
Chihuahua	6.0	41.6	56.1	34.3	3.8	5.4	2.4	0	9.9	0	21.8	18.7
Coahuila	12.7	36.3	9.4	27.0	10.7	5.7	8.3	0.8	0	1.9	58.8	28.3
Colima	48.6	35.8	22.9	27.4	7.4	5.8	0.3	0.5	1.3	3.3	19.5	27.1
Distrito Federal	16.7	44.8	34.9	13.8	1.9	3.4	1.2	2.6	24.0	1.3	21.2	34.1
Durango	15.3	40.6	36.2	32.7	5.3	6.9	13.5	1.8	17.1	3.0	12.6	14.9
Guanajuato	19.8	44.8	19.9	33.2	1.3	2.2	39.5	0	12.2	0	7.3	19.7
Guerrero	13.3	40.2	19.9	41.7	6.3	3.3	25.7	0	23.4	0	11.5	14.9
Hidalgo	20.8	46.6	17.6	15.2	4.9	3.4	12.1	0.4	22.2	0.1	22.4	34.4
Jalisco	19.2	76.3	24.6	18.3	2.7	5.2	7.9	0	3.0	0	42.6	0.2
México	41.3	53.9	24.2	27.3	2.6	2.5	13.2	0	6.5	0	12.3	16.2
Michoacán	11.1	76.3	31.1	8.8	3.6	7.2	18.2	0	23.2	0	12.8	7.7
Morelos	36.5	71.1	40.3	12.2	3.6	5.6	2.6	0	2.8	0	14.2	11.1
Nayarit	46.6	42.5	24.1	32.3	3.5	5.3	6.7	0	0	0	19.1	19.9
Nuevo León	20.0	35.0	34.1	31.8	6.4	5.8	12.0	0	6.2	0	21.4	27.3
Oaxaca	29.1	41.1	23.0	29.8	2.2	6.1	25.8	1.9	6.9	2.3	13.0	18.8
Puebla	7.8	76.3	30.0	6.5	1.6	3.0	0.3	0	27.30	0	32.9	14.1
Querétaro	41.8	46.9	12.8	17.8	5.2	6.5	7.4	1.1	0	0.2	32.8	27.5
Quintana Roo	21.2	40.0	50.6	32.6	5.3	5.8	2.4	2.6	2.3	1.4	18.1	17.7
San Luis Potosí	14.3	26.2	20.6	24.5	2.8	4.3	19.0	0.7	3.9	0	39.5	44.3
Sinaloa	41.4	39.5	41.7	43.5	1.5	4.2	3.6	0	4.3	0	7.5	12.9
Sonora	16.3	42.6	19.7	18.8	4.9	5.1	23.5	0	7.7	0	27.9	33.5
Tabasco	33.4	45.9	22.0	22.4	2.3	2.4	6.0	0.5	8.5	0.1	27.9	28.6
Tamaulipas	18.5	39.0	31.6	29.8	1.9	2.4	6.5	0.3	1.6	2.6	40.0	25.9
Tlaxcala	39.8	62.2	34.4	26.4	5.0	7.8	9.7	0	4.9	0	6.2	3.6
Veracruz	17.8	62.6	52.8	25.5	2.3	6.1	2.8	0	7.6	0	16.7	5.8
Yucatán	2.4	27.0	42.0	32.8	4.8	2.5	16.1	0	11.5	0	23.2	37.7
Zacatecas	14.9	69.5	24.0	9.7	4.1	9.1	25.2	0	20.8	0	10.9	11.7
TOTAL	24.3	48.8	30.8	25.3	4.1	4.9	10.3	0.50	9.66	0.5	20.8	19.8

Fuente: Elaboración propia con información financiera suministrada por la Comisión Nacional de Protección social en Salud 2011.

Figura V.3.4 Recursos transferidos por rubro de gasto de la CNPSS a las entidades federativas, 2007 y 2010



Fuente: Elaboración propia con información financiera suministrada por la Comisión Nacional de Protección social en Salud 2011.

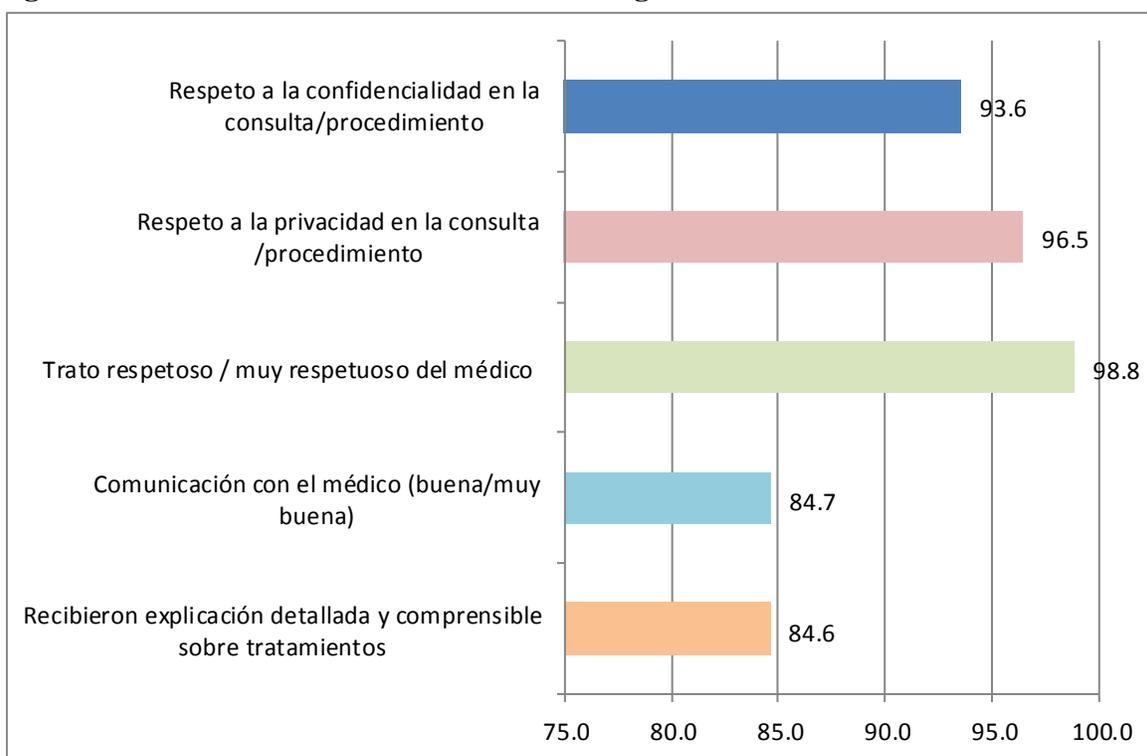
c) Indicadores sobre coordinación de la prestación de servicios

El marco legal y operativo del SPSS marca como responsabilidad del REPS la integración y coordinación de la red de establecimientos de salud que prestan servicios a los beneficiarios del Sistema, mediante la suscripción de acuerdos de gestión y contratos (con instituciones públicas, privadas o de la sociedad civil) con el fin de garantizar la disponibilidad de los servicios ofrecidos en los planes de beneficios: CAUSES, FPGC y SMNG. Se señala explícitamente que el REPS no presta directamente los servicios. En este sentido, algunos de los indicadores que dan cuenta de los resultados de esta función se presentan a continuación.

Indicadores sobre trato digno

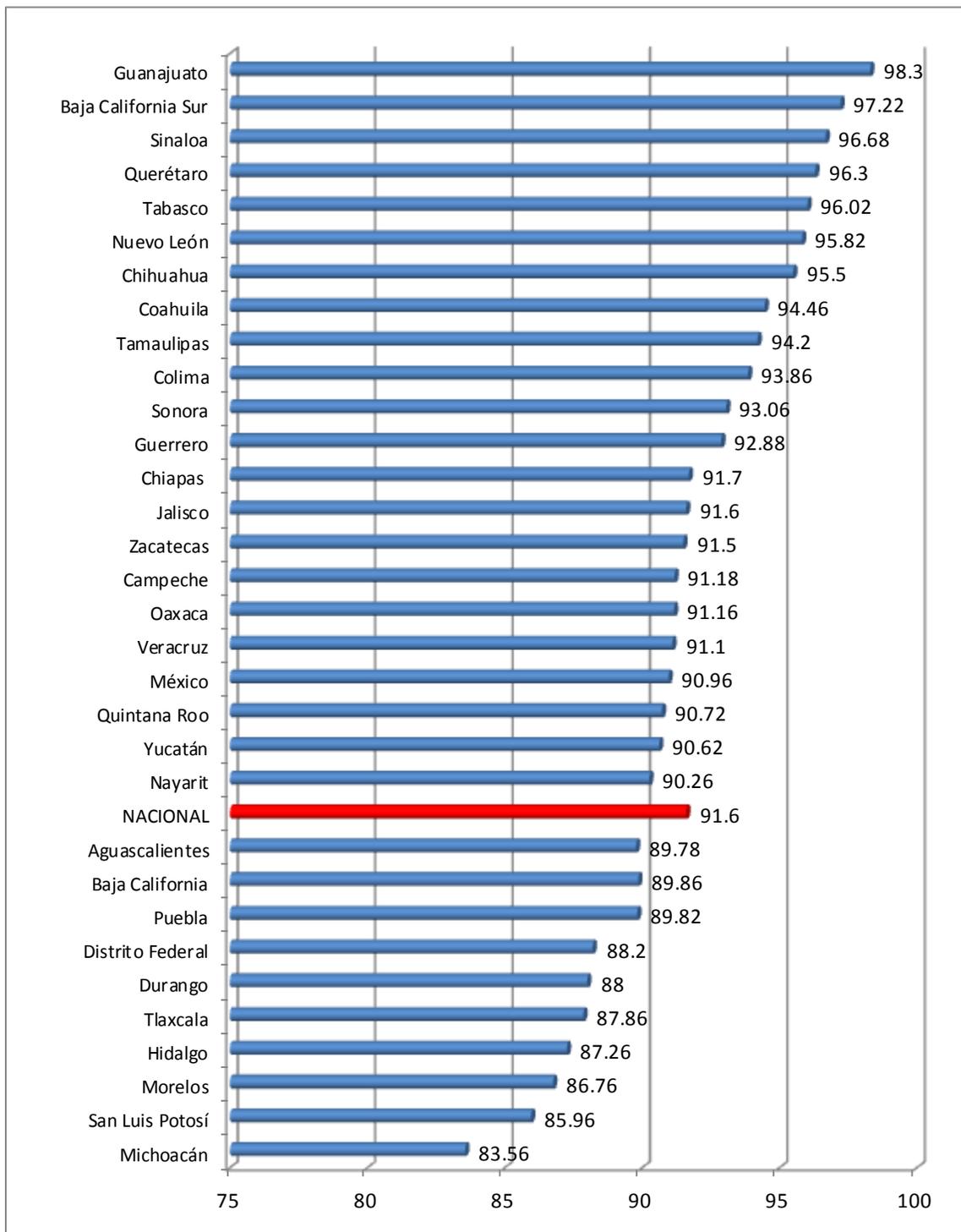
Los indicadores de trato digno provienen de la Encuesta de Satisfacción y Trato Adecuado levantada a nivel hospitalario por la Dirección General de Evaluación del Desempeño en Salud en 2009. No se cuenta con año de comparación. Se incluyen 5 dimensiones (recibió explicación detallada sobre tratamientos, tipo de comunicación con el médico, trato respetuoso por parte del médico, respeto a la privacidad y respeto a la confidencialidad en la consulta). Las dimensiones mejor evaluadas en el promedio nacional son trato respetuoso por parte del médico y respeto a la privacidad, ambos por encima de 95% pero con algunas variaciones entre las entidades federativas, seguidas por el respeto a la confidencialidad en la consulta con un promedio de 93.6% y con variaciones importantes en las entidades. Tanto la explicación detallada como el tipo de comunicación con el médico obtienen promedios nacionales por abajo de 90% (84.6 y 84.7% respectivamente). Las variaciones estatales son todavía más amplias, en algunos casos por debajo de 60 y 70% (**figuras V.3.5 y V.3.6**).

Figura V.3.5. Indicadores nacionales de trato digno 2009



Fuente: Sección III, Trato Adecuado de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado de los Pacientes en Hospitales de los Servicios Estatales de Salud (SESA) 2009 Sistema de Protección Social en Salud.

Figura V.3.6. Valores promedio de indicadores de trato digno por entidad federativa 2009



Fuente: Sección III, Trato Adecuado de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado de los Pacientes en Hospitales de los Servicios Estatales de Salud (SESA) 2009 Sistema de Protección Social en Salud, DGED.

Percepción de la calidad de los servicios de salud

En el **cuadro V.3.5** se detalla la distribución porcentual de los motivos por los cuales los usuarios de servicios hospitalarios percibieron como buena ó muy buena la calidad de la atención recibida por los afiliados en 2012. A nivel nacional, la mayor proporción de motivos de buena calidad fue porque lo trataron bien (61.3%), en segundo lugar, porque el personal está bien preparado (36%) y por buenos resultados en su salud/se curó/se mejoró (19%). La distribución porcentual de los distintos indicadores de motivos de buena calidad es muy similar en los tres grupos de esquemas de afiliación. En 2012, 63% de los usuarios de servicios hospitalarios afiliados al SPSS refirieron que los trataron bien, siendo mayor que en las unidades hospitalarias de la seguridad social. En el resto de motivos no se encuentran grandes diferencias entre las instituciones prestadoras de servicios.

Cuadro V.3.5 Motivos por los cuales los usuarios de servicios hospitalarios percibieron como buena o muy buena la calidad de la atención recibida por afiliación. 2012.

Motivos de buena calidad	Observaciones	Nacional	Esquema de afiliación		
			Ninguno	SPSS	Seguridad social [‡]
Es barato	34,44,490	4.7 [3.8 - 5.6]	6.1 [3.3 - 8.8]	6.2 [4.8 - 7.7]	3.0 [2.0 - 4.1]
El personal está bien preparado	34,44,490	36.0 [33.8 - 37.8]	38.5 [33.6 - 43.4]	33.3 [30.4 - 36.1]	37.3 [34.5 - 40.1]
El personal tiene experiencia	34,44,490	18.5 [16.9 - 20.0]	22.4 [17.6 - 27.1]	17.2 [14.9 - 19.6]	18.4 [16.2 - 20.7]
Recibió orientación y apoyo del gestor	34,44,490	4.8 [3.9 - 5.7]	3.4 [1.9 - 4.9]	4.7 [3.4 - 6.0]	5.3 [3.9 - 6.6]
Lo trataron bien	34,44,490	61.3 [59.4 - 63.3]	54.8 [49.3 - 60.2]	63.3 [60.3 - 66.3]	61.5 [58.8 - 65.2]
Medicamento, material y equipo es suficiente o de buena calidad	34,44,490	10.0 [8.9 - 11.1]	11.4 [7.9 - 14.8]	9.2 [7.6 - 10.9]	10.4 [8.7 - 12.1]
La operación o tratamiento estuvo bien	34,44,490	15.4 [13.9 - 16.7]	14.7 [10.8 - 18.7]	15.5 [13.4 - 17.6]	15.3 [13.4 - 17.3]
Buenos resultados en su salud / se curó / se mejoró	34,44,490	19.0 [17.5 - 20.6]	19.3 [15.1 - 23.6]	18.7 [16.4 - 21.1]	19.2 [17.0 - 21.3]
Otro	34,44,490	3.7 [3.0 - 4.4]	3.4 [1.7 - 5.1]	3.8 [2.7 - 5.0]	3.6 [2.5 - 4.6]

Nota: Resultados obtenidos del módulo III “Situación de salud y utilización de servicios de salud” de la sección hogar de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Las estimaciones incluyó la corrección por el diseño de la encuesta utilizando el conjunto de operadores *svyset* del STATA 12.1. Los intervalos de confianza se calcularon al 95%. [‡] Incluye PEMEX, Sedena, Marina, Otra institución. De este análisis se excluyen a los miembros de los hogares que cuentan con algún seguro privado de salud.

Satisfacción y trato adecuado a los pacientes de los Servicios Estatales de Salud

En el **Cuadro V.3.6** podemos observar que una proporción importante, por arriba de 70% de los pacientes, recibieron una explicación detallada de su diagnóstico, tratamiento y pronóstico; siendo ligeramente menor en la explicación de los estudios. También se puede observar que la proporción de los pacientes que recibieron una explicación detallada de su diagnóstico, tratamiento y pronóstico en el grupo que no cuenta con SPSS es mayor en comparación con los que si tienen SPSS. Caso contrario, es lo observado en los pacientes

que no recibieron explicación, dado que para los cuatro rubros es cercano a 10% en el grupo de pacientes con SPSS y menor a 7.5% en los pacientes no afiliados al SPSS.

Cuadro V.3.6. Porcentaje de usuarios que recibieron una explicación detallada de su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, 2009.

	Diagnóstico		Estudios		Tratamiento		Pronóstico	
	SPSS	No SPSS	SPSS	No SPSS	SPSS	No SPSS	SPSS	No SPSS
Sí, detalladamente	77.4	80.5	62.8	70.5	72.3	77.0	73.1	76.2
Sí, parcialmente	13.1	12.2	12.4	13.0	13.7	12.7	14.6	14.5
No me explico	8.9	6.7	9.5	7.1	9.4	7.0	9.6	7.5
No quise explicaciones	0.1	0.1	0.1	0.08	0.2	0.1	0.2	0.2
No aplica	0.1	0.2	13.9	8.6	3.8	2.8	1.6	1.1
No sabe/ no responde	0.12	0.1	1.1	0.4	0.4	0.2	0.6	0.3

Nota: La N del SPSS y no SPSS es similar en los 4 desenlaces, SPSS= 16,659 y No SPSS=9,266. No SPSS incluye a todas aquellos individuos que declararon no estar afiliados al Sistema de Protección Social en Salud. Fuente: Sección III, Trato Adecuado de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado de los Pacientes en Hospitales de los Servicios Estatales de Salud (SESA) 2009.

El **cuadro V.3.7** muestra la distribución porcentual de los afiliados al SPSS que sí recibieron una explicación detallada ó parcialmente comprensible en los mismos 4 desenlaces; en relación a la explicación del diagnóstico, 14 de las 32 entidades tuvieron una proporción entre 80 y 90% y el resto por arriba de 90%. La información respecto a los estudios fue la que menor proporción de explicación detallada o parcialmente comprensible tuvo en comparación a los otros tres desenlaces. La distribución porcentual de la explicación detallada o parcialmente comprensible del tratamiento y pronóstico son muy similares, con excepción de Colima, D.F., Jalisco, Quintana Roo, Tlaxcala y Yucatán en donde se observó una menor proporción para la explicación del tratamiento.

Cuadro V.3.7. Distribución porcentual de los pacientes afiliados al SPSS que sí recibieron una explicación detallada o parcialmente comprensible del médico respecto al diagnóstico, estudios a realizar, el tratamiento a seguir y el pronóstico ó evolución de su enfermedad por entidad federativa.

	N	Diagnóstico	Estudios	Tratamiento	Pronóstico
Total	16,569	92.8	83.61	86.1	87.7
Aguascalientes	575	87.1	83.8	80.7	77.0
Baja California	619	89.3	69.6	89.5	90.9
Baja California Sur	247	96.3	94.7	93.1	92.7
Campeche	514	90.4	84.0	86.5	87.1
Coahuila	607	89.1	88.4	88.6	87.8
Colima	555	92.6	63.9	80.7	89.1
Chiapas	498	91.5	73.4	93.3	95.9
Chihuahua	486	95.8	95.8	95.6	95.4
Distrito Federal	273	85.7	57.1	59.7	85.3
Durango	476	80.4	63.6	64.2	63.0
Guanajuato	643	98.1	85.6	97.2	97.3
Guerrero	529	95.8	70.5	96.6	94.3
Hidalgo	370	84.8	79.1	83.7	85.9
Jalisco	539	93.5	70.1	78.6	88.8
México	494	87.6	87.0	88.4	87.6
Michoacán	474	86.0	65.6	83.1	82.2
Morelos	587	84.5	59.9	85.6	80.9
Nayarit	623	84.1	69.6	81.7	81.8
Nuevo León	546	92.6	89.0	86.8	88.8
Oaxaca	623	90.6	84.6	86.4	87.5
Puebla	459	91.7	63.4	88.8	91.0
Querétaro	539	96.4	96.1	96.2	96.2
Quintana Roo	526	89.1	63.1	68.2	74.5
San Luis Potosí	413	86.2	55.6	84.2	84.2
Sinaloa	574	99.2.	86.7	95.8	94.5
Sonora	511	88.8	83.9	92.0	90.0
Tabasco	518	97.1	96.7	97.8	96.1
Tamaulipas	577	93.7	52.6	93.4	91.8
Tlaxcala	617	87.8	69.0	80.4	88.1
Veracruz	493	90.2	75.4	93.5	90.2
Yucatán	580	92.0	66.9	86.8	79.3
Zacatecas	561	90.2	60.4	92.4	88.9

Fuente: Sección III, Trato Adecuado de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado de los Pacientes en Hospitales de los Servicios Estatales de Salud (SESA) 2009 § Sistema de Protección Social en Salud.

La proporción de pacientes a los que el médico le explicó con claridad es superior a 80%, siendo ligeramente mayor en el grupo no afiliado al SPSS en comparación a los afiliados. La distribución por entidad federativa de los afiliados al SPSS muestra que 6 entidades tienen una proporción menor a 80% de pacientes a los que el médico les explicó con claridad, y Guanajuato y Tabasco tienen las proporciones más altas de este indicador (95%). La comunicación con el médico fue calificada como buena en la mayoría de los pacientes, 3% mayor en los afiliados al SPSS, que junto con los que recibieron muy buena comunicación alcanzan hasta 84%. La proporción de mala y muy mala comunicación con el médico es baja, 3% en ambos grupos. La distribución de este indicador en los afiliados al

SPSS por entidad federativa muestra que Guanajuato, Baja California Sur y Sinaloa son las únicas entidades que tienen una proporción por arriba de 95% de afiliados que calificaron la comunicación con su médico como muy buena/ buena.

La comunicación con los trabajadores del hospital tiende a ser buena o muy buena entre los afiliados y no afiliados al SPSS especialmente con las enfermeras, el personal de laboratorio, de rayos X, farmacia, trabajo social, de vigilancia, y limpieza (**cuadros V.3.8**).

En el **cuadro V.3.9**, la sumatoria de la calificación muy buena/buena que los pacientes otorgan a la participación en las decisiones relacionadas con la salud supera 90%, siendo muy similar en el grupo afiliado al SPSS y el no afiliado al SPSS.

Cuadro V.3.8. Distribución porcentual de la calificación otorgada a la comunicación con otros trabajadores del hospital.

	Enfermera		Personal de laboratorio		Personal de rayos X		Personal de farmacia		Personal de trabajo social		Personal de vigilancia		Personal de limpieza		Otro personal	
	SPSS	No SPSS	SPSS	No SPSS	SPSS	No SPSS	SPSS	No SPSS	SPSS	No SPSS	SPSS	No SPSS	SPSS	No SPSS	SPSS	No SPSS
Muy buena	23.7	29.9	10.8	14.3	6.4	11.0	7.8	7.1	15.8	16.1	8.8	9.8	9.8	10.3	2.7	2.8
Buena	64.3	60.0	45.6	48.5	19.8	32.9	41.6	38.1	57.4	55.0	45.0	44.6	50.8	49.5	11.9	11.8
Moderada	9.8	7.9	4.5	4.1	1.3	2.5	6.0	6.3	5.9	5.9	12.4	13.8	7.1	8.6	1.9	2.4
Mala	1.5	1.4	0.4	0.4	0.2	0.4	0.6	0.5	0.8	0.8	3.9	4.2	0.7	1.4	0.2	0.3
Muy mala	0.3	0.3	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1	0.2	0.3	1.1	1.9	0.2	0.5	0.1	0.3
No aplica	0.1	0.1	38.5	32.3	72.0	52.9	43.6	47.8	19.5	21.6	28.5	25.5	31.2	29.5	82.9	82.1

Nota Fuente: Sección III, Trato Adecuado de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado de los Pacientes en Hospitales de los Servicios Estatales de Salud (SESA) 2009.

Cuadro V.3.9. Calificación otorgada por los pacientes a su participación en las decisiones relacionadas con la salud.

	SPSS	NO SPSS
	N= 10,741	N= 6,082
Muy buena	17.2	19.6
Buena	77.2	75.4
Moderada	5.0	4.4
Mala	0.1	0.2
Muy mala	0.02	0.02
No sabe/ no responde	0.3	0.1

Nota: Fuente: Sección III, Trato Adecuado de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado de los Pacientes en Hospitales de los Servicios Estatales de Salud (SESA) 2009.

Por otro lado, 91.6% de los pacientes afiliados y 92.3% de los pacientes no afiliados consideraron que su médico siempre los trató con respeto y amabilidad, porcentaje que se mantiene en todas las entidades federativas. Por arriba de 85% de los pacientes de ambos grupos consideran muy importante mantener la privacidad durante las revisiones médicas ó la aplicación de tratamientos. Finalmente, más de 90% de los pacientes de los dos grupos califica como muy buena/ buena la confidencialidad de los datos personales; salvo Durango, todas las demás entidades tienen una proporción mayor de 85% de afiliados que consideran la privacidad de esta manera.

En conclusión, podemos decir que los indicadores de trato digno se mantienen en niveles adecuados aunque se debe destacar que la población afiliada al SPSS –por sus nivel socioeconómico y educativo- tiende a ser más complaciente con el trato recibido y menos exigente sobre la calidad de la atención que los pacientes en la seguridad social.

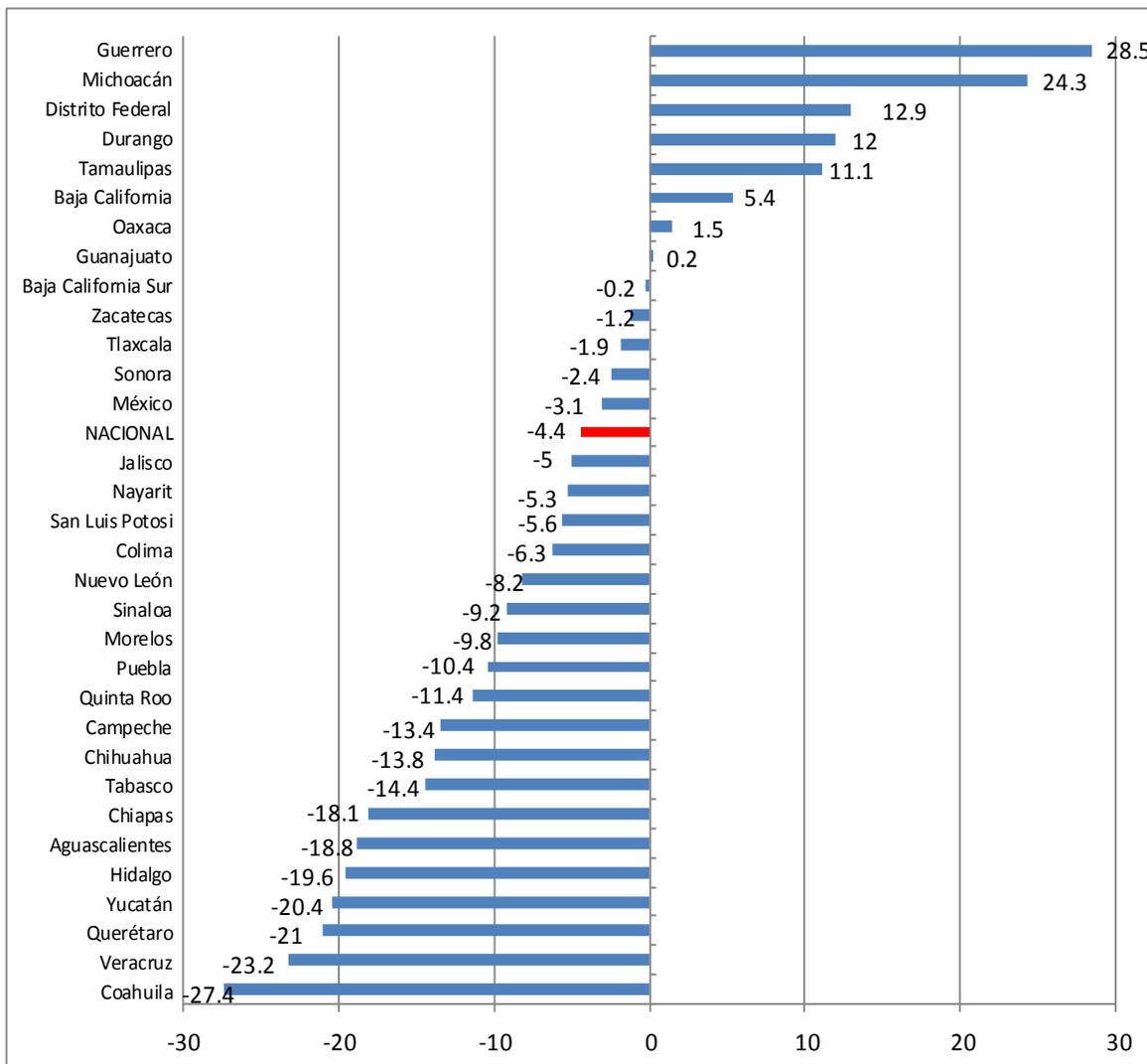
d) Indicadores sobre medicamentos

La dotación completa de medicamentos señalada por los informantes entre 2006 y 2012 y el gasto en pesos ejercido en 2012 para la compra de medicamentos muestra efectos interesantes. En la dotación de medicamentos se observaron diversas tendencias. En un grupo de entidades mejoró la dotación al mostrar un porcentaje más alto en 2012 comparado con 2006. Este grupo incluye a Guerrero, Michoacán, Distrito Federal, Durango, Tamaulipas, Baja California, Oaxaca y Guanajuato. En el resto de las entidades se observó una disminución de los porcentajes, lo cual denota un empeoramiento en la dotación de medicamentos en el período que muestra un rango de diferencia entre -0.2 y -27.4% (**Figura V.3.7**).

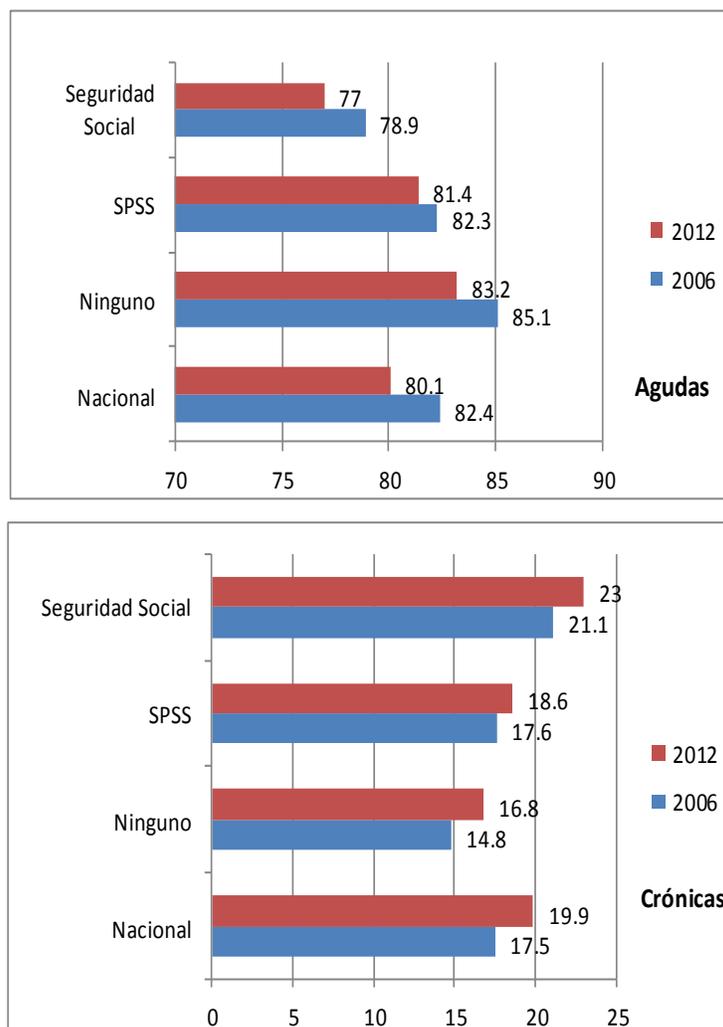
En la estimación del pago de bolsillo (pesos anuales) para la compra de medicamentos por población sólo se presentan los datos de 2012 ya que en 2006 esta información no fue recolectada. . En Tamaulipas, San Luis Potosí, Nuevo León, Guanajuato, Chiapas, Colima, Coahuila y Baja California Sur se realizó un gasto menor a 200 pesos anuales. El gasto más alto de \$251.90 fue declarado en Tabasco.

En las **figuras V.3.8** se muestran las diferencias en la dotación declarada separando las poblaciones de acuerdo al tipo de enfermedad manifestada (agudas y crónicas) y el tipo de aseguramiento entre 2006 y 2012. Los cambios entre los dos años son por demás interesantes y consistentes. Si nos enfocamos en la población beneficiaria del *Seguro Popular* se observa una reducción en la dotación de medicamentos para afecciones agudas entre 2006 y 2012 que pasó de 85.1 a 83.2%. En cambio para la población con afecciones crónicas, en el período de referencia, el porcentaje aumentó de 17.6 a 18.6%. Estas mismas tendencias se repiten para las poblaciones cubiertas por la seguridad social o sin cobertura.

Figura V.3.7. Diferencias porcentuales en el surtimiento de recetas completas de medicamentos a la población afiliada al SPSS. México 2006-2012.



Figuras V.3.8. Surtimiento de medicamentos para enfermedades agudas y crónicas por tipo de afiliación. México 2006-2012



Fuente: Resultados obtenidos del módulo IV “Medicamentos” del cuestionario individual de utilización de servicios de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

El acceso a medicamentos por esquema de afiliación y tipo de enfermedad, muestra que un poco más de 65% de los afiliados al SPSS con una enfermedad aguda recibieron sus medicamentos en el mismo lugar de la atención. Los afiliados al SPSS con una enfermedad crónica obtuvieron sus medicamentos en 62.3% de los casos comparados con los de otras instituciones de seguridad social que los obtuvieron en el 70.2 % en el lugar de atención (**Cuadro V.3.10**).

Cuadro V.3.10 . Acceso a medicamentos por esquema de afiliación, 2012.

Obtuvo los medicamentos Recetados	Observaciones	Nacional	Esquema de afiliación		
			Ninguno	SPSS	Seguridad social [‡]
Ninguno o sólo algunos	8,025,557	13.4 [12.5 – 14.4]	10.5 [8.6 – 12.8]	17.4 [15.8 – 19.0]	11.3 [10.1 – 12.7]
Todos en un lugar distinto al de atención	8,025,557	21.5 [20.3 – 22.7]	36.3 [32.4 – 40.3]	18.0 [16.5 – 19.7]	18.5 [16.9 – 20.3]
Todos en el lugar de atención	8,025,557	65.2 [63.7 – 66.6]	53.2 [49.3 – 57.1]	64.6 [62.5 – 66.7]	70.2 [68.2 – 72.2]

Nota: Resultados obtenidos de la sección VI “Medicamentos”, del cuestionario individual de utilización de servicios de salud de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Las estimaciones incluyeron la corrección por el diseño de la encuesta utilizando el conjunto de operadores *svyset* del STATA 12.1. Los intervalos de confianza se calcularon al 95%. [‡] Incluye PEMEX, Sedena, Marina, Otra institución. De este análisis se excluyen a los miembros de los hogares que cuentan con algún seguro privado de salud.

Perfil de enfermedades, acceso, uso y pago por medicamentos

En el **cuadro V.3.11**, se muestra que el grupo que presentó mayor proporción de enfermedades en las últimas dos semanas fue el afiliado al SPSS con 14%; los tres grupos de afiliación superan 75% de enfermedades agudas (IRAs y diarreas) en las últimas dos semanas; el grupo con ningún esquema de afiliación llegó a 83.2% y el grupo con otro esquema de afiliación supera 20% por enfermedades crónicas en las últimas dos semanas. Los grupos con ningún esquema de afiliación y los afiliados al SPSS se encuentran por debajo de la proporción nacional de los que utilizó algún medicamento con o sin receta. Es de resaltar que 52.8% de los afiliados al SPSS pagó por medicamentos comparados con los que no están afiliados a ningún esquema de protección social.

Cuadro V.3.11. Perfil de enfermedades, uso y pago por medicamentos por esquema de afiliación, 2012.

Morbilidad	Observaciones	Nacional	Por esquema de afiliación			
			Ninguno	SPSS	Otro [‡]	
Enfermedades en las últimas dos semanas	Expandido	112,569,230	13.3	11.4	14.0	13.9
	Muestral	191,092	[12.9 - 13.7]	[10.8 - 12.0]	[13.5 - 14.5]	[13.3 - 14.5]
Agudas	Expandido	13,639,853	80.1	83.2	81.4	77.0
	Muestral	22,133	[79.2 - 81.0]	[81.5 - 84.8]	[80.3 - 82.6]	[75.5 - 78.5]
Crónicas	Expandido	13,639,853	19.9	16.8	18.6	23.0
	Muestral	22,133	[19.0 - 20.8]	[15.2 - 18.5]	[17.4 - 19.7]	[21.5 - 24.5]
Utilizó algún medicamento con o sin receta	Expandido	13,639,853	81.0	78.3	79.5	84.0
	Muestral	22,133	[80.2 - 81.8]	[76.5 - 80.0]	[78.2 - 80.7]	[82.8 - 85.2]
Pagó por los medicamentos	Expandido	11,046,462	54.4	77.2	52.8	43.9
	Muestral	17,891	[53.2 - 55.6]	[74.8 - 79.5]	[51.0 - 54.6]	[42.0 - 45.8]

Nota: Resultados obtenidos del módulo “Situación de salud y utilización de servicios de salud” de la sección hogar de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Las estimaciones incluyeron la corrección por el diseño de la encuesta utilizando el conjunto de operadores *svyset* del STATA 12.1. Los intervalos de confianza se calcularon al 95%. [‡] Incluye PEMEX, Sedena, Marina, Otra institución. De este análisis se excluyen a los miembros de los hogares que cuentan con algún seguro privado de salud.

El **cuadro V.3.12** muestra la mediana y percentiles de gasto en medicamento por esquema de afiliación, el lugar de atención y el tipo de enfermedad en 2012. La mediana nacional de gasto en medicamentos fue de \$222.3 pesos, el grupo afiliado al SPSS gastó \$215.9 pesos, similar al gasto del grupo con seguridad social. La mediana de mayor gasto por lugar donde se recibió la atención fue en los servicios médicos privados (\$322.2 pesos), y el menor en el IMSS. Las enfermedades crónicas tuvieron una mediana de gasto mayor que las enfermedades agudas, siendo la diferencia \$147 pesos menos en este último grupo.

Cuadro V.3.12. Gasto en medicamentos por esquema de afiliación, lugar de atención y tipo de enfermedad, 2012.

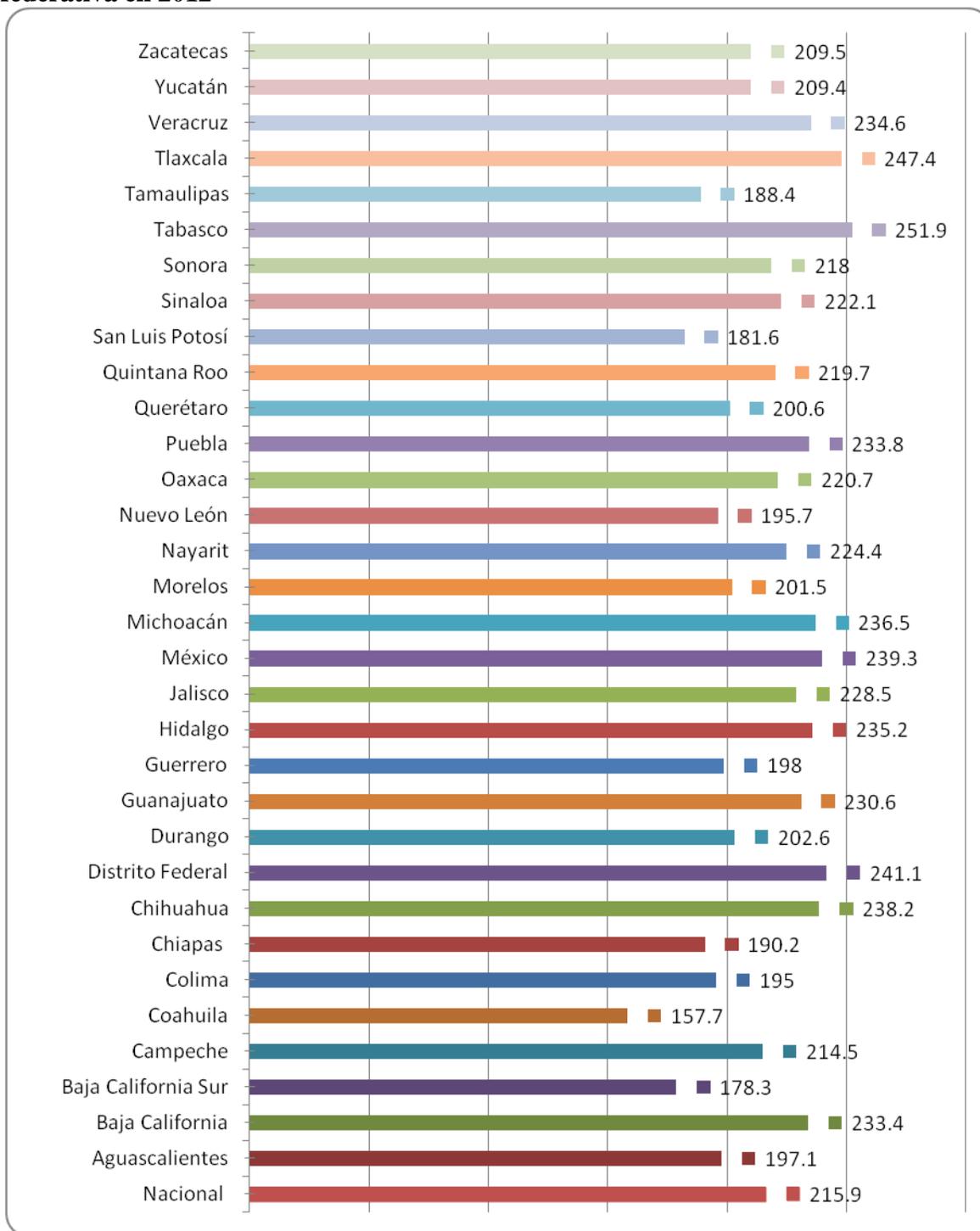
Nacional	Mediana [p25 - p75] * (N = 17,891)
	222.3 [113.2 – 432.6]
Esquema de afiliación	
Ninguno	251.9 [144.8 – 440.8]
SPSS	215.9 [112.7 – 405.9]
Seguridad Social	216.7 [100.1 – 458.7]
Lugar donde recibió atención	
IMSS	144.0 [40.8 – 483.2]
ISSSTE	211.6 [85.9 – 492.1]
Otro	160.8 [67.8 – 348.9]
Centro de salud u hospital de las SSA	192.6 [94.0 – 381.5]
Consultorios dependientes de farmacia	241.3 [139.4 – 415.7]
Médico privado	322.2 [190.7 – 551.4]
Por tipo de enfermedad	
Agudas	185.8 [89.9 – 341.1]
Crónicas	332.5 [149.4 – 708.5]

Nota: Resultados obtenidos del módulo III “Situación de salud y utilización de servicios de salud” de la sección hogar de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.* El cálculo de la mediana y el rango intercuartílico [p75 – p25] se realizó a partir de la estimaciones de modelos por cuantiles ajustados por sexo, edad tipo de padecimiento, percepción del problema de salud, nivel socioeconómico, hogar indígena, hogar oportunidades, tamaño de la localidad, grado de marginación y región geográfica utilizando el comando qreg del software STATA 12.1 SE. De este análisis se excluyen a los miembros de los hogares que cuentan con algún seguro privado de salud.

La **figura V.3.9** muestra la mediana del gasto en medicamentos entre los beneficiarios del SPSS por entidad federativa (2012), y que a nivel nacional fue de \$215.9. La entidad con menor mediana de gasto fue Coahuila (\$157.7 pesos), en contraste con Tabasco en donde fue \$251.9, casi \$100 pesos mas de diferencia. Sólo 9 entidades tienen una mediana de gasto por debajo de los \$200 pesos: Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Chiapas, Guerrero, Nuevo León, San Luis Potosí, Tamaulipas y Coahuila.

En relación al acceso a medicamentos por esquema de afiliación, los resultados indican que 70.2% del grupo con seguridad social recibió la totalidad de los medicamentos en el mismo lugar de la atención comparado con 64.6% del grupo afiliado al SPSS. Adicionalmente, 17.4% del grupo afiliado al SPSS obtuvo sólo algunos o ninguno de los medicamentos recetados.

Figura V.3.9. Gasto de medicamentos de beneficiarios del SPPS por entidad federativa en 2012



Nota: Resultados obtenidos del módulo III “Situación de salud y utilización de servicios de salud” de la sección hogar de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

* El cálculo de la mediana y el rango intercuartílico [p75 – p25] se realizó a partir de las estimaciones de modelos por cuantiles ajustados por sexo, edad tipo de padecimiento, percepción del problema de salud, nivel socioeconómico, hogar indígena, hogar oportunidades, tamaño de la localidad, grado de marginación y región geográfica utilizando el comando qreg del software STATA 12.1 SE.

e) Rendición de cuentas

Los resultados de la fiscalización a los procesos financieros y administrativos de los REPSS realizada por la Auditoría Superior de la Federación para los años 2009 y 2010 muestran los tipos de observaciones (18 en total) por entidad durante 2009 **cuadro V.3.12**. Estos los 18 tipos de observaciones se incluyen las relacionadas a la construcción de infraestructura, contratación de personal de salud, compra de medicamentos y los manejos financieros de los REPSS. Tres categorías destacan porque son en ellas donde la mayor parte de los estados fueron observados:

- 1) Recursos del SNPSS aplicados a fines distintos a lo establecido por el Anexo IV del Acuerdo de Coordinación, (84.4% de las entidades).
- 2) Adquisición de medicamentos por encima de los precios sugeridos de referencia, (87.5% de las entidades)
- 3) Adquisición de medicamentos que no están contemplados en el CAUSES, (78.1% de las entidades).

Los 18 tipos de observaciones pueden ser colapsados en 4 categorías relacionadas: a) recursos materiales e infraestructura, b) con el pago de personal, c) al manejo de recursos financieros y d) a la compra y abasto de medicamentos.

Cuadro V.3.13. Observaciones de la Auditoría Superior de la Federación al Ramo 12. Seguro Popular (Acuerdos de Coordinación) por tipo de observación y entidad federativa en 2009

Observaciones	Entidades Federativas																				Estados observados																
	AGS	BC	BCS	CAMP	CHIS	CHIH	COAH	COL	DF	DOGO	GTO	GRO	HGO	JAL	MEX	MICH	MOR	NAY	NL	OAX	PUE	QRO	QROO	SLP	SIN	SON	TAB	TAMP	TLAX	VER	YUC	ZAC	N	%			
1. Obras no incluidas en Plan Maestro de Infraestructura																																			3	9.4%	
2. Pago de gastos de operación asociados al funcionamiento de Infraestructura Médica Nueva																																				1	3.1%
3. Pagos de conservación y mantenimiento que rebasaron los montos máximos de aplicación																																				1	3.1%
4. Pagos por conservación y mantenimiento a unidades médicas no contemplados por la estrategia del Programa																																				3	9.4%
5. Pagos por controlar, reponer, administrar y reponer el material de curación; existente en las unidades hospitalarias en el proceso de subrogación																																				1	3.1%
6. Pago de conceptos de nomina no consideradas por el SPSS																																				8	25.0%
7. Pago de plazas consideradas como no viables para ser financiadas con recurso del SPSS																																				8	25.0%
8. Pagos a personal eventual mayores a lo establecido en el contrato																																				1	3.1%
9. Pagos a servidores públicos que no fueron localizados en su lugar de adscripción durante la verificación física realizada en instalaciones de diversos organismos de salud del estado																																				2	6.3%
10. Pagos en exceso referente al tabulador presidencial																																				5	15.6%
11. Pagos sin que exista contrato																																				1	3.1%
12. Remuneraciones a personas que no están directamente involucradas en la prestación de servicios de atención médica a los afiliados del Sistema																																				14	43.8%
13. Falta de documentación comprobatoria y justificativa de las erogaciones realizadas																																				19	59.4%
14. Falta de transferencia de los rendimientos financieros a la cuenta bancaria del REPSS																																				18	56.3%
15. Recursos aplicados de 2009, en conceptos que no están considerados en el Anexo IV, del Acuerdo de Coordinación y/o Aplicación de recursos a fines distintos a lo establecido																																				27	84.4%
16. Recursos ejercidos del REPSS, por encima de los importes autorizados																																				3	9.4%
17. Adquisición de medicamento por encima de los precios sugeridos de referencia																																				28	87.5%
18. Adquisición de medicamento que no esta contemplado en el CAUSES																																				25	78.1%

Fuente: Construcción propia con base en el Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2009.

El siguiente cuadro muestra las entidades observadas y no observadas por la ASF para cinco categorías de gasto. La primera categoría (recursos materiales e infraestructura) muestra un porcentaje **relativamente bajo, (21.9%)**, mientras que para el resto de las categorías, las entidades observadas se incrementan notablemente, particularmente en relación al pago de **personal (75%)**, manejo de **recursos financieros (96.9%)** y la compra y abasto de **medicamentos (90.6%)** (Cuadro V.3.14).

Al igual que en 2009, en 2010 el porcentaje de las entidades observadas en relación al rubro de “otros” el porcentaje es menor al 30%. Por el contrario, todas recibieron observaciones relacionadas al tema de contratación de personal, **90.6%** en relación al manejo de recursos financieros y **96.9%** en relación a la compra y abasto de medicamentos

Cuadro V.3.14 Porcentaje de entidades con observaciones y sin observaciones de acuerdo a cinco categorías de gasto.

Categorías	% Entidades con observaciones		% Entidades sin observaciones	
	2009	2010	2009	2010
Recursos materiales e infraestructura*	21.9	28.1	78.1	71.9
Pago de personal	75.0	100	25.0	
Recursos financieros	96.9	90.6	3.1	9.4
Medicamentos	90.6	3.1	9.4	96.9
Otros conceptos		43.8		56.3

*Infraestructura se incluyó en el 2010.

Fuente: Construcción propia con base en el Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2009 y 2010.

El cuadro **V.3.15** muestra el total de observaciones y acciones emitidas a las entidades por parte de la Auditoría Superior de la Federación al Seguro Popular durante 2009. Las entidades con mayor número de observaciones fueron Distrito Federal (24), Sinaloa (29), Colima (18) y Jalisco (16). Por el contrario, existen entidades sin observaciones como Baja California, Oaxaca, Puebla y Yucatán. La Auditoría Superior de la Federación también promovió acciones derivadas de las observaciones. Del total de 284 acciones, 113 (40%) fueron del tipo denominado Promociones de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria (PRAS).

Cuadro V.3.15. Observaciones y acciones emitidas con base en la Auditoría Superior de la Federación al Ramo 12. Seguro Popular (Acuerdos de Coordinación) por entidad federativa en 2009.

Entidad federativa	Observaciones	Acciones promovidas				Total
		R	PEFCF	PO	PRAS	
Aguascalientes	12	2	0	2	8	12
Baja California	5	0	0	4	1	5
Baja California Sur	14	2	1	2	10	15
Campeche	0	0	0	0	0	0
Chiapas	5	0	0	4	2	6
Chihuahua	13	3	0	5	5	13
Coahuila	7	1	0	0	6	7
Colima	18	4	0	6	8	18
Distrito Federal	24	6	0	14	5	25
Durango	13	7	1	4	2	14
Guanajuato	5	0	0	2	3	5
Guerrero	14	14	0	0	0	14
Hidalgo	7	2	0	4	1	7
Jalisco	16	3	0	6	7	16
México	10	1	0	2	7	10
Michoacán	6	0	0	3	3	6
Morelos	7	0	0	3	4	7
Nayarit	12	0	0	3	9	12
Nuevo León	8	0	0	1	7	8
Oaxaca	0	0	0	0	0	0
Puebla	0	0	0	0	0	0
Querétaro	10	6	0	2	2	10
Quintana Roo	4	0	0	4	0	4
San Luis Potosí	9	1	0	7	1	9
Sinaloa	20	5	0	7	8	20
Sonora	13	0	0	6	7	13
Tabasco	4	0	0	2	2	4
Tamaulipas	1	1	0	0	0	1
Tlaxcala	7	1	0	2	4	7
Veracruz	1	1	0	0	0	1
Yucatán	0	0	0	0	0	0
Zacatecas	15	11	0	3	1	15
T O T A L	280	71	2	98	113	284

Fuente: Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2009.

Notas: R: Recomendaciones

PEFCF: Promociones del Ejercicio de la Facultad de Comprobación Fiscal

PO: Pliegos de Observaciones

PRAS: Promociones de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria

Para 2010, la Auditoría Superior de la Federación publicó su informe de auditoría del Sistema de Protección Social en Salud. En el **cuadro V.3.16** se definieron 25 categorías de observaciones. Para este año las categorías donde más entidades federativas fueron observadas son las siguientes: a) compra de medicamentos no incluidos en el CAUSES, 97% de los estados, b) sueldos a personal que no está involucrado directamente en la prestación del servicio, 72% de los estados, c) pago a médicos especialistas que no acreditan el perfil del puesto, 63% de los estados y d) recursos y rendimientos financieros no ministrados por la tesorería estatal, 63% de los estados.

Cuadro V.3.16. Observaciones de la Auditoría Superior de la Federación al Ramo 12. Seguro Popular (Acuerdos de Coordinación) por tipo de observación y entidad federativa en 2010

	AGS	BC	BCS	CAMP	CHIS	CHIH	COAH	COL	DF	DGO	GTO	GRO	HGO	JAL	MEX	MICH	MOR	NAY	NL	OAX	PUE	QRO	QROO	SLP	SIN	SON	TAB	TAMP	TLAX	VER	YUC	ZAC	Estados observados		
	N																																N	%	
1. Conceptos de nómina no pactados para su pago con recursos del Seguro Popular (compensación de ISR, ISSSTE, seguros, ahorro solidario, servicios sociales, bonos, aportaciones patronales, etc.)	■																																	1	3
2. Pago de médicos especialistas que no acreditan el perfil del puesto.	■			■		■						■			■		■					■												20	63
3. Pagos en exceso a personal eventual.	■										■			■											■								5	16	
4. Pagos en exceso del impuesto sobre nóminas.	■																					■											3	9	
5. Reintegros pendientes por remanentes de la nómina.	■							■				■																					7	22	
6. Sueldos de personal que no está involucrado directamente en la prestación de servicio de atención médica y personal no localizado en su centro de trabajo y sin justificación.	■	■			■			■				■			■						■			■		■			■					23	72
7. Sueldos del personal del REPSS superior al tabulador y de personal no contemplado en su estructura.	■										■											■												9	28
8. Sueldos del personal en exceso al porcentaje autorizado.	■																																	10	31
9. Sueldos duplicados o posteriores a la baja.	■			■				■			■				■																			17	53
10. Sueldos pagados sin contar con los contratos de trabajo.	■				■																													8	25
11. Falta documentación comprobatoria del gasto o que no reúne los requisitos fiscales.	■																																	10	31
12. Faltante de documentación comprobatoria del gasto o de efectivo en el saldo de la cuenta bancaria.	■																																	4	13
13. Gasto en servicios subrogados sin documentación que justifique la atención e integración del cobro o sin contrato.	■																																	11	34
14. Gasto operativo de unidades médicas que no está directamente relacionado con la atención médica.	■																																	8	25
15. Gasto operativo y apoyo administrativo del REPSS en exceso al autorizado.	■		■																															5	16
16. Gastos no vinculados con acciones de promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades.	■																																	3	9
17. Pagos adicionales a unidades médicas aún cuando se pagó la nómina del personal, medicamentos y gasto operativo.	■																																	5	16

	AGS	BC	BCS	CAMP	CHIS	CHIH	COAH	COL	DF	DGO	GTO	GRO	HGO	JAL	MEX	MICH	MOR	NAY	NL	OAX	PUE	QRO	Q ROO	SLP	SIN	SON	TAB	TAMP	TLAX	VER	YUC	ZAC	Estados observados			
																																	N	%		
18. Recursos y rendimientos financieros no ministrados por la tesorería estatal.																																	20	63		
19. Transferencia de recursos a otras cuentas bancarias de los servicios de salud e intereses generados.																																		11	34	
20. Adquisición de medicamento en exceso al porcentaje autorizado.																																		3	9	
21. Adquisición de medicamento para otro programa.																																			2	6
22. Adquisición de medicamento subrogado, las facturas carecen de la relación de medicamentos, unidades surtidas, precio unitario, beneficiarios y anticipo no amortizado.																																			5	16
23. Compra de medicamento no incluido en el CAUSES (incluye el servicio de subrogación, en su caso), compra de medicamento a un precio superior al de referencia y adquisición de medicamento sin consultar el precio de referencia.																																			31	97
24. Acciones de conservación y mantenimiento no incorporadas en el programa autorizado.																																			9	28
25. Otros conceptos.																																			14	44

Fuente: Construcción propia con base en el Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2010.

El **cuadro V.3.17** contiene el total de observaciones recibidas durante 2010, así como las acciones promovidas a nivel estatal. En este año, Chihuahua acumuló 41 observaciones mientras que Sinaloa recibió 39 y Nuevo León 33. Por el contrario, Yucatán, Tamaulipas, Durango y Colima recibieron menos de 5 observaciones. Para 2010 son 5 los tipos de acciones que la ASF sugirió o ejecutó siendo la más importante de nueva cuenta las PRAS que representó 33.8% del total de acciones.

Existen diferencias entre 2009 y 2010 en relación a la forma en la que la ASF generó sus ejercicios de auditoría así como en los resultados de la misma. Mientras que en 2009 se definieron 18 rubros de observaciones, en 2010 se definieron 25, principalmente relacionados al rubro de “otros”. Asimismo, en 2009 se distinguen 4 tipos de acciones promovidas mientras que en 2010 se señalan 6 tipos. De esta forma, aunque los resultados de ambas auditorías no son estrictamente comparables, al menos es posible plantear los siguientes aspectos:

- 1) Existen categorías que concentran un número importante de observaciones a las entidades siendo las más importantes, las relacionadas al manejo de los recursos financieros y a la compra de medicamentos. En 2010 se añadieron categorías relacionadas a la contratación de recursos humanos.
- 2) El número de observaciones en 2009 fue de 280 mientras que en 2010 fueron 658, lo cual representa un crecimiento de casi tres veces.
- 3) Algunas entidades concentran un gran volumen de observaciones para los dos años (Distrito Federal y Jalisco) mientras que otras (Tamaulipas, y Campeche) recibieron muy pocas observaciones en los dos años.

Cuadro V.3.17. Observaciones y acciones emitidas con base en la Auditoría Superior de la Federación al Ramo 12. Seguro Popular (Acuerdos de Coordinación) por entidad federativa en 2010

Entidad federativa	Observaciones	Acciones promovidas						Total
		R	SA	PEFCF	PO	PRAS	DH	
Aguascalientes	29	6	0	0	11	13	0	30
Baja California	26	11	0	0	5	11	0	27
Baja California Sur	8	3	0	1	3	2	0	9
Campeche	5	3	0	0	1	2	0	6
Chiapas	17	5	0	3	8	2	0	18
Chihuahua	41	18	0	2	15	7	0	42
Coahuila	12	3	0	0	6	4	0	13
Colima	3	2	0	1	0	1	0	4
Distrito Federal	31	16	0	0	9	7	0	32
Durango	4	3	0	0	1	1	0	5
Guanajuato	30	6	0	1	14	11	0	32
Guerrero	21	3	0	0	5	14	0	22
Hidalgo	31	10	0	0	11	11	0	32
Jalisco	22	8	0	2	6	7	0	23
México	21	11	1	0	3	7	0	22
Michoacán	29	10	0	0	2	18	0	30
Morelos	22	10	0	0	10	3	0	23
Nayarit	25	8	0	0	2	16	0	26
Nuevo León	33	13	0	0	14	7	0	34
Oaxaca	21	3	0	1	8	10	0	22
Puebla	27	14	0	0	6	8	0	28
Querétaro	16	6	0	0	2	9	0	17
Quintana Roo	7	3	0	0	3	2	0	8
San Luis Potosí	17	3	0	0	9	6	0	18
Sinaloa	39	13	0	1	14	12	1	41
Sonora	22	8	0	0	9	6	0	23
Tabasco	7	3	0	0	0	5	0	8
Tamaulipas	3	3	0	0	0	1	0	4
Tlaxcala	32	10	0	0	9	14	0	33
Veracruz	24	8	0	1	11	5	0	25
Yucatán	4	3	0	0	1	1	0	5
Zacatecas	29	12	0	0	7	11	0	30
T O T A L	658	238	1	13	205	234	1	692

Fuente: Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2010.

Notas: R: Recomendaciones

SA: Solicitud de aclaración

PEFCF: Promociones del Ejercicio de la Facultad de Comprobación Fiscal

PO: Pliegos de Observaciones

PRAS: Promociones de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria

DH: Denuncia de Hechos

V.3.2. Marco jurídico-normativo del Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012.

En esta sección se presentan los cambios identificados en el marco normativo del SPSS, su expresión en la organización y operación de los servicios, los avances y problemas detectados por su implementación y los retos para apuntalar el desempeño, la cobertura y el impacto de las diferentes acciones e intervenciones que otorga el SPSS a la población afiliada.

Todos aquellos instrumentos que bajo su carácter jurídico, establecen reglas de actuación a partir del cual opera el Sistema de Protección Social en Salud, conforman la estructura normativa del Sistema. Actualmente existe una amplia diversidad de instrumentos, que en su conjunto, constituyen dicha estructura:

- a) la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,
- b) las Leyes de Salud en los ámbitos federal y estatal,
- c) los Reglamentos a las Leyes de Salud en materia de Protección Social en Salud,
- d) lineamientos operativos de afiliación y determinación de cuotas familiares de los beneficiarios del SPSS y el de evaluación de la satisfacción del usuario del Sistema,
- e) diversos avisos publicados en el Diario Oficial de la Federación (DOF) como el de cuotas familiares, de población no asegurada, de número de familias afiliadas y de población afiliada al SPSS,
- f) acuerdos de coordinación entre el nivel federal y los estados para la ejecución del SPSS, y entre las entidades federativas para garantizar la portabilidad,
- g) acuerdos de gestión entre el REPSS y los prestadores de salud públicos;
- h) convenios marco de colaboración y coordinación entre entidades federativas,
- i) contratos de colaboración interinstitucional,
- j) contratos entre el REPSS y prestadores privados y,
- k) reglas de operación (SMNG, Oportunidades), entre otros.

Esta gama de instrumentos jurídicos, técnicos y operativos tienen la finalidad de dar a conocer los objetivos, las políticas a seguir, la estructura, los grados de autoridad y responsabilidad; las funciones, técnicas, métodos y procedimientos para el desarrollo propio del SPSS, tanto en el ámbito federal como estatal.

Las modificaciones identificadas en el marco normativo son de forma y fondo. En el primer caso, los cambios respondieron a la necesidad de precisar y clarificar elementos dudosos o mal definidos y a simplificar procedimientos complejos. En el segundo caso, los cambios introdujeron modificaciones que adicionaron, corrigieron o derogaron aspectos estructurales dirigidos a mejorar y a optimizar la operación del Sistema. Asimismo se incorporaron nuevos ordenamientos jurídicos con vistas a dar soporte a los diversos procesos operados por los REPSS: afiliación, gestión y administración de los recursos, coordinación de la red de prestadores de servicios y la rendición de cuentas para el cumplimiento de las metas propuestas en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 y en el Plan de Desarrollo del presente sexenio (**cuadro V.3.18**).

Cuadro V.3.18. Instrumentos jurídico-normativos del SPSS modificados y/o incorporados 2007-2012

Instrumento jurídico-normativo	Ámbito
1. Ley General de Salud	Federal
2. Reglamento a la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud	Federal
3. Lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del SPSS	Federal
4. Lineamientos para la integración de la Aportación Solidaria Estatal del Sistema de Protección Social en Salud.	Federal
5. Lineamientos para evaluar la satisfacción del usuario del SPSS.	Federal
6. Acuerdo por el cual se establecen las disposiciones relativas a la vigencia de derechos de las familias con al menos un niño nacido en territorio nacional a partir del 1 de diciembre de 2006 que sean incorporados al Sistema de Protección Social en Salud.	Federal
7. Acuerdos por los cuales se adicionan nuevos supuestos de titulares y beneficiarios del SPSS: <ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo por el cual se establece un nuevo supuesto para considerar a las Familias que se afilien al Sistema de Protección Social en Salud bajo el Régimen no Contributivo (febrero 2008) • Acuerdo por el que se adicionan nuevos supuestos de titulares y beneficiarios del SPSS a la composición actual del núcleo familiar al que se refiere el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud.(abril 2008). • Acuerdo por el cual se establece un nuevo supuesto para considerar a las familias que se afilien al Sistema de Protección Social en Salud bajo el Régimen no Contributivo (julio 2008) 	Federal
8. Acuerdo por el que se crea la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud.	Federal
9. Acuerdo que establece los lineamientos para la adquisición de medicamentos asociados al catálogo universal de servicios de salud por las entidades federativas con recursos del SPSS	Federal
10. Aviso por el que se da a conocer la información relativa al número de familias beneficiarias del SPSS	Federal
11. Avisos de cuotas familiares	Federal
12. Acuerdos de Coordinación (AC) entre la Secretaría de Salud Federal y los gobiernos estatales para la ejecución del SPSS.	Federal-Estatal
13. Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE)	Federal-Estatal
14. Convenios Interestatales <ul style="list-style-type: none"> • Convenio marco de colaboración y coordinación en materia de portabilidad de derechos y prestación de servicios de salud a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud en el conjunto de las unidades médicas incorporadas a este sistema, que celebran, los gobiernos de los estados de Baja California, Baja California Sur, Campeche, Coahuila de Zaragoza, Colima, Chiapas, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán de Ocampo, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro de Arteaga, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz de Ignacio de la Llave y Yucatán. • Convenio marco de colaboración y coordinación en materia de prestación de servicios médicos y compensación económica entre entidades federativas por la prestación de servicios de salud a los beneficiarios del SPSS, que celebran los Servicios Estatales de Salud de las treinta y un entidades federativas y del Distrito Federal, y la Secretaría de Salud 	Federal-Estatal
15. Convenios de Gestión entre REPSS y Servicios Estatales de Salud <ul style="list-style-type: none"> • Convenio de gestión para la prestación de servicios de salud, que celebran por una 	Estatal-Estatal

Instrumento jurídico-normativo	Ámbito
parte el Organismo Público Descentralizado (OPD) Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Veracruz, y por la otra el Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud de Veracruz. <ul style="list-style-type: none"> • Convenio de Coordinación interinstitucional relativo a la prestación de servicios de salud que celebran por una parte el Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (ISESALUD) y por la otra el Régimen de Protección Social en Salud de Baja California (REPSS) 	
16. Convenios y acuerdos de gestión entre los Servicios Estatales de Salud y Jurisdicciones Sanitarias/ Hospitales públicos. <ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo de gestión para la implementación y operación del SPSS; que celebran por una parte el OPD Servicios de Salud de Zacatecas y la Jurisdicción Sanitaria Zacatecas. • Acuerdo interno de gestión para la implementación y operación del SPSS; que celebran por una parte el Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Nuevo León y por otra parte los Hospitales de Servicios de Salud de Nuevo León. 	Estatal-Estatal
17. Contratos de prestación de servicios con privados	Estatal-Estatal
18. Reglas de Operación	Federal
19. Seguro Médico para una Nueva Generación	

Fuente: Elaboración propia, a partir de información secundaria. Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud 2012.

La sistematización de las modificaciones identificadas en cada uno de los instrumentos normativos enunciados, se presenta en el Anexo 1 del informe nombrado “Modificaciones a los instrumentos jurídico-normativos que regulan la operación del Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012”.

a) Marco normativo: percepción de los funcionarios

En términos generales, la adecuación e implementación del marco jurídico federal en materia de Protección Social en Salud a nivel estatal es vista de forma divergente por los informantes estatales. Algunos piensan que la legislación federal contiene los lineamientos y regulaciones necesarias para dar sustento a la operación de los REPSS y del Sistema y que en el ámbito estatal se acepta, se acata y se cumple. Otros, por el contrario, manifestaron que existen dificultades para adaptar y adoptar el marco jurídico federal a nivel operativo en la entidad federativa dado que la propia legislación estatal no lo permite o lo obstaculiza. En este sentido, algunos de los testimonios señalan que:

“Nuestra ley de salud no se actualizó cuando se reformó la Ley federal de Salud, no existe el Sistema de Protección Social en Salud en el estado [Chiapas], se rige solo por el Convenio de Coordinación. (...) nuestra ley de adquisición en el estado, también es precaria, difiere de la ley federal de adquisiciones”. Chiapas 3

“Hay normatividad poco específica que queda a la interpretación personal, sobre todo en casos de auditorías”. Puebla 2

“No ha sido sencillo porque una cosa es que lo tengas en normativa federal y otra que la normativa estatal permita su ejecución” Guanajuato 2

Por otra parte, en tres de los seis estados de la muestra (Puebla, Guanajuato y Chiapas) la Ley Estatal de Adquisiciones, Arrendamiento de Bienes Muebles y Contratación de Servicios no están actualizadas, adecuadas y/o ajustadas a la legislación federal y, por lo tanto, obstaculizan los procesos de licitación y compra de medicamentos, equipos, insumos y contratación de terceros necesarios para la adecuada operación del Sistema de Protección Social en los estados. Uno de los informantes señala al respecto:

“La ley de adquisiciones del estado, no nos permite llevar a cabo muchas acciones, como compras, contrataciones”. Puebla 4

En lo que se presentó mayor coincidencia, fue en la opinión de los entrevistados estatales sobre la conveniencia de dotar a los REPSS de mayor autonomía administrativa y financiera y en lograr la separación de funciones en el sistema de salud. Cinco de los seis estados de la muestra señalaron su preferencia de cambiar la forma jurídica del REPSS a un ente descentralizado, como se observa a continuación en los siguientes testimonios:

“[es necesario] modificar la normatividad y que a nivel federal se presionara para que los REPSS sean OPD. Teniendo esa autonomía, las gestiones serían más rápidas y eficientes”. D.F. 4

“Que los REPSS sean independientes de los SESA. La separación de funciones sería una ventaja para el funcionamiento. (...) El problema es que seguimos siendo juez y parte”. Guanajuato 1

“Que los REPSS se conviertan en OPD” Puebla 3

“Para que la función rectora del REPSS en los estados mejore, hay que cambiar las figuras jurídicas para no ser juez y parte. Convertirse en OPD”. Chiapas 2

“Es incongruente ser juez y parte, no podemos tomar decisiones propias, solo podemos gestionar, eso dificulta el trabajo. (...) debe hacerse independiente, como OPD”. Jalisco 3

“Si se da una descentralización desde la misma Comisión Nacional, puede ser la pauta o la figura para los REPSS a nivel de los estados” Chiapas 4

El estado de Veracruz descentralizó el REPSS mediante el Decreto de Creación del Organismo, publicado en el número 41 de la Gaceta Oficial del estado, de fecha 6 de febrero del año 2008. Esta forma jurídica dotó a esta instancia administrativa de autonomía administrativa y financiera lo que les permitió tener mayor control de algunos procesos como lo manifestaron algunos funcionarios del REPSS entrevistados:

“La autonomía de gestión nos permite un margen de operación muy grande”. Veracruz 1

“Podemos pedir cuentas en cuanto al uso de recursos y funcionamiento a los diferentes organismos con los que tenemos convenio, fundamentalmente a los Servicios de Salud”. Veracruz 2.

V.3.3. Promoción, afiliación y tutela de los derechos de los afiliados al Sistema

La regulación de la promoción, afiliación y tutela de los derechos de los afiliados al SPSS, es provista primordialmente por el nivel federal, como se muestra en el **cuadro V.3.19**. La Ley General de Salud (LGS) establece que todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al SPSS, sin importar su condición social. De acuerdo con el artículo 77 Bis 4 de la LGS, la unidad de protección es el núcleo familiar, el cual se puede integrar por los cónyuges y los hijos menores de 18 años, además de los padres mayores de 64 años, dependientes económicos que formen parte de la familia. También pueden considerarse a los hijos solteros de hasta 25 años que prueben ser estudiantes o discapacitados dependientes. La Ley considera también como núcleo familiar a la familia unipersonal, es decir aquella conformada por individuos solteros mayores de 18 años.

Ley General de Salud (2004), El Reglamento a la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud (2004 última reforma publicada DOF 8/06/11), los Lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del SPSS (abril/2005, última reforma publicada diciembre/2011) y los Acuerdos de Coordinación entre la Federación y los estados para la ejecución del SPSS, establecen con claridad y precisión las competencias y responsabilidades de las autoridades federales y estatales para la *afiliación y vigencia de derechos* así:

Le corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud:

- a. Diseñar, desarrollar y suministrar el instrumento para evaluar la capacidad de pago de los beneficiarios para efectos del esquema de cuotas familiares en los estados y el Distrito Federal (LGS Artículo 77 BIS 5).
- b. Dar a conocer y orientar a la entidad federativa en la aplicación del instrumento para evaluar la capacidad de pago de las familias beneficiarias residentes en el estado para efectos del pago de la cuota familiar (Acuerdo de Coordinación entre la Federación y los estados para la ejecución del SPSS).
- c. Coordinar con la entidad federativa la elaboración y publicidad de los materiales de sensibilización, difusión, promoción y metodología de capacitación que se utilizarán en la operación del SPSS (Acuerdo de Coordinación entre la federación y los estados para la ejecución del SPSS).
- d. Establecer el esquema de cuotas familiares que deberán cubrir los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud (LGS Artículo 77 BIS 5).
- e. Establecer los lineamientos para la integración y administración del padrón de beneficiarios del SPSS y validar su correcta integración (LGS Artículo 77 BIS 5).
- f. Solicitar al Consejo de Salubridad General el cotejo del padrón de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, contra los registros de afiliación de los institutos de seguridad social y otros esquemas públicos y sociales de atención médicos (LGS Artículo 77 BIS 5).
- g. Tutelar los derechos de los beneficiarios al SPSS (LGS Artículo 77 BIS 5).

A los gobiernos de los estados les corresponde:

- a. Llevar a cabo las acciones de identificación de grupos de familias a beneficiar (Acuerdo de Coordinación entre la federación y los estados para la ejecución del SPSS).
- b. Realizar la promoción y de difusión, así como de incorporación de familias al Sistema (LGS artículo 77 BIS 5).
- c. Poner a disposición de la población la información sobre los lugares para la afiliación y re-afiliación; la información general del Sistema y los mecanismos de la afiliación, a través de material promocional como son folletos, trípticos y carteles, aprobados por la Comisión (Lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del SPSS) .
- d. Crear los Módulos de Afiliación y Orientación (MAO), así como brigadas de promoción y afiliación (Lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del SPSS).
- e. Realizar la evaluación de la capacidad económica de las familias con el fin de establecer el nivel de cuota familiar que le corresponda (Acuerdo de Coordinación entre la federación y los estados para la ejecución del SPSS).
- f. Verificar la información proporcionada por los solicitantes de la incorporación al Sistema (Reglamento a la LGS en materia de PSS artículo 43).
- g. Apoyar a los solicitantes de incorporación al SPSS en la obtención de actas de nacimiento y Clave Única de Registro de Población(Acuerdo de Coordinación entre la federación y los estados para la ejecución del SPSS).
- h. Proporcionar a las familias interesadas en afiliarse al Sistema, la información necesaria sobre las características, requisitos y beneficios del Sistema, los periodos de vigencia, el proceso de afiliación, así como los esquemas de cuotas familiares y en particular sobre el régimen no contributivo (Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de Beneficiarios y determinación de la cuota familiar del SPSS).
- i. Afiliar a las familias (Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de Beneficiarios y determinación de la cuota familiar del SPSS).
- j. Implementar las estrategias necesarias, a efecto de que a los integrantes de las familias afiliadas al Sistema (a partir de 10 años) les sea aplicado el Registro Biométrico y, a todos los integrantes, la Consulta Segura (Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de Beneficiarios y determinación de la cuota familiar del SPSS capítulo III).
- k. Administrar el padrón de beneficiarios (Acuerdo de Coordinación entre la federación y los estados para la ejecución del SPSS).
- l. Remitir la información de las familias incorporadas al padrón, específicamente la cantidad de familias, su vigencia y la aportación de cuotas, los primeros 45 días naturales de cada trimestre (Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de Beneficiarios y determinación de la cuota familiar del SPSS).
- m. Recibir, administrar y ejercer las cuotas familiares de los beneficiarios del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, así como los demás ingresos que en razón de frecuencia en uso de los servicios o especialidad o para el surtimiento de medicamentos asociados, se impongan de manera adicional en los términos de este Título, de conformidad con el artículo 77 Bis 23 de la LGS.

- n. Dar seguimiento a las quejas que los beneficiarios presentan en términos de la prestación de servicios de salud (Reglamento a la LGS en materia de PSS artículos 55 y 56).

Cuadro V.3.19. Instrumentos jurídico-normativos que regulan la Promoción, afiliación y tutela de los derechos de los afiliados al SPSS, 2012

Ámbito de Jurisdicción		Instrumento jurídico						
Federal	Ley General de Salud	Reglamento a la Ley General de Salud en materia del Protección Social en Salud.	Lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del SPSS (abril/2005, última reforma publicada diciembre/2011).	Acuerdo por el cual se establecen las disposiciones relativas a la Vigencia de Derechos de las Familias con al menos un Niño Nacido en Territorio Nacional a partir del 1 de Diciembre de 2006 que sean incorporados al Sistema de Protección Social en Salud (feb/2007).	Acuerdos por los cuales se adicionan Nuevos Supuestos de Titulares y Beneficiarios del SPSS (febrero, abril y julio de 2008)	Avisos por los que se da a conocer la información relativa al número de familias beneficiarias del SPSS (publicados en el Diario Oficial de la Federación)	Avisos por los que se dan a conocer las cuotas familiares del Sistema de Protección Social en Salud (publicados en el Diario Oficial de la Federación)	Manual del Gestor Médico
Federación /Estado	Anexos II y III de los SPSS.	Acuerdos de Coordinación suscritos entre la Secretaría de Salud Federal y los gobiernos estatales para la ejecución del SPSS.						
Estatad	Ley Estatal de Salud	Manual de Organización del REPSS			Manuales de procedimientos específicos del área de Afiliación y Operación de los REPSS			

Fuente: Elaboración propia con información de fuentes secundarias. Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud 2012.

En materia de *tutela de derechos* la normatividad federal establece una amplia gama de elementos entre los que se encuentran:

- a. La corresponsabilidad de la federación y de las entidades federativas para tutelar los derechos de los afiliados al Sistema (LGS y RLGSPSS).
- b. La obligatoriedad que adquieren los REPSS de divulgar entre los afiliados al Sistema sus derechos y obligaciones (LGS capítulo IX, RLGSPSS artículo 54).
- c. Que los establecimientos para la atención médica del Sistema, los REPSS y, en su caso, la Comisión, serán responsables de responder, canalizar y dar seguimiento a las preguntas, quejas y sugerencias que los beneficiarios presenten en relación con la prestación de servicios y los derechos (RLGSPSS artículo 55).
- d. Las preguntas, quejas y sugerencias, presentadas por cualquier medio, deben ser analizadas en primera instancia, por los establecimientos para la atención médica, atendiendo a los principios de celeridad en la respuesta a todas las solicitudes, adoptando la forma escrita cuando así se formulen. Los REPSS validarán periódicamente la calidad de las respuestas y el impacto de éstas en la mejora de la calidad de los servicios de atención a la salud. Cada instancia deberá establecer mecanismos para determinar la procedencia o improcedencia de las preguntas, quejas y sugerencias presentadas por los beneficiarios, y cuyos plazos de respuesta no deberán exceder tres meses (RLGSPSS artículo 56).
- e. Los REPSS deberán evaluar periódicamente la opinión de los beneficiarios, con mención expresa a la aplicación de los derechos a que se refiere el artículo 77 bis 37 de la Ley. La información sobre la satisfacción de los afiliados deberá informarse a la Comisión, de conformidad con los lineamientos que para el efecto se establezcan (RLGSPSS artículo 56).
- f. La Secretaría, a través de la Comisión, contará con un centro de atención telefónica que proporcione orientación a los beneficiarios para facilitar el acceso a los servicios de salud y recibir las preguntas, quejas y sugerencias que presenten tanto de la prestación médica como administrativa, en el ejercicio de sus derechos (RLGSPSS artículo 58).
- g. El centro de atención telefónica estará orientado principalmente para recibir las quejas que deriven del incumplimiento sobre los derechos de los beneficiarios, así como cualquier incumplimiento del proceso administrativo de afiliación; de igual manera, servirá para retroalimentar a los REPSS para generar acciones correctivas y preventivas que se requieran para la adecuada marcha del Sistema (RLGSPSS artículo 58).
- h. El centro de atención telefónica recibirá, canalizará y dará seguimiento a las preguntas, quejas y sugerencias que presenten los beneficiarios, para lo cual los Servicios Estatales de Salud establecerán mecanismos para la recepción de las mismas, además de proporcionar la información necesaria para su atención oportuna y eficaz (RLGSPSS artículo 59).
- i. Por su parte, la Secretaría canalizará y dará seguimiento a las preguntas, quejas y sugerencias que reciba en su propio centro de atención telefónica sobre la calidad de los servicios que otorgue el Sistema e informará de manera periódica, por conducto de la Comisión, a los integrantes del Sistema sobre las preguntas, quejas y sugerencias que sobre la calidad de los servicios de salud presenten los

beneficiarios, con el propósito de que sean atendidas de manera efectiva y oportuna (RLGSPSS artículo 59).

- j. Además de la atención telefónica, los beneficiarios tendrán en todo momento la posibilidad de presentar sus preguntas, quejas y sugerencias en forma escrita o de manera directa en los establecimientos para la atención médica o las unidades administrativas del Sistema, debiendo otorgárseles un trato adecuado y una atención oportuna a sus requerimientos, para lo cual los Servicios Estatales de Salud establecerán los mecanismos necesarios para su recepción, seguimiento y pronta respuesta (RLGSPSS artículo 59).
- k. Los Servicios Estatales de Salud difundirán entre los establecimientos para la atención y las unidades administrativas la información necesaria para que los beneficiarios puedan presentar sus quejas en forma sencilla y ágil, ya sea a través del centro de atención telefónica del Sistema, el propio de la Secretaría o las que sean presentadas en forma escrita o de manera directa (RLGSPSS artículo 61).
- l. Progresivamente, los Regímenes Estatales impulsarán en la red de establecimientos para la atención médica del Sistema, la integración de organizaciones de beneficiarios que se constituirán como avales ciudadanos de los resultados de calidad en lo referente al trato digno que debe proporcionarse en los centros de atención del área geográfica correspondiente. Asimismo, facilitarán las condiciones para que otras modalidades de participación ciudadana coadyuven a una adecuada prestación de los servicios (RLGSPSS artículo 63).
- o. En caso que alguna queja o denuncia revista actos que impliquen responsabilidad administrativa de funcionarios públicos, se atenderá conforme a lo dispuesto en la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos (Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de Beneficiarios y determinación de la cuota familiar del SPSS capítulo VIII).

Las entidades federativas, en general, se acogen estrictamente a lo establecido en el marco normativo federal para realizar los procesos, procedimientos y actividades de afiliación y re-afiliación de la población beneficiaria, así como para la integración y mantenimiento del padrón de beneficiarios.

Algunos de los principales *cambios normativos identificados en la promoción, afiliación y vigencia de derechos* fueron (para mayor detalle ver Anexo 1 del presente informe):

- a. *El inicio de la vigencia de derechos de los afiliados.* Para garantizar que el afiliado goce de los beneficios del Sistema de manera inmediata, cambia el inicio de la vigencia de derechos de empezar el primer día del mes calendario siguiente a la fecha de incorporación, al mismo día de su incorporación, contemplando doce meses calendario de vigencia (RLGSPSS artículo 44).
- b. *Credencialización y verificación de derechos.* La LGS y el Reglamento a la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud (RLGSPSS) estipulaban que la verificación de derechos se realizaría a través de una Credencial Única de Beneficiario del Sistema (CUBS), expedida por los REPSS bajo los lineamientos que para el efecto emitiera la CNPSS. En 2005 se inició el proceso de

credencialización, sin embargo por múltiples problemas técnicos (de diseño y operación) y legales (del proceso de licitación), el nivel federal optó por suspenderlo. En 2011 se modificó el RLGSPSS (artículo 41) definiendo la Credencial Única como cualquier documento y/o mecanismo que acredite a la persona como beneficiaria del Sistema, expedido por los Regímenes Estatales bajo los lineamientos que emita la Comisión. Esta modificación señalaba que el documento y/o mecanismo servirá para identificar al beneficiario como afiliado al Sistema y para comprobar su vigencia de derechos y le permitirá el acceso pleno a todos los servicios cubiertos por el Sistema.

- c. *Suspensión/cancelación de derechos.* Se precisó y clarificó el mecanismo de cancelación de derechos a los beneficiarios del Sistema, asignando la responsabilidad y el proceso administrativo a la CNPSS. (RLGSPSS artículo 48)
- d. *Adición de nuevas reglas para la incorporación de población al Sistema.* Con el propósito de avanzar hacia la cobertura universal de salud se establecieron nuevos supuestos para afiliar familias al Sistema:
 - *Programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG).* A partir de 2007, se estableció un nuevo supuesto para incorporar al SPSS a las familias con al menos un niño nacido en territorio nacional a partir del 1 de diciembre de 2006. La justificación de este programa se encuentra en la política social del gobierno actual (2007-2012): “*Igualdad de Oportunidades*”. Se estableció que el inicio de la vigencia de derechos para estas familias, comienza a partir del día de su incorporación, contemplando doce meses calendario de vigencia (acuerdo por el cual se establecen las disposiciones relativas a la vigencia de Derechos de las familias con al menos un niño nacido en territorio nacional a partir del 1 de diciembre de 2006 que sean incorporados al SPSS, así como a la aplicación de recursos que por concepto de cuota social y aportaciones solidarias efectuarán los gobiernos federal, estatal y del Distrito Federal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de febrero de 2007).
 - *Adición de integrantes al núcleo familiar.* En 2008, se amplió la conformación del núcleo familiar estableciéndose que se consideran como integrantes de la familia a aquellas personas que no teniendo parentesco de consanguinidad con las personas señaladas en la LGS, habiten en la misma vivienda, dependan económicamente de ellos y sean menores de 18 años o discapacitados dependientes de cualquier edad; o bien, dependientes económicos de hasta 25 años, solteros y que prueben ser estudiantes (Acuerdo por el que se adicionan nuevos supuestos de titulares y beneficiarios del SPSS a la composición actual del núcleo familiar Al que se refiere el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, 2008).
 - *Incorporación de familias al SPSS en el régimen no contributivo.* En 2008 se publicaron dos Acuerdos para incorporar población al régimen no contributivo: las familias que se incorporen al SMNG y aquellas familias que al momento de incorporarse al Sistema se encuentren integradas por al

menos una mujer con diagnóstico de embarazo (Acuerdo por el cual se establece un nuevo supuesto para considerar a las Familias que se afilien al Sistema de Protección Social en Salud bajo el régimen no Contributivo febrero de 2008 y julio de 2008).

- e. *Incorporación de la Consulta Segura, el Registro Biométrico y el Sistema Nominal en Salud (SINOS)*⁶. En 2011, se estableció que una vez que se haya formalizado la afiliación de la familia al Sistema, se deberá llevar a cabo el procedimiento de Registro Biométrico y Consulta Segura de cada uno de sus integrantes. Para ello se deberá ingresar al módulo específico SINOS, capturando el folio de afiliación de la familia generado al momento de su incorporación. Se determinó que en primer lugar, se llevará a cabo el Registro Biométrico a todos los integrantes de la familia a partir de los 10 años, y que el personal encargado debe observar que se digitalicen las huellas dactilares de todos los dedos de las dos manos de dichos integrantes. Finalizado el Registro Biométrico de los integrantes de la familia, se le indicará a la familia que se llevará a cabo la aplicación de la Consulta Segura señalándoles que se realizará la aplicación de pruebas que permitan identificar algunas condicionantes que pudieran significar riesgo en la salud de la persona (Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del SPSS. Numeral 9 BIS 1 a 9Bis 5).
- f. *Modificación de los lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración del Padrón Nacional de Beneficiarios*. En 2011 se modificaron las secciones de integración y validación del Padrón de Beneficiarios del Sistema para incorporar la información concerniente al Registro Biométrico y la Consulta Segura. Así mismo se estableció que para mantener actualizado el Padrón de Beneficiarios, las correcciones e inconsistencias se deberán realizar posteriormente al cierre de cada mes y concluir antes del envío de la base de datos del mes subsecuente para el control de una base de datos homogénea. Igualmente, las incidencias al Padrón, podrán ser notificadas mediante aviso en los MAO por los titulares de familia. Estos ajustes serán realizados por el personal del MAO, previa revisión de la documentación soporte que corresponda. Una vez registrados en el SAP, se deberá generar y entregar al titular de familia una nueva Póliza de afiliación. En este mismo instrumento, se adiciona que la Comisión emitirá los lineamientos específicos para la implementación y operación del SINOS, que deberán observar los Regímenes Estatales, y de ser el caso, establecerán la coordinación con los Servicios Estatales de Salud (Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del SPSS capítulo VII).

⁶ Sistema Nominal en Salud (SINOS). Componente del SAP para el Registro Biométrico y aplicación de la Consulta Segura, entre otros.

a) *Promoción, afiliación y tutela de los derechos de los afiliados al Sistema: percepción de los funcionarios*

De acuerdo con la revisión realizada del marco normativo y operativo, se reconocen avances en la regulación del proceso de afiliación de la población al SPSS. Se destaca la existencia de leyes, reglamentos, lineamientos, acuerdos, avisos, manuales operativos, entre otros instrumentos que definen con claridad y precisión quiénes pueden afiliarse al Sistema, cómo hacerlo y en qué momento. También están definidas las competencias y responsabilidades del nivel federal, estatal y de los funcionarios y trabajadores de la dependencia encargada de este proceso en el REPSS y en la CNPSS, así como los mecanismos y estrategias de promoción, difusión, afiliación y registro de las personas/familias afiliadas al padrón de beneficiarios.

Desde la perspectiva de los informantes entrevistados del ámbito estatal, algunas de las fortalezas o avances identificados fueron:

1. La estandarización de procesos y procedimientos para la promoción, difusión, afiliación y re-afiliación de personas al Sistema.

“La afiliación, es una de las áreas más estandarizadas en el país”. Veracruz 1

2. El inicio de la vigencia de derechos. Antes de la modificación de la norma, los beneficiarios debían esperar hasta el primer día del mes siguiente después de realizada la afiliación para acceder a los servicios de salud y muchos de ellos solicitaban atención a cargo del SPSS antes del inicio de la vigencia de su póliza.

“Antes cuando se afiliaba una persona, su vigencia de servicios comenzaba el primer día del siguiente mes, eso limitaba mucho, porque solicitaban el servicio y no se les podía apoyar, ahora ya es diferente”. Chiapas 1

3. El avance en la automatización de la información para la afiliación y re-afiliación, así como para la integración y verificación del padrón de beneficiarios.

“(…) todos estos MAO [125 en Jalisco] están dotados con un sistema de información en línea, lo que nos permite tener información casi en tiempo real. Jalisco 1

“A nivel central [REPSS] automatizamos varios procesos que se realizaban aquí, creamos aplicaciones administrativas para los módulos de afiliación, creamos tableros de control, de indicadores, que les da a los supervisores el empoderamiento para toma de decisiones a nivel regional, todo esto consolida y actualiza nuestro padrón cotidianamente, lo que nos da mucha ventaja, sabemos quienes tienen y quienes no tienen seguridad social entre otras cosas”. Jalisco 1

[Al indagar sobre los avances en el desempeño del REPSS] “El fortalecimiento de las áreas de afiliación y el mantenimiento del padrón”. Guanajuato 1

4. El cambio de financiamiento del núcleo familiar a cuota por persona afiliada.

“Cuando cambia la afiliación de cápita familiar a cápita personal, la distribución de los recursos es más equitativa. En Chiapas permitió contar con un 30% más de recursos financieros”. Chiapas 2

“El cambio de la cápita por familia a persona nos benefició, ya que se reciben mayores recursos.” Chiapas 3

Este cambio en el financiamiento de núcleo familiar a persona por familia, que es identificado como una ventaja por algunos funcionarios, por otros es señalado como un área problemática señalando que impactó el volumen de recursos recibidos y se aumentó ostensiblemente el trabajo administrativo.

“El cambio de per cápita por familia a persona si impactó en las finanzas de manera ligera. Bajaron los ingresos dado que en la ciudad de México la composición promedio de las familias no llega a tres personas y antes se recibían recursos con un cálculo promedio de cuatro”. D.F 4

Es en el ámbito operativo, particularmente en los estados, en donde se identificaron los mayores problemas y área de oportunidad de mejora como se describe a continuación:

- La multi-afiliación. En muchas ocasiones al afiliarse al SPSS, la población no declara ser derechohabiente de otra institución de salud. A nivel estatal, no es posible dar de baja del padrón a una persona que se le comprueba que está asegurada a más de una institución (IMSS-ISSSTE, PEMEX, SEDENA, Otros).

“No se ha determinado que pasará con los afiliados que presentan duplicidad de aseguramiento” Chiapas 1

- Escaso avance del SINOS, Registro Biométrico y Consulta Segura. Los estados no cuentan con las condiciones de infraestructura, equipos y personal suficientes para realizar las acciones de Registro Biométrico y SINOS y la Consulta Segura.

“El sistema de identificación dactilar, ha hecho complicada la afiliación y re-afiliación. (...) El Sistema Nominal en Salud (...) introdujo elementos adicionales que hicieron la carga pesada para los regímenes estatales”. Veracruz 1

“La federación ha condicionado la re-afiliación: si en seis meses no se cuenta con el estudio, se dará de baja a las personas que estén en ese caso” D.F.4

“Faltan insumos médicos y tecnológicos. Ha habido problemas en el área de adquisición, se han cancelado 2 licitaciones que detuvieron todo desde noviembre del año pasado. (...) mucha renuencia del personal médico especialmente el más antiguo con el uso de equipos de cómputo. (...) Otro problema es la cantidad de

información que manejan en las unidades médicas, llenan varios formatos duplicados y al SINOS ya no le dan la importancia que tiene”. Jalisco 1

“Sujetar la afiliación y re-afiliación a que también tenga Sistema Nominal en Salud (SINOS) eso se nos ha dificultado mucho”. Chiapas 1

- Dificultades para realizar los procesos de afiliación y re-afiliación de personas al Sistema en zonas urbanas, dado que existe gran movilidad de la población e insatisfacción por la calidad y oportunidad en el acceso a los servicios.

“Las zonas urbanas son las más difíciles de afiliar y re afiliar. En el DF es muy difícil localizar a los afiliados por la dinámica a la que se someten los ciudadanos del DF, así como la movilidad de la población, es difícil encontrarlos en sus domicilios.” DF 1

- Falta de capacitación en aspectos normativos, administrativos y operativos de los REPS al personal de salud.

“Falta mucha capacitación no tanto al personal operativo, sino a los directivos” DF 1

Uno de los principales retos identificado en el área de afiliación, por los informantes entrevistados es la operación del Programa Consulta Segura. Se señala que se requiere contar con los equipos tecnológicos (lector de huellas y computadores) y el personal entrenado y comprometido para realizar las actividades que esto conlleva (registro en el SINOS, consulta para identificación de riesgos de salud), además de la voluntad de cada uno de los integrantes del núcleo familiar para realizar el registro biométrico y asistir a la consulta de salud y así cerrar el proceso.

Respecto a la tutela de derechos, un aspecto que destacan algunos de los informantes del ámbito estatal entrevistados, es la labor que realizan los gestores médicos. Este personal se encarga de informar y asesorar a los afiliados al SPSS sobre sus derechos, el funcionamiento e intervenciones incluidas en el CAUSES, FPGC, SMNG, así como en los procesos y procedimientos para la re-afiliación y afiliación de nueva población. También vigila que el establecimiento de salud brinde los servicios ofrecidos en apego a las intervenciones contempladas por el Sistema, incluido la satisfacción del beneficiario respecto del servicio recibido. Asimismo, el gestor brinda asesoría al personal de salud y a los directivos de los hospitales y centros de salud de la red de prestadores. Los siguientes testimonios confirman el papel de los gestores médicos en la tutela de los derechos de los beneficiarios del sistema:

“Los gestores están dando constantemente asesorías en el hospital, no nada más al usuario, también al personal. (...) Se ha hecho mucho trabajo informativo y de sensibilización. Hay mucho cuidado en la atención personalizada con calidez y cordialidad. Y todos los casos tienen seguimiento”. DF 3

“Vemos al gestor médico como una persona que defiende los derechos de sus afiliados”. Jalisco 1

“Los gestores les informan [a los beneficiarios del Sistema] sobre sus derechos y obligaciones”. DF 1

Por otra parte, en el informe de Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud de 2009, los directores de Afiliación y Operación de los REPSS de las entidades federativas incluidas en la muestra, también señalaron avances y situaciones problemáticas tanto para el cumplimiento de las metas de afiliación y re-afiliación como en los procesos y procedimientos para llevar a cabo estas actividades. El **cuadro V.3.20** resume los principales hallazgos.

Cuadro V.3.20. Fortalezas/avances y situaciones problemáticas en el proceso de afiliación y re-afiliación de la población al SPSS señaladas por informantes clave, 2009

	Descripción
Fortalezas/ avances	Al cierre del 2009 las metas de cobertura de afiliación estatal (número de hogares afiliados/número de hogares sujetos a afiliación) fueron mayores a 78% en todas las entidades federativas. 10 Estados declararon alcanzar 100% de la meta establecida para la entidad (Chihuahua, Yucatán, Jalisco, Campeche, Querétaro, Aguascalientes, Veracruz, Coahuila, Tabasco y San Luis Potosí).
	Los avances en la cobertura de afiliación están asociados con el acceso que las poblaciones tienen a unidades de salud acreditadas. Aquellas entidades con una alta proporción de unidades acreditadas tienen mayores avances en la afiliación de familias.
	Innovaciones en estrategias para la re-afiliación de la población: <ul style="list-style-type: none"> • Invitaciones a las familias ya afiliadas para su re-afiliación a través del correo postal público. • Brigadas especiales para identificar las localidades con bajos niveles de re-afiliación. • Generación de <i>slogans</i> para motivar la afiliación particularmente de zonas urbanas como “<i>es mejor tenerlo y no necesitarlo, que necesitarlo y no tenerlo</i>” Jalisco. • Promoción de la afiliación y re-afiliación en las semanas nacionales de salud.
	Papel de los gestores médicos en la promoción y difusión de la afiliación y re a filiación de población al SPSS.
Áreas problemáticas	Falta de infraestructura y de personal médico en zonas rurales de alta marginación lo cual retrasa los procesos de afiliación.
	Dificultades para afiliar población en zonas con alta movilidad de población, con trabajadores temporales o migrantes y zonas de alta dispersión.
	Existen grupos de población que no cuentan con documentos de identificación o tienen documentación incompleta que impiden terminar el proceso de afiliación.
	Falta de apoyo y/o coordinación de autoridades municipales y locales en los procesos de afiliación.
	Escasos incentivos para la re-afiliación de personas en zonas urbanas. Los usuarios manifiestan inconformidad con la calidad y oportunidad de los servicios de salud, así como falta de acceso a medicamentos y maltrato por parte del personal de salud.
	Para los afiliados al Sistema el principal problema para re-afiliarse, es la escasa o nula información sobre el pago de cuotas anuales en función del nivel de ingresos de la familia; la poca información sobre la vigencia de su afiliación; sobre el término de la vigencia del seguro y las fechas de re-afiliación, así como información inadecuada sobre la utilización del FPGC.
Muchos afiliados piensan que la re-afiliación se “hace en automático” y por tanto no deben hacer ningún trámite.	

Fuente: Elaboración propia con información de la Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud, 2009. Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud 2012.

Asimismo, los informantes señalaron que *las mejores prácticas* que han coadyuvado al proceso de afiliación y re-afiliación de familias son:

1. Coordinación de las actividades de afiliación con otros programas dirigidos a poblaciones vulnerables.
2. Promoción de la afiliación en lugares de encuentro comunitario y unidades de salud.
3. Comunicación estrecha con gobiernos locales y estatales para la identificación y alcance de las poblaciones prioritarias.
4. Capacitación del personal de afiliación para el seguimiento de trámites de registro civil y CURP.
5. Colaboración de gobiernos locales para la agilización de trámites de documentación oficial.
6. Seguimiento, por parte de las oficinas de afiliación, de la calidad de los servicios a través del llenado de formatos de quejas de los afiliados sobre la calidad de los servicios de salud.
7. Invitaciones personales a través de correos de México y el uso de medios masivos para motivar la re-afiliación al SP.
8. Conformación de brigadas específicas para realizar campañas y/o jornadas de afiliación en localidades con bajo nivel de afiliación o re-afiliación al SP.

Desde el punto de vista de los afiliados al Sistema, la Encuesta Nacional de Afiliados al Seguro Popular 2010 señala que un alto porcentaje de beneficiarios (94.3%) manifestó su disposición a re-afiliarse. Entre las causas señaladas para ello se encuentran: a) ahorro de dinero (89.6%), la cobertura de la póliza (68.9%), el buen servicio recibido (66.9%), la distancia a los centros de atención (54.9%) y los horarios de atención (47%). De manera contraria, las principales causas manifestadas por aquellos encuestados que no están interesados en re-afiliarse al SPSS, se relacionan con la calidad de la atención y la accesibilidad como: mal servicio (56.4%), la póliza no cubre todas las enfermedades (31.1%), los horarios disponibles (31.8%), la distancia al lugar de atención (27.4%), la falta de tiempo para realizar el trámite de afiliación (18%), la falta de dinero (18.6%), y estar inscritos a otros servicios de salud (13.1%).

Con relación a los mecanismos destinados a canalizar inquietudes y quejas de los afiliados al Sistema, la Encuesta Nacional de Afiliados del Seguro Popular 2010, realizada por el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), destaca que solamente alrededor de 1% de los encuestados ha presentado alguna queja al *Seguro Popular*, en tanto que 47.3% de los encuestados no sabían que tenían ese derecho. Entre los afiliados que reportaron haber presentado alguna queja los medios más utilizados para hacerlo fueron: vía telefónica llamando al Centro de Atención a Afiliados (21.4%), envío de la sugerencia por buzón electrónico (31.2%) y otros medios fueron utilizados por 46% de los beneficiarios. En lo que respecta al tiempo promedio de respuesta, los encuestados de este grupo manifestaron 26.1 días, en tanto que 73% de quienes presentaron quejas no han recibido respuesta.

Los resultados obtenidos de los informes de la Auditoría Superior de la Federación 2010, muestran que en 8 entidades federativas y el DF (25%) no se tuvo un control adecuado de las quejas y sugerencias (Aguascalientes, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Morelos, San

Luis Potosí, Tamaulipas y Tlaxcala). Once entidades más y el Distrito Federal (37.5%), no incluyeron dentro de los resultados la información sobre el tema (Baja California Sur, Chiapas, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Sonora, Tabasco y Zacatecas). En el restante, (37.5%) si tienen alguna información en esta materia. Las quejas más comunes se refieren a:

- 1) atención médica deficiente o insuficiente,
- 2) mala atención / maltrato por parte del personal,
- 3) surtimiento incompleto de medicamentos,
- 4) largos tiempos de espera para recibir la atención,
- 5) Cobro de consulta / medicamentos / procedimientos y
- 6) problemas con la re-afiliación / maltrato del gestor.

Información más detallada por entidad federativa sobre las causas de las quejas y reclamos más comunes por parte de los afiliados se presenta en el **cuadro V.3.21**.

Cuadro V.3.21. Porcentaje de causas de quejas y reclamos que interponen los afiliados al SPSS. Auditoría Superior de la Federación 2010.

Entidad federativa	Causas de quejas y reclamos más comunes (2010)					
	Atención médica deficiente o insuficiente (%)	Mala atención / maltrato (%)	Surtimiento incompleto medicamentos (%)	Largos tiempos de espera para recibir la atención (%)	Cobro de la consulta/ medicamentos (%)	Problemas con la re-afiliación /maltrato del gestor (%)
Campeche	24.4	24.4	14.6	-	-	-
Chihuahua	6	8	49	16	13	3.0
Coahuila	-	33.3	-	-	33.3	-
Colima	22	29.3	-	14.6	14.6	-
Durango	58.3	-	--	-	-	-
Guanajuato	39.6	19.8	-	19.8	-	-
Jalisco	27.7	-	-	-	-	16.7
Morelos	53.8	-	15.4	-	6.4	-
Querétaro	36.5	-	35	-	15	-
San Luis Potosí	25	21	-	-	17.3	9.6
Sinaloa	24.2	-	45.2	-	14.5	-
Tamaulipas	33.7	-	-	10.1	-	24.7
Tlaxcala	49.3	-	16.4	-	28.8	-
Veracruz	15.6	-	8.9	-	-	44
Yucatán	6.7	13.3	13.3	-	-	13.3

Fuente: elaboración propia con información de fuentes secundarias. Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud, 2012

V.3.4. Gestión y administración de recursos financieros

El SPSS funciona bajo un esquema tripartito de financiamiento, en el que se establece una cuota financiada por los gobiernos federal y estatal por cada persona afiliada, y una cuota a cargo de las familias, que se determina en función de sus condiciones socioeconómicas y capacidad de pago.⁷ Las familias que por su nivel de pobreza no cuentan con capacidad para pagar dicha cuota familiar, quedan exentas de este pago y se integran al Sistema bajo el régimen no contributivo. La definición de los montos de los recursos destinados al SPSS, así como su gestión y administración se encuentran normados en las leyes, reglamentos y demás instrumentos administrativos con carácter jurídico que ha emitido la federación. Algunos de los principales instrumentos jurídicos que dan cuenta del financiamiento, gestión, administración y transferencia de los recursos del Sistema a las entidades federativas se muestran en el **cuadro V.3.22**. La normatividad vigente en materia de salud, fija las siguientes competencias y responsabilidades a la Secretaría de Salud, a la CNPSS y a las entidades federativas en materia de financiamiento y transferencia de los recursos financieros para la operación del SPSS:

Secretaría de Salud:

1. Transferir con puntualidad a los estados y al Distrito Federal las aportaciones que le correspondan para instrumentar los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, en los términos del Capítulo III del Título Tercero Bis de la LGS (Artículo 77 BIS 5).
2. Establecer el esquema de cuotas familiares que deberán cubrir los beneficiarios del SPSS (LGS Artículo 77 BIS 5).
3. Definir las bases para la compensación económica entre entidades federativas, el Distrito Federal, instituciones y establecimientos del Sistema Nacional de Salud por concepto de prestación de servicios de salud(LGS Artículo 77 BIS 5).

Comisión Nacional de Protección Social en Salud (Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, artículo 4):

1. Dirigir y ejecutar las acciones de financiamiento necesarias para el funcionamiento del Sistema, incluyendo las relativas al desarrollo de programas de salud en áreas indígenas, marginadas, rurales y, en general, a cualquier grupo vulnerable en colaboración con las unidades competentes de la Secretaría.
2. Administrar los recursos financieros que en el marco del Sistema le suministre la Secretaría y efectuar las transferencias que correspondan a los estados y al Distrito Federal.
3. Definir los criterios para la constitución de la previsión presupuestal anual, incluyendo los aspectos relativos a las necesidades de infraestructura para la atención primaria y especialidades básicas en congruencia con el Plan Maestro de Infraestructura y el Plan Maestro de Equipamiento, así como los relativos a los imprevistos en la demanda de servicios.
4. Administrar los recursos de la previsión presupuestal anual para atender necesidades de infraestructura y las variaciones en la demanda de servicios; así como realizar las

⁷ Evaluación de Efectos del Sistema de Protección Social en Salud 2008

Cuadro V.3.22. Instrumentos jurídico-normativos que regulan el financiamiento del SPSS y la gestión y administración de estos recursos financieros.

Ámbito de Jurisdicción	Instrumentos jurídico							
Federal	Ley General de Salud	Reglamento a la Ley General de Salud en materia del Protección Social en Salud.	Lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del SPSS (abril/2005, última reforma publicada diciembre/2011).	Lineamientos para la integración de la aportación solidaria estatal del Sistema de Protección Social en Salud.	Mecanismos para la contabilización de los recursos a integrar en la aportación Solidaria federal.	Reglas de operación del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud	Reglas de operación del SMNG	Avisos por los que se dan a conocer las cuotas familiares del Sistema de Protección Social en Salud (publicados en el Diario Oficial de la Federación)
Federación /Estado	Acuerdos de Coordinación suscritos entre la Secretaría de Salud Federal y los gobiernos estatales para la ejecución del SPSS. Anexos I, II, III y IV de los Acuerdos de Coordinación		Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios que celebran la SSA, el IMSS, el ISSSTE, los SESA, y los Institutos Nacionales para atender los afiliados al SPSS	Convenio específico en materia de transferencia de recursos para la ejecución del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación, que celebran la Secretaría de Salud y las entidades federativas	Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE)	Convenio marco de colaboración y coordinación en materia de prestación de servicios médicos y compensación económica entre entidades federativas por la prestación de servicios de salud a los beneficiarios del SPSS, que celebran los Servicios Estatales de Salud de las treinta y un entidades federativas y del Distrito Federal, y la Secretaría de Salud. CONVENIO 32X 32		
Estatad	Ley Estatal de Salud	Manual de Organización del REPSS	Convenios de Colaboración Interinstitucional para la prestación de Servicios Médicos, Quirúrgicos, Hospitalarios, Suministro de Medicamentos e Insumos, celebrado entre Instituciones de Salud de Alta especialidad y los SESA (FPGC y SMNG).			Acuerdos o convenios de Gestión entre el REPSS y los SESA para la prestación de servicios	Convenios y acuerdos de gestión entre los Servicios Estatales de Salud y Jurisdicciones Sanitarias/ Hospitales públicos	

Fuente: Elaboración propia con información de fuentes secundarias. Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud 2012.

- transferencias a los Estados y al Distrito Federal, de conformidad a las reglas que fije el Ejecutivo Federal mediante disposiciones reglamentarias;
5. Proponer al Secretario las bases para la compensación económica entre entidades federativas, instituciones y establecimientos del Sistema Nacional de Salud por concepto de la prestación de servicios de salud, dentro del marco del Sistema, con la participación de las unidades competentes de la Secretaría.
 6. Coordinar la administración y operación del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y evaluar sus resultados, con la participación de las unidades administrativas competentes de la Secretaría.
 7. Aprobar y publicar las tarifas relativas a los gastos generados por los beneficiarios del Sistema respecto de los servicios que se encuentren dentro del Catálogo de Intervenciones de servicios de Gastos Catastróficos.
 8. Determinar anualmente y por entidad federativa, el número de familias beneficiarias a fin de establecer el monto correspondiente a las aportaciones para financiar los servicios de salud a la persona cubiertos por el Sistema.
 9. Transferir los recursos para la instrumentación y operación del SMNG conforme con lo establecido en las presentes reglas, en los convenios de colaboración y demás instrumentos específicos que se suscriban conforme a la normatividad vigente.
 10. Establecer el esquema de cuotas familiares que los beneficiarios del Sistema deben cubrir.

A los estados les define las siguientes responsabilidades (LGS artículo 77 BIS 5, Acuerdo de Coordinación entre la federación y los estados para la ejecución del SPSS):

1. Aplicar de manera transparente y oportuna los recursos que sean transferidos por la Federación y las aportaciones propias, para la ejecución de las acciones de protección social en salud, en función de los acuerdos de coordinación que para el efecto se celebren.
2. Programar, de los recursos a que se refiere el Capítulo III del Título Tercero Bis de la LGS, aquellos que sean necesarios para el mantenimiento, desarrollo de infraestructura y equipamiento conforme a las prioridades que se determinen en cada entidad federativa, en congruencia con el plan maestro que se elabore a nivel nacional por la Secretaría de Salud;
3. Gestionar, administrar y ejercer los recursos transferidos para la instrumentación y ejecución del SMNG conforme a lo establecido en las Reglas de Operación y con estricta observancia de lo dispuesto por las disposiciones jurídicas aplicables tanto federales como locales.
4. Recibir, administrar y ejercer las cuotas familiares de los beneficiarios del REPSS, así como los demás ingresos que en razón de frecuencia en uso de los servicios o especialidad o para el surtimiento de medicamentos asociados, se impongan de manera adicional la LGS.
5. Proporcionar a la Secretaría de Salud la información relativa al ejercicio de recursos transferidos, así como la correspondiente a los montos y rubros de gasto.
6. Incluir como parte del proyecto de presupuesto de egresos que presente el Ejecutivo local para su aprobación en cada ejercicio fiscal al Congreso de la entidad, cuando menos el monto equivalente a los recursos que para salud se destinaron en el ejercicio fiscal anterior, si las circunstancias económicas que imperen en el estado así lo permiten.

7. Promover la participación de los municipios en los REPSS y sus aportaciones económicas mediante la suscripción de convenios, de conformidad con la legislación estatal aplicable.

A los REPSS les corresponde la administración de los recursos financieros establecidos por la Ley para las entidades federativas, con excepción de los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, que serán administrados directamente por los Servicios Estatales de Salud.

Los principales cambios normativos en materia *de financiamiento, gestión y administración de los recursos financieros* del Sistema identificados a partir de 2007 fueron:

- a. *Incorporación del Programa SMNG.* Este programa adiciona nuevos recursos financieros al SPSS mediante el pago del costo de las intervenciones cubiertas. El pago se realiza con dineros de un subsidio federal proveniente de recursos fiscales autorizados en el Decreto de Presupuesto de Egresos (PEF) de cada año, que complementan los recursos que las entidades federativas reciben de la Federación vía ramo 12, destinados a la prestación de servicios médicos. Para la realización de la transferencia de estos apoyos, la Secretaría y las entidades federativas deben celebrar, los convenios de colaboración e instrumentos específicos correspondientes (Acuerdo por el cual se establecen las disposiciones relativas a la vigencia de derechos de las familias con al menos un niño nacido en territorio nacional a partir del 1 de diciembre de 2006 que sean incorporados al SPSS, así como a la aplicación de recursos que por concepto de cuota social y aportaciones solidarias efectuarán los gobiernos federal, estatal y del Distrito federal 2007).
- b. *Modificación de la forma de financiamiento de la Unidad de Protección del Sistema.* En 2009, se cambió la LGS modificando la forma de financiar la Unidad de Protección del Sistema (artículos 77 BIS 12 y 77 BIS 13). Pasó de ser una cuota por familia beneficiaria (independientemente del número de integrantes de la familia) a ser un financiamiento por cada uno de los individuos que componen el núcleo familiar. De esta forma, el Gobierno Federal cubrirá anualmente una cuota social por cada persona afiliada al SPSS, la cual será equivalente al 3.92 por ciento de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal (LGS ARTÍCULO 77 BIS 12).
- c. Derivado de este cambio se realizaron ajustes importantes en el RLGSPSS y en otros instrumentos normativos para el cálculo y definición de los montos de las aportaciones federales y estatales por persona al Sistema (RLGSPSS artículos 78,79,83,86 y 87).
- d. Diseño y publicación de los Lineamientos para la integración de la aportación solidaria estatal del Sistema de Protección Social en Salud, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 31 de diciembre de 2007, última reforma publicada DOF 25/07/08. Con la publicación de estos lineamientos se definió con claridad que sólo se van a considerar como parte de la Aportación Solidaria Estatal (ASE), los recursos propios que los estados y el Distrito Federal destinen a la prestación de

servicios de salud a la persona, presupuestados en el ejercicio fiscal vigente. Estableció que el procedimiento para la integración de la ASE incluye (capítulo II):

- *Aportación líquida.* Son las aportaciones que los estados y el Distrito Federal realizan de forma líquida al Sistema en la entidad, las cuales deben plasmarse de manera específica en su presupuesto estatal. En caso de aportaciones líquidas que se prevean y ejerzan con posterioridad a las contempladas en el Presupuesto de Egresos Estatal anual publicado en el periódico oficial del estado, éstas deberán informarse a la Comisión.
- *Acreditación del gasto estatal por familia.* Se refiere al gasto que es destinado para la prestación de servicios de salud a la persona, por el estado o el Distrito Federal proveniente de recursos propios.
- También se podrá optar por una combinación de ambos procedimientos en caso de que el monto acreditado sea inferior a la aportación por familia establecida en la Ley. La forma para determinar esta diferencia se establece en el Capítulo 3 de los Lineamientos.

Señala también los conceptos específicos que se pueden considerar para la integración de la ASE (Capítulo II):

- *Presupuesto estatal anual.* Los recursos que los estados y el Distrito Federal aporten para la prestación de los servicios de salud a la persona durante el ejercicio fiscal vigente y que aparezcan como presupuesto autorizado en la publicación oficial de la entidad.
- *Presupuestos extraordinarios.* Aportaciones del estado y del Distrito Federal que en el ejercicio fiscal vigente se realicen de forma extraordinaria para la prestación de servicios de salud a la persona.
- *Aportaciones municipales y donaciones.* Se considerarán siempre y cuando el destino de dichos recursos sea para prestar servicios de salud a la persona y se otorguen durante el ejercicio fiscal del que se trate.
- *Otros recursos.* Se refiere a recursos presupuestales que los estados y el Distrito Federal destinen a hospitales u otros organismos que presten servicios de salud a la persona en la entidad en el ejercicio vigente y que no estén considerados en el presupuesto de los Servicios Estatales de Salud, así como los montos estimados de cuotas de recuperación.
- *Gasto de inversión:* Los recursos destinados a la inversión en infraestructura dirigida a la prestación de servicios de salud a la persona, que esté contemplada en el Plan Maestro de Infraestructura.

Determina que los recursos que no pueden ser contabilizados como ASE son:

- Los recursos federales del Ramo 12 (SALUD) y del Ramo 33 (FASSA).
- Las aportaciones del fideicomiso del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y de la Previsión Presupuestal Anual.
- Las aportaciones de los gobiernos estatales para cubrir las cuotas familiares, ni los recursos previstos en los presupuestos estatales destinados a fines

distintos que el de ofrecer servicios de salud a la persona (capítulo II numeral 9).

Así mismo, se determina la forma de calcular la ASE, la formalización y resguardo de la información y los ajustes en el cierre del ejercicio.

- e. También se modificaron y ajustaron algunas normas concernientes al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. Uno de los principales cambios realizados en el RLGSPSS en 2011(artículo 95), fue ampliar a toda la población la posibilidad de acceder a los recursos de este Fondo. Antes de 2011, la norma señalaba que el FPGC cubría los gastos generados exclusivamente por los beneficiarios del Sistema. Con la modificación se establece que se cubrirá principalmente (y no de forma exclusiva) a los beneficiarios del Sistema.
- f. Otros cambios a nivel normativo, han sido la *incorporación progresiva de nuevas patologías e intervenciones cubiertas por el Fondo*. En 2007 fueron 34, en 2008 pasan a 49 en 2011 a 56 y en 2012 llegan a 57. La inclusión de nuevas intervenciones ha significado, también, un incremento en el gasto por concepto de pago de casos de enfermedades de alto costo (Anexo I de los Acuerdos de Coordinación entre la federación y los estados para la ejecución del SPSS 2007 a 2012).
- g. En el ámbito instrumental/operativo, en 2007 la CNPSS publicó el Manual de Operación para la Notificación de Casos de Enfermedades que Generan Gastos Catastróficos, cuyo principal objetivo es coadyuvar a la notificación, registro, seguimiento y pago de los servicios que son objeto del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Este manual fue diseñado dada la complejidad de la operación del FPGC que generó la necesidad de contar con una metodología rápida, innovadora y específica para la notificación de los casos diagnosticados, según Entidad Federativa y Centro Regional de Alta Especialidad (CRAE). Adicionalmente, la metodología propuesta debía garantizar tanto, la autenticidad de los casos notificados, como el pago de los servicios. La integración de esta metodología permitió crear el Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos (SIGGC). Este sistema esta basado en Web, y opera en línea para que todos los CRAE acreditados y con convenio registren los casos diagnosticados a partir del primero de enero del 2005. El manual contiene las políticas de operación del FPGC, la notificación de nuevos casos (a cargo del REPSS y de los CRAE-OPD) y la Guía de Operación del SIGGC (niveles de acceso y responsabilidad, metodología para generar accesos, convenciones técnicas, ingreso al SIGGC, registro de casos nuevos y la validación de los casos).
- h. *Anexo IV de los Acuerdos de Coordinación suscritos entre la Secretaría de Salud Federal y los gobiernos estatales para la ejecución del SPSS*. A partir de 2007 se establecieron topes máximos de gasto a los principales conceptos de gasto con la finalidad de establecer criterios de asignación presupuestal para mejorar el uso de los recursos financieros del sistema. Se definió, hasta 40% de los recursos para remuneraciones de personal directamente involucrado en la prestación de la

atención médica, 30% para acciones de prevención y promoción de la salud contenidas en el CAUSES, 30% para adquisición de medicamentos, material y otros insumos y 5% para conservación y mantenimiento de unidades médicas. Posteriormente, se ajustó el tope de promoción y prevención definiéndose que debe gastarse no menos de 20% en estas intervenciones y hasta 6% en gastos de administración y operación de los REPS. De 2008 a 2012 se realizaron otras modificaciones incorporando nuevos conceptos de gasto como la compra de servicios o pago a terceros por servicios de salud, Caravanas de Salud, Sistema Nominal de Seguimiento–Consulta Preventiva (SINOS), Consulta Segura y Registro Biométrico, pago por servicios a Institutos Nacionales y Hospitales Federales, indicando que el Estado debe efectuar los pagos a estas instituciones por los servicios que éstos presten para la atención del CAUSES en beneficio de los afiliados al Sistema en la entidad federativa, adquisición de Sistemas de Información y Bienes Informáticos y gasto operativo de unidades médicas participantes en la prestación de servicios de salud del CAUSES.

i. *Suscripción de los Acuerdos para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE)*. Se implementó a partir de 2008, con el propósito de identificar y ordenar la ejecución del gasto en el rubro de prevención y promoción, permitiendo dar seguimiento a los diversos programas implementados en el ámbito local. En estos acuerdos, se precisan:

- Los compromisos de la entidad federativa y de la Federación respecto a la aplicación de los recursos en los Programas de Promoción y Prevención, así como los mecanismos para la evaluación y control de los mismos.
- Se definió que los recursos financieros serán entregados de manera líquida o a través de insumos de acuerdo con la distribución que se muestra en las tablas incorporadas a este instrumento, así como los anexos al mismo.
- Intervenciones, indicadores y metas.
- La manera de aplicación de los recursos por parte de los estados.
- Las obligaciones de cada una de las partes
- Las acciones de vigilancia, inspección, control, notificación y evaluación de las intervenciones realizadas.
- La vigencia, causas de terminación o de recesión del convenio, la vigencia y las modificaciones al mismo.

j. A partir de 2011 se creó el Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE) con el propósito de servir de mecanismo para el seguimiento de la transferencia y el ejercicio del presupuesto de manera transparente. Además permite el monitoreo de metas e indicadores y la consulta entre los líderes de programas federales y estatales. De esta manera, el SIAFFASPE permite la alineación, control y automatización del uso y ejecución de los recursos presupuestales y programáticos, además de las acciones en salud pública con el fin mejorar la eficiencia financiera y el logro de metas institucionales.

- k. Suscripción de Convenios de Colaboración Específico y Coordinación, en Materia de Prestación de Servicios Médicos y Compensación Económica por la Prestación de Servicios de Salud, celebrado entre los Servicios Estatales de Salud de los Estados y /o Organismos Públicos Descentralizados y la Secretaría de Salud del Ejecutivo Federal. CONVENIO 32X 32 cuyos objetivos se focalizan en:
- i. Garantizar la prestación de los servicios médicos a los beneficiarios del SPSS.
 - ii. La colaboración y coordinación de las acciones entre los SESA firmantes, para proporcionar las prestaciones, intervenciones y los servicios médicos considerados dentro del CAUSES que se encuentre vigente. Las prestaciones, intervenciones y servicios mencionados entre SESA procederán en los casos siguientes:
 - Los casos en que los servicios no sean proporcionados en la entidad donde reside el beneficiario, siempre que éste sea referido por personal de salud del estado donde resida de manera permanente el afiliado.
 - Los casos en los que la distancia o tiempo de traslado no garantice la oportunidad del tratamiento siempre que esté, debidamente documentada y justificada la situación.
 - El beneficiario se encuentre en tránsito en una entidad federativa diferente a la de su afiliación de origen.
 - El afiliado realice un cambio de domicilio temporal y,
 - Urgencia Médica.
 - iii. Garantizar a los afiliados del SPSS la prestación de los servicios médicos en cualquier lugar dentro del territorio nacional.
 - iv. La compensación económica entre SESA por la prestación de los servicios de salud a beneficiarios de otras entidades federativas conforme a las bases que establezca la CNPSS.

a) *Gestión y administración de recursos financieros: percepción de los funcionarios*

Desde la perspectiva de los informantes entrevistados del ámbito estatal, las principales fortalezas y avances, en materia de financiamiento, gestión y administración de los recursos financieros del Sistema son:

- La regulación federal define con precisión la forma de financiamiento del SPSS y la manera de ejercer los recursos. Al respecto tres de los informantes entrevistados señalaron:

*“Toda la normativa referente al financiamiento está contenida al nivel federal”
Guanajuato 1*

*“[El nivel federal] deja muy claro cómo debe gastarse o ejercer el recurso”.
Puebla 1*

“En el anexo IV que firma la Secretaría de Salud y las entidades federativas, se particularizan los porcentajes y acciones que se pueden hacer con cargo al recurso. Adicionalmente está el PEF, que marca la pauta de los rubros de gasto y particularidades.” Puebla 3

- El cobro y pago de servicios entre entidades federativas por la atención a beneficiarios del Sistema.

“Los mecanismos de pago y cobro interestatal eran una debilidad, pero para este año la compensación económica se vio beneficiada por un acuerdo que hubo para que pagara de manera directa la Comisión a la entidad proveedora. (...) la Comisión modificó el procedimiento para hacer el pago directamente y descontar el monto correspondiente a la entidad. Se realiza a través de una plataforma electrónica.” DF 1

“En el caso de interestatales ha mejorado el sistema de validar los casos en la plataforma. Esto ha agilizado mucho el pago de servicios.” Jalisco 2

“Las modificaciones al convenio 32 x32, han permitido que los pagos sean más ágiles” Puebla 2

- Se ha fortalecido la oferta de servicios públicos de salud, mediante la compra de equipo médico, mantenimiento y adaptación de áreas hospitalarias y la compra de medicamentos.

Por otra parte, los principales problemas y áreas de oportunidad identificados fueron:

- Candados a los recursos y topes a los que están sujetos los conceptos de gasto para el ejercicio de los recursos, establecidos en el anexo IV de los Convenios de Coordinación entre la Federación y los Estados. Al respecto algunos informantes señalaron que:

“El anexo IV no ha facilitado en nada la ejecución de los recursos”. Chiapas 3

“[en el] anexo IV hay porcentajes establecidos para el gasto independientemente de las necesidades del estado hablando de medicamentos, acciones en salud pública, nómina; hay un porcentaje fijo para todos los estados y no todos los estados tenemos las mismas necesidades ni funcionamos de la misma manera”. Jalisco 2

“Las metas que impone la Comisión en el anexo IV son difíciles de lograr y si no se logran, implica una reducción de recurso”. Veracruz 1

“El anexo IV, perjudica con sus candados administrativos, como la distribución de porcentajes, porque es inadecuada e incorrecta, destinar 20% para prevenir, 40% para recursos humanos, 30% para medicamentos, etc., y vas reduciendo el

recurso para aplicarlo a las necesidades. No sirve de nada que, aunque tengas un cálculo de costos para aplicarlo según las necesidades de tu población, no puedas ejercer los fondos”. Veracruz 4

“El tema de AFFASPE, viene muy dirigido a ese programa, no podemos salirnos de ahí, debían hacerse acciones transversales, pero jurídicamente nos lo prohíbe” Puebla 4.

- Retrasos en la transferencia de los recursos.

“Actualmente el tiempo para que lleguen los recursos puede variar mucho. (...) se retrasa mucho la llegada del recurso, sobre todo al inicio del ejercicio y, al final del año estamos buscando la manera de ejercer los recursos para no tener que regresarlos.” Veracruz 3

“Dados los retrasos que se dan desde la primera transferencia del año desde la federación hacia los estados, les impide iniciar procesos de licitación antes de junio. En Guanajuato aún hay recursos de 2007 sin gastarse ni reportarse”. Guanajuato 1

- Problemas con la comprobación del gasto.

“Es bastante lento porque hay que desglosarlo completamente, al igual que la aportación solidaria estatal, que me parece un trámite burocrático que nos retrasa en tiempo.” Jalisco 2

“La falta de información, porque no depende de nosotros [REPSS], hay que recabarla” Chiapas 2

“Dependemos de la información oportuna de distintas áreas de la Secretaría de Salud del estado. Hay retardos en comprobación de gastos detectados en los SESA Puebla 3

- Multiplicidad de fuentes para el financiamiento de la población asegurada al Sistema y población sin aseguramiento:

“Qué se pudiera crear una sola bolsa, una sola fuente de financiamiento. Hoy es algo muy fraccionado (SMNG, Caravanas, Oportunidades, AFFASPE) y a cada fuente hay que administrar y rendir cuentas en formas distintas. Es necesario unificar recursos en una sola bolsa y con una sola forma de operar” Puebla 2

- La sustentabilidad financiera del Sistema ya que para algunos estados es difícil cumplir con el monto de la aportación solidaria estatal comprometida

Resultados de las Evaluaciones del SPSS en 2009 y 2011 identificaron áreas problemáticas en los tiempos y mecanismos de transferencia de los dineros del Sistema a las entidades federativas y a las unidades de salud:

1. Del ámbito federal a los estados
2. De la Secretaría de Finanzas Estatal a la Secretaría Estatal de Salud
3. De la Secretaría Estatal de Salud a las unidades de salud.^{viii}

En el primer caso (retraso en la transferencia de recursos del nivel federal al estatal), esta problemática fue vista de manera antagónica por los informantes del ámbito federal y estatal.

- Desde el punto de vista de los funcionarios del ámbito federal, se debía primordialmente al incumplimiento (en tiempo y forma) de uno o algunos de los requisitos que debe acatar la entidad federativa: acreditación de la aportación solidaria estatal, comprobación de la ejecución del gasto o inconsistencias en el padrón de beneficiarios. Incluso se comentó que el rezago depende en gran medida de la organización interna del REPSS y de la capacidad gerencial de sus funcionarios.
- Los funcionarios del ámbito estatal atribuyeron el retraso a la CNPSS argumentando la tardanza para validar el padrón de afiliados, la burocratización en el proceso de certificación de la comprobación de gastos y la falta de comunicación y coordinación con las Direcciones Generales de Afiliación y la de Financiamiento.

En el segundo caso, (retrasos en la transferencia de recursos entre instancias del nivel estatal) las causas de retraso referidas por los informantes fueron:

- Factores políticos. Lucha de poder entre partidos, fracciones y grupos políticos.
- Falta de transparencia: tanto en las secretarías de finanzas de los estados como en la Secretaría de Salud. Cubren otros gastos con los recursos del SPSS dejando descubierta el área donde realmente se generó el recurso.
- Burocratización de trámites y uso de tiempos excesivos para el traslado de los recursos a las áreas de demanda.
- Falta de capacitación del personal.
- Alta rotación de personal en la Secretaría de Finanzas del Estado por lo cual desconocen los procedimientos.

En el tercer caso, (retraso de las transferencias a las unidades de salud) las principales causas referidas fueron:

- Largos, complejos y burocráticos procesos de licitación para la adquisición de medicamentos, materiales, insumos y equipos.
- Tardanza en la distribución y entrega de medicamentos, materiales e insumos. Algunas de las razones sugeridas como causa de estos retrasos fueron la dispersión geográfica de las unidades de salud, las condiciones climáticas adversas en algunas

^{viii} Los recursos que se asignan a las unidades de salud son transferidos en especie: recurso humano, materiales, insumos, medicamentos, equipos y mantenimiento. También reciben recursos líquidos para los gastos de operación.

épocas del año (presencia de huracanes) y la falta de recursos para transportar los insumos hacia las unidades de salud.

- Tarifas bajas e inflexibles de algunos medicamentos costosos (por ejemplo, oncológicos) lo cual dificulta su compra porque no encuentran proveedores que las vendan en los precios fijados por la CNPSS.

Estos retrasos en la transferencia de recursos traen como consecuencias desabasto de insumos y medicamentos, inconformidad del personal, insatisfacción de los usuarios, suspensión de servicios y deterioro de la calidad de la atención.

V.3.5 Coordinación de la provisión de los servicios de salud a la persona en el Sistema.

Una de las funciones establecidas por ley para los REPSS es la coordinación eficiente, oportuna y sistemática de la provisión de los servicios de salud a la persona afiliada al Sistema,. Por su part, el nivel federal, en corresponsabilidad con los estados, debe garantizar la prestación de servicios de salud de alta especialidad en los establecimientos de salud definidos para esto.

La normatividad establece como competencias y responsabilidades de la Secretaría de Salud en materia de provisión de servicios las siguientes (LGS Artículo 77 BIS 5 y el RLGSPSS artículo 19):

- a. Establecer la forma y términos de los convenios que suscriban los estados y el Distrito Federal entre sí y con las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de optimizar la utilización de sus instalaciones y compartir la prestación de servicios.
- b. Definir los requerimientos mínimos para la acreditación de los centros públicos prestadores de los servicios inscritos en el Sistema de Protección Social en Salud.
- c. Definir las bases para la compensación económica entre entidades federativas, el Distrito Federal, instituciones y establecimientos del Sistema Nacional de Salud por concepto de prestación de servicios de salud.
- d. Proveer servicios de salud de alta especialidad a través de los establecimientos públicos de carácter federal creados para el efecto.
- e. La Comisión, en coordinación con los Regímenes Estatales, promoverá una política de medicamentos tendiente a reducir los costos de adquisición, favorecer sistemas eficientes de abasto y reposición de medicamentos y el uso racional de los mismos en la prescripción y consumo en los establecimientos para la atención médica del Sistema. A tal efecto, los Regímenes Estatales y los establecimientos para la atención médica del Sistema celebrarán los convenios de gestión oportunos e implantarán programas de capacitación al personal.

Y para las entidades federativas (LGS artículo 77 BIS 5, RLGSPSS artículos 13 y 18):

- Proveer los servicios de salud en los términos del Título Tercero Bis del RLGSPSS, disponiendo de la capacidad de insumos y el suministro de medicamentos necesarios para su oferta oportuna y de calidad.
- Adoptar esquemas de operación que mejoren la atención, modernicen la administración de servicios y registros clínicos, alienten la certificación de su personal y promuevan la certificación de establecimientos de atención médica. Para tal efecto podrán celebrar convenios entre sí y con instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de optimizar la utilización de sus instalaciones y compartir la prestación de servicios, en términos de las disposiciones y lineamientos aplicables.
- Los Regímenes Estatales deben garantizar la prestación de los servicios de salud a la persona de forma directa a través de los establecimientos para la atención médica de los Servicios Estatales de Salud o de forma indirecta a través de los establecimientos para la atención médica de otras entidades federativas o de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud. Dicha prestación indirecta se realizará bajo los términos de los convenios de colaboración interinstitucional que al efecto se suscriban y en los cuales se incluirán las bases para la compensación económica.
- Para garantizar el carácter integral de los servicios, los Regímenes Estatales considerarán los establecimientos para la atención médica en términos de redes de servicios. Las redes de servicios deberán garantizar la continuidad de cuidados, el máximo nivel de resolución en atención primaria, la provisión de medicamentos, la especialización de los profesionales de la salud y constituirse sobre referencias poblacionales y geográficas.

Algunos de los instrumentos jurídicos que proporcionan pautas para la coordinación de la prestación de los servicios a la persona se muestran en el **cuadro V.3.23**.

Los principales cambios normativos relacionados con la integración y coordinación de la red de prestadores de servicios, identificados en el período estudiado fueron:

- a. En el Reglamento a la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud 2011, se modificaron los artículos 23 a 26, 28 y 29 que norman lo concerniente a la acreditación de los establecimientos de salud que prestan servicios a los beneficiarios del Sistema.
 - En el artículo 23, se eliminó toda referencia a que los prestadores de los servicios cubiertos por el FPGC deben contar con la certificación establecida en el artículo 77 Bis 30 de la LGS para prestar servicios a los beneficiarios del SPSS, sin menoscabo del cumplimiento de otras disposiciones jurídicas y reglamentarias aplicables en la materia.
 - En el artículo 24 se eliminó el requisito de contar con la certificación de calidad para los prestadores de servicios, quedando sujetos sólo a los requisitos de acreditación definidos por la Secretaría en los términos de la Ley, del RLGSPSS y del Manual de Acreditación, sin menoscabo del cumplimiento de otras disposiciones jurídicas y reglamentarias aplicables en la materia.

Cuadro V.3.23. Instrumentos jurídico-normativos que regulan la coordinación de la prestación de servicios de salud a la persona en el SPSS.

Ámbito de Jurisdicción		Instrumentos jurídicos					
Federal	Ley General de Salud	de	Reglamento a la Ley General de Salud en materia del Protección Social en Salud.	Acuerdo que establece los lineamientos para la adquisición de medicamentos asociados al catálogo universal de servicios de salud por las entidades federativas con recursos del Sistema de Protección Social en Salud.	Lineamientos para evaluar la satisfacción del usuario del Sistema de Protección Social en Salud.	Reglamento interior de la Comisión para definir tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos	
Federación /Estado	Acuerdos de Coordinación suscritos entre la Secretaría de Salud Federal y los gobiernos estatales para la ejecución del SPSS.	de	Anexo I de los Acuerdos de Coordinación suscritos entre la Secretaría de Salud Federal y los gobiernos estatales para la ejecución del SPSS.	Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios que celebran la SSA, el IMSS, el ISSSTE, los SESA, y los Institutos Nacionales para atender los afiliados al SPSS	Convenio marco de colaboración y coordinación en materia de prestación de servicios médicos y compensación económica entre entidades federativas por la prestación de servicios de salud a los beneficiarios del SPSS, que celebran los Servicios Estatales de Salud de las treinta y un entidades federativas y del Distrito Federal, y la Secretaría de Salud. CONVENIO 32X 32		
Estatal	Acuerdos o convenios de Gestión entre el REPSS y los SESA para la prestación de servicios	o	Convenios y acuerdos de gestión entre los Servicios Estatales de Salud y Jurisdicciones Sanitarias/Hospitales públicos	Convenios de Colaboración Interinstitucional para la prestación de Servicios Médicos, Quirúrgicos, Hospitalarios, Suministro de Medicamentos e Insumos, celebrado entre Instituciones de Salud de Alta Especialidad y los SESA (FPGC y SMNG).	Contratos de prestación de servicios con privados		

Fuente: Elaboración propia con información de fuentes secundarias. Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud 2012.

- En el artículo 25 se adicionó que la acreditación será favorable si cumple con la calidad a que se refiere el artículo 23 del RLGSPSS y se eliminó que mediante la acreditación se busca minimizar los riesgos a la salud por condiciones inseguras en la operación de los mismos, así como corroborar condiciones fundamentales de gestión y resultados de calidad.
 - El artículo 26 presentó modificaciones de forma mejorando la redacción y claridad respecto a la acreditación.
 - En el artículo 28 se adicionó, como competencia de la CNPSS, la capacidad de establecer prioridades para la acreditación de prestadores de servicios de atención médica del Sistema y se eliminó la responsabilidad de revisar anualmente el cumplimiento de las condiciones en materia de acreditación en las que se encuentren los establecimientos incorporados al Sistema.
 - Se adicionó un artículo 29Bis que reglamenta sanciones por incumplimiento de la acreditación. A este respecto, se señala que cuando un establecimiento que presta servicios de atención médica pone en riesgo la seguridad de los beneficiarios del Sistema o trabajadores de salud, o haya incumplido los requerimientos de la acreditación, la Secretaría lo hará del conocimiento del prestador de servicios, para que en el término de veinte días hábiles presente lo que a su derecho convenga. Agregó que si derivado de las actuaciones a que se refiere el párrafo anterior, se demuestra el incumplimiento de los requerimientos de la acreditación, la Secretaría suspenderá la acreditación al establecimiento prestador de servicios de atención médica, comunicándolo a la Comisión. Los establecimientos médicos tendrán un plazo de seis meses para solventar los incumplimientos por los cuales se suspenda la acreditación a que se refiere este artículo.
- b. Se adicionaron nuevas regulaciones en materia de compra, dotación y suministro de medicamentos en razón a que se encontró un alto grado de heterogeneidad en los mecanismos y condiciones de adquisición, los precios observados de compra de medicamentos y otros insumos para la salud, las cantidades demandadas y las condiciones de pago por parte de los compradores. Por tal motivo, se promulgaron:
- El Acuerdo por el que se creó la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud (2008) cuya función principal es llevar a cabo el proceso de negociación anual de precios de medicamentos y otros insumos para la salud contenidos en el Cuadro Básico para el primer nivel de atención médica y Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel, que cuenten con patente vigente y que sean objeto del procedimiento de adjudicación directa.
 - El acuerdo que establece los lineamientos para la adquisición de medicamentos asociados al Catálogo Universal de Servicios de Salud por las entidades federativas con recursos del SPSS cuyo objetivo es establecer los criterios que deben seguir las entidades federativas para el ejercicio de los recursos federales que se les transfieren por concepto de cuota social y aportación solidaria federal para la adquisición de medicamentos asociados al CAUSES. Estos criterios están orientados a reducir los costos en la compra de medicamentos y,

consecuentemente, a promover el aseguramiento de su abasto eficiente, distribución, entrega al beneficiario del Sistema de Protección Social en Salud y uso racional de los mismos.

Este instrumento contiene anexos. En el primero de ellos se encuentran los precios de referencia que deberán observar las entidades federativas para adquirir los medicamentos asociados al CAUSES, ya sea por licitación pública, adjudicación directa o en cualquier otra modalidad. Se establece que las entidades federativas pueden adquirir estos medicamentos a un mayor precio del establecido en Anexo 1 sin que supere 20% del tope permitido. Determina además que cuando las entidades federativas adquieran medicamentos bajo algún esquema total o parcial de terciarización que incluya costos de administración, almacenamiento, seguros, supervisión, manejo de inventario, entrega personalizada, distribución a farmacias, centros de salud o a cualquier otro punto de entrega directa al afiliado, éstas deberán sujetarse a lo establecido en los lineamientos por lo que deberán diferenciar el precio unitario de cada una de las claves adquiridas, de cualquier costo adicional, siendo el precio unitario el que deba regirse por lo establecido en los presentes Lineamientos.

- c. Se diseñaron y firmaron diversos acuerdos y convenios que regulan las relaciones entre la federación y el estado, así como entre entidades federativas para garantizar la portabilidad de derechos del Sistema en todo el territorio nacional y entre instancias estatales para la prestación de servicios de salud. Estos instrumentos norman las condiciones para la prestación de los servicios incluyendo el objeto, las obligaciones de las partes, las intervenciones cubiertas, los mecanismos y formas de pago, vigencia, causas de terminación o recesión, cláusulas de sanción por incumplimiento, entre otras. Algunos de estos instrumentos son:
- Los Acuerdos de Coordinación entre la Federación y las entidades federativas para la ejecución del SPSS, en el que se va modificando el Anexo 1 que comprende los servicios e intervenciones cubiertas por el Sistema, así como el catálogo esencial de medicamentos, adicionando, asociando o excluyendo intervenciones o claves de medicamentos (ver detalles en Anexo del presente informe).
 - Los Acuerdos o Convenios de colaboración y coordinación en materia de prestación de servicios médicos y compensación económica entre entidades federativas por la prestación de servicios de salud a los beneficiarios del SPSS, que celebran los Servicios Estatales de Salud y del Distrito Federal, y la Secretaría de Salud en donde se establece la garantía de la portabilidad de los derechos de los beneficiarios del SPSS y se les podrá proporcionar, sin discriminación por su lugar de afiliación, las prestaciones y los servicios médicos considerados dentro del CAUSES que se encuentre vigente. Se delimita así: a) los casos en que los servicios no sean proporcionados en la entidad donde reside el beneficiario, b) los casos en los que la distancia o tiempo de traslado no garantice la oportunidad del tratamiento, c) cuando el afiliado realice un cambio de domicilio temporal y, d) en casos de urgencia médica.

- Los Convenios de Gestión entre los REPSS y los SESA para la prestación de los servicios a los afiliados al Sistema, establecen los términos sobre los cuales los SESA prestarán servicios médicos de prevención, consulta externa, quirúrgicos, hospitalarios y rehabilitación a la población beneficiaria del SPSS, de acuerdo a las intervenciones definidas en el CAUSES y en los Anexos adjuntos al convenio.
- Los convenios de gestión entre los SESA y las Jurisdicciones Sanitarias, Hospitales Públicos y OPD, cuyo objetivo es establecer las bases sobre las cuales los SESA y las Jurisdicciones Sanitarias u Hospitales Generales definen las actividades necesarias para llevar a cabo la atención de los afiliados al SPSS.
- Por su parte, los contratos con privados tienen una estructura muy similar a la de los convenios o acuerdos de gestión suscritos entre los SESA y los prestadores de servicios de su propia red. Prácticamente mantienen el mismo clausulado, agregando algunos componentes dirigidos a deslindar cualquier tipo de relación laboral entre los SESA y el establecimiento de salud privado.

a) Prestación de servicios personales: percepciones de los funcionarios

Los informantes entrevistados el ámbito estatal, señalan algunas innovaciones en el área de prestación de servicios con el fin de garantizarle a los beneficiarios del Sistema el acceso a la atención médica y a los medicamentos. Dos de los informantes señalaron:

“Se hizo una innovación, se montaron 104 “consultorios populares”. Es una unidad básica en salud con un médico, una enfermera y un promotor de salud y medicamentos, para acercar la salud a comunidades rurales, principalmente en la zona norte.” Jalisco

En el área de medicamentos:

“Se tiene un contrato con una empresa para la distribución y surtido de medicamentos. Cuando no hay una clave, se le da un vale al paciente para que acuda a determinadas farmacias a surtir su receta, si acaso tampoco se obtiene el medicamento, el afiliado al Seguro Popular lo compra y lo factura a nombre de la empresa y esta le reembolsa el dinero gastado. En tal convenio el REPSS gasta menos del 30% en medicamento, establecido en el Anexo IV.” Puebla 2

La firma de convenios inter-institucionales, inter-estatales y con prestadores privados para ampliar la oferta de servicios y acercarlos a las poblaciones más alejadas de las zonas urbanas y metropolitanas fue otra de las fortalezas señaladas por los informantes.

“Se han creado convenios con IMSS Oportunidades para llegar a lugares en donde no se cuentan con servicios de salud” Chiapas 4

“Tenemos 16 hospitales contratados para atender partos, cesáreas, atención del recién nacido; también para cirugías de tipo colecistectomías y otros miocardios, siempre y cuando en el hospital público no les sea posible atender en los siguientes 45 días. También está subrogado el abasto de medicamento”. Jalisco 3

Se ha mejorado el seguimiento a la atención de los usuarios como lo refiere el siguiente entrevistado:

“En la atención a beneficiarios, los gestores alimentan un sistema electrónico, así tenemos información en tiempo real para toma de decisiones, y manejamos un indicador de evaluación a los servicios de salud del estado, siendo nuestro proveedor único. Estamos así evaluando todo el tiempo, se puede corregir lo que no esté funcionando. Medimos abasto, surtimiento, indicadores de oportunidad, donde se rastrea todos los motivos por los cuáles el paciente no recibió una atención en la unidad, todo esto nos capta estadísticas de servicios, faltantes, causas, etc., lo que nos permite tomar las medidas adecuadas para cubrir el servicio eficientes y de calidad, a los usuarios”. Puebla 4

Pese a que se reconocen avances y fortalezas en esta área, los informantes también manifestaron problemas y obstáculos como:

- Falta de regulación para la contratación de prestadores privados.

“Incluir criterios y proceso para subrogar servicios a privados” Puebla 2

- Aunque el requisito de acreditación y/o certificación de las unidades médicas para ser incorporadas a la red de prestadores de servicios de salud es un mandato de ley, algunos de los informantes lo ven como un obstáculo para la conformación de la red de prestadores de servicios como lo refieren dos informantes:

“Hay limitantes para su contratación. La normatividad establece que las unidades médicas deben estar certificadas, en Guanajuato son pocas las unidades privadas que cumplen con esto, sólo dos” Guanajuato 2

“Hay una publicación de diciembre de 2009 en el Diario Oficial que dice que cualquier hospital privado o prestador de servicios que quiera venderle al gobierno federal, estatal o municipal tiene que estar certificado o demostrar que está en vías de certificación. Aquí en el estado veníamos contratando o subrogando servicios en localidades pequeñas donde no era conveniente tener un hospital público. Hospitales con 5, 6, 7 camas no entra en proceso de certificación porque no es económicamente viable. A raíz de ello la Dirección Jurídica de los SESA solicita el requisito de la certificación. Entonces de trabajar con 14,15 hospitales nos quedamos con 2 o 3 en todo el estado”. Guanajuato 2

“La otra parte es la acreditación de los servicios, se requiere tener el recurso para que las unidades médicas tengan lo indispensable para poder dar el servicio, habría que cambiar los criterios para la acreditación” Chiapas 4

- Desconocimiento de los instrumentos jurídicos para realizar contratación. Algunos funcionarios desconocen los esfuerzos y avances alcanzados por la Comisión, en el

diseño de modelos de convenios y acuerdos para normar las relaciones de coordinación y colaboración para la prestación de servicios de salud tanto intra-institucionales como interinstitucionales.

“Con las unidades públicas no hay acuerdos de gestión firmados por la situación de cómo hacer un acuerdo de gestión al interior de la misma institución”. Guanajuato 2

V.3.6 Rendición de cuentas y transparencia

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 propuso, para el presente sexenio, promover y garantizar la transparencia, la rendición de cuentas y el acceso a la información en todos los ámbitos de gobierno. Para lograr este propósito se plantearon estrategias como crear mecanismos y propiciar reformas legales, para que las administraciones estatales y municipales estuvieran obligadas a explicar puntualmente cómo invierten los recursos que reciben de la federación y cuál es su impacto en términos económicos y sociales. Otras estrategias planteadas fueron fortalecer a los organismos encargados de facilitar el acceso a la información pública gubernamental; promover los mecanismos para que la información pública gubernamental fuera clara, veraz, oportuna y confiable; fomentar una cultura cívica de transparencia y rendición de cuentas y realizar campañas de difusión que aportaran información útil a la ciudadanía sobre los programas y proyectos de gobierno, entre otras.

El marco jurídico-normativo del SPSS, fue sujeto a ajustes y modificaciones importantes para avanzar en materia de rendición de cuentas y transparencia en el uso de los recursos, dotando de mecanismos y regulaciones a las instancias del ámbito federal y del ámbito estatal como se muestra en esta sección.

La LGS establece que dado que el financiamiento del SPSS es solidario, la Federación, los estados y el Distrito Federal deben disponer lo necesario para transparentar su gestión de conformidad con las normas aplicables en materia de acceso y transparencia a la información pública gubernamental. Señaló además que la Federación y los REPSS, a través de los servicios estatales de salud, deben difundir toda la información que tengan disponible respecto de universos, coberturas, servicios ofrecidos, así como del manejo financiero del Sistema de Protección Social en Salud, entre otros aspectos, con la finalidad de favorecer la rendición de cuentas a los ciudadanos, de manera que puedan valorar el desempeño del Sistema. Asimismo, los REPSS deberán disponer lo necesario para recibir y evaluar las propuestas que le formulen los beneficiarios respecto de los recursos que éstos aporten y tendrán la obligación de difundir, con toda oportunidad, la información que sea necesaria respecto del manejo de los recursos correspondientes.

Algunos de los principales instrumentos jurídicos que proporcionan pautas para la rendición de cuentas y la transparencia en el uso de los recursos del Sistema se muestran en el **cuadro V.3.24**.

Cuadro V.3.24. Instrumentos jurídico-normativos que regulan la rendición de cuentas y la transparencia en el uso de los recursos del SPSS.

Ámbito de Jurisdicción	Instrumentos jurídicos					
Federal	Ley General de Salud	Reglamento a la Ley General de Salud en materia del Protección Social en Salud.	Acuerdo que establece los lineamientos para la adquisición de medicamentos asociados al CAUSES, así como al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos por las entidades federativas con recursos transferidos por concepto de cuota social y de la aportación solidaria federal del Sistema de Protección Social en Salud	Lineamientos para la afiliación, operación, integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud.	Reglas de Operación del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud 2009	Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación, para el ejercicio fiscal 2012.
Federación /Estado	Acuerdos de Coordinación suscritos entre la Secretaría de Salud Federal y los gobiernos estatales para la ejecución del SPSS.		Anexos IV de los Acuerdos de Coordinación suscritos entre la Secretaría de Salud Federal y los gobiernos estatales para la ejecución del SPSS.	Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios que celebran la SSA, el IMSS, el ISSSTE, los SESA, y los Institutos Nacionales para atender los afiliados al SPSS	Convenio específico en materia de transferencia de recursos para la ejecución del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación, que celebran la Secretaría de Salud y las entidades federativas	Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE)
Estatal	Convenios de Colaboración Interinstitucional para la prestación de Servicios Médicos, Quirúrgicos, Hospitalarios, Suministro de Medicamentos e Insumos, celebrado entre REPSS y SESA		Convenio de Colaboración Específico y Coordinación, en Materia de Prestación de Servicios Médicos y Compensación Económica por la Prestación de Servicios de Salud, celebrado entre los Servicios Estatales de Salud de los Estados y/o Organismos Públicos Descentralizados y la Secretaría de Salud del Ejecutivo Federal. CONVENIO 32X 32			

Fuente: Elaboración propia con información de fuentes secundarias. Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud 2012.

Respecto al control y supervisión del manejo de los recursos la LGS establece que:

- a. Desde el inicio, el proceso de presupuestación, en términos de la legislación presupuestaria federal y hasta la entrega de los recursos correspondientes a los estados y al Distrito Federal, corresponderá a la Secretaría de la Función Pública.
- b. Recibidos los recursos federales por los estados y el Distrito Federal, hasta su erogación total, corresponderá a las autoridades de control y supervisión interna de los gobiernos de los estados. La supervisión y vigilancia no podrán implicar limitaciones, ni restricciones, de cualquier índole, en la administración y ejercicio de dichos recursos.
- c. La fiscalización de las cuentas públicas de los estados y el Distrito Federal, será efectuada por el Congreso Local que corresponda, por conducto de su órgano de fiscalización conforme a sus propias leyes, a fin de verificar que las dependencias y entidades del Ejecutivo Local aplicaron dichos recursos para los fines previstos en esta Ley, y
- d. La Auditoría Superior de la Federación al fiscalizar la Cuenta Pública Federal, verificará que las dependencias del Ejecutivo Federal cumplieron con las disposiciones legales y administrativas federales, y por lo que hace a la ejecución de los recursos a que se refiere este Título, la misma se realizará en términos de la Ley de Fiscalización Superior de la Federación.

En adición, cuando alguna de las autoridades en su ámbito de competencia conozca que los recursos federales establecidos no han sido aplicados a los fines que señala la Ley, deberán:

- En el caso de autoridades estatales, hacerlo del conocimiento de la Secretaría de la Función Pública en forma inmediata.
- En el caso del órgano de fiscalización de un Congreso Local, hacerlo del conocimiento inmediato de la Auditoría Superior de la Federación.

Las responsabilidades administrativas, civiles y penales que deriven de afectaciones a la Hacienda Pública Federal, a las aportaciones estatales y del núcleo familiar en que, en su caso, incurran las autoridades locales exclusivamente por motivo de la desviación de los recursos para fines distintos a los previstos en esta Ley, serán sancionadas en los términos de la legislación federal, por las autoridades federales, en tanto que en los demás casos dichas responsabilidades serán sancionadas y aplicadas por las autoridades locales con base en sus propias leyes.

Se establece que la Secretaría de Salud debe presentar al Congreso de la Unión un informe semestral pormenorizado de las acciones que se desarrollen con base en esta norma. Otras competencias y responsabilidades asignadas a las instituciones del ámbito federal y estatal para garantizar la rendición de cuentas y la transparencia por el marco jurídico-normativo están en el **Cuadro V.3.25**.

Cuadro V.3.25. Competencias y responsabilidades del nivel federal y estatal para la rendición de cuentas

Ámbito Federal	Ámbito Estatal
<ul style="list-style-type: none"> • La Comisión Nacional de Protección Social en Salud deberá publicar, a través de los medios de comunicación electrónicos, los resultados obtenidos en la evaluación del SPSS una vez que se cuenten con ellos. • Para efectos de transparencia, la Comisión publicará el desempeño anual de los Regímenes Estatales de acuerdo con las evaluaciones y metas del Sistema. • La Secretaría de Salud proporcionará información relativa al gasto en salud federal y estatal de acuerdo a las funciones del Sistema e identificando fuentes de financiamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar de manera transparente y oportuna los recursos que sean transferidos por la Federación y las aportaciones propias, para la ejecución de las acciones de protección social en salud, en función de los acuerdos de coordinación que para el efecto se celebren. • Realizar el seguimiento operativo de las acciones del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en su entidad y la evaluación de su impacto, proveyendo a la Federación la información que para el efecto le solicite. • Proporcionar a la Secretaría de Salud la información relativa al ejercicio de recursos transferidos, así como la correspondiente a los montos y rubros de gasto. • Los Regímenes Estatales pondrán a disposición del público por medios remotos o locales, de comunicación electrónica, la información relativa al manejo financiero del Sistema, al cumplimiento de sus metas y a la evaluación de satisfacción del usuario. • Los Servicios Estatales de Salud deberán reportar la información correspondiente al nivel estatal, la cual será integrada con aquella que reporten a su vez la Secretaría y la Comisión. Con el fin de mantener homogeneidad en el reporte del gasto en salud, la Secretaría proporcionará los criterios metodológicos para la integración de los reportes estatales.

Fuente: elaboración propia con información del RLGSPSS

Por otra parte, los principales ajustes en los instrumentos jurídico-normativos que regulan la rendición de cuentas y la transparencia fueron:

- a. En 2011 se agregaron y ajustaron en el RLGSPSS elementos para mejorar la transparencia en el uso de los recursos y la rendición de cuentas. Se estableció para el ámbito federal que la Comisión debe publicar, a través de los medios de comunicación electrónicos, los resultados obtenidos en las evaluaciones una vez que se cuenten con ellos y del desempeño anual de los Regímenes Estatales de acuerdo con las evaluaciones y metas del Sistema, respectivamente. Para el ámbito estatal se explicitó que los Regímenes Estatales pondrán a disposición del público por diversos medios, la información relativa al manejo financiero del Sistema, así como el cumplimiento de sus metas y a la evaluación de satisfacción del usuario.

Respecto a los componentes de la evaluación, se modificaron los componentes gerencial y de impacto. En el Gerencial, se incorporó nueva información que deberá ser analizada como la estimación de riesgos (considerando factores económicos y

fenómenos de migración), evolución del costo de los tratamientos y medicamentos, los costos laborales y, en general, cualquier otro factor que afecte la capacidad de los aportantes para cumplir con los objetivos del Sistema. Al de impacto se adicionó que los Regímenes Estatales tienen la obligación de entregar la información que les corresponda en cuanto a la medición de los cambios en sus condiciones de salud, que deben esperarse una vez desplegadas las intervenciones que provea el Sistema, y los cambios relacionados con la protección contra gastos catastróficos por motivos de salud entre las familias beneficiarias.

b. En las Reglas de Operación del Fideicomiso, se estableció que los prestadores de servicios:

- Asumen los compromisos y responsabilidades vinculadas a la rendición de cuentas y transparencia, para dar pleno cumplimiento a las disposiciones legales y normativas aplicables.
- Deberán mantener los registros específicos y actualizados de los montos aplicados para tenerla disponible cuando sea requerida por la Secretaría, la Función Pública o la Auditoría Superior de la Federación, conforme a las atribuciones que les confiere la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Ley de Fiscalización Superior de la Federación y las demás disposiciones aplicables.
- Deberán incluir en la presentación de su Cuenta Pública y en los informes sobre el ejercicio del gasto público al Poder Legislativo correspondiente, la información relativa a la aplicación de los recursos que recibieron a través del Fideicomiso. Asimismo, promoverán la publicación de la información de los proyectos y acciones financiados, incluyendo los avances físicos y financieros, en su página de Internet, así como en otros medios accesibles al ciudadano, de conformidad con la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. Por su parte, el Gobierno Federal incluirá, en los informes respectivos, los recursos entregados a los Prestadores de Servicios a través del Fideicomiso, informes que preparará la Comisión.
- Deberán enviar por correo electrónico a la Comisión, el Estado de Cuenta Mensual que se presentan en las Reglas, a más tardar los 15 días naturales siguientes al mes anterior que se reporta.
- Deberán presentar un informe trimestral a la Secretaría, por conducto de la Comisión, quien lo hará del conocimiento del Comité Técnico, así como a la Función Pública, dentro de los 20 días naturales siguientes al término de cada trimestre, de acuerdo con las presentes Reglas.
- Asimismo, deberán presentar un Informe de cierre del ejercicio, en el cual se deberá registrar la totalidad de los recursos, incluidos los rendimientos financieros, y se deberá entregar a las instancias indicadas en el numeral anterior, a más tardar el último día hábil del mes de septiembre del año correspondiente.

Se señala que las responsabilidades administrativas, civiles y penales derivadas de afectaciones a la hacienda pública federal en que incurran los servidores

públicos, federales o locales, así como los particulares, serán sancionadas en los términos de la legislación aplicable.

- c. En las Reglas de Operación del Seguro Médico para una Nueva Generación se definió que considerando que los recursos del Programa son federales y no pierden este carácter, su ejercicio está sujeto a las disposiciones federales aplicables y podrán ser revisados en todo momento por la Comisión, así como como por otras instancias en el ámbito de sus respectivas competencias como: i) el Órgano Interno de Control en la Comisión; b) la Auditoría Superior de la Federación, y c) la SHCP y por la SFP, esta última a través de la Unidad de Operación Regional y Contraloría Social, en coordinación con los órganos de control de los gobiernos locales.
- d. El artículo 33 del Presupuesto de Egresos de La Federación (PEF) para el ejercicio fiscal 2012 establece referente a los programas que deben sujetarse a reglas de operación que éstas deben incluir criterios que aseguren transparencia en la distribución, aplicación y comprobación de recursos. Establece que la Auditoría Superior de la Federación en el marco de la revisión de la Cuenta Pública, revisará el cumplimiento de los programas y el impacto de las reglas de operación en el cumplimiento de los mismos y que las dependencias y entidades que tengan a su cargo dichos programas deberán observar las siguientes disposiciones para fomentar la transparencia de los mismos:
- La papelería y documentación oficial para los programas deberán incluir la siguiente leyenda: *“Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa”*.
 - Los programas que contengan padrones de beneficiarios deberán publicar los mismos conforme a lo previsto en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
 - Las dependencias y entidades que tengan a su cargo la ejecución de los programas de Apoyo Alimentario y de Desarrollo Humano Oportunidades y del Sistema de Protección Social en Salud; deberán publicar en el Diario Oficial de la Federación durante el primer bimestre del ejercicio fiscal, el monto asignado y la distribución de la población objetivo de cada programa social por entidad federativa.
 - En los programas de Caravanas de la Salud y Sistema Integral de Calidad en Salud, la Secretaría de Salud dará prioridad a las localidades en donde no haya podido operar el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades por no haberse certificado el acceso a servicios de salud, así como donde se contribuya en mayor medida a la consolidación del Sistema de Protección Social en Salud.
 - Poner a disposición del público en general, un medio de contacto directo, en el cual se proporcione asesoría sobre el llenado de los formatos y sobre el cumplimiento de los requisitos y trámite que deben observarse para obtener los recursos o los beneficios de los programas.
 - Las reglas de operación, los formatos, las solicitudes y demás requisitos que se establezcan para obtener los recursos o los beneficios de los programas; los

indicadores de desempeño de los programas, y los medios de contacto de las unidades responsables de los mismos deberán estar disponibles en las páginas de Internet de las dependencias y entidades.

- De igual manera, queda estrictamente prohibida la utilización de los programas de apoyo para promover o inducir la afiliación de la población objetivo a determinadas asociaciones o personas morales.

En el artículo 34 de este mismo instrumento normativo se estableció que las dependencias y entidades que tengan a su cargo programas sujetos a reglas de operación deberán observar otras disposiciones allí señaladas para asegurar la aplicación eficiente, eficaz, oportuna y equitativa de los recursos públicos asignados a los mismos.

En los Acuerdos de Coordinación (AC) entre la Secretaría de Salud Federal y los gobiernos estatales para la ejecución del SPSS, se determinó que los recursos que se transfieran por concepto de Cuota Social, Aportación Solidaria Federal y Aportación Solidaria Estatal deberán ser incorporados en la Cuenta de Hacienda Pública de la entidad federativa, con fines de incorporarlos a la Cuenta Pública y puedan ser fiscalizados. En este mismo instrumento (AC) se establecieron, además, tiempos y requisitos específicos para que los REPSS realicen la comprobación del gasto. Esto con el fin de cumplir con uno de los requisitos que estipula la ley para la transferencia y ministración de los recursos en tiempo y forma. Los requisitos hacen mención a:

- El estado debe proporcionar a la Secretaría de Salud los informes relativos al SPSS de conformidad con la forma y plazos a que se refieren la LGS y su reglamento. De no establecerse plazo específico en dichos ordenamientos, deberán proveerse dentro de los 20 días hábiles siguientes a cada trimestre.
- El Ejecutivo Estatal proporcionará dentro de los diez primeros días hábiles de cada trimestre calendario a la Secretaría de Salud un informe pormenorizado que contenga al menos lo relativo a:
 - i. El ejercicio de los recursos transferidos, así como la información correspondiente a los montos y rubros de gasto ejercido. Esta información deberá incluir las fechas de las erogaciones y los datos principales de los rubros de gasto.
 - ii. El ejercicio de recursos relativos al mantenimiento, desarrollo de infraestructura y equipamiento conforme a las prioridades que el estado determine, y en congruencia con lo dispuesto en el Plan Maestro de Infraestructura.
 - iii. La cantidad resultante de la captación de cuotas familiares y su ejercicio y en su caso, el monto recaudado por concepto de cuota reguladora y su ejercicio.
 - iv. La operación del REPSS y la evaluación de su impacto. El informe deberá incluir, al menos, lo siguiente: a) los datos del padrón estatal; b) las actividades relativas a la difusión y promoción de los servicios del SPSS y los resultados obtenidos, comparados estadísticamente con los resultados de los trimestres del año que esté corriendo, c) los esquemas para el mejoramiento de la atención, modernización de

servicios y registro clínico, d) los resultados de las certificaciones del personal y los establecimientos para la atención médica, e) los servicios de salud a la comunidad que se hayan otorgado durante el trimestre, y f) en general todas las acciones de mejora del SPSS.

- La Secretaría de Salud y la entidad federativa convienen en que para el control, inspección, evaluación y vigilancia de los recursos que se asignen para la operación del SPSS, establecerán con la participación que en su caso corresponda a la Secretaría de la Función Pública y a la Secretaría de la Contraloría del estado, los programas o actividades que permitan garantizar el cumplimiento de los compromisos que derivan del "Acuerdo". De las aportaciones solidarias estatales se deberán otorgar a la Contraloría de "EL ESTADO" los porcentajes de las aportaciones que por concepto de supervisión y vigilancia correspondan.
- Se establece explícitamente una cláusula sancionatoria por incumplimiento que señala que las partes convienen que la federación suspenda la transferencia de los recursos financieros del SPSS cuando el estado les dé un uso distinto o cuando no realice la aportación solidaria estatal, ambos de conformidad con lo estipulado en la LGS, el RLGSPSS y el presente "Acuerdo"; cuando no envíe la información que le sea requerida sobre el ejercicio de los recursos del SPSS o por cualquier otro incumplimiento a las obligaciones pactadas en este "Acuerdo", por lo que la Secretaría de Salud, sin perjuicio de las responsabilidades y sanciones que conforme a la legislación aplicable resulten procedentes, podrá determinar otros mecanismos para la instrumentación del SPSS, para salvaguardar los derechos de los beneficiarios.
- Se señala que los recursos federales transferidos a la entidad federativa con motivo de la celebración del "Acuerdo", no podrán ser destinados a fines distintos a los expresamente previstos en el anexo IV del presente "Acuerdo".

En algunos de los Acuerdos o Convenios de Gestión que regulan las relaciones entre los REPSS y los SESA, así como de los SESA y los establecimientos de prestación de servicios de salud también se establecieron medidas específicas para la comprobación del gasto.

- En las cláusulas en donde se definen las competencias y responsabilidades de cada una de las partes se señaló que los SESA deben elaborar un informe detallado del ejercicio del gasto de los recursos transferidos como compensación de los servicios prestados, conforme al Catálogo de Conceptos de Gasto autorizados por la CNPSS y que forma parte integrante de este instrumento como anexo. También que debe entregarse dicho informe de manera mensual al REPSS. Se explicitó que la suspensión o retraso injustificado de este informe podrá ocasionar la suspensión temporal de las transferencias de recursos del REPSS al SESA.
- Como mecanismo de sanción por inconsistencias en la información se estipuló que los SESA aceptan que, en caso de presentarse observaciones o falta de sustento de las intervenciones cobradas, se procederá a realizar un descuento porcentual en los pagos subsecuentes.

a) *Rendición de cuentas y transparencia: percepción de los funcionarios*

En el ámbito estatal algunos de los funcionarios entrevistados reconocen la existencia de dos vías para justificar el gasto y garantizar la transparencia en el uso de los recursos:

- a. La comprobación de recursos y,
- b. La rendición de cuentas.

La primera vía, corresponde a la información que envía el nivel estatal al nivel federal para el reporte del Padrón de Beneficiarios, de la Aportación Solidaria Estatal y de la Comprobación del Gasto. Esto como requisito para garantizar la ministración y transferencia de los recursos del Sistema. La segunda vía, concierne a la fiscalización de los recursos que hacen las diversas instancias estatales y federales como: la Contraloría Interna de los SESA, el Congreso Local por conducto de su órgano de fiscalización, la Auditoría Superior de la Federación, entre otros, donde se establecen responsabilidades administrativas, civiles y penales que deriven de la desviación de los recursos para fines distintos a los previstos en la Ley y en el marco normativo y que son sancionadas.

Algunos avances en materia de rendición de cuentas y transparencia, manifestados por los entrevistados del ámbito estatal de la muestra estudiada refieren que:

“Al convertirse en OPD, todos saben en Servicios de Salud que tienen que rendirle cuentas al REPSS del estado, todos procuran entregar todo a tiempo. (...) podemos pedir cuentas en cuanto al uso de recursos y funcionamiento a los diferentes organismos con los que tenemos convenio, fundamentalmente a los Servicios de Salud”. Veracruz 2

Los principales problemas y obstáculos referidos por los informantes en la rendición de cuentas fueron:

“El desconocimiento del Sistema de los órganos auditores es una verdadera piedra en el camino. Las observaciones que hacen el órgano de control muchas veces son absurdas, (...) [un ejemplo es] el pago de aguinaldo a los trabajadores con el 40% porque únicamente se debe pagar la remuneración. Aunque ya se les explicó que la definición de remuneración incluye el pago de aguinaldo, sin embargo, los estados están observados por la ASF por desviación de fondos por mil millones de pesos a causa de este asunto, sin embargo no les han contestado respecto al argumento de defensa que presentaron los estados.” Guanajuato 1

“La Federación nos dice que nosotros debemos comprobar o ejercer con base a leyes federales, pero la ley estatal nos dice que no, porque al momento que toca Hacienda del estado, se vuelve recurso estatal, y la interpretación, a la hora de las auditorías depende del criterio del auditor que llegue”. Puebla 3

“No hay indicadores para medir el impacto real de los nuevos recursos en el sistema” Guanajuato 2

De acuerdo con los resultados de la Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud 2009, algunos informantes clave del ámbito estatal entrevistados manifestaron que no siempre existe claridad sobre el tipo de información que debe enviarse al nivel federal, como tampoco sobre los formatos para registrarla, los mecanismos de transferencia (electrónica o física) y la persona responsable de este proceso, lo cual contribuye al retraso en el reporte de actividades y comprobación del gasto.

En cuanto a la transparencia en el uso de los recursos informantes del ámbito estatal y federal coincidieron en señalar problemas sustentando sus declaraciones en los siguientes argumentos:

- Existe retardo en la transferencia de los recursos, del nivel federal al estatal y entre dependencias del ámbito estatal, sin causa aparente.
- Burocratización y trámites excesivos en diversos procesos: suscripción de acuerdos, convenios y contratos, licitaciones y compras que retrasan el ejercicio del gasto.
- Concentración en el manejo de recursos lo cual deja la responsabilidad, discrecionalidad y capacidad técnica en manos de una o muy pocas personas.
- Falta de capacidad administrativa y gerencial de muchos de los directores de hospitales y de unidades de salud y de algunos funcionarios de alto nivel y mandos medios de los REPSS.
- Selección y nombramiento de personal por preferencias personales, recomendación o compromiso político y no por perfil técnico.
- Inexistencia de sistemas de costos y facturación en los hospitales públicos.
- Limitada independencia del REPSS frente a los SESA para administrar los recursos financieros y coordinar la prestación de los servicios.
- Concentración de presupuesto y de recursos en algunas áreas del REPSS (afiliación) sobre otras direcciones.
- Utilización de los recursos del SPSS para aumentar el techo presupuestal de los SESA, arrastrando su ineficiencia.
- Conflictos entre grupos de interés (funcionarios SESA, funcionarios REPSS, proveedores).

V.4. Evaluación del Componente Financiero

Evolución de los desequilibrios financieros del sistema de salud

Los datos del SICUENTAS de la Secretaría de Salud, del Sistema de Cuentas de Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las Estadísticas en Salud de la OCDE sugieren una mejora general de los desequilibrios financieros del sistema de salud entre 2000, 2006 y 2010 (**Cuadro V.4.1**). Se puede observar que el gasto total en salud aumentó de 5.1% del PIB en 2000 a 5.7% en 2006 y 6.3% en 2010. Lo anterior representa un incremento equivalente a 10.5% relativo al valor de 2006.^{6,7,8}

Por otro lado, las diferencias entre el gasto público y privado ya mostraban una tendencia a cerrar la brecha existente desde 2000. Se puede observar que 93% del gasto privado, como porcentaje del gasto total en salud, correspondió a gastos directos del bolsillo de los hogares y que éste aumentó con respecto al gasto total en salud, de 50.9% en 2000 a 51.3% en 2006 y se redujo, a partir de ese año, hasta llegar a 47.1% en 2010, lo que equivale a una reducción de 8.2% entre 2006 y 2010.^{9,10,11} Asimismo, se logró constatar que la inversión de nuevos recursos públicos han sido destinados principalmente a las instituciones que atienden a la población que, hasta antes de 2004, no contaban con aseguramiento a la salud alguno. Entre 2000 y 2010, el presupuesto de la Secretaría de Salud aumentó 142% en términos reales, mientras que los presupuestos del IMSS y del ISSSTE crecieron 42% y 103%, respectivamente. Esta reducción de las brechas entre los mexicanos con acceso a la seguridad social y los que no estaban asegurados, y que hoy tienen la posibilidad de afiliarse al SPSS, representó una reducción de la brecha que para 2000 era de 2.1 veces a 1.5 en 2006 y de 1.2 veces en 2010.^{12,13}

En el mismo sentido, la asignación de recursos federales entre los estados también presentó una mejora. En 2000, la diferencia entre la entidad federativa que recibía la mayor asignación per cápita de recursos federales y el estado menos favorecido fue de 6.1 a 1, para 2006 esta diferencia fue de 3.5 y en 2010, correspondió a 3 a 1.^{14,15}

Además, las variaciones en las contribuciones estatales para el financiamiento disminuyeron de manera relativa, como lo demuestra el pequeño descenso en el coeficiente de variación entre 2000 y 2010, el cual pasó de 1 en 2000 a 0.7 en 2006 y se mantuvo igual hasta el 2010.¹⁶ Además, la proporción del gasto público total financiado por los estados ha ido aumentando lenta pero constantemente desde la creación de SPSS.¹⁷ Por último, los recursos destinados a la inversión aumentaron en términos absolutos y como proporción del presupuesto de la Secretaría de Salud, la inversión creció de 3.3% en 2000 a 3.5% en 2006 y a 4.4% en 2010.¹⁸

Tendencias del gasto en salud

Los datos más recientes que se han dado respecto al gasto en salud señalan que el gasto total en salud en México ha pasado de un nivel de 5.1% con respecto al PIB en 2000 a 6.3% en el 2010. Lo anterior parece poco pero 1.3% del PIB corresponde a 73% de la participación total de la Seguridad Social sobre el gasto en Salud. El incremento en el gasto se dio, en términos absolutos, tanto en el financiamiento público como en el privado, sin

embargo, hay que señalar que en términos relativos no fue así. Adicionalmente, vale la pena destacar que el gasto de bolsillo cayó en términos relativos de 50.9%, en 2000, en relación al gasto total en salud a 47.1% en 2010.

Analizando a profundidad estas cifras, y basado en fuentes complementarias de información como las ENIGHs, podemos decir que el gasto mensual de bolsillo en salud de los hogares, en términos constantes, subió de \$294 pesos en 2000 a \$375 en 2006, para posteriormente caer a \$210 pesos en 2010, lo que equivale a una reducción en este último periodo de 44%. Ahora bien, para los hogares en el quintil más bajo de ingreso ésta caída fue de 46.3% y para el quintil de más altos ingresos fue de 39.6%. Aun más impactante resulta el hecho de que si se compara la disminución en el gasto en salud en relación a la capacidad de pago de los hogares en cada grupo de ingresos, podemos observar que esta equivalió a 34.8% y 19.2% para los quintiles 1 y 5, respectivamente (**Cuadro V.4.2**).

Ésta reducción en el gasto de bolsillo en salud no puede ser imputada a caídas en la capacidad de pago del hogar –efectos de ingreso-, porque para toda la población este se redujo en el mismo periodo en 23.5%, pero para el quintil de menores ingresos fue aun menor (17.6%). La mayor reducción en el gasto de bolsillo en salud de los hogares correspondió al quintil 1, justamente coincidentes con la población blanco de la política pública en dicho periodo, es decir el *Seguro Popular* diseñado para reducir el gasto de bolsillo de los hogares, pero principalmente de los hogares más pobres -Quintil 1- y/o en zonas rurales, zonas y hogares con una mayor incidencia de gastos en salud catastróficos y/o empobrecedores.

Se encontró que el gasto en salud contribuyó a que 0.44% de hogares cayeran en la pobreza debido al financiamiento de su atención a la salud en 2002, sin embargo, dicho porcentaje disminuyó paulatinamente durante todo el periodo llegando a solo 0.22% en 2010, (**Cuadro V.4.3, figura V.4.1**). También se debe señalar que la brecha media normalizada, es decir, la diferencia monetaria en proporción al valor de la línea de pobreza por la cual un hogar pobre rebasa la línea de pobreza antes y después del gasto en salud, se redujo, es de notar que el impacto pasó de 0.16% del valor de la línea de pobreza en 2006 a 0.10% en 2010, indicando con ello que el gasto en salud era una carga financiera y de empobrecimiento cada vez menor para los hogares.

Cuadro V.4.1. Evolución de los desequilibrios financieros en el sistema de salud, 2000-2010.

Desequilibrio	Indicador	2000	2002	2004	2006	2008	2010	—	Cambio 2000-2006 %	Cambio 2006-2010 %
Nivel ¹	Gasto en salud como % del PIB	5.1	5.6	6.0	5.7	5.9	6.3		11.8	10.5
Fuente ¹	Gasto de bolsillo en salud como % del gasto total en salud	50.9	53.3	51.7	51.3	49.2	47.1		0.8	-8.2
Distribución ²⁻⁴	Número de veces que el gasto público per capita en la población asegurada excede el gasto público per capita en la población no asegurada y ahora con Seguro Popular	2.1	1.9	2.1	1.5	1.2	1.2		-28.6	-20.0
	Relación entre el gasto federal per capita en el estado con la cifra más alta y el estado con la cifra más baja	6.1	5.3	4.3	3.5	3.0	3.0		-42.6	-14.3
Contribución estatal ⁵	Variabilidad en la contribución de los estados al financiamiento de los servicios de salud (Coeficiente de variación)	1.0	0.9	0.8	0.7	0.8	0.7		-32.5	1.3
Asignación de fondos ⁶	Relación entre el gasto en nómina y la inversión en infraestructura	3.3	3.3	3.1	3.5	3.9	4.4		6.1	25.7

/1 World Health Organization. World Health Expenditure Database.

http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84027

/2 Based on • OECD. OECD health data 2011 – frequently requested data. http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html

/3 Dirección General de Información en Salud. Sistema Nacional de Información en Salud. Indicadores Financieros. México, 2012.

<http://www.sinais.salud.gob.mx/recursosfinancieros/indicadores.html>

/4 Dirección General de Información en Salud. Sistema Nacional de Información en Salud. Datos demográficos. México, 2012.

<http://www.sinais.salud.gob.mx/demograficos/poblacion.html>

/5 Own estimates based on data from Secretaría de Salud. Recursos Financieros por Concepto. Sistema Nacional de Información en Salud.

<http://www.sinais.salud.gob.mx/recursosfinancieros/recursos.htm>

/6 Own estimates based on data from Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística. Volumen IV. Recursos financieros. Sistema Nacional de Información en Salud.

<http://www.sinais.salud.gob.mx/publicaciones>

Cuadro V.4.2. Evolución de la pobreza y el gasto en salud de los hogares en México, 1992 a 2010.

	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	Cambio % 2000-2006	Cambio % 2006-2010
A: Línea de pobreza nacional alimentaria^{/1}	\$933.44 (110.03)	\$920.78 (110.04)	\$1,001.66 (116.39)	\$978.29 (116.77)	\$921.78 (107.05)	\$885.04 (105.60)	\$896.46 (102.79)	\$913.38 (104.75)	\$981.02 (106.06)	\$990.51 (110.16)		
B: Línea de pobreza de un dólar PPP^{/2}	\$59.87 (0.00)	\$71.92 (0.00)	\$131.93 (0.00)	\$181.11 (0.00)	\$238.14 (0.00)	\$270.34 (0.00)	\$316.01 (0.00)	\$350.52 (0.00)	\$377.37 (0.00)	\$408.77 (0.00)		
TODOS												
Gasto del hogar												
C: Total	\$9,604.37 (11,311.86)	\$8,895.07 (11,113.46)	\$6,869.06 (8,131.06)	\$7,107.57 (8,501.63)	\$8,470.75 (11,887.17)	\$8,314.89 (10,125.01)	\$9,035.93 (10,405.02)	\$9,321.41 (10,311.58)	\$8,058.77 (8,175.63)	\$7,593.90 (8,486.32)	10.0	-18.5
D: Neto de alimentos (Capacidad de pago)	\$7,221.32 (10,463.80)	\$6,687.52 (10,374.11)	\$4,922.43 (7,504.97)	\$5,248.39 (7,922.32)	\$6,648.79 (11,488.67)	\$6,531.65 (9,652.10)	\$7,120.80 (9,946.56)	\$7,505.49 (9,840.13)	\$6,129.18 (7,634.50)	\$5,744.89 (7,971.92)	12.9	-23.5
Gasto de bolsillo en salud												
E: Total	\$301.59 (1,145.51)	\$334.12 (2,164.19)	\$235.31 (976.02)	\$238.46 (1,006.50)	\$294.16 (863.24)	\$252.27 (940.07)	\$326.67 (1,725.46)	\$375.21 (1,608.19)	\$247.57 (1,073.22)	\$210.01 (1,133.46)	27.6	-44.0
Como porcentaje												
F: (E/C)	3.1% (0.07)	3.8% (0.07)	3.4% (0.07)	3.4% (0.07)	3.5% (0.07)	3.0% (0.07)	3.6% (0.07)	4.0% (0.08)	3.1% (0.06)	2.8% (0.06)	15.9	-31.3
G: (E/D)	4.2% (0.09)	5.0% (0.10)	4.8% (0.10)	4.5% (0.10)	4.4% (0.10)	3.9% (0.09)	4.6% (0.09)	5.0% (0.10)	4.0% (0.09)	3.7% (0.09)	13.0	-26.9
20% de hogares más pobres (Quintil 1)												
Gasto del hogar												
C: Total	\$2,478.04 (1,539.33)	\$2,342.33 (1,439.41)	\$2,092.73 (1,266.52)	\$1,952.88 (1,183.29)	\$2,334.55 (1,345.34)	\$2,391.23 (1,386.97)	\$3,096.24 (1,654.09)	\$2,913.73 (1,678.56)	\$2,818.29 (1,632.27)	\$2,598.92 (1,496.02)	24.8	-10.8
D: Neto de alimentos (Capacidad de pago)	\$1,327.86 (987.76)	\$1,260.75 (878.49)	\$1,050.89 (806.17)	\$1,015.76 (756.30)	\$1,253.26 (864.76)	\$1,348.81 (948.93)	\$1,804.17 (1,190.30)	\$1,787.65 (1,202.39)	\$1,620.10 (1,135.73)	\$1,472.51 (1,044.66)	42.6	-17.6
Gasto de bolsillo en salud												
E: Total	\$67.38 (151.27)	\$72.71 (172.40)	\$55.26 (134.09)	\$65.34 (153.76)	\$73.06 (171.73)	\$58.07 (139.57)	\$72.74 (180.19)	\$81.17 (191.68)	\$52.40 (142.15)	\$43.58 (137.65)	11.1	-46.3
Como porcentaje												
F: (E/C)	2.72% (0.06)	3.10% (0.07)	2.64% (0.06)	3.35% (0.08)	3.13% (0.07)	2.43% (0.06)	2.35% (0.05)	2.79% (0.07)	1.86% (0.06)	1.68% (0.06)	-11.0	-39.8
G: (E/D)	5.07% (0.10)	5.77% (0.10)	5.26% (0.10)	6.43% (0.12)	5.83% (0.11)	4.30% (0.10)	4.03% (0.08)	4.54% (0.10)	3.23% (0.09)	2.96% (0.09)	-22.1	-34.8
20% de hogares menos pobres (Quintil 5)												
Gasto del hogar												
C: Total	\$23,462.58 (18,222.94)	\$22,026.75 (18,597.38)	\$15,865.70 (13,943.27)	\$17,080.55 (14,121.17)	\$21,238.20 (21,318.05)	\$20,336.41 (16,845.68)	\$20,795.11 (17,668.70)	\$21,483.34 (16,778.09)	\$17,467.18 (13,159.54)	\$16,750.86 (14,457.78)	1.2	-22.0
D: Neto de alimentos (Capacidad de pago)	\$20,098.67 (17,301.11)	\$18,948.78 (17,790.07)	\$13,214.07 (13,239.27)	\$14,539.80 (13,556.62)	\$18,853.37 (20,995.21)	\$18,002.01 (16,388.91)	\$18,484.34 (17,135.38)	\$19,326.74 (16,217.60)	\$15,084.87 (12,560.89)	\$14,447.83 (13,862.52)	2.5	-25.2
Gasto de bolsillo en salud												
E: Total	\$822.93 (2,314.32)	\$952.61 (4,698.68)	\$637.61 (1,973.13)	\$670.88 (2,093.18)	\$782.36 (1,628.31)	\$674.33 (1,857.73)	\$868.73 (3,668.56)	\$992.78 (3,318.93)	\$682.46 (2,218.99)	\$599.41 (2,361.83)	26.9	-39.6
Como porcentaje												
F: (E/C)	3.51% (0.08)	4.32% (0.08)	4.02% (0.08)	3.93% (0.09)	3.68% (0.08)	3.32% (0.08)	4.18% (0.08)	4.62% (0.09)	3.91% (0.07)	3.58% (0.07)	25.4	-22.6
G: (E/D)	4.09% (0.09)	5.03% (0.09)	4.83% (0.10)	4.61% (0.11)	4.15% (0.09)	3.75% (0.09)	4.70% (0.09)	5.14% (0.10)	4.52% (0.09)	4.15% (0.09)	23.8	-19.2

Fuente: Estimaciones propias con base en los datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, INEGI, 1992 a 2008.

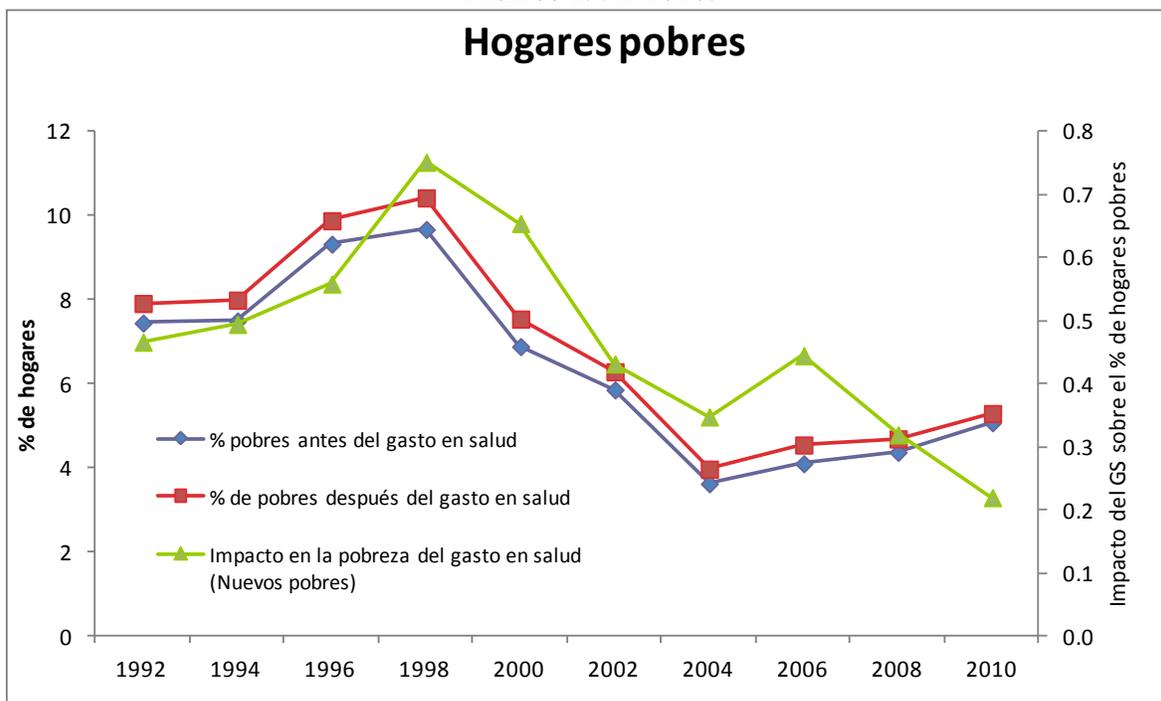
/1 Línea de pobreza alimentaria establecida por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL).

/2 Línea de pobreza equivalente a un dólar per capita al día en paridad de poder adquisitivo (PPP por sus siglas en inglés) base 1993.

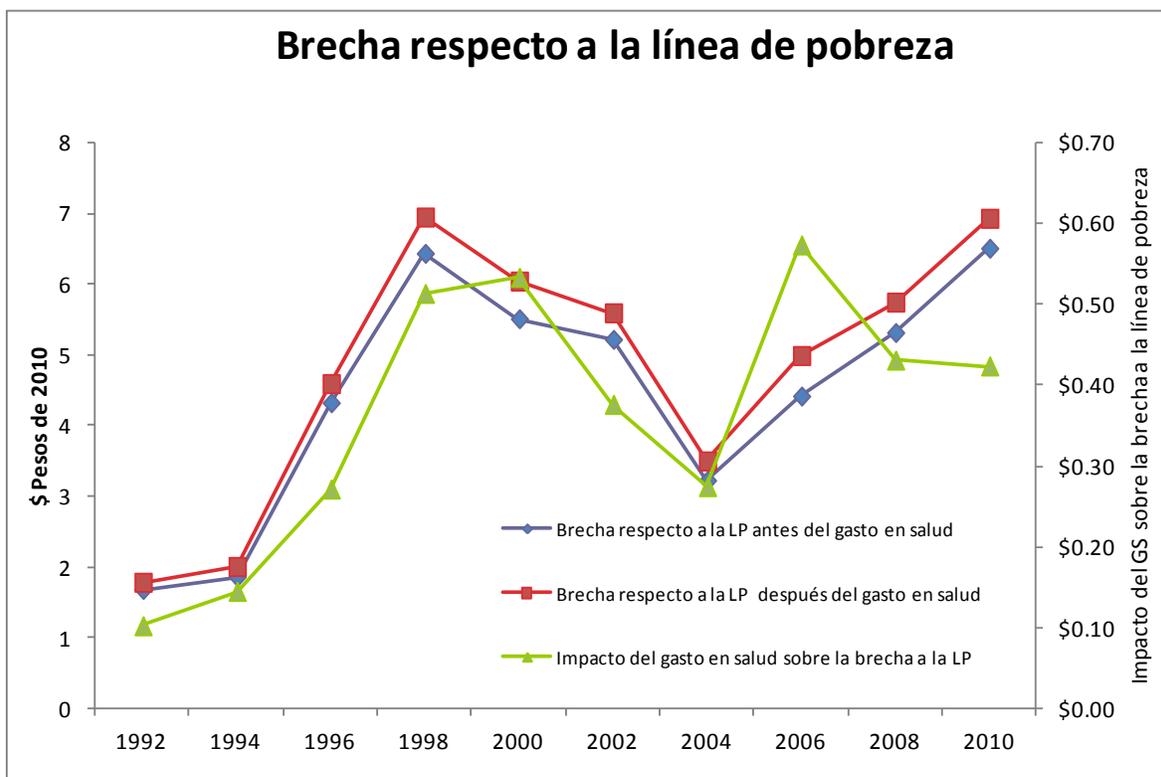
Cuadro V.4.3. Impacto del gasto de bolsillo en salud sobre la pobreza en México (1992 - 2010).

	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	Cambio % 2000- 2006	Cambio % 2006- 2010
Línea de pobreza												
Z_{Pob}	\$59.87	\$71.92	\$131.93	\$181.11	\$238.14	\$270.34	\$316.01	\$350.52	\$377.37	\$408.77	47.2	16.6
Desglose de los niveles de pobreza												
% de hogares debajo de la línea de pobreza antes GBS (H_{Pob}^{Pre})	7.44	7.50	9.32	9.67	6.88	5.86	3.62	4.10	4.37	5.07	-40.4	23.7
% de hogares debajo de la línea de pobreza después del GBS (H_{Pob}^{Pre})	7.91	7.99	9.88	10.42	7.54	6.29	3.97	4.54	4.69	5.29	-39.7	16.5
Impacto del GBS en el nivel de pobreza (PI^H)	0.5	0.5	0.6	0.8	0.7	0.4	0.3	0.4	0.3	0.2	-32.0	-50.6
Brecha de pobreza												
Brecha con respecto a la LP antes del GBS (G_{PrePob})	\$1.68	\$1.86	\$4.32	\$6.43	\$5.51	\$5.21	\$3.22	\$4.41	\$5.31	\$6.50	-19.9	47.4
Brecha con respecto a la LP después del GBS ($G_{PostPob}$)	\$1.78	\$2.00	\$4.59	\$6.94	\$6.04	\$5.59	\$3.50	\$4.99	\$5.74	\$6.93	-17.4	38.9
Impacto del GBS sobre la brecha de pobreza (PI^G)	\$0.10	\$0.14	\$0.27	\$0.51	\$0.53	\$0.38	\$0.27	\$0.57	\$0.43	\$0.42	7.5	-26.1
Brecha de pobreza normalizada												
Brecha de pobreza normalizada antes del GBS (NG_{Pob}^{Pre})	2.80	2.58	3.27	3.55	2.31	1.93	1.02	1.26	1.41	1.59	-45.6	26.4
Brecha de pobreza normalizada después del GBS (NG_{Pob}^{Post})	2.97	2.79	3.48	3.83	2.54	2.07	1.11	1.42	1.52	1.69	-43.9	19.1
Impacto del GBS sobre la brecha de pobreza normalizada (PI^{NG})	0.17	0.20	0.21	0.28	0.22	0.14	0.09	0.16	0.11	0.10	-26.9	-36.7
Brecha media positiva normalizada (MNG)												
MNG antes del gasto en salud (MNG_{Pob}^{Pre})	37.64	34.48	35.12	36.72	33.58	32.93	28.13	30.70	32.19	31.35	-8.6	2.1
MNG después del gasto en salud (MNG_{Pob}^{Post})	37.57	34.86	35.21	36.79	33.63	32.88	27.85	31.30	32.43	32.01	-7.0	2.3
Impacto del GBS sobre la MNG	0.07	0.38	0.10	0.07	0.05	0.05	0.28	0.59	0.24	0.66	988.1	10.3

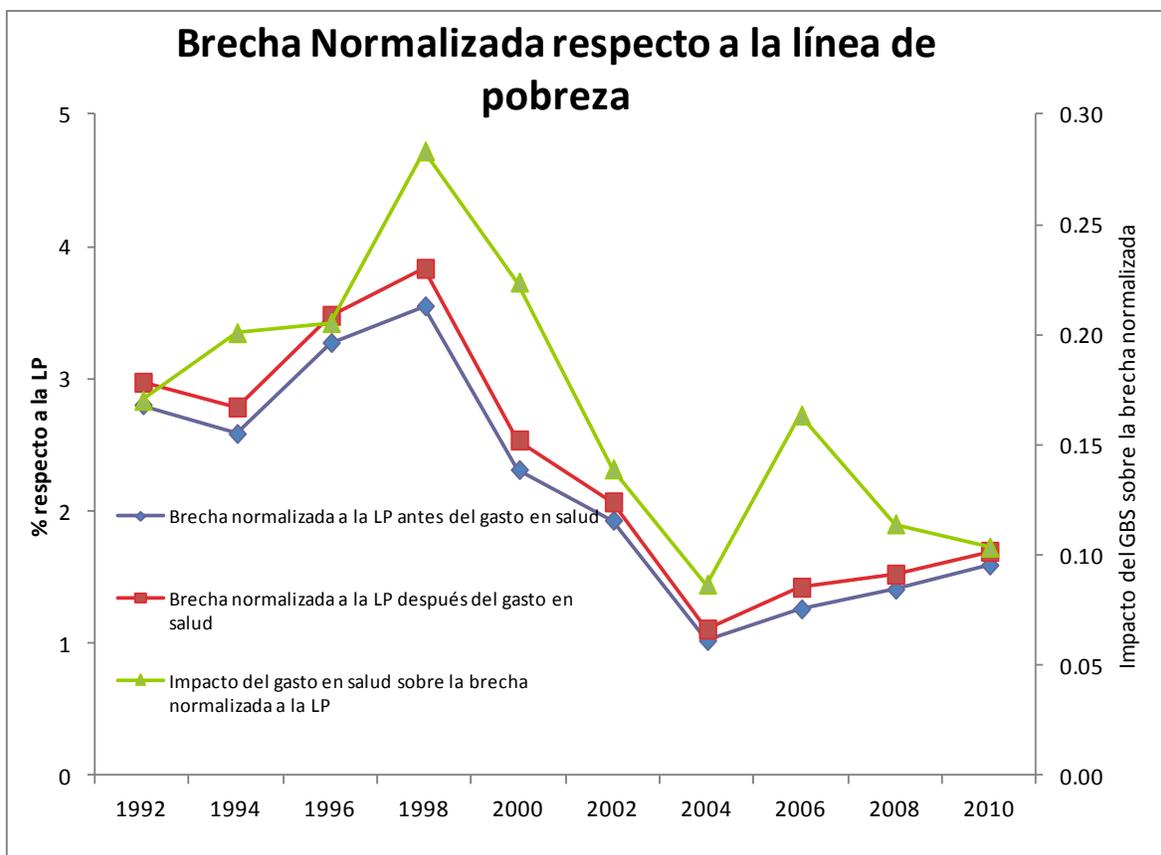
Figura V.4.1. Efectos del gasto en salud sobre el empobrecimiento de los hogares. México 1992-2010.



Fuente: Estimaciones propias de los autores con base en la ENIGH 1992 a 2010



Fuente: Estimaciones propias de los autores con base en la ENIGH 1992 a 2010



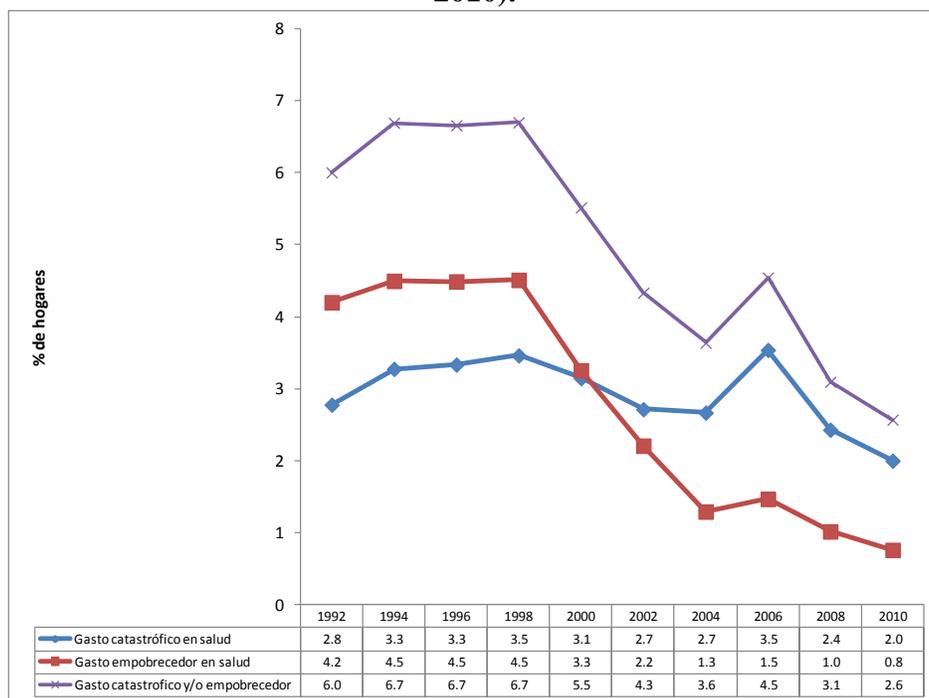
Fuente: Estimaciones propias de los autores con base en la ENIGH 1992 a 2010

Para ilustrar más este último punto, debemos señalar que el porcentaje de hogares que se empobrecieron o cruzaron la línea de pobreza debido a su gasto en salud se redujo en el periodo de análisis, lo cual representó una reducción en 50.6% entre 2006 y 2010 en el impacto del gasto de bolsillo sobre el porcentaje de hogares que cruzan la línea de pobreza debido a su gasto en salud. Por otro lado, el impacto del GBS sobre la brecha de pobreza, se redujo en el mismo periodo en 26.1%; mientras que la brecha normalizada con respecto a la línea de pobreza, es decir la proporción de la línea de pobreza que los hogares pobres o que se empobrecen se alejan de esta volviéndose más pobres debido a su gasto en salud se redujo en 36.7%, entre 2006 y 2010, (**Cuadro V.4.3 y figura V.4.1**).

Tendencias en la protección financiera en salud: Gasto catastrófico y empobrecedor

El porcentaje de hogares que sufrieron gastos catastróficos en salud, en 2010 se estimó 2%, mientras que el gasto empobrecedor en salud correspondió a 0.8%, de tal suerte que 2.6% de los hogares en México padeció de gastos excesivos en salud, es decir, ya sea por gastos en salud catastróficos o empobrecedores. La tendencia de ambos desde 1998 y hasta 2010 han sido a la baja, con la excepción de 2006 en donde se incrementaron ligeramente ambos indicadores (**figura V.4.2**).

Figura V.4.2. Tendencias del gastos catastrófico y empobrecedor en México (1992-2010).



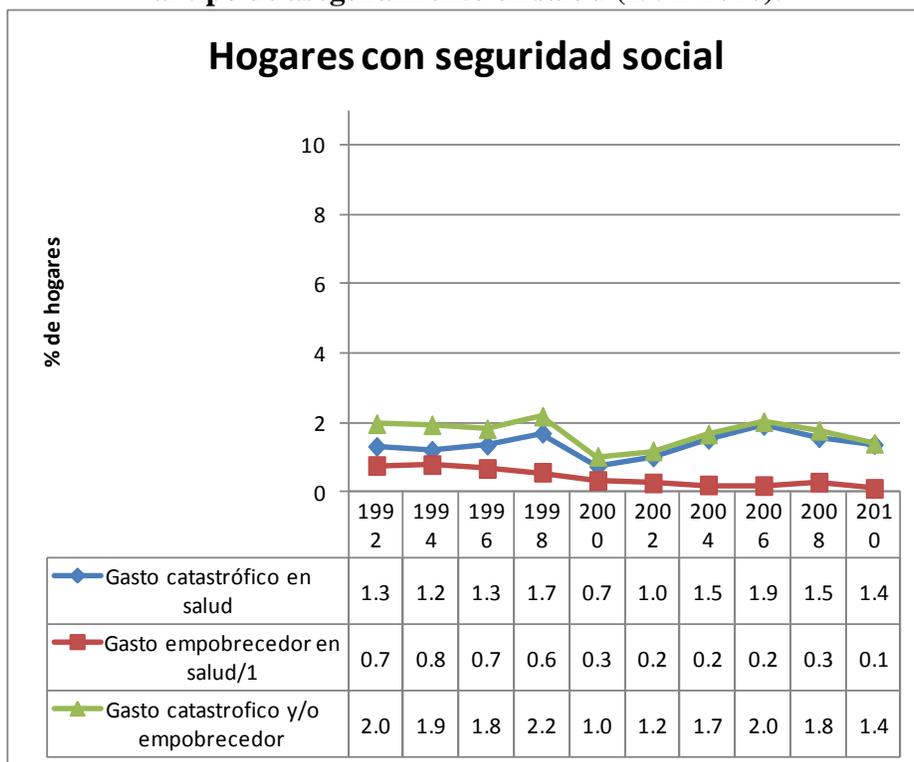
Fuente: Estimaciones propias con base en datos de la ENIGH 1992 a 2010.

^{/1} Línea de pobreza equivalente a un dólar PPP.

Del análisis entre grupos de hogares con y sin cobertura del aseguramiento en salud, se puede observar una mejora entre el grupo sin cobertura en la última década, y de mayor proporción entre los hogares ahora reclasificados como afiliados al SPSS. Contrariamente, se puede notar una tendencia muy estable o un ligero empeoramiento en la protección financiera del grupo de hogares cubiertos por la seguridad social, (**figura V.4.3**).

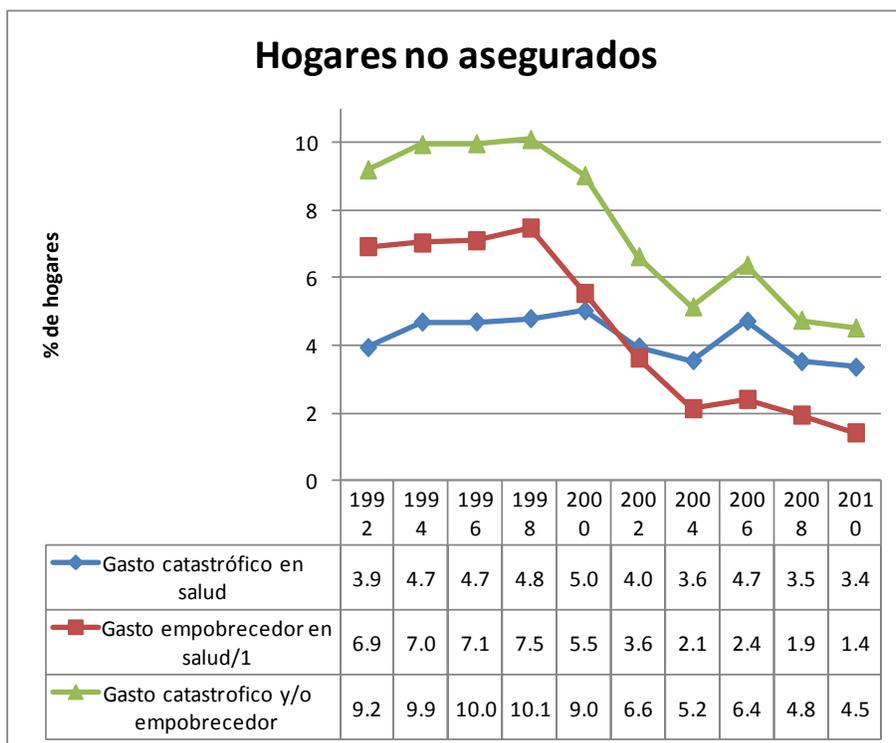
Estos datos señalan, que las mejoras observadas entre 2008 y 2010, tanto en la prevalencia de gastos catastróficos como empobrecedores, se concentraron entre los hogares sin acceso a la seguridad social y a partir de 2004 en los hogares afiliados al SPSS; de la misma manera se ha documentado que esta mejora también benefició mayormente a los hogares en el quintil más pobre, mientras que para el resto de la población, en el mismo periodo, los cambios no fueron significativos.¹⁹

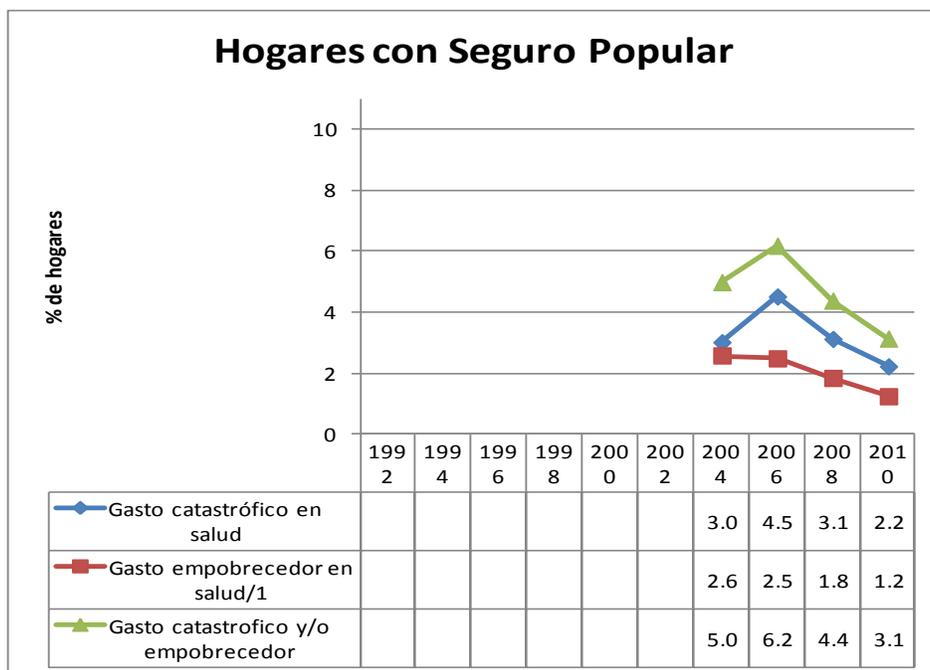
Figura V.4.3. Tendencias del gasto catastrófico y empobrecedor en México de acuerdo al tipo de aseguramiento en salud (1992-2010).



Fuente: Estimaciones propias con base en datos de la ENIGH 1992 a 2010.

¹ Línea de pobreza equivalente a un dólar PPP.





Fuente: Estimaciones propias con base en datos de la ENIGH 1992 a 2010.
/1 Línea de pobreza equivalente a un dólar PPP.

Ahora bien la proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares no asegurados y afiliados al SPSS con relación a los asegurados por la seguridad social se redujo de 58% en 2002 a 36% en el 2010, (**Cuadro V.4.4**). En general podemos encontrar una mejora relativa en la reducción de la desigualdad a favor de los hogares más pobres, aunque mínima pero estadísticamente significativa.

Cuadro V.4.4. Tendencias en la concentración del gasto de bolsillo en salud entre hogares pobres y ricos y afiliados a la seguridad social y no asegurados (incluye SPSS).

AÑO		GBS				Diff. de medias del GBSC entre 40% más pobre y 60% menos pobre
		Media	Total quintil	Frecuencia	Acumulado	
2002	QUINTIL 1	\$41.37	\$202,561,749.46	0.05	0.05	-196.43 ***
	QUINTIL 2	\$82.41	\$403,515,070.08	0.09	0.14	
	QUINTIL 3	\$110.60	\$541,903,767.08	0.12	0.26	
	QUINTIL 4	\$184.01	\$900,214,651.51	0.20	0.47	
	QUINTIL 5	\$480.48	\$2,351,791,800.58	0.53	1.00	
2004	QUINTIL 1	\$56.53	\$289,014,127.65	0.04	0.04	-287.81 ***
	QUINTIL 2	\$105.86	\$540,111,160.47	0.08	0.13	
	QUINTIL 3	\$160.89	\$822,010,940.54	0.13	0.25	
	QUINTIL 4	\$271.13	\$1,384,528,191.01	0.21	0.47	
	QUINTIL 5	\$675.06	\$3,446,601,249.36	0.53	1.00	
2010	QUINTIL 1	\$43.58	\$253,404,224.19	0.04	0.04	-250.19 ***
	QUINTIL 2	\$76.22	\$443,248,837.49	0.07	0.11	
	QUINTIL 3	\$111.90	\$650,567,613.36	0.11	0.22	
	QUINTIL 4	\$219.04	\$1,274,002,155.23	0.21	0.43	
	QUINTIL 5	\$599.41	\$3,484,566,969.65	0.57	1.00	

		GBS				Diff. de medias del GBS entre no asegurados y asegurados
		Media	Total grupo	Frecuencia	Acumulado	
2002	No asegurados	180.6379	\$2,560,858,890.74	0.58	0.58	\$2.12
	Asegurados	178.5203	\$1,839,128,091.46	0.42	1.00	
2004	No asegurados	236.3913	\$3,423,110,315.95	0.53	0.53	-\$40.31 **
	Asegurados	276.7018	\$3,059,155,056.51	0.47	1.00	
2010	No asegurados	169.3246	\$2,181,418,303.98	0.36	0.36	-\$73.05 ***
	Asegurados	242.3757	\$3,924,371,854.39	0.64	1.00	

Notas: Valores reales a precios de 2010

* Estadísticamente significativo al 10%

** Estadísticamente significativo al 5%

*** Estadísticamente significativo al 1%

V.5. Evaluación del Componente de Impacto.

En esta sección se presentan los resultados del análisis de las ENSANUT 2006 y 2012 con respecto al perfil de salud de las poblaciones de acuerdo a su afiliación institucional. Este capítulo consta de varias secciones que deben señalarse para darle mayor claridad a la presentación de resultados. En primer lugar, se presentan los principales hallazgos sobre las condiciones de salud generales de la población seguida por las acciones de índole preventivo (vacunas y detecciones oportunas), para darle entrada a los resultados de la atención ambulatoria y hospitalaria. El énfasis del análisis está puesto en identificar el rol o peso de las instituciones prestadoras de servicios en cada uno de estos procesos de atención e identificar el perfil de atención de la población afiliada al SPSS. Además, se incluye el análisis de las bases de datos de egresos hospitalarios 2005-2011 para conocer las tendencias en el perfil de demanda de estos servicios por parte de la población afiliada al SPSS. La última sección se aboca al análisis de la mortalidad en el país a través de las bases de defunciones del 2000 al 2010, de acuerdo a la condición de derechohabiente de la población fallecida.

Condiciones generales de salud de los integrantes de hogares

En el **cuadro V.5.1** se muestran las características generales de salud de los integrantes de los hogares tanto de la ENSANut 2006, como de la ENSANut 2012. La proporción de la población con algún problema de salud -en los quince días previos a la entrevista-, fue semejante en las dos encuestas, así como entre las instituciones de afiliación. La principal causa de los episodios de enfermedad en la ENSANUT 2012 fue tos, catarro y dolor de garganta, 34.5%, siendo esta la segunda causa en la ENSANUT 2006, 26.8%. No hay diferencia de dicha prevalencia entre las instituciones, aunque sí entre las dos encuestas, que no fue debido a un efecto estacional pues se realizaron en épocas similares (Agosto-septiembre a marzo abril). La severidad del episodio fue similar dentro de cada institución. En 2012, el 87% de los episodios fueron atendidos por personal de salud en los afiliados a la Seguridad Social, mientras que el 82% en los afiliados al SPSS y el 77% en los que declararon no tener afiliación alguna. Los afiliados al SPSS acudieron principalmente a los servicios de salud de la SS, 75.8% en el 2006 y 58.2% en el 2012.

Un efecto que debe destacarse es que la utilización de servicios privados para la atención de estos problemas de salud es importante en los tres grupos y en los dos momentos de las encuestas. Sobresale la mayor utilización por parte de la población no asegurada (53% y 46%, respectivamente) y los que tienen seguridad social (26% y 24%) comparados con los afiliados al SPSS (18% y 19%).

Las dos principales causas que refirieron los afiliados al SPSS en el 2006 y en el 2012 en las que presentaron algún problema de salud y no fueron atendidos por personal de salud, fueron que no lo consideraron necesario (56.3% y 49.2%, respectivamente) y porque no tenía dinero (15.1% y 15.5%, respectivamente).

Se presentó un aumento en el reporte de al menos una discapacidad, para caminar, ver, oír, hablar, entender, de 2006 a 2012, tanto en los afiliados a la Seguridad Social (de 3.1% a

9,7%), en los afiliados al SPSS (de 2.5% a 7.6%), como en la población sin afiliación (de 2.3% a 6.4%). El incremento en este indicador se debe a que la pregunta realizada en ambas encuestas era diferente en 2006 se preguntó: “Usted tiene limitación o dificultad permanente para...” y en 2012 “En su vida diaria ¿Usted tiene dificultad al realizar las siguientes actividades...”

Cuadro V.5.1. Condiciones generales de salud de los integrantes de hogares

Característica	ENSANUT-2006			ENSANUT-2012		
	Con SPSS	Seguridad Social	Ninguna	Con SPSS	Seguridad Social	Ninguna
Porcentaje de individuos con episodios de enfermedad en las últimas 2 semanas	13.1 (12.1-14.2)	13.0 (12.3-13.6)	11.4 (11.0-12.0)	14.7 (14.2-15.3)	14.7 (14.1-15.3)	12.3 (11.7-12.9)
Causa de los episodios de enfermedad: Tos, catarro, dolor de garganta	24.3 (21.8-27.1)	25.5 (23.7-27.4)	28.3 (26.0-30.8)	36.31 (34.5-38.2)	31.8 (30.1-33.6)	35.6 (33.1-38.1)
Severidad percibida de los episodios de enfermedad						
Leve, muy leve	47.4 (44.6-50.2)	46.7 (44.7-48.7)	48.2 (46.4-50.0)	49.2 (47.6-50.8)	47.1 (45.4-48.9)	47.6 (47.6-50.8)
Moderado	33.0 (30.1-35.9)	33.5 (31.5-35.6)	33.1 (31.5-34.8)	28.4 (26.9-30.0)	30.1 (28.6-31.7)	30.9 (29.0-32.8)
Grave, muy grave	19.6 (17.1-22.5)	19.8 (18.4-21.4)	18.6 (17.3-20.1)	22.4 (21.2-23.5)	22.8 (21.4-24.3)	21.5 (19.8-23.2)
Porcentaje de episodios de enfermedad atendido por proveedores de salud	88.3 (86.0-90.3)	90.9 (89.5-92.1)	84.0 (82.1-85.7)	82.0 (80.5-83.4)	87.2 (85.7-88.5)	77.1 (74.9-79.2)
Lugar de la atención						
SS	75.8 (73.0-78.4)	5.1 (4.3-6.1)	33.4 (31.0-35.9)	58.2 (56.1-60.4)	3.9 (3.2-4.7)	16.2 (14.2-18.3)
IMSS-Oportunidades	0.5 (0.2-0.9)	0.6 (0.4-1.1)	0.9 (0.6-1.3)	2.6 (1.8-3.6)	0.2 (0.1-0.4)	1.2 (0.8-1.8)
Seguridad Social	2.8 (1.8-4.2)	65.1 (62.9-6.7)	5.0 (4.0-5.7)	1.3 (1.0-1.8)	58.2 (56.2-60.1)	1.6 (1.1-2.3)
Privado	17.7 (15.4-20.3)	26.5 (24.6-28.4)	53.2 (50.7-55.8)	19.0 (17.6-20.6)	24.0 (22.3-25.9)	45.8 (42.7-49.0)
Otros	3.3 (2.3-4.7)	2.7 (2.1-3.6)	7.7 (6.1-9.7)	18.9 (17.2-20.6)	13.7 (12.4-15.2)	35.3 (32.2-38.6)
Porcentaje que reportan al menos una discapacidad* (% de columna)	2.5 (2.2-2.8)	3.1 (2.9-3.4)	2.3 (2.1-2.5)	7.6 (7.3-8.0)	9.7 (9.2-10.2)	6.4 (6.0-6.8)

Se presentan porcentajes por columna y sus IC al 95%

Enfermedades gastrointestinales y enfermedades respiratorias agudas (IRAs) en menores de 5 años

En cuanto a las enfermedades gastrointestinales, en el 2006 de aquellos en quienes se reportó haber presentado diarrea en los últimos 15 días: 12.3% estaban afiliados al SPSS, 23.5% tenían Seguridad Social y 64.2% no tenían afiliación a una institución de salud. Para 2012, 44.6% estaban afiliados al SPSS y sólo 29.5% no tenían algún tipo de afiliación. No se observaron diferencias en cuanto a la duración del episodio de diarrea por tipo de afiliación (**Cuadro V.5.2**). En cuanto al personal al que acudió la madre para atender al niño, en 2006, 44.7% de los niños afiliados al SPSS, 57.4% con Seguridad Social y 44% sin

ninguna afiliación fueron llevados con un médico, estos porcentajes se incrementaron ligeramente en 2012. En los tres grupos, un reducido porcentaje de niños fueron llevados con otro tipo de personal de salud. Cabe señalar que más de 35% en los tres grupos de filiación no fueron llevados con alguna persona para su atención, y los porcentajes fueron mayores en aquellos afiliados al SPSS y sin algún tipo de filiación. En cuanto a la institución donde el niño recibió la atención en 2012, en el caso de los afiliados al SPSS 58.5% fueron atendidos en la SSA y 35.8% en una institución privada. De los no afiliados a una institución de salud, 65.3% acudieron a una institución privada y 26% a la SS. Finalmente, de los que tenían Seguridad Social 52.1% acudieron a una institución privada y 32.9% a una institución de Seguridad Social.

Cuadro V.5.2. Enfermedades gastrointestinales en niños menores de 5 años

Característica	ENSANUT-2006			ENSANUT-2012		
	Con SPSS %	Seguridad Social %	Ninguna %	Con SPSS %	Seguridad Social %	Ninguna %
Porcentaje de niños menores de 5 años que presentaron diarrea en los últimos 15 días	13.0 (10.5-15.9)	10.8 (9.0-12.9)	13.7 (12.3-15.3)	11.3 (10.1-12.6)	11.0 (9.5-12.7)	10.6 (9.1-12.2)
Duración de la diarrea*	3.0 (2.6-3.5)	2.9 (2.7-3.2)	3.0 (2.8-3.3)	2.8 (2.6-3.0)	3.0 (2.6-3.3)	3.0 (2.6-3.2)
Personal al que acudió para la atención del niño						
Médico	44.7 (33.3-56.6)	57.4 (48.0-66.3)	44.0 (39.1-49.1)	49.5 (44.2-54.8)	61.0 (53.8-67.6)	45.1 (38.0-52.7)
Enfermera	0.4 (0.1-2.6)	1.8 (0.6-5.2)	0.9 (0.3-2.3)	1.4 (0.5-3.7)	0.1 (0.01-0.5)	0.3 (0.1-1.2)
Otro personal de salud**	0.2 (0.0-1.2)	0.3 (0.1-1.3)	1.3 (0.7-2.7)	1.2 (0.6-2.5)	0 -	1.0 (0.3-3.7)
Otro	3.0 (1.0-9.2)	4.4 (2.2-8.6)	4.7 (3.0-7.3)	6.1 (3.7-9.9)	3.3 (1.3-8.0)	8.8 (4.6-16.4)
Nadie	51.8 (40.1-63.4)	36.1 (28.5-44.5)	49.0 (43.9-54.2)	42.0 (36.7-47.4)	35.7 (28.7-43.5)	44.7 (37.4-52.1)
Institución a la que acudió***						
IMSS-oportunidades	-	-	-	3.8 (1.5-9.2)	0.1 (0.02-0.8)	3.8 (1.9-7.6)
Seguridad social	-	-	-	0.3 (0.1-0.8)	32.9 (24.1-43.2)	2.7 (0.6-11.2)
SS	-	-	-	58.5 (50.7-65.8)	10.9 (5.8-19.6)	26.0 (18.6-35.1)
Privados	-	-	-	35.8 (28.7-43.6)	52.1 (41.2-62.7)	65.3 (55.1-74.2)
Otros	-	-	-	1.7 (0.6-4.8)	0.3 (0.04-1.9)	2.2 (0.7-6.7)
El personal de salud le recomendó darle Vida Suero Oral	-	-	-	90.0 (82.1-94.6)	87.4 (80.2-92.2)	90.5 (84.1-94.4)

*Media e IC 95%.

**Incluye promotor, auxiliar o voluntario de salud. Sólo incluye porcentaje vertical.

***Cuando solicitó atención por parte del personal de salud de alguna institución pública o privada.

En lo referente a las IRAs en los últimos 15 días en el 2006, del total de la población, aquellos que reportaron un cuadro de IRA: 12% estaban afiliados al SPSS, 27% tenían Seguridad Social y 61% no tenían afiliación a ninguna institución de salud. Para 2012, 44.1% estaban afiliados al SPSS y sólo 24.9% no tenían algún tipo de afiliación. El porcentaje de niños con algún cuadro de IRAs fue alrededor de 45% para los tres tipos de afiliación en las dos encuestas. En cuanto al personal al que acudió la madre o el cuidador para atender al niño del cuadro de IRA, en 2006, 60.3% de los niños afiliados al SPSS,

62.3% con Seguridad Social y 54.3% sin ninguna afiliación a una institución de salud fueron llevados con un médico, estos porcentajes fueron similares en 2012. En los tres grupos, un reducido porcentaje de niños fueron llevados con otro tipo de personal de salud. Respecto al lugar de atención en los niños con un episodio de IRA en 2012, en los afiliados al SPSS 56.6% fueron atendidos en la SS y 37.2% en una institución privada. De los no afiliados a una institución de salud, 67.9% acudieron a una institución privada y 25.2% a la SS, en tanto que los que tenían Seguridad Social 52.8% acudieron a una institución privada y 38.7% a una institución de Seguridad Social (**Cuadro V.5.3**).

Cuadro V.5.3. Enfermedades respiratorias agudas (IRAs) en niños menores de 5 años

Característica	ENSANUT-2006			ENSANUT-2012		
	Con SPSS	Seguridad Social	Ninguna	Con SPSS	Seguridad Social	Ninguna
Porcentaje de niños menores de 5 años que presentaron IRAs en los últimos 15 días	12.0 (10.5-13.7)	27.0 (25.0-29.0)	61.0 (58.5-63.4)	44.1 (42.2-46.1)	31.0 (29.1-33.0)	24.9 (23.2-26.6)
Personal al que acudió para la atención del niño	46.4 (42.7-50.1)	45.2 (42.6-47.8)	47.6 (45.5-49.8)	45.4 (43.6-47.3)	46.9 (44.4-49.4)	41.3 (38.7-43.9)
Médico	12.7 (10.9-14.7)	29.4 (26.7-32.3)	57.9 (54.8-61.0)	41.2 (38.6-43.8)	35.1 (32.6-37.6)	23.8 (21.7-26.0)
Enfermera	60.3 (55.2-65.1)	62.3 (58.5-65.9)	54.3 (51.3-57.2)	58.1 (55.2-60.8)	70.3 (67.2-73.3)	59.5 (55.6-63.2)
Otro personal de salud*	11.8 (3.9-30.5)	21.3 (9.1-42.4)	66.9 (45.8-82.8)	73.5 (56.3-85.7)	15.8 (6.8-32.7)	10.7 (4.6-22.6)
Otro	0.8 (0.3-2.4)	0.7 (0.3-1.6)	1.0 (0.5-1.5)	1.07 (0.7-1.7)	0.3 (0.1-0.8)	0.3 (0.1-0.6)
Nadie	29.9 (13.7-53.2)	4.32 (1.0-17.1)	65.8 (42.8-83.2)	65.0 (40.0-83.9)	0 -	35.0 (16.1-60.0)
Institución a la que acudió**	1.9 (0.8-4.2)	0.1 (0.0-0.5)	0.8 (0.4-1.7)	1.1 (0.6-1.7)	0 -	1.1 (0.4-2.4)
IMSS-opportunidades	2.5 (1.0-6.4)	20.7 (12.6-32.1)	76.8 (65.5-85.3)	44.4 (32.7-56.7)	21.9 (13.3-33.9)	33.7 (21.9-48.0)
Seguridad social	0.5 (0.2-1.4)	2.0 (1.2-3.3)	3.2 (2.4-4.3)	3.0 (2.2-4.0)	2.1 (1.2-3.5)	4.0 (2.3-6.7)
SS	11.4 (9.4-13.6)	64.3 (60.9-67.5)	24.4 (21.7-27.3)	48.5 (45.3-51.8)	26.2 (23.6-29)	25.3 (22.3-28.4)
Privados	36.5 (31.9-41.4)	35.0 (31.5-38.7)	40.8 (38.0-43.7)	36.9 (34.2-39.7)	27.3 (24.4-30.3)	35.3 (31.7-39.0)
Otros	-	-	-	2.4 (1.5-3.6)	0.7 (0.3-1.8)	1.8 (1.0-3.2)
Seguridad social	-	-	-	2.2 (1.5-3.3)	38.7 (34.8-42.7)	3.7 (2.3-5.9)
SS	-	-	-	56.6 (52.9-60.2)	6.6 (4.7-9.1)	25.2 (21.0-29.9)
Privados	-	-	-	37.2 (33.7-40.8)	52.8 (48.5-57.1)	67.9 (62.8-72.6)
Otros	-	-	-	1.7 (0.8-3.7)	1.2 (0.6-2.4)	1.4 (0.7-2.8)

*Incluye promotor, auxiliar o voluntario de salud.

**Cuando solicitó atención por parte del personal de salud de alguna institución pública o privada. Sólo incluye porcentaje vertical.

Medidas preventivas:

Vacunación en menores de 5 años

Del total de niños menores de 5 años, 83.4% en la ENSANUT-2006 y 61.4% en la ENSANUT-2012 mostró la Cartilla Nacional de Vacunación o la Cartilla Nacional de Salud. En el **cuadro V.5.4** se muestran los porcentajes de cobertura oportuna de vacunación

en niños menores de 5 años por tipo de afiliación en ambas encuestas. De los que recibieron cada uno de los siguientes biológicos, BCG, SABIN, hepatitis B, sarampión, DPT, pentavalente y SRP; se observó un incremento sustancial en los afiliados al SPSS cuando se compararon los porcentajes de la ENSANUT-2006 con los de la ENSANUT-2012. La cobertura oportuna por biológico en el total de los menores de 5 años, en el caso de los afiliados al SPSS fue alrededor de 13% en el 2006 lo cual aumentó a 48% en 2102. Dicha cobertura en quienes no tenían afiliación a una institución de salud, fue menor en 2012 que en 2006, debido en parte al aumento en la afiliación al SPSS. Respecto a los niños que tenían Seguridad Social, el porcentaje de vacunación para cada biológico fue alrededor de 28% en ambas encuestas. Resultados similares se observaron cuando sólo se analizó a los niños de 1 a 2 años de edad.

Cuadro V.5.4. Cobertura de vacunación en niños menores de 5 años que mostraron Cartilla de Vacunación o Catilla Nacional de Salud

Característica	ENSANUT-2006			ENSANUT-2012		
	Con SPSS	Seguridad Social	Ninguna	Con SPSS	Seguridad Social	Ninguna
Cobertura oportuna por biológico de niños menores de 5 años						
Tuberculosis (BCG)	98.0	97.6	97.0	97.4	96.3	95.1
Poliomielitis	96.8	97.6	97.5	94.4	94.8	90.2
Hepatitis B	95.6	95.7	94.7	96.3	97.1	95.5
Sarampión	82.9	80.1	76.5	96.2	95.7	90.5
Difteria, tosferina y el tétanos (DPT)	95.6	95.7	94.9	96.7	96.4	91.6
Pentavalente	95.6	95.7	94.7	96.7	96.1	91.1
Triple viral (SRP)	80.8	77.7	74.7	71.3	68.5	56.1
Cobertura oportuna por biológico de niños de 1 a 2 años						
Tuberculosis (BCG)	99.2	97.4	96.9	98.1	95.0	96.1
Poliomielitis	99.4	99.2	98.8	97.8	98.2	96.3
Hepatitis B	99.3	98.6	98.3	99.1	99.2	98.6
Sarampión	92.8	90.4	88.9	99.1	98.7	97.2
Difteria, tosferina y el tétanos (DPT)	99.3	98.6	98.3	99.2	99.0	97.3
Pentavalente	99.3	98.6	98.3	99.2	98.9	97.3
Triple viral (SRP)	89.8	87.8	87.8	88.6	86.3	78.1
Cobertura de vacunación en niños de 1 y 2 años						
Esquema completo en niños con 1 año de edad cumplido*	85.1	81.4	80.0	82.8	81.1	72.2
Esquema completo en niños de 1 a 2 años de edad cumplidos*	89.4	85.9	86.5	86.7	83.2	75.4

*Esquema de vacunación con 4 biológicos: BCG, hepatitis B, pentavalente y SRP.

Pentavalente: hepatitis B, infecciones por influenza B, difteria, tosferina, tétanos.

Triple viral (SRP): sarampión, rubéola, parotiditis.

En cuanto a la cobertura de vacunación por biológico y por tipo de filiación, se observó que para todos los biológicos fue mayor al 95% en los tres grupos de comparación en la ENSANUT-2006, excepto para sarampión, donde las coberturas señalan un porcentaje menor, no obstante que en los afiliados al SPSS (82.9%) fue mayor que en los que tenían Seguridad Social (80.1%) y los que no tenían algún tipo de filiación (76.5%). En la

ENSANUT-2012, la cobertura por biológico fue ligeramente menor que la observada en el 2006, excepto para la vacuna contra el sarampión donde se observó un incremento en los tres tipos de afiliación. La cobertura con SRP en menores de 5 años muestra cifras muy bajas en ambas encuestas y es menor en la ENSANUT-2012 para los tres grupos analizados. Cabe mencionar que en la ENSANUT-2006 estos porcentajes son similares a los observados en sarampión, lo cual sugiere que la cobertura de esta vacuna no alcanzó niveles óptimos. De manera contraria, en la ENSANUT-2012 la cobertura de sarampión aumentó alrededor de 15 puntos porcentuales en cada tipo de afiliación, mientras que la cobertura de SRP disminuyó, esto significa que la cobertura de sarampión mejoró notablemente, no así la cobertura para los otros dos componentes de la SRP (rubeóla y parotiditis).

Al evaluar el esquema de vacunación completo por tipo de afiliación, se observó que en el caso de los niños afiliados al SPSS hubo descensos en la cobertura del esquema completo de una encuesta a otra ya que bajó de 85.1% a 82.8% respectivamente, no fue así para los afiliados a la Seguridad Social (81.4% y 81.1%), mientras que el descenso fue más marcado para los que no tenían alguna filiación a una institución de salud (80% y 72.2%). Cuando se consideró a los niños de 1 a 2 años de edad, los porcentajes fueron ligeramente mayores sin llegar a niveles óptimos de cobertura, y las diferencias entre las instituciones se mantuvieron prácticamente igual.

Pruebas de detección de cáncer de cérvix y mama

En el **Cuadro V.5.5** se muestra la distribución de pruebas de detección de cáncer cervicouterino (CaCu) en mujeres de 25 a 64 años y de cáncer de mama (CaMa) en mujeres de 40 a 69 años de edad. En el caso del Papanicolaou para detección de CaCu, se observó que de todas las mujeres en quienes se realizó la prueba en el año previo, 13.5% estaban afiliadas al SPSS y 41.7% no tenían ningún tipo de afiliación, mientras que en 2012 en mujeres afiliadas al SPSS fue de 39% y en aquellas sin afiliación a una institución de salud fue de 14.5%. En cuanto a la realización de la prueba en los últimos 3 años, lo cual sólo fue posible evaluar en el 2012, se observó que los porcentajes se mantuvieron prácticamente igual a los observados en 2006.

El porcentaje de mujeres que se realizaron el Papanicolaou según tipo de afiliación, en el 2006, fue de 42.3% de las mujeres afiliadas al SPSS y 45.8% de las que tenían Seguridad Social, en tanto que sólo 34.5% de las que no tenían algún tipo de afiliación se la realizaron. Al contrastar estos resultados con los obtenidos en el 2012, tanto en las mujeres afiliadas al SPSS como en las que tenían Seguridad Social el porcentaje de realización de la prueba fue ligeramente mayor (45.1 y 49.3% respectivamente), mientras que en las que no tenían algún tipo de afiliación fue menor (30.3%). Cuando se consideró la realización de la prueba en los últimos 3 años, en el 2012, el porcentaje en los tres grupos aumentó alrededor de 20% (66.4% para SPSS, 49.9% para sin afiliación y 72.6% para Seguridad Social).

Cuando se evaluó en qué institución se realizó la prueba para detección de CaCu, 61% fueron realizadas en la SS (39.1%) y en la Seguridad Social (33.9%) en 2006. En el 2012, la mayoría de las pruebas fueron realizadas en la SS (64%) y en instituciones privadas (27.8%). Por tipo de afiliación, en las mujeres afiliadas al SPSS el porcentaje mayor correspondió a la SS (90.3% en 2006 y 71.9% en 2012), para las no afiliadas a una

institución de salud fue para la SS en el 2006 (67.1%) y para una institución privada en el 2012 (42.1%), para las mujeres con Seguridad Social fue para una institución privada en el 2006 (49.4%) y para Seguridad Social en el 2012 (63.3%). Los servicios privados utilizados en el 2006 y 2012 para la realización del Papanicolaou muestran un patrón de utilización importante aunque las afiliadas al SPSS los utilizaron con menos frecuencia. Estos resultados muestran que aún cuando la proporción de mujeres afiliadas al SPSS que se realizaron el Papanicolaou para detección de CaCu en los últimos 3 años fue similar observado en mujeres con Seguridad Social, aún se requiere de un esfuerzo adicional para incrementar dicha cobertura.

En lo referente a la realización de mastografía para la detección de CaMa en mujeres de 40 a 69 años, sólo se presentan los resultados de la ENSANUT-2012, en la cual se preguntó de manera específica la realización de dicha prueba. Del total de mujeres que se realizaron una mastografía, 24.4% eran afiliadas al SPSS, 11.1% no tenía ningún tipo de afiliación a alguna institución de salud. Por tipo de afiliación, 16.9% y 14.5% de las mujeres con SPSS y sin ningún tipo de afiliación respectivamente se realizaron una mastografía, el porcentaje fue significativamente mayor en aquellas con Seguridad Social (32.9%). Al estratificar por grupos de edad, en las afiliadas al SPSS, 6.9% de las mujeres de 40 a 49 años, 13% de las mujeres de 50 a 59 años y 10.3% de las mujeres de 60 a 69 años se realizaron una mastografía en los últimos 2 años; dichos porcentajes fueron aproximadamente la mitad de los observados en las mujeres con Seguridad Social.

En cuanto al lugar de realización de la mastografía, 43.6% se realizaron en instituciones de Seguridad Social y 28.1% en la SS. Por tipo de afiliación, 69.1% de las mujeres afiliadas al SPSS se realizó la prueba en la SS, 46.3% de las que no tenían ningún tipo de afiliación se la hicieron en una institución privada y 63.8% de las que tenían Seguridad Social se la hicieron en la misma institución. Cabe mencionar que un 12% de las mujeres afiliadas al SPSS se realizaron la mastografías en el ámbito privado, porcentaje menor al de las con Seguridad Social (18.4%). (**Cuadro V.5.5**). Estos resultados muestran que el porcentaje de realización de una mastografía es bajo, que fue 2 veces mayor en las mujeres con Seguridad Social en comparación con las afiliadas al SPSS, situación que se mantiene a través de los diferentes grupos de edad analizados. Por lo anterior, se requiere de un mayor esfuerzo para incrementar la utilización de la mastografía para detección de CaMa en los tres tipos de afiliación, en particular en mujeres afiliadas al SPSS y sin ningún tipo de afiliación a una institución de salud.

Cuadro V.5.5. Pruebas de detección temprana de CaCu y de CaMa

Característica	ENSANUT-2006			ENSANUT-2012		
	Con SPSS	Seguridad Social	Ninguna	Con SPSS	Seguridad Social	Ninguna
Prueba de Papanicolaou para detección de CaCu en mujeres de 25 a 64 años						
% con un Papanicolaou (último año)	42.3	45.8	34.5	45.1	49.3	30.3
% con Papanicolaou (últimos 3 años)	-	-	-	66.4	72.6	49.9
Institución donde se realizó el Papanicolaou*						
IMSS-oportunidades	1.7	4.9	2.5	5.0	0.4	2.8
Seguridad social	0.03	4.5	0.3	7.7	63.3	13.5
SS	90.3	36.0	67.1	71.9	11.7	38.2
Privados	7.0	49.4	25.6	12.5	22.7	42.1
Otros	1.0	5.2	4.5	2.9	1.9	3.4
Detección temprana de CaMa en mujeres de 40 a 69 años						
% de mujeres con una mastografía en los últimos 2 años	-	-	-	16.9	32.9	14.5
% con una mastografía estratificado por edad*						
40 a 49 años	-	-	-	6.9	15.5	8.8
50 a 59 años	-	-	-	13.0	26.4	10.0
60 a 69 años	-	-	-	10.3	25.7	7.4
Institución donde se realizó la mastografía*						
IMSS-oportunidades	-	-	-	2.0	0.2	0.6
Seguridad social	-	-	-	8.0	63.8	10.7
SS	-	-	-	69.1	11.8	29.7
Privados	-	-	-	12.7	18.4	46.3
Otros	-	-	-	8.2	5.8	12.8

*Sólo incluye porcentaje vertical.

No se muestran los porcentajes de realización de mastografía de la ENSANUT-2006 por no ser comparables con los de la ENSANUT-2012

Pruebas de detección de diabetes mellitus e hipertensión en población adulta:

En el caso de las pruebas de detección de diabetes, del total de sujetos que se realizaron la prueba en el 2006, 8.7 y 37.3% correspondieron a personas afiliadas al SPSS y a personas sin ninguna afiliación respectivamente. Para el 2012, de las personas en quienes se realizó la prueba la proporción aumentó notablemente para aquellas afiliadas al SPSS (30.8%) y disminuyó de manera importante en las que no estaban afiliadas a alguna institución de salud (15.5%). Cuando se comparó la realización de la prueba por tipo de afiliación se observó que para 2006, 19.6% de los afiliados al SPSS y 14.9% sin algún tipo de afiliación se realizaron la prueba, en tanto que para el 2012 sólo aumentaron ligeramente (23.4% y 15.5%). Respecto al tipo de institución donde se realizó la prueba para detección de diabetes, tanto en 2006 y 2012 la mayor proporción de la prueba se hizo en instituciones de Seguridad Social (45 y 41.7% respectivamente), seguida por la SS (31.5 y 30.8% respectivamente). Del total de los que se hicieron la prueba en 2006, 86.3% de los afiliados a SPSS y 51.5% de los que no tenían ningún tipo de afiliación se hicieron la prueba en la SS. Para el 2012, el mayor porcentaje en los afiliados al SPSS también correspondió a la SS (69.9%) mientras que en los no afiliados a ningún tipo de institución de salud fue para una institución privada (45.2%) seguida por la SS (29.2%) (**Cuadro V.5.6**).

En cuanto a la detección de hipertensión, del total de sujetos que se realizaron la prueba en el 2006, 9.9 y 41.6% correspondieron a personas afiliadas al SPSS y personas sin ninguna afiliación a una institución de salud respectivamente. Para el 2012, la detección de hipertensión aumentó notablemente en aquellas afiliadas al SPSS (34.3%) y disminuyó de manera sustancial en las que no estaban afiliadas a una institución de salud (17.7%). Cuando se evaluó en quienes se realizó la prueba por tipo de afiliación, para 2006 se observó que, 21.8% de los afiliados al SPSS y 15.6% sin algún tipo de afiliación se hicieron la prueba, en tanto que para el 2012 los porcentajes para los mismos grupos aumentaron 8 y 4 puntos respectivamente (29.3% y 19.5%). Respecto al tipo de institución donde se realizó la prueba para detección de hipertensión arterial, tanto en 2006 y 2012 la mayoría correspondieron a la Seguridad Social (37.6 y 36.6% respectivamente) y a la SS (35.6 y 34.7% respectivamente). Por tipo de institución donde se realizó la prueba de detección de hipertensión, para 2006, 87.1% de las personas afiliadas a SPSS y 52.9% de aquellas sin ningún tipo de afiliación se hizo la prueba en la SS. Para el 2012 la mayor cobertura en los afiliados al SPSS también correspondió a la SS (72.1%) mientras que en los no afiliados fue para una institución privada (44.5%) seguida por la SS (32.7%) (**Cuadro V.5.6**).

De nueva cuenta, aunque las coberturas de detección para ambas patologías son bajas, la utilización de servicios privados en 2006 y 2012 muestra que la demanda es importante pero existe un patrón donde la población afiliada al SPSS los utiliza con menor frecuencia que el grupo de personas con Seguridad Social, en particular en el caso de hipertensión. La diferencia entre los afiliados al SPSS y la población sin seguridad social es muy marcada con una demanda menor en el último grupo. Cabe resaltar que en los afiliados al SPSS hubo una disminución en quienes se realizaron la prueba de detección tanto de diabetes como de hipertensión en la SS en 2012 en comparación con 2006, con un aumento en la realización en el ámbito privado. Es necesario determinar cuales son las posibles causas de la disminución en la demanda de este servicio en la SS de la población del SPSS, las cuales podrían estar relacionadas con cuestiones de accesibilidad y disponibilidad al mismo.

Cuadro V.5.6. Pruebas de detección temprana de diabetes e hipertensión arterial en adultos

Característica	ENSANUT-2006			ENSANUT-2012		
	Con SPSS	Seguridad Social	Ninguna	Con SPSS	Seguridad Social	Ninguna
% de adultos con pruebas de detección de <u>diabetes</u>	19.5	29.0	14.9	23.4	35.6	15.5
Institución donde realizó la prueba de detección*						
IMSS-oportunidades	1.6	1.1	2.6	6.1	0.3	3.2
Seguridad social	3.9	73.7	13.0	6.5	69.5	15.6
SSA	86.3	8.9	51.5	69.9	8.9	29.2
Privados	6.0	14.4	28.5	13.9	16.6	45.2
Otros	2.2	2.0	4.4	3.7	4.8	6.9
% de adultos con pruebas de detección de <u>hipertensión</u>	21.8	25.5	15.6	29.3	36.4	19.5
Institución donde realizó la prueba para detección*						
IMSS-oportunidades	1.6	1.4	2.4	6.3	0.4	3.0
Seguridad social	1.8	69.1	9.4	5.7	67.2	13.9
SS	87.1	10.2	52.9	72.1	8.8	32.7
Privados	8.0	17.8	31.7	13.2	18.1	44.5
Otros	1.6	1.5	3.6	2.8	5.6	5.9

*Sólo incluye porcentaje vertical.

Cobertura de tratamiento de diabetes e hipertensión arterial

La cobertura del tratamiento en diabetes en 2006 mostró que más de 80% de las personas con diabetes recibieron tratamiento médico para controlar la enfermedad, siendo el más alto en el grupo con afiliación al SPSS (86.9%) en comparación con los que tenían Seguridad Social (84%) y sin ninguna afiliación a una institución de salud (81.1%). Al comparar estos resultados con los del 2012, en los dos primeros grupos los porcentajes fueron similares, en tanto que en quienes no estaban afiliados a alguna institución de salud disminuyó ligeramente (75%).

Respecto al tipo de tratamiento, en el 2006, 96.1% de los afiliados al SPSS y 94.9% de los que tenían Seguridad Social usaban hipoglucemiantes orales solos, mientras 88.9% de quienes no tenían afiliación a una institución de salud tenían este tipo de tratamiento. Con relación al uso de insulina, ya sea sola o combinada con algún hipoglucemiante oral, se observó que 3.9% y 5.1% de los que estaban afiliados al SPSS y los que tenían Seguridad Social recibían este tipo de tratamiento, mientras que el porcentaje fue mayor en quienes no tenían afiliación (11%). Para el 2012, el uso de hipoglucemiantes orales solos fue de alrededor del 85% en los tres grupos. En cuanto al uso de insulina sola o combinada, este aumentó de manera importante en el grupo afiliado al SPSS (13.7%) y en el que tenía Seguridad Social (17.1%) respecto a lo observado en el 2006 (**Cuadro V.5.7**).

En cuanto al tipo de exámenes que el médico indicó para evaluar el control de la diabetes en el último año, los más utilizados tanto en el 2006 como en el 2012 fueron la determinación de glucosa en sangre, la utilización de tiras reactivas en sangre y el examen general de orina. Cabe señalar que la determinación de glucosa en sangre venosa en el 2006 en los tres grupos fue de alrededor del 50%, y aunque para el 2012 el porcentaje disminuyó ocho puntos porcentuales en quienes no estaban afiliados a una institución de salud, los demás porcentajes se mantuvieron prácticamente iguales. Respecto a la determinación de HbA1c, aunque se observó un aumento de alrededor del 10% en los tres grupos del 2006 al 2012, los porcentajes siguen siendo muy bajos: 8.3% para personas afiliadas al SPSS, 10.3% para los que tienen Seguridad Social y 9.9% para los que no tienen afiliación a alguna institución de salud (**Cuadro V.5.7**). Estos resultados señalan que las estrategias encaminadas a la evaluación del control de la diabetes no se llevan a cabo de manera adecuada, lo cual puede tener un impacto a mediano y largo plazo no sólo en el control de la enfermedad sino en el desarrollo de complicaciones micro y macrovasculares, así como en la calidad de vida de quienes la padecen. Aún cuando un alto porcentaje de personas con diabetes reciben tratamiento farmacológico, esto no es suficiente si no se tiene un apego adecuado al mismo, además de la inclusión de un programa estructurado de dieta y actividad física. Esta situación podrá valorarse mejor cuando se evalúe el desempeño de las unidades de especialidades médicas (UNEME's).

En cuanto a la cobertura en hipertensión, para 2006, 57.4% de las personas afiliadas a SPSS y 51.7% de las que no tenían afiliación a una institución de salud recibían tratamiento médico para el control de la enfermedad. Al contrastar estos resultados con los del 2012, el incremento fue de 67.3% y 61.1% respectivamente. En el caso de las personas con Seguridad Social, el incremento fue similar, siendo de 30.5% en el 2006 y de 79.9% en el 2012.

Cuadro V.5.7. Cobertura de diabetes e hipertensión arterial

Característica	ENSANUT-2006			ENSANUT-2012		
	Con SPSS	Seguridad Social	Ninguna	Con SPSS	Seguridad Social	Ninguna
Diabetes mellitus						
% de personas que están en tratamiento	86.9	84.0	81.1	87.9	87.3	75.0
Tipo de tratamiento						
Hipoglucemiantes orales	96.1	94.9	88.9	86.3	82.9	88.4
Insulina	3.2	4.5	8.0	7.7	8.1	5.4
Ambos	0.7	0.6	3.0	6.0	9.0	6.2
% de exámenes que ordenó su médico para control						
Tiras reactivas para orina	7.4	10.2	6.6	6.1	9.7	6.3
Tiras reactivas para sangre	37.5	28.8	32.7	29.7	26.1	24.1
Examen general de orina	18.7	27.4	17.1	30.1	41.2	18.9
Glucosa en sangre venosa	48.4	57.9	45.9	49.9	59.4	36.5
HbA1c	3.02	4.6	4.8	8.3	10.3	9.9
Hipertensión arterial						
% de personas que están en tratamiento	57.4	69.4	51.7	67.3	79.8	61.1

*Mediana e IC 95%.

Respecto a las medidas de prevención de complicaciones asociadas a diabetes, la realización de estas medidas fue bajo en los 3 grupos de afiliación, en particular en los afiliados al SPSS y los no afiliados a ninguna institución de salud. Las medidas preventivas analizadas fueron: revisión de pies, revisión oftalmológica, toma de aspirina a bajas dosis y evaluación renal, entre otras. Para los afiliados al SPSS, la realización de estas medidas de prevención en 2006 y 2012 fueron: 12.8% y 13.4% para revisión de pies, 9.6% y 6.4% para revisión oftalmológica y 4.7% y 3.3% para toma de aspirina. Para los no afiliados a ninguna institución de salud los porcentajes en 2006 y 2012 fueron: 6.4% y 11.3% para revisión de pies, 12.1% y 5.4% para revisión oftalmológica y 5.4% para ambos años en el caso de toma de aspirina. Derivado de esto, un alto número de personas con diabetes en los tres grupos de afiliación no se realizaron las pruebas para la detección de complicaciones asociadas a la enfermedad, siendo en el caso particular de los afiliados al SPSS de 68% tanto en 2006 como en 2012 (**Cuadro V.5.8**).

En cuanto a la presencia de complicaciones crónicas asociadas a diabetes, por tipo de complicación, el porcentaje en aquellos afiliados a SPSS aumentó de manera importante con respecto a los de Seguridad Social y a los que no tenían ninguna afiliación del 2006 al 2012, en parte por el incremento en la población afiliada al SPSS en el 2012. Por tipo de afiliación, en el caso de los afiliados al SPSS al comparar la ENSANUT-2006 con la ENSANUT-2012 se observó una leve disminución en el porcentaje de úlceras en miembros inferiores (9.5 y 6.8% respectivamente), amputaciones (3.0 y 2.3% respectivamente) y daño en la retina (17.4 y 14.8% respectivamente). Complicaciones como infarto al miocardio (2.0 y 2.6% respectivamente) y diálisis peritoneal (0.6 y 1.1% respectivamente) mostraron un ligero aumento. Destaca el incremento en el reporte de neuropatía periférica de una encuesta a otra en todas las poblaciones que hay que tomar con cautela en vista de que el

resto de las complicaciones reportadas no presentan incrementos tan importantes y la forma de preguntar esta complicación en particular difirió en ambas encuestas (**Cuadro V.5.8**).

Cuadro V.5.8. Medidas de prevención y complicaciones asociadas a diabetes en adultos

Característica*	ENSANUT-2006			ENSANUT-2012		
	Con SPSS	Seguridad Social	Ninguna	Con SPSS	Seguridad Social	Ninguna
Medidas preventivas						
Revisión de pies	12.8	10.6	6.4	13.4	16.5	11.3
Revisión oftalmológica	9.6	12.4	12.1	6.4	10.7	5.4
Toma aspirina	4.7	8.0	5.4	3.3	5.6	5.4
Examen de riñón	4.6	6.9	5.2	6.6	11.7	5.2
Ninguna medida de prevención	68.2	61.4	70.3	69.2	59.5	72.2
Complicaciones asociadas a diabetes						
Úlceras en miembros inferiores	9.5	6.7	6.8	6.8	7.8	5.6
Amputaciones	3.0	2.1	1.6	2.3	2.2	0.8
Disminución de la visión	52.2	43.1	46.5	49.9	45.5	50.4
Daño en la retina	17.4	12.9	12.0	14.8	14.4	11.2
Pérdida de la vista	5.9	7.2	5.9	7.9	5.9	6.6
Diálisis peritoneal	0.6	2.1	1.0	1.1	1.75	0.9
Infarto al miocardio	2.0	2.5	1.8	2.6	3.1	2.4
Neuropatía periférica	11.0	11.2	13.5	42.9	35.2	38.6

Utilización de los servicios ambulatorios

En el 2012 los principales proveedores de servicios ambulatorios en la población son las unidades médicas de la SS (28.0%) y de la Seguridad Social (29.7%). Las unidades médicas privadas ocupan el segundo lugar (22.9%). Fueron estas últimas en 2006 las principales proveedoras de los servicios ambulatorios de salud. En el **Cuadro V.5.9** podemos observar que las unidades clasificadas como Otras, que incluyen a los consultorios dependientes de farmacias, han incrementado en gran medida sus actividades como proveedoras de este tipo de servicio.

Cuadro V.5.9. Institución de de atención ambulatoria en las últimas dos semanas

Lugar de la atención	ENSANUT-2006	ENSANUT-2012
SS	28.7	28.0
IMSS-Oportunidades	1.5	1.4
Seguridad Social	30.7	29.7
Privado	35.2	22.9
Otros*	3.8	18.0

* Incluye consultorios dependientes de farmacias

El grupo poblacional que acude a un servicio médico ambulatorio con mayor frecuencia (los últimos 15 días), independientemente de la afiliación, son los adultos de 20 años y más de edad, seguida de los niños. Por sexo, acuden en mayor medida las mujeres. El principal motivo por el que acuden es para la atención de enfermedades transmisibles. La población afiliada al SPSS acude principalmente a unidades médicas de la SS (77.6% en 2006 y 62.8% en 2012), en segundo lugar acuden a unidades médicas privadas (17.8% en 2006 y 15.5% en 2012), y en tercer lugar, en 2012, acudieron a los consultorios dependientes de farmacias (14.8%) pero mucho menos que los que no tienen seguridad social (**Cuadro**

V.5.10). Esto puede estar asociado al efecto de la regulación sobre uso de antibióticos sólo con receta, implementada recientemente.

Cuadro V.5.10. Utilización de servicios ambulatorios en los últimos 15 días

Característica	ENSANUT-2006			ENSANUT-2012		
	Con SPSS	Seguridad Social	Ninguna	Con SPSS	Seguridad Social	Ninguna
Edad (grupos)						
0 a 9 años	27.7	17.1	31.9	32.5	21.6	32.0
10 a 19 años	16.7	10.5	13.4	15.4	10.4	14.0
>= 20 años	55.6	72.5	54.7	52.1	68.1	54.0
Hombre						
Hombre	37.7	40.7	41.8	36.8	41.1	42.6
Mujer						
Mujer	62.3	59.3	58.2	63.2	59.0	57.4
Motivo de atención						
Enf. transmisibles	40.9	39.6	49.5	44.6	37.9	52.3
Enf no transmisibles	18.7	21.0	16.3	17.7	21.2	13.5
Lesiones	4.5	4.7	4.0	3.4	4.0	4.6
Servicios preventivos	12.5	9.4	8.5	ND	ND	ND
Otros*	23.5	25.3	21.8	31.7	35.7	28.3
Lugar de la atención						
SS	77.6	5.8	38.2	62.8	3.7	18.8
IMSS-Oportunidades	0.9	1.0	1.9	2.7	0.3	1.4
Seguridad Social	1.3	66.9	4.9	1.3	64.2	1.9
Privado	17.8	24.5	49.6	15.5	20.6	44.0
Consultorio dependiente de farmacia	-	-	-	14.8	9.5	29.7
Otro lugar	2.3	1.9	5.5	3.0	1.8	4.7

*Dentro de estos se encuentran: alteraciones nutricionales (deficiencia de nutrimentos, peso bajo), revisión de estado de salud, control del niño sano, control de enfermedades crónicas y revisión prenatal, entre otras

Atención prenatal y atención del parto

La atención prenatal y del parto en el último año en mujeres de 20 años y más se muestra en el **Cuadro V.5.11**, comparando diferentes indicadores entre la población afiliada al SPSS, con Seguridad Social y sin afiliación a una institución de salud. No obstante que se observó un incremento en el promedio de consultas prenatales en los tres grupos del 2006 al 2012, el promedio fue mayor en las mujeres con Seguridad Social (10.2 y 9.9 respectivamente) en comparación con mujeres afiliadas al SPSS (7.3 y 8.2 respectivamente) y en mujeres sin afiliación a alguna institución de salud (7.2 y 8.0 respectivamente). Por otro lado, en promedio, las mujeres acudieron a su primer visita prenatal cuando tenían 2.5 meses de embarazo, independientemente del tipo de afiliación. En los 3 tipos de afiliación, más del 90% de las mujeres fueron vistas por un médico para atención prenatal en ambas encuestas.

Respecto a lugar de la atención prenatal, en 2012, 50.3% de las mujeres fueron atendidas en la SS y 24.8% en instituciones de Seguridad Social. La institución principal donde la mujer recibió atención para control de embarazo fue la SS en aquellas afiliadas al SPSS (73.5%), mientras que para las que no tenían algún tipo de afiliación a una institución de salud fue en una institución privada (48.7%) seguida por la SS (35.8%). Como parte de la atención prenatal, a más del 90% de las mujeres se les midió el peso, talla y presión arterial y los resultados fueron similares en ambas encuestas. Respecto a la aplicación del toxoide tetánico, tanto en la ENSANUT-2006 como en la ENSANUT-2012, 92% de las mujeres afiliadas al SPSS reportaron haber recibieron el toxoide durante su último embarazo.

En lo referente a al personal que atendió el parto, en la comparación según tipo de afiliación y tipo de personal, del total de mujeres atendidas por un médico en el 2006,

33.4% tenían Seguridad Social y sólo el 13.5% estaban afiliadas al SPSS, el resto no estaban afiliadas a una institución de salud (52.9%). Para el 2012, el porcentaje de mujeres con SPSS que fueron atendidas por un médico fue 3 veces mayor que el observado en el 2006, con la consecuente reducción en el porcentaje de mujeres atendidas por un médico y que tenían Seguridad Social y aquellas sin afiliación a una institución de salud. Cabe señalar que de los partos atendidos por una partera, en el 2006, 71.4% no tenían ningún tipo de afiliación a una institución de salud y 21% eran afiliadas al SPSS, porcentajes que se invirtieron en el 2012 (33% en las no afiliadas al SPSS y 66.4% en las afiliadas al SPSS). Cuando se comparó el tipo de personal que atendió el parto, según afiliación, más de 90% de los partos fueron atendidos por un médico en los tres grupos en las dos encuestas; no obstante, fue ligeramente mayor en aquellas mujeres con Seguridad Social (97.4%). En la ENSANUT-2012, el porcentaje de mujeres que fueron atendidas por un médico aumentó en los tres tipos de afiliación, siendo de 96.7% en las afiliadas al SPSS, 92.9% en las que no tenían ningún tipo de afiliación y 99.1% en las que tenían Seguridad Social. Este incremento en la cobertura por personal médico se refleja también en el descenso en la atención por parteras (**Cuadro V.5.11**).

En cuanto al lugar de atención, en el 2006, 35.4% del total de partos fueron atendidos en la SS seguida por la Seguridad Social con 30.3%; para el 2012, el porcentaje aumentó para la SS (47.1%) y disminuyó para la Seguridad Social (26%). Por tipo de afiliación, en la ENSANUT-2006, de las mujeres afiliadas al SPSS 68.2% fueron atendidas en la SS y 12.1% en una institución privada; de las que tenían Seguridad Social 68.5% fueron atendidas en una institución de Seguridad Social y 14.5% en una institución privada; mientras que de las que no tenían ningún tipo de afiliación 41.7% fueron atendidas en la SS y 25.5% en una institución privada. Para la ENSANUT-2012, de las mujeres afiliadas al SPSS 69.4% fueron atendidas en la SS y 13.7% en una institución privada; de las que tenían Seguridad Social 65.3% fueron atendidas en una institución de Seguridad Social y 16.8% en una institución privada; mientras que de las que no tenían ningún tipo de afiliación 39.2% fueron atendidas en la SS y 38.2% en una institución privada.

El porcentaje de complicaciones que se presentaron durante la atención del parto en el 2006 fue menor en aquellas mujeres afiliadas al SPSS (20.2%) en comparación con las que tenían Seguridad Social (24.1%) o en aquellas sin ningún tipo de afiliación a una institución de salud (24%). Para el 2012, el porcentaje de complicaciones fue prácticamente el mismo para las afiliadas al SPSS y aquellas con Seguridad Social, no así en las que no tenían ningún tipo de afiliación, donde hubo una reducción sustancial (11.6%) en comparación con 2006.

Cuadro V.5.11. Atención prenatal y del parto en mujeres de 20 años de edad y más

Característica	ENSANUT-2006			ENSANUT-2012		
	Con SPSS	Seguridad Social	Ninguna	Con SPSS	Seguridad Social	Ninguna
No. de consultas prenatales*	7.3	10.2	7.2	8.2	9.9	8.0
No. de meses de embarazo a la primera visita*	2.7	2.4	2.7	2.6	1.9	2.5
Personal que atendió último embarazo						
Médico	94.4	97.5	92.1	94.3	97.1	90.9
Enfermera	0.8	1.4	0.3	3.5	1.6	8.6
Partera	4.6	0.4	4.4	0.6	0	0.5
Otro	0.2	0.8	3.2	1.5	1.4	0
Lugar de atención prenatal						
IMSS-Oportunidades	-	-	-	5.2	0.2	1.9
Seguridad social	-	-	-	6.0	65.8	11.8
SS	-	-	-	73.5	12.2	48.7
Privado	-	-	-	13.7	19.5	35.8
Otro	-	-	-	1.6	2.3	1.8
Medición de peso	94.5	98.8	96.8	93.7	94.7	91.4
Medición de talla	94.5	98.8	96.8	97.5	98.4	95.4
Toma de presión arterial	90.3	99.4	94.9	97.4	99.0	95.5
Exámenes sangre y orina	82.9	95.2	83.6	92.0	94.5	86.4
Medición glucosa en sangre	-	-	-	74.9	80.3	68.4
Vacunación vs tétanos	86.2	89.2	83.8	93.5	89.7	91.4
Indicación de ácido fólico	96.0	98.7	92.0	96.0	98.3	98.7
Personal que atendió el último parto						
Médico	90.1	97.4	90.4	96.7	99.1	92.9
Enfermera	0.2	0.6	0.1	0.8	0	1.4
Partera	9.6	1.6	8.5	3.0	0	3.6
Otro	0.0	1.0	0.4	1.6	0.9	2.1
Lugar de atención del último parto**						
IMSS-Oportunidades	0.3	2.0	0.4	3.1	0	1.0
Seguridad social	7.1	68.5	13.8	8.2	65.3	13.4
SS	68.2	10.4	41.7	69.4	15.0	39.2
Privado	12.1	14.5	25.5	13.7	16.8	38.2
Otro	12.4	4.6	18.6	5.7	2.9	8.1
Complicaciones durante la atención del parto	20.2	24.1	24.0	20.6	23.4	11.6

*Media (IC 95%).

Cuadro V.5.12 Institución donde realizó la atención prenatal y del parto en el último año en mujeres de 20 años de edad y más

	ENSANUT-2006	ENSANUT-2012
Institución donde llevó <u>atención prenatal</u>		
IMSS-oportunidades	-	3.1
Seguridad social	-	24.8
SS	-	50.3
Privados	-	20.0
Otros	-	1.8
Institución donde llevó <u>atención del parto</u>		
IMSS-oportunidades	0.9	1.7
Seguridad social	30.3	26.0
SS	35.4	47.1
Privados	20.1	19.8
Otros	13.3	5.4

La atención prenatal y atención del parto en el último año en adolescentes se muestra en el **Cuadro V.5.12a**. El promedio de consultas prenatales en los tres grupos de afiliación fue muy similar en 2006 y 2012, el cual estuvo por arriba de 6 consultas. En promedio, las adolescentes acudieron a su primer visita prenatal cuando tenían 3 meses de embarazo en 2006 y alrededor de 2.5 meses en 2012. Cabe mencionar que en los tres grupos de afiliación, se observó que las adolescentes acudieron a su primer consulta prenatal más tempranamente en 2012 en comparación con 2006. En los 3 tipos de afiliación, más del 95% de las adolescentes fueron vistas por un médico para atención prenatal en 2006, en tanto que en 2012, 82.4% las adolescentes afiliadas al SPSS y 79.9% de que que no tenían sin ningún tipo de afiliación fueron vistas por un médico.

Respecto a lugar de la atención prenatal, en el 2012, 70.6% de las adolescentes fueron atendidas en la SS y 14.7% en instituciones privadas. La institución principal donde la mujer recibió atención para control de embarazo fue la SS en aquellas afiliadas al SPSS (87.4%), mientras que para las que no tenían algún tipo de afiliación a una institución de salud fue en la SS (62.8%) y una institución privada (21.5%). Como parte de la atención prenatal, alrededor del 90% de las mujeres se les midió el peso, talla y presión arterial y los resultados fueron similares en los tres tipos de afiliación. La determinación de glucosa en sangre se hizo en el 63.3% en las afiliadas al SPSS. El porcentaje de aplicación de toxoide tetánico fue mayor en las afiliadas al SPSS (90.6%) en comparación con los otros grupos, mientras que la indicación de ácido fólico fue mayor al 95% en los tres grupos.

En lo referente al personal que atendió el parto, en ambas encuestas, más del 90% de las adolescentes fueron atendidas por un médico y fue similar en los tres tipos de afiliación. En cuanto al lugar de atención, en el 2006, 77.9% del total de partos fueron atendidos en la SS seguida por la Seguridad Social con 20.3%; para el 2012, el porcentaje disminuyó para la SS (64.7%) y aumentó para los servicios privados (18.4%). Por tipo de afiliación, en la ENSANUT-2006, de las adolescentes afiliadas al SPSS 98.1% fueron atendidas en la SS; de las que tenían Seguridad Social 53.8% fueron atendidas en una institución de Seguridad Social y 42.1% en la SS; mientras que de las que no tenían ningún tipo de afiliación 85.8% fueron atendidas en la SS. Para la ENSANUT-2012, de las adolescentes afiliadas al SPSS 82.4% fueron atendidas en la SS y 8.5% en una institución privada; de las que tenían Seguridad Social 36.8% fueron atendidas en una institución de Seguridad Social y 34.4% en una institución privada; mientras que de las que no tenían ningún tipo de afiliación 54.5% fueron atendidas en la SS y 27.8% en una institución privada.

El porcentaje de complicaciones que se presentaron durante la atención del parto en el 2006 fue menor adolescentes afiliadas al SPSS (29.5%) y aquellas sin ninguna afiliación (24.7%) en comparación con las que tenían Seguridad Social (34.7%). Para el 2012, el porcentaje de complicaciones disminuyó de manera importante en las afiliadas al SPSS (15.6%) y aquellas con Seguridad Social (14.9%). En comparación con mujeres ≥ 20 años de edad, la proporción de complicaciones durante el parto fue de alrededor de 22% en mujeres afiliadas al SPSS y en las que tenían Seguridad Social en 2006 y se mantuvo igual en 2012. Lo anterior sugiere que la atención prenatal y del parto en adolescentes, considerado un grupo de alto riesgo, mejoró de manera sustancial lo cual también se reflejó en el número de consultas durante el embarazo y el momento de la primera consulta prenatal. No obstante que las acciones que deben llevarse a cabo durante las visitas prenatales se realizan

en un alto porcentaje de las adolescentes, la determinación de glucosa es menor, a pesar de que este grupo poblacional tiene alto riesgo de diabetes gestacional.

Cuadro V.5.12a. Atención prenatal y del parto en adolescentes de acuerdo a institución de afiliación y al interior de la misma

Característica	ENSANUT-2006			ENSANUT-2012		
	Con SPSS	Seguridad Social	Ninguna	Con SPSS	Seguridad Social	Ninguna
No. de consultas prenatales*	6.8 (5.6-8.0)	6.9 (6.0-7.9)	6.1 (5.6-8.0)	6.4 (5.8-7.0)	6.4 (5.1-7.7)	6.1 (5.2-7.0)
No. de meses de embarazo a la primera visita*	3.0 (2.5-3.5)	3.2 (2.5-3.8)	3.2 (2.8-3.6)	2.7 (2.5-3.0)	2.3 (1.6-3.0)	2.9 (2.2-3.5)
Personal que atendió último embarazo						
Médico	99.4	98.9	96.8	82.4	95.6	79.9
Enfermera	0.3	1.1	0.5	17.0	4.4	15.8
Otro (incluye partera)	0.3	0	2.7	0.6	0	4.3
Lugar de atención prenatal**						
IMSS-oportunidades	-	-	-	0.6	4.9	5.7
Seguridad social	-	-	-	3.6	50.9	4.0
SS	-	-	-	87.4	20.1	62.8
Privado	-	-	-	8.1	24.1	21.5
Otro	-	-	-	0.3	0	6.0
Medición de peso**	-	-	-	97.7	100	97.5
Medición de talla**	-	-	-	87.7	98.8	88.1
Toma de presión arterial**	-	-	-	97.6	99.4	94.4
Exámenes de sangre y orina**	-	-	-	89.6	100	93.7
Medición glucosa en sangre	-	-	-	63.3	79.5	84.0
Vacunación vs tétanos**	-	-	-	90.6	65.6	86.9
Indicación de ácido fólico**	-	-	-	99.3	100	95.4
Personal que atendió el último parto						
Médico	15.2	22.0	62.8	53.8	12.5	33.7
Enfermera	99.4	98.9	96.8	95.7	96.4	90.5
Partera	6.6	39.9	53.5	29.6	16.4	54.0
Otro	0.3	1.1	0.5	1.5	3.6	4.2
Partera	3.1	0	96.9	29.2	0	70.8
Otro	0.3	0	2.3	1.2	0	4.5
Otro	0	0	100	73.4	0	26.6
Otro			0.4	1.5		0.8
Lugar de atención del último parto**						
IMSS-Oportunidades	-	-	-	0.8	4.8	4.1
Seguridad social	1.6	53.8	12.8	5.2	36.8	6.6
SS	98.1	42.1	85.8	82.4	17.5	54.5
Privado	-	-	-	8.5	34.4	27.8
Otro	0.3	4.1	1.4	3.1	6.4	7.0
Complicaciones durante la atención del parto	16.0	27.3	56.7	48.1	10.7	41.2
	29.5	34.7	24.7	15.6	14.9	20.1

*Media (IC 95%).

**Sólo incluye porcentaje vertical.

Utilización de los servicios hospitalarios

El 3.5% de los integrantes de los hogares de la ENSANUT 2006 refirieron haber estado hospitalizados al menos en una ocasión en el último año, 4.4% de las mujeres y 2.6% de los hombres. Mientras que en el 2012 lo refirieron 5.0% de las mujeres y 2.7% de los hombres. Del 2006 al 2012 disminuyeron las hospitalizaciones en unidades médicas privadas, de 38.2% a 15.9% y aumentaron en los servicios de la Secretaría de Salud de 26.5% a 37.7% y en unidades de Seguridad Social de 28.9% a 42.2% (**Cuadro V.5.15**).

Cuadro V.5.15. Institución de hospitalización en los últimos 12 meses

Lugar de la atención	ENSANUT-2006	ENSANUT-2012
SS	26.5	37.7
IMSS-Oportunidades	0.9	0.8
Seguridad Social	28.9	42.2
Privado	38.2	15.9
Otros	5.6	3.4

En el **Cuadro V.5.16** se muestran las características de la población que requirió ser hospitalizada en el año previo. Podemos observar que por grupo de edad y sexo el porcentaje de la población afiliada al SPSS en el 2012 que hizo uso de algún servicio hospitalario en el año previo, se incrementó en comparación con la población afiliada en el 2006. El tratamiento médico no quirúrgico fue el principal motivo por el que la población afiliada al SPSS fue hospitalizada en el año previo al levantamiento de la ENSANUT 2012 (29.0%), en segundo lugar correspondió a la atención del parto (20.4%), seguido por cirugía (17.8%) y cesáreas (11.0%). La institución a donde pertenecían las unidades médicas en donde lo afiliados al SPSS fueron hospitalizados fue, principalmente, la SS 75.8% en el 2006 y 77.5% en el 2012. El uso de hospitales privados aunque importante es menor en la población afiliada al SPSS.

El 87.9% en el 2006 y el 85.1% en el 2012 de los afiliados al SPSS que fueron hospitalizados en unidades médicas de la SS dijeron que regresarían al mismo lugar. Los que contestaron que no volverían a la misma unidad, mencionaron como la principal razón el maltrato que recibieron (45.4% en el 2006 y 43.9% en el 2012). Al preguntar cómo calificarían la calidad de la atención recibida en la última hospitalización en dicha unidad, el 73.7% en el 2006 la calificó como buena o muy buena, y el 78.6% lo hizo en el 2012 (**Cuadro V.5.17**). La principal razón para dar dicha calificación fue que los trataron bien (47.5% en el 2006 y 42.8% en el 2012). Aquellos que calificaron la calidad de la atención recibida en la última hospitalización, como regular, mala o muy mala (26.3 en 2006 y 21.4% en el 2012), mencionaron como la principal causa de ello, en el 2006 que el servicio es caro (34.3%) seguida por el maltrato (28.5%). Mientras que en el 2012 la principal razón fue el maltrato (33.6%), seguida de “no lo atendieron como esperaba” (20.9%), el material/medicinas o equipo es insuficiente o de mala calidad (13.4%) y el personal no tiene experiencia (12.8%). Al estratificar esta última pregunta en la ENSANUT 2012 por el tiempo de afiliación, de 2000 a 2009 y de 2010 a 2012, no se observó ninguna diferencia.

Cuadro V.5.16. Utilización de servicios hospitalarios en los últimos 12 meses

Característica	ENSANUT-2006			ENSANUT-2012		
	Con SPSS	Seguridad Social	Ninguna	Con SPSS	Seguridad Social	Ninguna
Edad (grupos)						
0 a 9 años	12.6	9.6	18.7	13.7	9.8	13.3
10 a 19 años	4.9	6.4	6.8	14.3	7.9	16.2
>= 20 años	82.5	84.1	74.4	71.9	82.3	70.6
Hombre	30.5	38.7	38.7	30.1	36.6	35.2
Mujer	69.5	61.3	61.3	69.9	63.4	64.8
Motivo de la hospitalización						
Tratamiento médico no quirúrgico	52.8	50.6	52.8	29.0	34.7	28.4
Cirugía	17.3	26.9	17.8	17.8	26.3	23.5
Parto	7.4	2.5	11.4	20.4	8.1	14.2
Cesárea	5.0	3.5	2.9	11.0	6.6	10.4
Problemas del embarazo y puerperio	1.0	1.5	0.8	3.1	2.0	1.3
Lesiones por accidente	5.7	7.7	9.4	7.9	9.8	8.4
Lesiones por violencia	0	0.1	0.3	0.6	0.7	1.1
Chequeo	3.0	0.7	0.4	0.6	0.7	1.2
Otro motivo	7.9	6.6	4.3	9.7	11.0	11.5
Lugar de la atención*						
SS	75.8	5.1	33.4	77.5	5.1	35.8
IMSS-	0.5	0.6	0.9	1.4	0.2	0.8
Oportunidades						
Seguridad Social	2.8	65.1	4.8	6.5	80.5	16.8
Privado	17.7	26.5	53.2	11.5	12.7	38.2
Otros	3.3	2.7	7.7	3.2	1.6	8.5

Nota. Se presenta primero el porcentaje de renglón con su intervalo de confianza al 95% y después el porcentaje de columna con su IC al 95% * Porcentaje por columna con su IC del 95%

Cuadro V.5.17. Calidad de la atención de servicios hospitalarios en los últimos 12 meses reportada por la población afiliada al SPSS y atendida en unidades médicas de la SS

Calidad de la atención	ENSANUT-2006	ENSANUT-2012
Muy buena	20.8	17.5
Buena	52.9	61.1
Regular	21.8	15.0
Malá	3.4	3.0
Muy mala	1.0	3.2

A manera de resumen, en el terreno de la prevención existe poco impacto del SPSS sobre los programas de vacunación, por ejemplo, pues son programas cuya cobertura nacional va más allá de la afiliación de los individuos y sus metas estratégicas deben alcanzar la cobertura universal. Sin embargo, las evidencias de las ENSANUT 2006 y 2012 nos demuestran que si bien la cobertura de los esquemas de vacunación para la mayoría de los biológicos se encuentran en límites adecuados, se hace muy evidente el descenso -entre las dos encuestas- de la cobertura contra el sarampión. Sin embargo, la población afiliada al SPSS conserva coberturas más adecuadas que la población no asegurada que mostró un descenso importante en el periodo analizado.

Otro elemento a destacar es que en las acciones de detección oportuna de problemas de salud, -sea detección de CaCu, cáncer de mama, diabetes mellitus, hipertensión, etc.-, todavía hay mucho por hacer pues las detecciones son aún bajas dentro de todas las instituciones. Todo parece indicar que, debido a su capacidad instalada, la seguridad social muestra mejores desempeños en cada uno de los programas de detección y tratamiento aunque no conocemos los resultados de la Consulta Segura en la población afiliada y más numerosa dentro del SPSS (mujeres y niños) que con toda seguridad cambiará el panorama de coberturas específicas en ciertos temas. De nueva cuenta destaca la necesidad de contar con acceso a la información interna del SINOS del SPSS para conocer el efecto o impacto de dichas intervenciones.

Un resultado evidente es que la población afiliada al SPSS tiende a utilizar más los servicios de salud de la SS que los de otras instituciones inclusive los servicios privados, mientras que el patrón de demanda de la seguridad social se reparte entre diversos prestadores y los no asegurados utilizan los servicios privados en proporciones mayores a cualquiera de los otros dos grupos. Las enfermedades transmisibles son el principal motivo por el que la población acude para atención médica ambulatoria; la población afiliada al SPSS acude a unidades médicas de la SS (77.6% en 2006 y 62.8% en 2012), en segundo lugar a unidades médicas privadas (17.8% en 2006 y 15.5% en 2012), y en tercer lugar acudieron a los consultorios dependientes de farmacias (14.8%). A pesar de que la utilización de servicios privados es muy importante, en cada uno de los rubros se demostró que la población afiliada al SPSS los demandó en menor frecuencia que los que pertenecían a la seguridad social y los no afiliados a ningún esquema de protección.

V.a. Egresos Hospitalarios

En esta sección revisamos la tendencia en la utilización de servicios hospitalarios por parte de la población afiliada al SPSS a través del análisis de las bases de datos de egresos hospitalarios producidos en hospitales comunitarios, unidades de medicina familiar, hospitales generales y de alta especialidad de la Secretaría de Salud y de las Instituciones de la Seguridad Social (ISS), publicadas por la Dirección General de Información en Salud a través del Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH). El análisis no se desglosa por tipo de hospital pero si se apunta la condición de derechohabiencia referida en el informe de egresos con la finalidad de distinguir a la población afiliada al SPSS de aquella que estando afiliada a alguna ISS hace uso de los hospitales de la SS y de la que no reporta afiliación a ningún tipo de seguridad social. Es importante hacer notar que la adscripción no está especificada (NE) en un número importante de egresos y que lejos de disminuir en la medida que se incrementa la afiliación al SPSS, lleva una tendencia ascendente, pasó de 13% a 15% entre 2005 y 2011. Esto es indicativo de la calidad de registro que tiene el SAEH y la necesidad de supervisar y evaluar los problemas de registro en los sistemas de información.

Durante el periodo 2005 – 2011 se registró un aumento neto de 40% en el número de egresos producidos por los hospitales de la Secretaría de Salud y de los Servicios Estatales

de Salud. Así mismo, la demanda de servicios hospitalarios por parte de la población afiliada al Sistema de Protección Social en Salud aumentó de 253,585 egresos, representando un 12.8% del total de los egresos en 2005 a 1'629,570 en 2011, el 58.7% del total de los egresos producidos (**Cuadro V.a.1**). La proporción de egresos hospitalarios en personas que declaran no tener afiliación a instituciones de salud presentó una reducción neta de 49.4% pasando de 1'431,818 egresos en 2005 a 723,955 en 2011, lo cual representa 26% de los egresos producidos en ese año. Este efecto de incremento en la proporción de egresos en personas afiliadas al SPSS da cuenta del ritmo de afiliación dentro del país y del impacto positivo que tiene su afiliación en momentos de atención especializada y con riesgo de impactar en la economía familiar.

El aumento en la demanda de servicios hospitalarios sólo se observa en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud y de los Servicios Estatales de Salud; la demanda de servicios de atención hospitalaria en las instituciones de la seguridad social se ha mantenido relativamente constante durante el periodo (**Cuadro V.a.1**). De acuerdo con los datos disponibles para las ISS, la diferencia en el número de egresos producidos en 2010 con respecto a 2005 es de 4.7% mientras que en las unidades hospitalarias de la SS y los SESA fue de 32.9%. En 2005 la producción de servicios hospitalarios fue 29% más alta en las ISS, sin embargo, en 2010 la producción de servicios en los hospitales de la SS y los SESA fue prácticamente igual que la observada en los de las instituciones de la seguridad social. Esto seguramente es un efecto de la cobertura del *Seguro Popular* ya que la demanda no parece ser un fenómeno poblacional generalizado en todas las instituciones públicas sino que se focaliza en los hospitales de la SS y los los SESA, aunado al incremento en el porcentaje de usuarios que refieren ser afiliados al SPSS.

Cuadro V.a.1. Egresos Hospitalarios producidos en hospitales comunitarios, generales y de alta especialidad de la SS y SESA por condición de derechohabiencia y en las Instituciones de la Seguridad Social (ISS), México 2005 - 2010

Año	Condición de Derechohabiencia (DH) en Usuarios				Total SSA	Total ISS	Distribución DH en usuarios SSA				% SPSS en SSA	Distribución Egresos SSA ISS
	NDH ¹	DH ²	SPSS ³	NE ⁴			DH en usuarios SSA					
							1	2	3	4		
2005	1,431,818	29,779	253,579	265,730	1,980,906	2,558,516		13%				
2006	1,431,748	31,392	330,068	306,659	2,099,867	2,558,359		16%				
2007	1,427,106	39,983	535,053	309,524	2,311,666	2,610,401		23%				
2008	1,231,056	45,399	848,487	338,787	2,463,729	2,659,828		34%				
2009	1,049,042	38,124	1,169,895	341,176	2,598,237	2,645,588		45%				
2010	831,676	30,436	1,359,086	411,657	2,632,855	2,679,793		52%				
2011	723,955	33,689	1,629,542	387,521	2,774,707	ND		59%	ND			

Fuente: Elaborado por el INSP/CENIDSP con base en los datos de egresos hospitalarios del sector salud y el Sub-sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) Publicados por la Dirección General de Información en Salud disponible en <http://dgis.salud.gob.mx/cubos>

De acuerdo con la clasificación de la carga global de la enfermedad, (Global Burden of Disease GBD para la morbilidad; publicada por la Dirección de Información en Salud y disponible en <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/> en la sección de descripción de variables) El **Cuadro V.a.2** muestra la evolución de la demanda de servicios de atención hospitalaria en las instituciones del sector público en México. Durante el periodo 2005 -2011, los egresos por causas del grupo I (Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales) fueron los más numerosos en las unidades hospitalarias de la SS/SESA mientras que en las unidades de las instituciones de la seguridad social los egresos por causas del grupo II (enfermedades no transmisibles) fueron los más frecuentes.

En los hospitales de las SS/SESA el número de egresos hospitalarios presentó importantes incrementos entre 2005 y 2011; en el grupo I incrementó 35.7%, en el grupo II 43.8%, en el grupo III 28% y en el grupo IV 74.6%. En los hospitales de las instituciones de la seguridad social el incremento en egresos fue mucho más modesto (9.9% en el grupo II y 13.2% en el grupo III) e incluso se registraron decrementos en el número de egresos en los grupos I y IV (2.5% y 5.8%, respectivamente). Aun cuando existen aumentos significativos en el número de egresos por causas en los grupos II, III y IV en los hospitales de la SS y los SESA, la demanda absoluta es mayor en los hospitales de las instituciones de seguridad social, especialmente en lo que respecta a las causas del grupo II que abarca las no transmisibles.

Cuadro V.a.2. Evolución de la demanda de servicios hospitalarios en la SS/SESA e instituciones de la seguridad social según clasificación de carga global de la enfermedad

Año	Clasificación de enfermedades de acuerdo con grupos de Carga Global de Enfermedad para morbilidad (Global Burden of Disease GBD) ¹									
	Grupo I		Grupo II		Grupo III		Grupo IV			
	SSA	ISS	SSA	ISS	SSA	ISS	SSA	ISS		
2005	1,118,089	936,996	657,059	1,311,870	147,774	175,602	40,887	80,519		
2006	1,170,345	928,893	709,294	1,319,969	155,033	177,844	45,780	79,415		
2007	1,268,092	949,622	789,827	1,352,345	167,377	186,344	56,489	49,170		
2008	1,359,241	939,213	830,633	1,394,353	176,412	195,159	60,338	81,238		
2009	1,460,434	928,901	840,796	1,397,777	178,744	195,769	68,407	73,071		
2010	1,465,316	913,522	867,881	1,441,549	180,002	199,698	69,245	75,854		
2011	1,517,500	NA	945,037		189,195		71,375			

I Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales; II Enfermedades no transmisibles; III Lesiones; IV Otras causas de contacto con los servicios de salud; V Causas mal definidas (no se muestra en la tabla)

Fuente: Elaborado por el INSP/CENIDSP con base en los datos de egresos hospitalarios del sector salud y el Sub-sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) Publicados por la Dirección General de Información en Salud disponible en <http://dgis.salud.gob.mx/cubos>

El **Cuadro V.a.3** muestra la evolución de los egresos hospitalarios en unidades de la SS/SESA por condición de derechohabiencia y por grupo de causas GBD. En todos los grupos se observa un aumento importante en el porcentaje de usuarios afiliados al SPSS.

Destaca que, en 2011, casi el 70% de los egresos por causas del grupo I son afiliados al Sistema de Protección Social en Salud en comparación con el 14.8% en 2005. Esto viene acompañado por un descenso en la población usuaria que reporta no tener seguridad social que pasó de 71.7% en 2005 a 19% en 2011, lo que implica que hubo un cambio en el estatus de afiliación al SPSS en los usuarios de los servicios hospitalarios en los hospitales de la SS/SESA. Estos resultados muy posiblemente reflejan las políticas de atención del parto y las emergencias obstétricas a través del SPSS y el SMNG. Con respecto a los egresos hospitalarios por causas en los grupos II, III y IV el comportamiento es similar aunque la disminución de la población que no reporta afiliación al SPSS ha sido un tanto menor indicando que el aumento registrado se debe principalmente al aumento en la población usuaria afiliada al Sistema de Protección Social en Salud.

Cuadro V.a.3. Evolución de la demanda de servicios hospitalarios en la SS/SESA por condición de derechohabencia según clasificación de carga global de la enfermedad México 2005 - 2011

Grupo GBD	Año	Condición de Derechohabencia (DH) en Usuarios de la SSA/SESA				Total	Distribución DH en usuarios SSA	% SPSS
		NDH ¹	DH ²	SPSS ³	NE ⁴			
		1	2	3	4			
I.	2005	802,037	9,803	165,481	140,768	1,118,089		14.8%
	2006	796,623	10,505	197,387	165,830	1,170,345		16.9%
	2007	775,609	9,802	333,958	148,723	1,268,092		26.3%
	2008	631,058	14,357	565,857	147,969	1,359,241		41.6%
	2009	481,979	11,527	818,932	147,996	1,460,434		56.1%
	2010	353,731	9,177	919,435	182,973	1,465,316		62.7%
	2011	288,801	7,468	1,049,609	171,622	1,517,500		69.2%
II.	2005	471,465	16,368	69,310	99,916	657,059		10.5%
	2006	472,437	16,977	105,329	114,551	709,294		14.8%
	2007	474,088	25,314	157,369	133,056	789,827		19.9%
	2008	432,636	26,421	217,131	154,445	830,633		26.1%
	2009	402,069	21,904	262,773	154,050	840,796		31.3%
	2010	348,424	17,210	327,070	175,177	867,881		37.7%
	2011	323,508	22,645	431,138	167,746	945,037		45.6%
III.	2005	114,065	2,383	12,850	18,476	147,774		8.7%
	2006	116,021	2,571	18,192	18,249	155,033		11.7%
	2007	119,211	2,689	27,179	18,298	167,377		16.2%
	2008	110,891	2,847	38,141	24,533	176,412		21.6%
	2009	103,621	2,780	47,756	24,587	178,744		26.7%
	2010	83,832	2,157	62,319	31,694	180,002		34.6%
	2011	71,732	1,882	84,604	30,977	189,195		44.7%
IV.	2005	31,427	930	4,377	4,153	40,887		10.7%
	2006	32,724	957	6,758	5,341	45,780		14.8%
	2007	38,837	1,068	10,985	5,599	56,489		19.4%
	2008	36,160	1,208	16,660	6,310	60,338		27.6%
	2009	39,316	1,290	20,381	7,420	68,407		29.8%
	2010	29,327	1,396	25,693	12,829	69,245		37.1%
	2011	25,784	1,307	35,745	8,539	71,375		50.1%

Fuente: Elaborado por el INSP/CENIDSP con base en los datos de egresos hospitalarios del sector salud y el Sub-sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) Publicados por la Dirección General de Información en Salud disponible en <http://dgis.salud.gob.mx/cubos>

El **Cuadro V.a.4** muestra que las causas de egreso más frecuentes en los hospitales de la SS y SESA durante 2011 fueron de naturaleza obstétrica con 1'199,476 egresos (cerca del 50%). El parto único espontáneo es el más frecuente de los servicios que se prestan en estos hospitales. Las otras causas maternas, la mayoría involucran un nacimiento pero están relacionadas con complicaciones del embarazo parto y puerperio, son la segunda causa de egreso seguidas por el aborto; los trastornos hipertensivos del embarazo se ubican en la 13ª causa de egreso.

Cuadro V.a.4 Causas de hospitalización mas frecuentes en los hospitales de la SS y los SESA en México 2011

Orden	Categoría GBD	Descripción	Egresos
1	I.C.1	Parto único espontáneo	598,442
2	I.C.7	Otras causas maternas	419,818
3	I.C.6	Aborto	130,837
13	I.C.4	Edema proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo	50,379
Subtotal Principales causas obstétricas			1,199,476
5	II.J.1	Nefritis y nefrosis	81,752
4	II.I.6	Otras enfermedades digestivas	77,434
6	II.I.1	Colelitiasis y colecistitis	74,695
7	II.J.3	Otras enfermedades del sistema genito-urinario	68,994
8	I.B.1	Infecciones respiratorias agudas bajas	63,152
9	II.B	Otros tumores	62,152
10	II.C	Diabetes mellitus	58,220
11	II.I.4	Apendicitis	57,607
12	IV.F	Los demás factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	45,654
Subtotal principales causas no obstétricas			589,660
El resto de los padecimientos			985,571
Total			2,774,707

Fuente: Elaborado por el INSP/CENIDSP con base en los datos de egresos hospitalarios del sector salud y el Sub-sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) Publicados por la Dirección General de Información en Salud disponible en <http://dgis.salud.gob.mx/cubos>

Estas observaciones apoyan la idea de que las políticas de atención del embarazo y de la emergencia obstétrica se asocian con el aumento en la demanda de servicios hospitalarios asociados a la incorporación del SMNG y la estrategia dirigida de incorporar a mujeres embarazadas al SPSS. Entre las causas no obstétricas más relevantes encontramos las nefritis y nefrosis (5ª causa), las enfermedades digestivas, del hígado y la vesícula; las enfermedades genito-urinarias, las infecciones respiratorias bajas, la diabetes mellitus, y las apendicitis; la mayoría cubierta por el SPSS.

La atención del parto en población afiliada al SPSS pasó de 16.2% en 2005 a 74.1% en 2011 (**Cuadro V.a.5**). En los hospitales de la SS y SESA se atendieron 1'046,919 partos en 2011, aproximadamente el 50% de los nacimientos ocurridos en el país en ese año. El total de partos incluye el parto único espontáneo, los partos múltiples, las cesáreas programadas y aquellos que derivaron de una emergencia obstétrica. Al igual que la atención del parto, la

atención de aborto presentó un aumento sustancial entre 2005 y 2011 (78,781 y 120,098 respectivamente), así como en el porcentaje usuarias afiliadas al SPSS que aumentó de 12% a 58.2% en el periodo.

Cuadro V.a.5. Egresos por parto, aborto y otras causas incluidas las no obstétricas por condición de derechohabencia

Año	Tipo de Atención	Condición de derechohabencia				Total	Distribución	% SPSS
		NDH	DH	SPSS	NE			
2005	Otros	859,564	24,014	126,460	164,466	1,174,504		10.8%
	Abortos	58,161	621	9,442	10,557	78,781		12.0%
	Partos	512,290	5,082	117,677	90,700	725,749		16.2%
2006	Otros	861,776	24,871	179,372	184,831	1,250,850		14.3%
	Abortos	60,962	722	11,110	12,147	84,941		13.1%
	Partos	508,953	5,798	139,585	109,678	764,014		18.3%
2007	Otros	864,290	34,532	280,535	202,392	1,381,749		20.3%
	Abortos	70,318	689	16,561	12,573	100,141		16.5%
	Partos	492,514	4,762	237,961	94,563	829,800		28.7%
2008	Otros	765,896	35,737	404,976	230,863	1,437,472		28.2%
	Abortos	73,409	1,412	28,838	16,349	120,008		24.0%
	Partos	391,759	8,250	414,674	91,582	906,265		45.8%
2009	Otros	704,929	31,234	512,498	237,862	1,486,523		34.5%
	Abortos	59,763	889	41,083	15,589	117,324		35.0%
	Partos	284,360	6,001	616,316	87,727	994,404		62.0%
2010	Otros	587,523	24,446	615,738	276,717	1,504,424		40.9%
	Abortos	43,571	668	54,467	18,614	117,320		46.4%
	Partos	200,585	5,322	688,883	116,332	1,011,122		68.1%
2011	Otros	530,940	28,925	783,487	264,360	1,607,712		48.7%
	Abortos	32,329	618	69,950	17,201	120,098		58.2%
	Partos	160,703	4,146	776,108	105,962	1,046,919		74.1%

Fuente: Elaborado por el INSP/CENIDSP con base en los datos de egresos hospitalarios del sector salud y el Sub-sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) Publicados por la Dirección General de Información en Salud disponible en <http://dgis.salud.gob.mx/cubos>

El porcentaje de cesáreas realizadas por año y condición de derechohabencia muestra que la proporción de cesáreas en los hospitales de la SS y los SESA es consistentemente alta con respecto a los estándares internacionales, comportándose en forma similar por condición de derechohabencia (**Cuadro V.a.6**).

Cuadro V.a.6 Partos y cesáreas en los hospitales de la SS por condición de derechohabiencia

Año	Total*	Tipo de Nacimiento	Condición de derechohabiencia				Porcentaje de Cesareas				Total	
			NDH	DH	SPSS	NE	NDH	DH	SPSS	NE		
2005	725,558	Eutócico	336,507	3,134	76,866	60,512		32%	36%	34%	29%	32%
		Distósico	13,839	112	1,271	3,479						
		Cesárea	161,788	1,834	39,523	26,693						
2006	763,850	Eutócico	335,028	3,562	88,327	74,426		33%	37%	35%	30%	33%
		Distósico	7,197	85	1,900	2,840						
		Cesárea	166,636	2,150	49,343	32,356						
2007	829,744	Eutócico	324,725	2,967	150,713	62,691		33%	36%	35%	31%	33%
		Distósico	7,332	77	3,241	2,555						
		Cesárea	160,414	1,718	84,001	29,310						
2008	906,258	Eutócico	255,414	5,193	263,174	61,258		33%	36%	35%	32%	34%
		Distósico	6,589	101	6,571	1,451						
		Cesárea	129,750	2,956	144,928	28,873						
2009	993,745	Eutócico	186,619	3,655	388,170	58,519		33%	37%	35%	32%	34%
		Distósico	3,666	124	11,584	1,470						
		Cesárea	93,452	2,222	216,560	27,704						
2010	1,011,103	Eutócico	129,720	3,270	437,027	78,345		34%	37%	35%	32%	35%
		Distósico	2,001	81	9,642	1,301						
		Cesárea	68,854	1,969	242,209	36,684						
2011	1,046,883	Eutócico	102,236	2,446	494,679	72,691		35%	39%	35%	30%	35%
		Distósico	1,889	74	10,288	993						
		Cesárea	56,550	1,624	271,140	32,273						

* El total no incluye los registros en los que se desconoce el tipo de nacimiento por lo que no concuerda con el total de partos presentado en la el Cuadro V.a.5

Fuente: Elaborado por el INSP/CENIDSP con base en los datos de egresos hospitalarios del Sub-sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) Publicados por la Dirección Genetral de Información en Salud disponible en <http://dgis.salud.gob.mx/cubos>

Los siguientes cuadros muestran las tendencias en los egresos en la SS y SESA por condición de derechohabiencia para padecimientos específicos. El patrón que describen es muy similar pues se observa que el porcentaje de egresos presenta una tendencia ascendente generalizada en la población afiliada al SPSS indistintamente del tipo de padecimiento. Como ejemplos señalamos algunos padecimientos que resultan de interés.

Enfermedades transmisibles:

En el caso de las Infecciones Respiratorias Bajas (IRA's) hay un incremento en el número de egresos que se manifiesta más claramente en la población afiliada al SPSS ya que aumentaron de 14% a 58% mientras que en los que no reportan afiliación alguna descendió prácticamente a la mitad; en los adscritos a la seguridad social se mantuvieron estables y los no especificados se incrementaron pero en una proporción menor que los afiliados al SPSS (**Cuadro V.a.7.**)

Aun cuando el porcentaje de egresos por VIH-SIDA por afiliados al SPSS presentó la misma tendencia ascendente que el de los egresos en general, se incrementó de 8% a 33% del total de egresos por este padecimiento de 2005 al 2011. Destaca que el aumento sea dentro de las unidades de la SS pues en las de seguridad social hay un descenso en el número de egresos durante el periodo (**Cuadro V.a.8.**)

Cuadro V.a.7. Distribución de egresos hospitalarios por Infecciones Respiratorias Bajas en hospitales de la SS, México 2005- 2011

Año	Condición de Derechohabiencia (DH) en Usuarios de la SSA/SESA				Total SSA	Total ISS	Distribución DH en usuarios SSA				% SPSS en SSA	Distribución Egresos SSA ISS
	NDH ¹	DH ²	SPSS ³	NE ⁴			1 2 3 4					
2005	33,245	700	6,466	5,278	45,689	65,540		14%				
2006	31,313	725	8,249	5,721	46,008	61,100		18%				
2007	31,975	954	13,615	6,458	53,002	67,244		26%				
2008	23,845	1,044	20,477	6,161	51,527	64,307		40%				
2009	26,308	1,041	26,585	8,071	62,005	72,333		43%				
2010	19,202	769	29,845	8,773	58,589	72,221		51%				
2011	17,386	608	36,589	8,569	63,152	NA		58%	NA			

Fuente: Elaborado por el INSP/CENIDSP con base en los datos de egresos hospitalarios del sector salud y el Sub-sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) Publicados por la Dirección General de Información en Salud disponible en <http://dgis.salud.gob.mx/cubos>

Cuadro V.a.8. Distribución de egresos hospitalarios por VIH/SIDA en hospitales de la SS, México 2005- 2011

Año	Condición de Derechohabiencia (DH) en Usuarios de la SSA/SESA				Total SSA	Total ISS	Distribución DH en usuarios SSA				% SPSS en SSA	Distribución Egresos SSA ISS
	NDH ¹	DH ²	SPSS ³	NE ⁴			1 2 3 4					
2005	3,192	64	317	552	4,125	3,693		8%				
2006	3,155	48	402	670	4,275	3,320		9%				
2007	3,480	81	632	880	5,073	3,351		12%				
2008	3,230	96	1,010	896	5,232	3,175		19%				
2009	3,074	76	1,163	792	5,105	3,004		23%				
2010	2,649	29	1,280	1,002	4,960	3,074		26%				
2011	2,506	102	1,755	906	5,269	NA		33%	NA			

Fuente: Elaborado por el INSP/CENIDSP con base en los datos de egresos hospitalarios del sector salud y el Sub-sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) Publicados por la Dirección General de Información en Salud disponible en <http://dgis.salud.gob.mx/cubos>

Enfermedades digestivas:

El porcentaje de egresos hospitalarios por apendicitis pasó de 12% en 2005 a 52% en 2011 (**Cuadro V.a.9**), cuadruplicándose el número de egresos de personas afiliadas al SPSS durante el periodo estudiado. Comparando con las ISS la producción de servicios hospitalarios por esta causa se ha ido nivelando y para el año 2010 esa diferencia fue de 6%, en comparación con el 28% que se observó en 2005, esto se debe al aumento neto de 40% y 9% en el total de egresos producidos por los hospitales de la SS-SESA y los de las ISS respectivamente. La información sobre procedimientos médicos (apendicectomías practicadas) reflejan, al igual que las colecistectomías el mismo panorama (**Cuadro V.a.10**) en el que los beneficiarios del SPSS reciben las intervenciones quirúrgicas en mayor proporción (53%).

Tanto los egresos por hernias como las hernioplastías siguen el patrón general que se ha presentado; un aumento del porcentaje de afiliados al SPSS que pasó de 19% a 61% en egresos (**Cuadro V.a.11**) y de 20% a 63% en hernioplastías (**Cuadro V.a.12**) así mismo, se observó una disminución de más 50% en el número de egresos de personas que no declararon afiliación a ninguna institución de salud. En relación con las instituciones de la seguridad social, la diferencia en la producción de servicios por este padecimiento tiende a la baja.

Existe un aumento del 68% en el número de egresos hospitalarios por colelitiasis y colecistitis que se ve también reflejado en el número de egresos por colecistectomías (**Cuadros V.a.13 y V.a.14**); en ambos casos se ve un aumento en la población usuaria de más del 60% y de 6 veces en la población afiliada al SPSS, que en 2011 alcanzó 59% del total de egresos y procedimientos por esta causa.

Enfermedades No transmisibles:

En el caso de diabetes, el porcentaje de pacientes afiliados al SPSS cambió de 5050 (12%) en 2005 a 30,430 (52%) en 2011 (**Cuadro V.a.15**); esto representa un aumento neto de más de seis veces durante el periodo de estudio. El número de egresos por esta causa presentó un aumento neto de 36% en el periodo de estudio aunque claramente los hospitales de las ISS producen 70% más egresos por esta causa que los de la SS y SESA.

El número de egresos hospitalarios por nefritis y nefrosis en la SS y los SESA casi se duplicó entre 2005 y 2011 (**Cuadro V.a.16**) a costa del número de usuarios afiliados al SPSS que pasó de 6% a 33%. Por otro lado, el porcentaje de registros en los que no se especifica la condición de derechohabiente es muy alto (33.3%) en 2011.

En referencia a las enfermedades isquémicas de corazón (**Cuadro V.a.17**) el porcentaje de egresos de personas afiliadas al SPSS pasó de 7% a 35% en el periodo estudiado, sin embargo, el aumento neto fue de solo 25% (10,091 egresos en 2005 y 12,611 en 2011); uno de los más bajos. Durante el periodo estudiado, la producción de servicios hospitalarios por enfermedades isquémicas del corazón fue alrededor de cuatro veces mayor en los hospitales de las ISS con respecto a la de los hospitales de la SS y los SESA. En este caso el porcentaje de personas que no especificaron su condición de derechohabiente también fue bastante alto; alrededor de 25%.

Cuadro V.a.9. Distribución de egresos hospitalarios por Apendicitis en hospitales de la SS, México 2005- 2011

Año	Condición de Derechohabencia (DH) en Usuarios de la SSA/SESA				Total SSA	Total ISS	Distribución DH en usuarios SSA				% SPSS en SSA	Distribución Egresos SSA ISS
	NDH ¹	DH ²	SPSS ³	NE ⁴			1 2 3 4					
2005	29,407	506	5,133	6,036	41,082	52,594		12%				
2006	30,567	571	6,034	6,031	43,203	51,809		14%				
2007	30,477	501	8,942	5,922	45,842	51,862		20%				
2008	28,114	723	12,829	7,433	49,099	54,410		26%				
2009	26,792	647	16,376	7,772	51,587	54,505		32%				
2010	22,840	486	21,943	8,800	54,069	57,320		41%				
2011	18,998	389	29,887	8,333	57,607	NA		52%	NA			

Fuente: Elaborado por el INSP/CENIDSP con base en los datos de egresos hospitalarios del sector salud y el Sub-sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) Publicados por la Dirección General de Información en Salud disponible en <http://dgis.salud.gob.mx/cubos>

Cuadro V.a.10. Distribución de egresos hospitalarios a los que se les practicó apendicetomías en hospitales de la SS, México 2005- 2011

Año	Condición de Derechohabencia (DH) en Usuarios de la SSA/SESA				Total SSA	Distribución DH en usuarios SSA	% SPSS en SSA
	NDH ¹	DH ²	SPSS ³	NE ⁴			
2005	28,094	482	5,002	6,280	39,858		13%
2006	28,927	532	5,972	5,952	41,383		14%
2007	27,717	419	8,556	5,361	42,053		20%
2008	26,653	682	12,286	7,016	46,637		26%
2009	25,382	600	15,895	7,524	49,401		32%
2010	21,504	437	21,183	8,201	51,325		41%
2011	17,752	377	28,785	7,730	54,644		53%

Fuente: Elaborado por el INSP/CENIDSP con base en los datos de egresos hospitalarios del sector salud y el Sub-sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) Publicados por la Dirección General de Información en Salud disponible en <http://dgis.salud.gob.mx/cubos>

Cuadro V.a.11. Distribución de egresos hospitalarios por Hernias en hospitales de la SS, México 2005- 2011

Año	Condición de Derechohabiciencia (DH) en Usuarios de la SSA/SESA				Total SSA	Total ISS	Distribución DH en usuarios SSA				% SPSS en SSA	Distribución Egresos SSA ISS
	NDH ¹	DH ²	SPSS ³	NE ⁴			1 2 3 4					
2005	26,191	465	7,471	4,955	39,082	52,594		19%				
2006	25,703	504	10,315	4,984	41,506	51,809		25%				
2007	24,614	513	13,805	6,256	45,188	51,862		31%				
2008	22,006	756	17,449	6,430	46,641	54,410		37%				
2009	18,943	513	19,614	6,200	45,270	54,505		43%				
2010	14,852	410	23,894	7,405	46,561	57,320		51%				
2011	12,716	303	31,621	7,000	51,640	NA		61%	NA			

Fuente: Elaborado por el INSP/CENIDSP con base en los datos de egresos hospitalarios del sector salud y el Sub-sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) Publicados por la Dirección General de Información en Salud disponible en <http://dgis.salud.gob.mx/cubos>

Cuadro V.a.12. Distribución de egresos hospitalarios a los que se les practicó una hernioplastía en hospitales de la SS, México 2005- 2011

Año	Condición de Derechohabiciencia (DH) en Usuarios de la SSA/SESA				Total SSA	Distribución DH en usuarios SSA		% SPSS en SSA
	NDH ¹	DH ²	SPSS ³	NE ⁴		Distribución DH en usuarios SSA		
2005	23,239	437	7,154	4,700	35,530		20%	
2006	22,685	490	10,008	4,444	37,627		27%	
2007	21,062	386	12,892	4,802	39,142		33%	
2008	19,783	774	16,421	5,339	42,317		39%	
2009	16,897	456	18,325	5,299	40,977		45%	
2010	13,208	335	22,022	6,243	41,808		53%	
2011	11,104	248	29,322	5,903	46,577		63%	

Fuente: Elaborado por el INSP/CENIDSP con base en los datos de egresos hospitalarios del sector salud y el Sub-sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) Publicados por la Dirección General de Información en Salud disponible en <http://dgis.salud.gob.mx/cubos>

Cuadro V.a.13. Distribución de egresos hospitalarios por coleditiasis y colecistitis en hospitales de la SS, México 2005- 2011

Año	Condición de Derechohabencia (DH) en Usuarios de la SSA/SESA				Total SSA	Total ISS	Distribución DH en usuarios SSA				% SPSS en SSA	Distribución Egresos SSA ISS
	NDH ¹	DH ²	SPSS ³	NE ⁴			1 2 3 4					
2005	23,150	516	5,125	5,377	34,168	67,799		15%				
2006	25,223	560	7,692	5,382	38,857	70,134		21%				
2007	23,365	523	11,097	6,783	41,768	74,020		27%				
2008	21,749	668	15,725	7,631	45,773	77,703		35%				
2009	19,430	614	19,520	7,727	47,291	79,873		41%				
2010	16,048	512	25,380	9,772	51,712	82,998		49%				
2011	14,057	378	33,542	9,301	57,278	NA		59%	NA			

Fuente: Elaborado por el INSP/CENIDSP con base en los datos de egresos hospitalarios del sector salud y el Sub-sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) Publicados por la Dirección General de Información en Salud disponible en <http://dgis.salud.gob.mx/cubos>

Cuadro V.a.14. Distribución de egresos hospitalarios en los que se registraron procedimientos de colecistectomías en hospitales de la SS, México 2005- 2011

Año	Condición de Derechohabencia (DH) en Usuarios de la SSA/SESA				Total SSA	Distribución DH en usuarios SSA	% SPSS en SSA
	NDH ¹	DH ²	SPSS ³	NE ⁴			
2005	24,434	561	5,686	5,779	36,460		16%
2006	26,167	601	8,564	5,605	40,937		21%
2007	24,250	506	12,278	6,096	43,130		28%
2008	22,846	976	17,203	7,683	48,708		35%
2009	21,321	669	20,829	7,688	50,507		41%
2010	17,351	540	26,564	9,383	53,838		49%
2011	15,121	397	35,150	8,729	59,397		59%

Fuente: Elaborado por el INSP/CENIDSP con base en los datos de egresos hospitalarios del sector salud y el Sub-sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) Publicados por la Dirección General de Información en Salud disponible en <http://dgis.salud.gob.mx/cubos>

Cuadro V.a.15. Distribución de egresos hospitalarios por Diabetes en hospitales de la SS, México 2005- 2011

Año	Condición de Derechohabencia (DH) en Usuarios de la SSA/SESA				Total SSA	Total ISS	Distribución DH en usuarios SSA				% SPSS en SSA	Distribución Egresos SSA ISS
	NDH ¹	DH ²	SPSS ³	NE ⁴			1 2 3 4					
							1	2	3	4		
2005	31,770	803	5,050	5,283	42,906	87,324		12%				
2006	32,060	834	8,399	5,942	47,235	89,674		18%				
2007	32,097	802	12,306	6,601	51,806	93,281		24%				
2008	29,537	873	15,935	7,806	54,151	96,522		29%				
2009	24,989	828	18,789	8,306	52,912	93,233		36%				
2010	21,314	622	23,686	9,686	55,308	93,755		43%				
2011	18,240	523	30,430	9,027	58,220	NA		52%	NA			

Fuente: Elaborado por el INSP/CENIDSP con base en los datos de egresos hospitalarios del sector salud y el Sub-sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) Publicados por la Dirección General de Información en Salud disponible en <http://dgis.salud.gob.mx/cubos>

Cuadro V.a.16. Distribución de egresos hospitalarios por nefritis y nefrosis en hospitales de la SS, México 2005- 2011

Año	Condición de Derechohabencia (DH) en Usuarios de la SSA/SESA				Total SSA	Total ISS	Distribución DH en usuarios SSA				% SPSS en SSA	Distribución Egresos SSA ISS
	NDH ¹	DH ²	SPSS ³	NE ⁴			1 2 3 4					
							1	2	3	4		
2005	27,840	542	2,428	12,350	43,160	99,367		6%				
2006	30,803	537	5,955	16,172	53,467	102,916		11%				
2007	36,336	1,245	11,360	25,324	74,265	107,159		15%				
2008	33,228	1,672	14,268	26,775	75,943	107,679		19%				
2009	35,434	588	16,164	23,817	76,003	116,422		21%				
2010	26,285	779	18,028	28,804	73,896	118,838		24%				
2011	26,975	537	26,999	27,241	81,752	NA		33%	NA			

Fuente: Elaborado por el INSP/CENIDSP con base en los datos de egresos hospitalarios del sector salud y el Sub-sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) Publicados por la Dirección General de Información en Salud disponible en <http://dgis.salud.gob.mx/cubos>

Cuadro V.a.17. Distribución de egresos hospitalarios por enfermedades isquémicas del corazón en hospitales de la SS, México 2005- 2011

Año	Condición de Derechohabencia (DH) en Usuarios de la SSA/SESA				Total SSA	Total ISS	Distribución DH en usuarios SSA				% SPSS en SSA	Distribución Egresos SSA ISS
	NDH ¹	DH ²	SPSS ³	NE ⁴			1	2	3	4		
							SSA ISS					
2005	7,844	312	684	1,251	10,091	41,777		7%				
2006	6,083	345	1,039	3,184	10,651	41,634		10%				
2007	7,064	347	1,448	2,291	11,150	43,019		13%				
2008	5,546	414	2,045	3,405	11,410	44,553		18%				
2009	5,081	307	2,464	3,461	11,313	43,042		22%				
2010	6,295	352	3,257	2,217	12,121	46,118		27%				
2011	4,461	321	4,379	3,450	12,611	NA		35%	NA			

Fuente: Elaborado por el INSP/CENIDSP con base en los datos de egresos hospitalarios del sector salud y el Sub-sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) Publicados por la Dirección General de Información en Salud disponible en <http://dgis.salud.gob.mx/cubos>

Los egresos hospitalarios por cataratas presentan un patrón diferente al resto de los egresos hasta ahora presentados; si bien es cierto que se registró un aumento sustancial de más del 230% en el número de egresos por esta causa y un aumento de ocho veces el número de beneficiarios usuarios, el porcentaje de usuarios afiliados al SPSS en 2011 fue 38% (**Cuadro V.a.18**). Es muy probable que este aumento en la demanda de servicios para la atención de cataratas se deba al programa “Volver a ver” lanzado por el gobierno federal en 2005, el cual contempla la atención de todos los adultos mayores sin seguridad social como parte de las afecciones cubiertas por el SPSS.

No se registró una disminución en el número de usuarios que reportan no estar afiliados a ninguna institución de salud. Sin embargo, es de las pocas condiciones en las que los hospitales de la SS y los SESA producen más egresos que los de las ISS. Es muy importante identificar las causas por las cuales la población usuaria de estos servicios no está afiliada al SPSS o si desconoce su estatus de afiliación, esto mismo con respecto al alto porcentaje de registros que no tienen especificado el estatus de afiliación. El **Cuadro V.a.19** muestra los procedimientos de extracción de cataratas realizados en hospitales de la SS y los SESA; existe una gran congruencia con los datos de egresos hospitalarios, destacando también el alto porcentaje de usuarios no afiliados al SPSS.

Cuadro V.a.18. Distribución de egresos hospitalarios por cataratas en hospitales de la SS, México 2005- 2011

Año	Condición de Derechohabiciencia (DH) en Usuarios de la SSA/SESA				Total SSA	Total ISS	Distribución DH en usuarios SSA				% SPSS en SSA	Distribución Egresos SSA ISS
	NDH ¹	DH ²	SPSS ³	NE ⁴			1 2 3 4					
2005	5,906	66	857	1,188	8,017	10,559		11%				
2006	6,267	90	1,432	1,029	8,818	8,449		16%				
2007	8,810	164	2,225	2,237	13,436	8,537		17%				
2008	7,682	236	4,005	3,607	15,530	8,239		26%				
2009	8,938	451	5,230	3,552	18,171	7,094		29%				
2010	7,624	234	5,003	4,336	17,197	6,781		29%				
2011	8,610	146	7,197	2,936	18,889	NA		38%	NA			

Fuente: Elaborado por el INSP/CENIDSP con base en los datos de egresos hospitalarios del sector salud y el Sub-sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) Publicados por la Dirección General de Información en Salud disponible en <http://dgis.salud.gob.mx/cubos>

Cuadro V.a.19. Distribución de egresos hospitalarios a los que se les practicó una extracción de cataratas en hospitales de la SS, México 2005- 2011

Año	Condición de Derechohabiciencia (DH) en Usuarios de la SSA/SESA				Total SSA	Distribución DH en usuarios SSA	% SPSS en SSA
	NDH ¹	DH ²	SPSS ³	NE ⁴			
2005	1,516	17	282	495	2,310		12%
2006	2,263	19	624	238	3,144		20%
2007	3,027	23	1,114	847	5,011		22%
2008	4,535	152	2,228	2,110	9,025		25%
2009	5,518	356	3,183	2,319	11,376		28%
2010	4,089	173	2,788	2,544	9,594		29%
2011	5,488	105	4,281	1,826	11,700		37%

Fuente: Elaborado por el INSP/CENIDSP con base en los datos de egresos hospitalarios del sector salud y el Sub-sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) Publicados por la Dirección General de Información en Salud disponible en <http://dgis.salud.gob.mx/cubos>

Tumores malignos:

La tendencia de aumento en el número de egresos así como en la proporción de personas afiliadas al SPSS se ve reflejada también en los egresos por tumores o neoplasias *in situ* (**Cuadro V.a.20**). En el caso de los tumores malignos en los menores de 18 años ha sido muy importante su incorporación al SPSS ya que para el 2011, 50% de los cánceres en esta población son resueltos desde el SPSS.

El número de egresos por leucemia linfoblástica y mieloblástica en menores de 18 años se duplicó de 2005 a 2011 y el porcentaje de usuarios afiliados al *Seguro Popular* pasó de 3% en 2005 a 52% en 2011 (**Cuadro V.a.21**), no obstante, el número de usuarios que no reportan afiliación a alguna institución de salud no disminuye sustancialmente; aunque se revierte una tendencia ascendente que se observó durante los 3 primeros años del periodo de estudio. Es importante subrayar aquí que la producción de servicios por esta causa desde 2007 es mayor en los hospitales de la SS y los SESA que en los de las ISS

Los egresos por cáncer de mama (**Cuadro V.a.22**) también registraron un aumento sustancial, en el que casi se cuadruplica el número en el periodo de estudio, sin embargo, aún cuando hubo un aumento muy importante en el número de afiliadas al SPSS el porcentaje en 2011 fue tan sólo 21% observándose una reducción con respecto al año anterior de 40%. Esta disminución no puede explicarse con la información disponible y es necesario indagar que puede estar ocurriendo y determinar si esto es un artificio del sistema de información o refleja la realidad. Lo que sí se puede apreciar es un aumento en la población que reporta no estar afiliada a ninguna institución de salud.

Cuadro V.a.20. Distribución de egresos hospitalarios por otros tumores en hospitales de la SS, México 2005- 2011

Año	Condición de Derechohabiciencia (DH) en Usuarios de la SSA/SESA				Total SSA	Total ISS	Distribución DH en usuarios SSA				% SPSS en SSA	Distribución Egresos SSA ISS
	NDH ¹	DH ²	SPSS ³	NE ⁴			1 2 3 4					
2005	29,426	1,043	5,718	5,487	41,674	80,490		14%				
2006	29,239	657	8,933	6,115	44,944	81,537		20%				
2007	28,779	1,478	12,466	6,976	49,699	82,874		25%				
2008	27,195	1,063	16,491	8,813	53,562	86,361		31%				
2009	24,269	973	19,546	8,384	53,172	84,543		37%				
2010	19,573	662	24,526	10,781	55,542	84,014		44%				
2011	18,050	1,626	33,564	8,912	62,152	NA		54%	NA			

* El grupo de otras enfermedades del sistema genito-urinario (II.J.3 de acuerdo con la clasificación GBD) incluye los siguientes códigos de la CIE-10: D00-D48.

Fuente: Elaborado por el INSP/CENIDSP con base en los datos de egresos hospitalarios del sector salud y el Sub-sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) Publicados por la Dirección General de Información en Salud disponible en <http://dgis.salud.gob.mx/cubos>

Cuadro V.a.21. Egresos por Leucemia linfoblástica y mieloblástica en menores de 18 años en hospitales de la SS, México 2005- 2011

Año	Condición de Derechohabencia (DH) en Usuarios de la SSA/SESA				Total SSA	Total ISS	Distribución DH en usuarios SSA				% SPSS en SSA	Distribución Egresos SSA ISS
	NDH ¹	DH ²	SPSS ³	NE ⁴			1 2 3 4					
2005	3,730	43	203	2,372	6,348	7,781		3%				
2006	4,073	48	809	3,024	7,954	8,403		10%				
2007	6,065	995	1,418	1,204	9,682	7,894		15%				
2008	4,887	929	2,263	2,667	10,746	8,744		21%				
2009	5,187	571	2,539	3,351	11,648	9,253		22%				
2010	4,460	552	4,213	2,167	11,392	9,523		37%				
2011	3,178	705	6,636	2,199	12,718	NA		52%	NA			

Fuente: Elaborado por el INSP/CENIDSP con base en los datos de egresos hospitalarios del sector salud y el Sub-sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) Publicados por la Dirección General de Información en Salud disponible en <http://dgis.salud.gob.mx/cubos>

Cuadro V.a.22. Egresos por cáncer de mama en hospitales de la SS, México 2005- 2011

Año	Condición de Derechohabencia (DH) en Usuarios de la SSA/SESA				Total SSA	Total ISS	Distribución DH en usuarios SSA				% SPSS en SSA	Distribución Egresos SSA ISS
	NDH ¹	DH ²	SPSS ³	NE ⁴			1 2 3 4					
2005	3,586	67	122	546	4,321	10,730		3%				
2006	3,127	318	216	985	4,646	11,783		5%				
2007	2,457	554	559	1,009	4,579	11,786		12%				
2008	2,254	903	910	954	5,021	12,129		18%				
2009	3,287	873	3,058	1,089	8,307	12,375		37%				
2010	5,871	84	4,863	1,300	12,118	12,888		40%				
2011	10,221	1,071	3,276	1,051	15,619	NA		21%	NA			

Fuente: Elaborado por el INSP/CENIDSP con base en los datos de egresos hospitalarios del sector salud y el Sub-sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) Publicados por la Dirección General de Información en Salud disponible en <http://dgis.salud.gob.mx/cubos>

Cuadro V.a.23. Egresos por cáncer de Cervix en hospitales de la SS, México 2005-2011

Año	Condición de Derechohabencia (DH) en Usuarios de la SSA/SESA				Total SSA	Total ISS	Distribución DH en usuarios SSA				% SPSS en SSA	Distribución Egresos SSA ISS
	NDH ¹	DH ²	SPSS ³	NE ⁴			1 2 3 4					
2005	4,579	112	422	464	5,577	7,097		8%				
2006	4,103	371	851	1,011	6,336	6,840		13%				
2007	3,389	568	1,232	1,219	6,408	5,959		19%				
2008	2,919	836	1,418	970	6,143	5,787		23%				
2009	2,438	556	1,708	875	5,577	5,349		31%				
2010	2,769	79	2,149	1,091	6,088	5,427		35%				
2011	3,962	479	2,401	993	7,835	NA		31%	NA			

Fuente: Elaborado por el INSP/CENIDSP con base en los datos de egresos hospitalarios del sector salud y el Sub-sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) Publicados por la Dirección General de Información en Salud disponible en <http://dgis.salud.gob.mx/cubos>

Cuadro V.a.24. Histerectomías por condición de derechohabencia en hospitales de la SS y los SESA

Año	Condición de Derechohab				Total SSA	Distribución DH en usuarios	% SPSS en SSA
	NDH ¹	DH ²	SPSS ³	NE ⁴			
2005	13,846	236	3,151	2,033	19,266		16%
2006	13,406	278	4,731	2,502	20,917		23%
2007	11,943	208	5,919	2,939	21,009		28%
2008	11,635	686	7,695	3,165	23,181		33%
2009	4,471	129	4,336	1,523	10,459		41%
2010	6,878	171	11,287	3,385	21,721		52%
2011	5,604	149	14,836	3,418	24,007		62%

Fuente: Elaborado por el INSP/CENIDSP con base en los datos de egresos hospitalarios del sector salud y el Sub-sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) Publicados por la Dirección General de Información en Salud disponible en <http://dgis.salud.gob.mx/cubos>

Los egresos por cáncer de cérvix (**Cuadro V.a.23.**) también registraron un aumento de 40%, sin embargo, en las ISS la producción de servicios hospitalarios por este padecimiento se encuentra a la baja. El porcentaje de afiliados al SPSS aumentó de 8% a 31% aunque también se registró una disminución con respecto al año previo que fue 35%; la producción de servicios hospitalarios fue más alta en los hospitales de la SS y los SESA que en los de las ISS a partir de 2007.

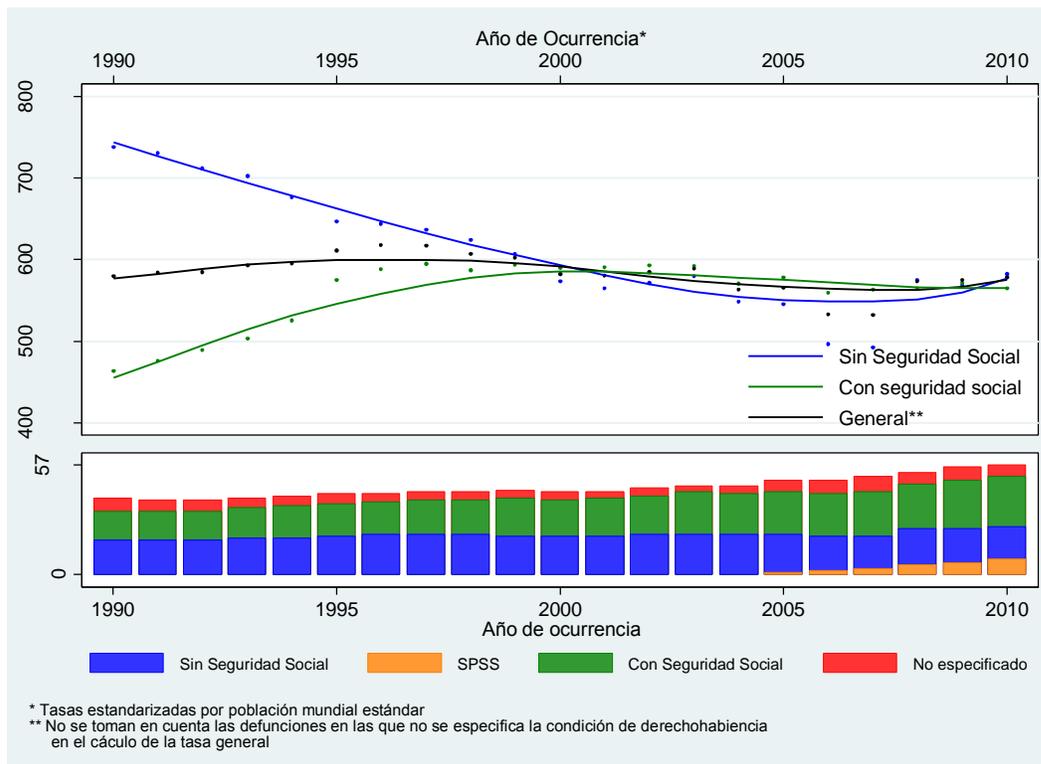
El total de histerectomías (**Cuadro V.a.24**) presentó un aumento de 25% en el periodo y el porcentaje de usuarias afiliadas pasó de 16% a 62% principalmente a costa de una disminución de casi 3 tercios en las usuarias que reportaron no estar afiliadas a ninguna institución de salud. Esto es seguramente un efecto de la cobertura de este procedimiento médico por el SPSS.

Los cuadros aquí presentados documentan un importante efecto en el aumento de la demanda/producción de servicios hospitalarios atribuible al Sistema de Protección Social en Salud. Los servicios más demandados son los de atención de parto y obstetricia pero también se documentaron importantes avances en la atención de otros padecimientos como la leucemia linfoblástica en menores de 18 años. En esencia podemos notar que hay una tendencia hacia el viraje en la demanda de servicios hospitalarios de padecimientos diferentes a los obstétricos para perfilarse a una demanda más inclinada hacia los problemas no transmisibles aunque dicha demanda es mayor en las unidades de las ISS. Si bien la relación fue de casi 1:2 en 2005 se redujo 1:1.69 en 2010. Por ejemplo, la demanda de servicios por diabetes en las unidades de las ISS es 1.69 veces mayor que en las de la SSA y 3.8 veces mayor por enfermedad isquémica del corazón. No obstante, cuando se trata de enfermedades agudas como apendicitis las diferencias son mucho menores, tan solo del 6% o 23% en el caso de enfermedades respiratorias bajas. Hay que hacer notar que la afiliación al SPSS ha garantizado una protección importante de un número creciente de eventos médicos severos como son la atención de tumores malignos en la infancia y en las mujeres.

V.b.Mortalidad

En el periodo 1990 - 2010 la mortalidad general en México tuvo un comportamiento estable entre 560 y 617 muertes por 100,000 habitantes, sin embargo, estratificando por condición de aseguramiento se pueden apreciar grandes diferencias en el comportamiento de este indicador de salud. En la **Figura V.b.1** se muestran la tasa estandarizada de mortalidad y las tasas específicas (también estandarizadas con respecto a la población mundial estándar) para las poblaciones con y sin seguridad social; el panel inferior muestra el total de muertes de acuerdo con la condición de derechohabiencia reportada en el certificado de defunción y registrado en la base de datos de defunciones. El registro de las defunciones de personas afiliadas al SPSS empieza a reflejarse en el año 2004, apenas el 1% del total de las defunciones (4,507 de 407,832). En 2010 la población afiliada al SPSS contribuyó con el 15.4% del total de las defunciones ocurridas en ese año (88,929 de 577,296).

Figura V.b.1. Tasa general de mortalidad en la población Mexicana y su estratificación por condición de aseguramiento



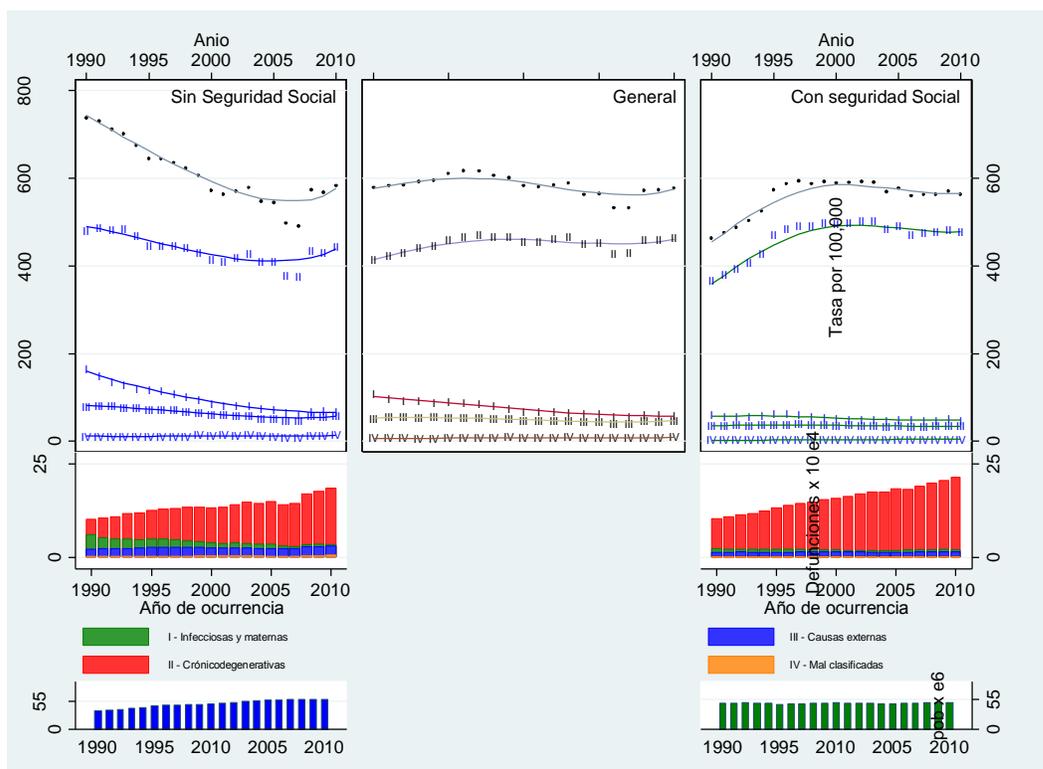
Fuente: INEGI/SS, bases de datos de las defunciones, 1979 -2010 y SS/DGIS-COLMEX Proyecciones de la Población según condición de derechohabiencia, 1990-2012

Debido a que las tasas estandarizadas tuvieron grandes diferencias con las tasas brutas de mortalidad se decidió ajustar un modelo lineal usando el logaritmo de las tasas estandarizadas como variable de respuesta; como variables independientes se usaron indicadores para identificar la población con seguridad social y la que no contaba con SS así como el punto de corte en el tiempo (el año 2000). El modelo sugiere que las diferencias observadas antes y después del año 2000 son estadísticamente significativas y que las tasas

de mortalidad general en la población sin seguridad social eran más altas antes de ese año y que después del año 2000 la tasa de mortalidad general fue ligeramente mas alta en la población con seguridad social aunque después (2008) se revierte.

El análisis de la distribución por causas de muerte, de acuerdo con la clasificación de la carga global de la mortalidad (GBD por sus siglas en inglés) y de la dinámica del crecimiento de estas dos poblaciones (**Figura V.b.2**) permite el entendimiento de las diferencias observadas en las tendencias. La distribución por causa de muerte es diferente en las poblaciones con y sin seguridad social; aún cuando en las dos poblaciones las causas predominantes son las crónico-degenerativas. En la población sin seguridad social el peso relativo de las enfermedades infecciosas y maternas es más alto, sobre todo al principio del periodo de estudio y presenta una marcada tendencia descendente.

Figura V.b.2. Tasa general de mortalidad en la población Mexicana y su estratificación grandes grupos GBD y por condición de aseguramiento



Fuente: INEGI/SS, bases de datos de las defunciones, 1979 -2010 y SS/DGIS-COLMEX
Proyecciones de la Población según condición de derechohabiencia, 1990-2012

Las principales causas de muerte en México son principalmente no infecciosas, destacando la diabetes y las enfermedades isquémicas del corazón como primera y segunda causa en ambas poblaciones. En la población sin seguridad social, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado son la tercera causa de muerte. Las enfermedades cerebrovasculares ocupan un papel muy importante siendo la tercera y cuarta causa en la población con y sin seguridad social, respectivamente. Agrupando las enfermedades cardiovasculares de

acuerdo con la clasificación de la carga global de la enfermedad (GBD)⁹ estas ocuparían el primer lugar en ambas poblaciones. Cabe destacar que las agresiones (homicidios) subieron al 5^{to} lugar como causa de muerte en la población sin seguridad social y al 9^o en la población con seguridad social y que la desnutrición calórico-proteica sigue estando entre las 10 primeras causas de muerte en esta población (**Cuadro V.b.1**).

Cuadro V.b.1 Principales causas de muerte en la población Mexicana por condición de aseguramiento, 2010

N°	Sin Seguridad Social		Con Seguridad Social			
	Causas	N	%	Causas	N	%
1	Diabetes mellitus	31,982	12.1	Diabetes mellitus	45,257	17.5
2	Enfermedades isquémicas del corazón	30,595	11.6	Enfermedades isquémicas del corazón	33,265	12.9
3	Cirrosis y otras enf. crónicas del hígado	15,928	6.0	Enfermedad cerebrovascular	15,489	6.0
4	Enfermedad cerebrovascular	14,277	5.4	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	11,505	4.5
5	Agresiones (homicidios)	11,214	4.3	Cirrosis y otras enf. crónicas del hígado	9,641	3.7
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	10,506	4.0	Enfermedades hipertensivas	8,690	3.4
7	Infecciones respiratorias agudas bajas	8,189	3.1	Infecciones respiratorias agudas bajas	7,238	2.8
8	Enfermedades hipertensivas	7,544	2.9	Nefritis y nefrosis	6,515	2.5
9	Desnutrición calórico protéica	5,305	2.0	Agresiones (homicidios)	3,918	1.5
10	Asfixia y trauma al nacimiento	4,903	1.9	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	3,912	1.4
11	Demás causas	123,128	46.7	Demás causas	112,776	43.8
Total		263571	100.0	Total	258206	100

Fuentes. INEGI/SS, base de datos de las defunciones, 2010

La tasa de mortalidad por diabetes es menor en población sin seguridad social aunque presenta una tendencia ascendente que se torna un poco mas pronunciada a partir de 1995, esto es consistente con el hecho de que la mayor demanda de servicios hospitalarios por diabetes se da en las instituciones de la seguridad social. La tasa de mortalidad por este padecimiento en la población con seguridad social presenta un cambio de pendiente y su crecimiento se detiene en 2004, incluso empieza a mostrar una ligera tendencia a la baja a partir de ese año. Esto tal vez pueda ser el resultado de acciones y programas como PREVENIMSS que dio inicio a principios de la década de 2000. La edad promedio al morir es mayor en la población con seguridad social y presenta una tendencia ascendente mientras que en la población sin seguridad social el aumento en la edad promedio al morir es de menor pendiente, esto parece estar creando una brecha entre estas dos poblaciones (**Figuras V.b.3a y V.b.3b**).

⁹ Enfermedades cardiovasculares de acuerdo con clasificación GBD: 01. Enfermedad cardíaca reumática; 02. Enfermedades hipertensivas; 03. Enfermedades isquémicas del corazón; 04. Enfermedad cerebrovascular; 05. Enfermedades inflamatorias del corazón (excluye Fiebre reumática); 06. Otras enfermedades cardiovasculares

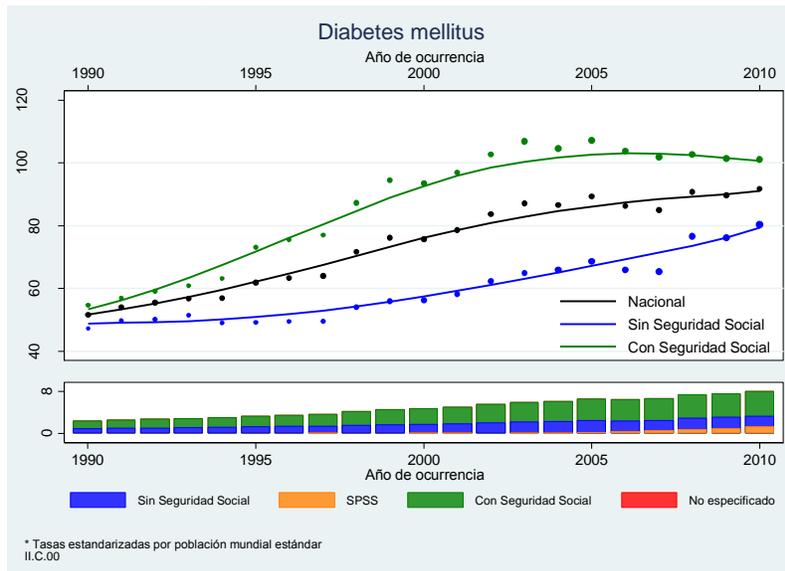
La tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón también es más alta en la población derechohabiente de las instituciones de la seguridad social (**Figura V.b.4a**) reflejando también la demanda observada en los servicios de hospitalización por este padecimiento, la cual es cuatro veces mayor en las instituciones de la seguridad social. Al igual que diabetes mellitus, la tendencia ascendente observada al inicio del periodo tiende a disminuir e incluso revertirse a partir de 2000. La edad promedio al morir es un poco mayor en la población sin derechohabiencia, sin embargo, esta diferencia tiende a disminuir de 4 años a sólo 1 año entre 1990 y 2010.

La tasa de mortalidad por cirrosis y enfermedad crónica del hígado es mayor en la población sin seguridad social presentando una tendencia continua a la baja mientras que en la población con seguridad social la tendencia es ligeramente ascendente hasta alrededor del año 2000, año en que cambia de signo y se torna negativa (**Figura V.b.5a**). La edad promedio al morir es mayor en la población con seguridad social con una diferencia de 5 años entre las dos en el 2010.

Al igual que las enfermedades isquémicas del corazón, la tasa de mortalidad por enfermedad cerebrovascular presenta una pronunciada pendiente ascendente durante casi toda la primera década del periodo de estudio (**Figura V.b.6a**), sin embargo, a partir del año 2000 se revierte y comienza a descender. La tasa de mortalidad en la población sin seguridad social presentó una tendencia descendente por casi todo el periodo hasta 2008, año en que inicia una discreta curva ascendente. La edad promedio al morir era mayor en la población sin seguridad social, sin embargo, la edad promedio en la población con seguridad social fue aumentando hasta igualarla alrededor de 2006.

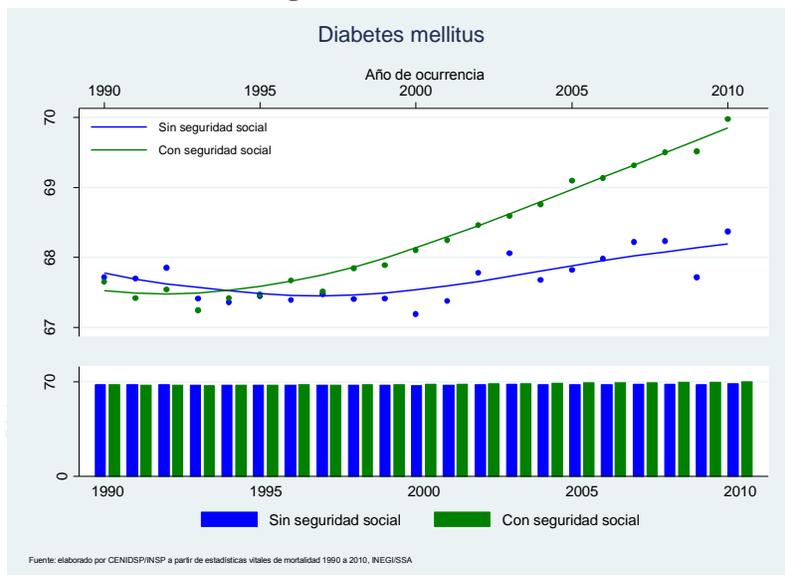
La tasas de mortalidad por agresiones presentó un patrón de descenso hasta 2007, año en que tomó una tendencia ascendente, tanto en la población con seguridad social como en la que no tiene seguridad social, en esta última con valores mucho más altos que en la población con seguridad social (**Figura V.b.7^a**). La edad promedio al morir resultó mas baja en la población sin seguridad social que en 2010 fue 6 años menor que en la población con seguridad social.

Figura V.b.3a. Tasas estandarizadas de mortalidad por diabetes por condición de aseguramiento, México 1990 – 2010.



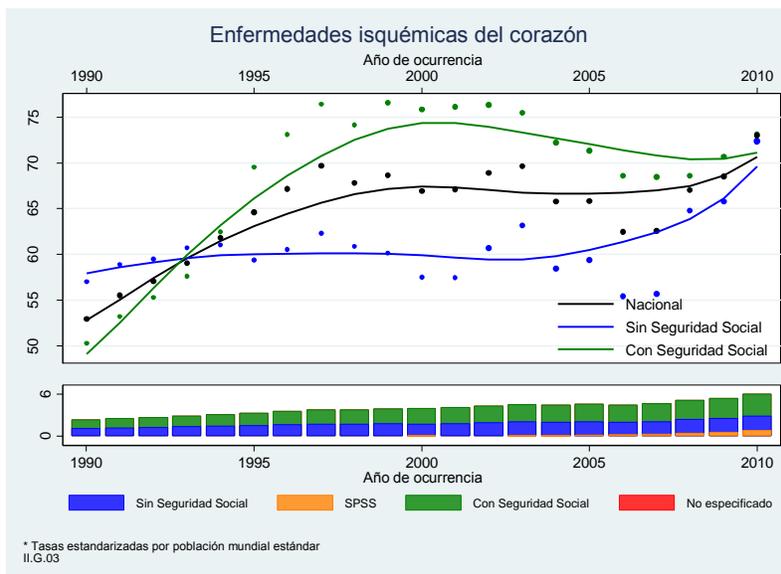
Fuente: Fuente: INEGI/SS, bases de datos de las defunciones, 1979 -2010 y SS/DGIS-COLMEX Proyecciones de la Población según condición de derechohabiencia, 1990-2012

Figura V.b.3b. Edad promedio al morir por diabetes por condición de aseguramiento, México 1990 – 2010.



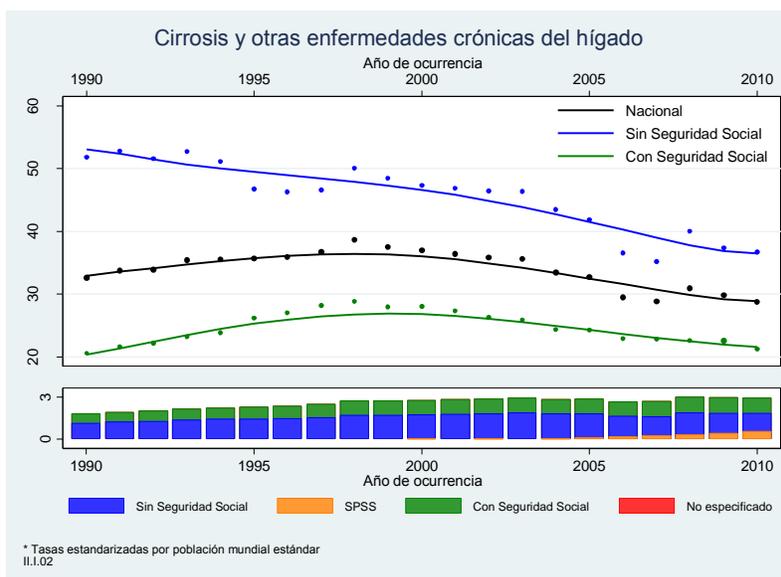
Fuente : Fuente: INEGI/SS, bases de datos de las defunciones, 1979 -2010 y SS/DGIS-COLMEX Proyecciones de la Población según condición de derechohabiencia, 1990-2012

Figura V.b.4a Tasas estandarizadas de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón y su estratificación por condición de aseguramiento, México 1990 – 2010.



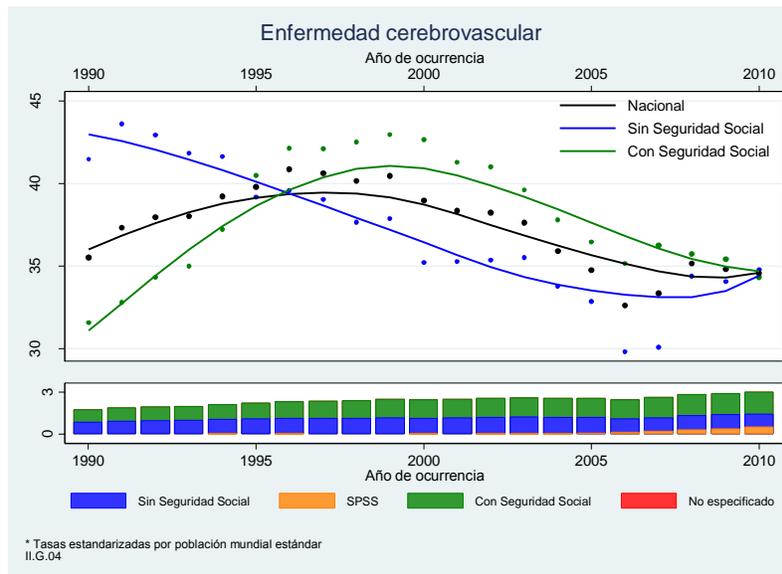
Fuente: : Fuente: INEGI/SS, bases de datos de las defunciones, 1979 -2010 y SS/DGIS-COLMEX Proyecciones de la Población según condición de derechohabiencia, 1990-2012

Figura V.b.5a Tasas estandarizadas de mortalidad por Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado y su estratificación por condición de aseguramiento, México 1990 – 2010.



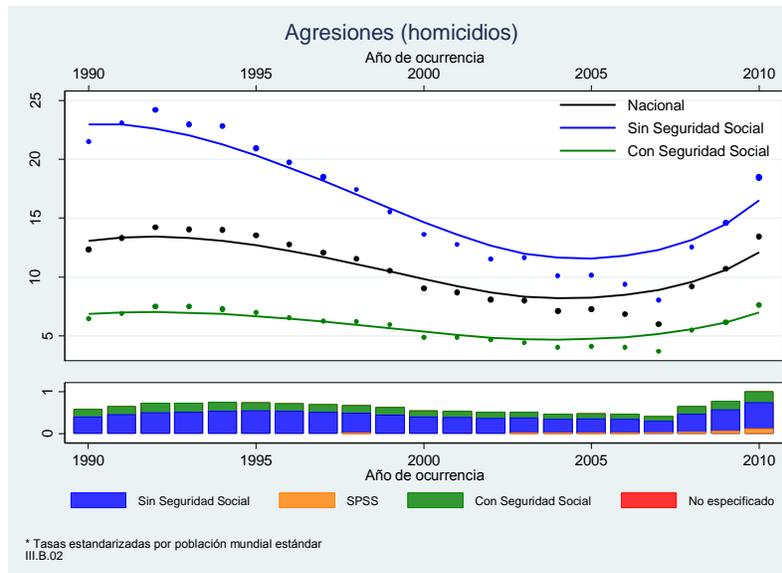
Fuente: : Fuente: INEGI/SS, bases de datos de las defunciones, 1979 -2010 y SS/DGIS-COLMEX Proyecciones de la Población según condición de derechohabiencia, 1990-2012

Figura V.b,6a Tasas estandarizadas de mortalidad por Enfermedad Cerebrovascular y su estratificación por condición de aseguramiento, México 1990 – 2010.



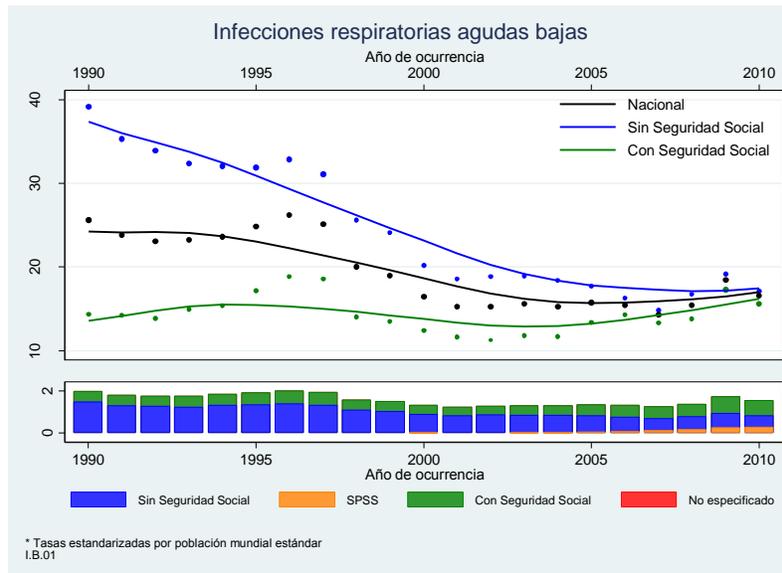
Fuente: Fuente: INEGI/SS, bases de datos de las defunciones, 1979 -2010 y SS/DGIS-COLMEX Proyecciones de la Población según condición de derechohabiencia, 1990-2012

Figura V.b.7a. Tasas estandarizadas de mortalidad por homicidios y su estratificación por condición de aseguramiento, México 1990 – 2010.



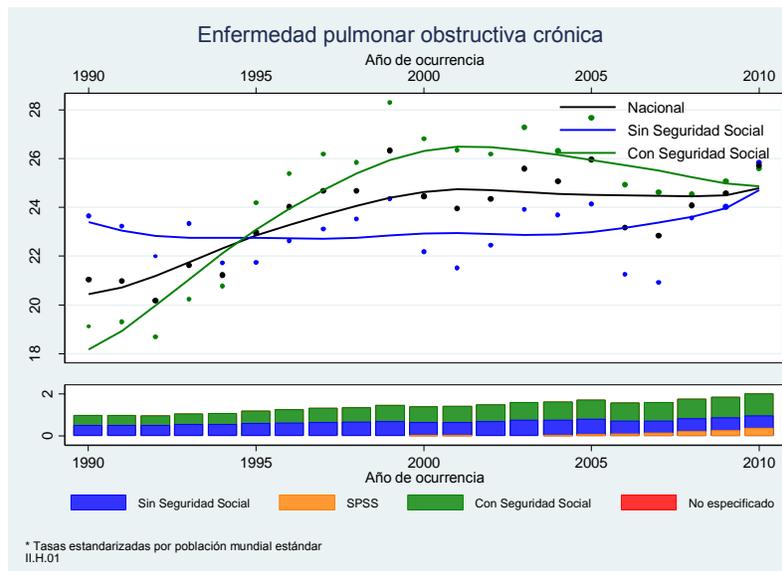
Fuente: Fuente: INEGI/SS, bases de datos de las defunciones, 1979 -2010 y SS/DGIS-COLMEX Proyecciones de la Población según condición de derechohabiencia, 1990-2012

Figura V.b.8a Tasas estandarizadas de mortalidad por Enfermedades respiratorias bajas y su estratificación por condición de aseguramiento, México 1990 – 2010.



Fuente: Fuente: INEGI/SS, bases de datos de las defunciones, 1979 -2010 y SS/DGIS-COLMEX Proyecciones de la Población según condición de derechohabiencia, 1990-2012

Figura V.b.9a Tasas estandarizadas de mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y su estratificación por condición de aseguramiento, México 1990 – 2010.



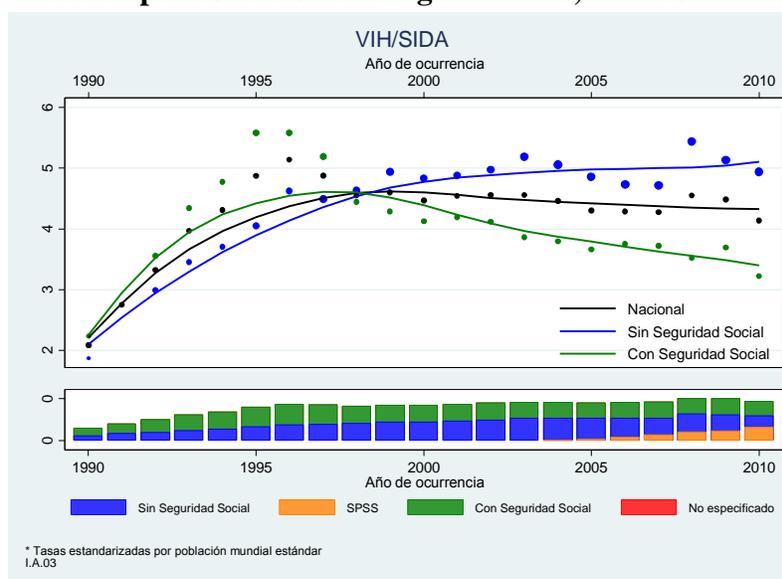
Fuente: Fuente: INEGI/SS, bases de datos de las defunciones, 1979 -2010 y SS/DGIS-COLMEX Proyecciones de la Población según condición de derechohabiencia, 1990-2012

La mortalidad por enfermedades respiratorias bajas disminuyó sustancialmente en la población sin seguridad social mientras que en la población con seguridad social se mantuvo con poca variación. Se destaca que la tasa de mortalidad por este padecimiento es ahora mucho más similar al de la población con seguridad social. En los últimos años parece haber un pequeño incremento en ambas poblaciones (**Figura V.b.8a**). La edad promedio al morir por enfermedades respiratorias bajas ha aumentando significativamente durante todo el periodo de estudio, sin embargo, es 10 años más baja en la población sin seguridad social, una diferencia que se ha mantenido a lo largo del tiempo.

La tasa de mortalidad por Enfermedad Pulmonar Crónica Obstructiva (EPOC) en la población con seguridad social presenta un patrón similar a las isquémicas del corazón y las cerebrovasculares, tiene tendencia ascendente hasta 2001, cuando cambia de signo y comienza a descender ligeramente. La tasa de mortalidad en la población sin seguridad social se mantiene estable a lo largo del periodo de estudio, pero tiene un repunte a partir del 2009 (**Figura V.b.9a**). La edad al morir fue menor en la población sin seguridad social, pero las diferencias con la población con seguridad social disminuyeron y son prácticamente iguales desde el año 2000.

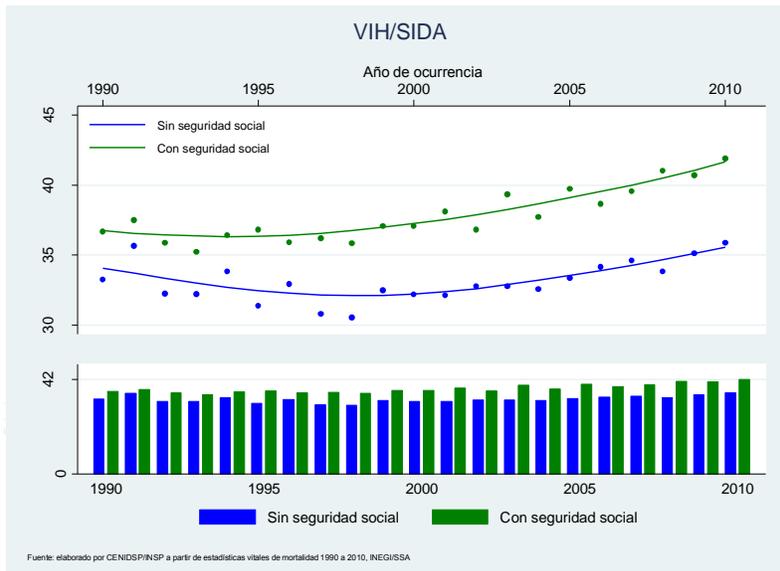
La tasa de mortalidad por enfermedades hipertensivas en la población sin seguridad social se mantuvo estable, incluso con una ligera tendencia a la baja hasta 2003, año en el que comienza a subir. En la población con seguridad social, la tendencia se mantuvo a la alza durante todo el periodo de estudio. La edad promedio al morir, como en las demás enfermedades de grupo de las cardiovasculares, es mayor en la población sin seguridad social

Figura V.b.10a Tasas estandarizadas de mortalidad por VIH/SIDA y su estratificación por condición de aseguramiento, México 1990 – 2010.



Fuente: Fuente: INEGI/SS, bases de datos de las defunciones, 1979 -2010 y SS/DGIS-COLMEX Proyecciones de la Población según condición de derechohabiencia, 1990-2012

Figura V.b.10b Edad promedio al Morir por VIH-SIDA según condición de derechohabencia, México 2000 – 2010



Fuente: Fuente: INEGI/SS, bases de datos de las defunciones, 1979 -2010 y SS/DGIS-COLMEX Proyecciones de la Población según condición de derechohabencia, 1990-2012

La tasa de mortalidad específica para VIH-SIDA presenta una tendencia ascendente hasta 2005; se estabilizó e incluso presentó una ligera tendencia descendente. En la población sin seguridad social la tasa inicia un periodo de estabilización a partir de 2000 pero no alcanza a reflejar una disminución. La tasa general disminuye, principalmente a expensas de la disminución que se registra en la población con seguridad social. Destaca que la diferencia en la edad promedio al morir sea tan amplia entre ambas poblaciones (**Figura V.b.10a y b**) cuando la dotación de antirretrovirales es una política generalizada en el país y no propia de una institución.

Nuestros datos indican que la tasa general de mortalidad es mayor en la población derechohabiente de las ISS; esto es muy posible que se deba al aumento en la mortalidad por enfermedades no transmisibles que ha registrado esta población. Las tasas de mortalidad por enfermedades crónico-degenerativas son, en general, mayores en la población con seguridad social; esto es consistente con lo observado en el análisis de los egresos hospitalarios, en donde la mayor producción de servicios de hospitalización asociados con enfermedades no transmisibles se da en las instituciones de la seguridad social. Esto se está revirtiendo en los últimos años debido a la facilidad que ofrece el SPSS para afiliarse en caso de padecer alguna enfermedad cubierta por el sistema aunque todavía persiste una mayor demanda en las unidades de las ISS. La demanda de servicios de atención hospitalaria que en 2005 era casi dos veces mayor en las instituciones de la seguridad social con respecto a la que se registraba en ese año en la SSA y aún en 2010 sigue siendo 1.66 veces mas alta en las ISS. Viendo los casos de Diabetes y enfermedades isquémicas del corazón la mortalidad es mayor en la población derechohabiente de las ISS mientras que en el caso enfermedades respiratorias bajas el mayor en la poblacion no derechohabiente de las ISS; lo cual concuerda con la demanda de atención hospitalaria en la que es solo 1.23 veces mayor en los hospitales de lss ISS con respecto a SSA. La edad

promedio al morir en la población sin seguridad social es, sin embargo, mas baja en muchos de los padecimientos por lo que existen importantes oportunidades de mejora.

Un punto muy importante a considerar aquí es el posible efecto de las políticas de prevención adoptadas por las ISS en la década del 2000, PREVENIMSS y PREVENISSSTE pueden ser en parte responsables de los cambios en las tendencias encontradas en las tasas de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad cerebrovascular y EPOC.

VI. Conclusiones y recomendaciones

En Abril de 2012 se declaró la cobertura universal del sistema de salud mexicano a partir del alcance de la meta de cobertura del SPSS de más de 50 millones de habitantes en el país. Este logro obedece en gran medida a los ajustes de procesos jurídicos, gerenciales y administrativos realizados por el SPSS para avanzar en la cobertura de familias sin acceso a la seguridad social. Sin embargo, aún quedan retos por enfrentar para garantizar el acceso a la población afiliada a servicios de calidad y efectivos en la resolución de sus necesidades de atención.

Conclusiones

Componente Gerencial

El componente gerencial estuvo enfocado en la revisión de los cambios generados en el ámbito legislativo que se llevaron a cabo en los diferentes niveles y el efecto de estos cambios en la operación de los REPSS en las entidades. Asimismo se realizó un análisis de indicadores intermedios relacionados con el desempeño de los REPSS y del Sistema de Protección Social en Salud en su conjunto.

En el terreno legislativo, debe destacarse en primer lugar que la dinámica de cambios en esta área, fue promovida principalmente desde el nivel federal. En las entidades estos cambios tendieron a adoptarse reflejando el espíritu de la legislación federal. Aunque este curso de eventos no fue necesariamente planeado, tuvo un efecto importante ya que en cierta medida fue posible mantener una coherencia entre los distintos niveles para que la operación de estos cambios fuera consistente y no contradictoria. Sin embargo, en algunas entidades no fueron adoptados quedando rezagados del nivel federal. Desde luego existe también una dinámica legislativa local propia. Esto se refleja en áreas de jurisdicción estatal como por ejemplo, la descentralización del REPSS de Veracruz.

Los cambios legislativos se observan en las cuatro áreas que fueron objeto de estudio de la presente evaluación: a) afiliación y tutela de derechos, b) gestión de recursos financieros, c) prestación de servicios y d) rendición de cuentas. En todas las áreas la CNPSS ha promovido cambios legislativos lo cual ha llevado a que en la actualidad la estructura jurídica del SPSS pueda considerarse robusta.

Por su naturaleza e intencionalidad los cambios legislativos además se pueden ubicar en tres categorías: a) **Los que buscan mejorar los procesos técnicos del SPSS.** Un ejemplo de estos es el cambio en el cálculo del cápita de familia a individuo a partir de un conjunto de evidencias acumuladas que mostraron que la cápita familiar implicaba riesgos en la equidad de la política, b) **Los que buscan enmendar procesos generados por error o imprecisión.** Un ejemplo del segundo tipo es la modificación reglamentaria que plantea que a partir de 2011 la credencialización se redefine para entenderla como un mecanismo que reduce la responsabilidad del Sistema para otorgar una credencial que identifique al afiliado personalmente y que lo ligue a un sistema de información individualizado y c) **Los que buscan justificar acciones que se ejecutan normalmente pero que no tienen un**

sustento jurídico. Este tipo se ejemplifica claramente con la nueva reglamentación para la comprobación de la aportación solidaria estatal en donde los estados pueden acreditarla en forma líquida o a través de demostrar inversión en bienes e infraestructura, situación que en los hechos opera desde los inicios del SPSS.

El efecto de los cambios en las leyes y reglamentos en los estados han generado reacciones diversas. El proceso de adaptación y adopción de estas modificaciones implica un conjunto de ajustes a nivel estatal. Dada la diversidad de estilos y capacidades gerenciales estos cambios no son homogéneos entre las entidades considerando los datos recolectados en las 6 entidades visitadas. Entre los más importantes está capacitar al personal, instalar nuevos sistemas de información y mejorar los procesos gerenciales.

Un aspecto integrado al ámbito gerencial es la valoración de los indicadores derivados de la afiliación y la utilización de servicios por parte de la población perteneciente al *Seguro Popular*. El avance en la afiliación es evidente a nivel nacional pero el máximo de población afiliada (de acuerdo a la ENSANUT 2012) se presenta en Oaxaca con 60% de su población total en tanto que el nivel más bajo se ubica en Coahuila con 12.8%. Aunque se observan avances en el campo de la información proporcionada a los afiliados al SPSS sobre sus derechos, existe un gran trecho todavía por avanzar para que esta difusión promueva un tipo de usuario informado y pendiente del cumplimiento de los derechos que tiene por ley. El surtimiento completo de recetas se presenta como un indicador clave para conocer la capacidad de los servicios de salud a fin de satisfacer las necesidades de los usuarios. Si bien el surtimiento ha aumentado en los últimos 6 años, existe una variabilidad estatal importante que no ha sido posible controlar.

A nueve años de su creación, los avances en la operación del SPSS son importantes pero uno de los grandes retos operativos es definir a futuro cuál es la verdadera función tanto de la CNPSS como de los REPSS. En este planteamiento, el tema clave que requiere respuesta es si en los próximos años existirá una real separación de funciones entre los REPSS y los SESAs. En la mayor parte de los estados, los REPSS no cuentan con autonomía suficiente para operar sobre bases técnicas y una gran cantidad de decisiones se realizan a partir de una lógica de negociación y concertación de las decisiones manteniendo el viejo esquema de subsidios a la oferta.

En el siguiente apartado se presentan las conclusiones por cada una de las 4 funciones revisadas por el componente gerencial. Para cada función se expone la conclusión principal la cual se complementa por los avances identificados y finalmente se plantean los principales retos a futuro.

Conclusiones por función

A continuación se exponen las conclusiones específicas del componente gerencial ordenadas por función.

b) Afiliación

La función de afiliación experimentó importantes cambios entre 2006 y 2012. El único cambio en la Ley General de Salud relacionado a la operación del Sistema de Protección

Social en Salud fue la redefinición del financiamiento de la unidad de protección social al cambiar la estimación del cápita por individuo y no por familia. A nivel del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, se identificaron tres cambios importantes. La vigencia de derechos a partir del momento de la afiliación, el cambio en la definición de la credencialización y la responsabilidad de la suspensión de derechos a los beneficiarios a partir de la existencia de causales relacionadas a la afiliación en esquemas alternativos de aseguramiento público, entre otros.

El conjunto de ajustes jurídicos en gran medida obedecieron al objetivo estratégico de facilitar la afiliación de las familias para cumplir con la meta de cobertura al cierre del sexenio. De esta manera, la creación del Seguro Médico para la Nueva Generación y la identificación de familias con niños y mujeres embarazadas aceleraron este proceso así como la definición de las familias del tercer decil de ingresos como no contributivas.

Avances

En el nivel operativo la afiliación tiene una nueva expresión, no sólo la de afiliar y re-afiliar a los individuos susceptibles sino también en identificar factores de riesgo que lleven eventualmente a realizar ajustes actuariales (estimación de riesgos y valor de la capitación) a futuro. En este sentido se inicia la implementación de la estrategia de consulta segura así como la toma de huellas dactilares de la cual se obtendrá información para incorporar al Sistema Nominal de Salud (SINOS). Esta base de datos servirá para ajustar las deficiencias del padrón de beneficiarios original y permitirá proveer información más actualizada para la toma de decisiones gerenciales y clínicas.

Retos

La información de campo obtenida en 6 estados mostró que los problemas para la operación de estas estrategias se identifican tanto a nivel operativo y tecnológico, como en relación a la población. En este segundo punto se considera sumamente problemático ejecutar la consulta segura y el registro biométrico para todos los miembros de una familia en un período corto de tiempo y -en la práctica- amarrar la afiliación a esta condición.

Otros desafíos que requieren intervención son: la multifiliación a diversas instituciones de salud (IMSS, ISSSTE, SPSS principalmente); la afiliación de población en zonas con alta movilidad, con trabajadores temporales o migrantes y zonas de alta dispersión; escasos incentivos para la re-afiliación de personas en zonas urbanas, particularmente por problemas con la calidad y oportunidad de la atención, así como falta de acceso a medicamentos y, la escasa o nula información de los beneficiarios sobre la necesidad, requisitos y tiempos para re-afiliarse al Sistema. En materia de tutela de derechos, es necesario mejorar la oportunidad en los tiempos de respuesta a las quejas de los beneficiarios.

c) Financiamiento.

Los ajustes reglamentarios en materia de financiamiento estuvieron orientados a establecer un nuevo valor al capita que pasó de representar 15% del valor de un salario mínimo vigente en el D.F. para el conjunto del núcleo familiar, a 3.9% del valor del salario mínimo por individuo. Este cambio permitió ajustar la asignación presupuestaria con miras a

mejorar la equidad en el financiamiento. A esta re-definición se sumaron otros cambios importantes como los realizados al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, los cuales refuerzan la capacidad de la SS y del Consejo de Salubridad General para la selección de las intervenciones y acotan las actividades de la CNPSS a su función financiera. Un tercer elemento fue la incorporación del Seguro Médico para la Nueva Generación como un programa con reglas de operación y sujeto a la normatividad hacendaria. Finalmente, en este período se establecieron topes de gasto al Anexo IV de los acuerdos entre la CNPSS y las entidades federativas, a partir de la observación de patrones de gasto anárquico. La Comisión, entonces, decidió proponer topes de gasto para el gasto en medicamentos, contratación de personal de salud, administración y actividades de promoción y prevención. En el cuarto rubro se definió 20% como mínimo de gasto. Este mecanismo no es consistente con la filosofía gerencial original de basar la gestión de la CNPSS en resultados. Sin embargo, su planteamiento se ha justificado debido a la necesidad de controlar las distorsiones del gasto identificadas en algunas entidades federativas donde esta decisión se plantea como una restricción a los mecanismos de asignación presupuestal y la posibilidad de ejercer el presupuesto de acuerdo a las necesidades de la población.

Avances

El establecimiento de topes en el gasto de los rubros de contratación y compra de medicamentos, inicialmente buscaban contener el gasto desproporcionado en estas dos actividades. Las implicaciones de esta medida han sido diversas pero es importante señalar el hecho de que la medida representó la menos inconveniente de las opciones de regulación por parte del CNPSS a las entidades. De hecho, su naturaleza no es compatible con las funciones la Comisión que tiene como objetivo garantizar el mejor resultado por la inversión realizada pero sin intervenir en los mecanismos que las entidades utilizan para ejecutar el gasto y rendir cuentas. Diversos datos apuntan a señalar este mecanismo como frágil como se mostrará en apartados posteriores. Una innovación que necesita ser monitoreada y evaluada para conocer sus alcances y beneficios, es la suscripción del AFASPE dado que se constituye como una herramienta gerencial de control de gestión que promueve el financiamiento de intervenciones y actividades basado en desempeño (logro de metas).

En otra vertiente, el SMNG aporta un volumen extra de recursos financieros al SPSS para atender a sus poblaciones objetivo. Esta estrategia apoyó el cumplimiento de las metas de afiliación a través de cambios reglamentarios que permitieron exentar de cuota de afiliación a todos los niños nacidos a partir de 2006 hasta haber cumplido 5 años de edad y a las mujeres embarazadas. Otro ajuste que facilitó el proceso de financiamiento y cumplimiento de metas fue la reglamentación que permite a los estados incluir en su aportación solidaria estatal toda la inversión en infraestructura, equipamiento y otros bienes que justificadamente aumentan la capacidad de oferta de servicios para poblaciones afiliadas al SPSS. La comprobación de la aportación solidaria estatal generó momentos de presión sobre el Sistema en el momento en que un conjunto de entidades vieron suspendidas sus transferencias por no poder comprobar dicha cuota.

Retos

Estas modificaciones son bien recibidas particularmente porque el SMNG aporta más recursos para las acciones que de cualquier manera realizan los SESA en la atención a la población infantil y materna. Además la aceptación de la inversión estatal como parte de las aportación solidaria estatal reduce la presión sobre las finanzas estatales. Sin embargo esto ha generado importantes diferencias entre las entidades en la inversión líquida que hacen en el Sistema. Algunas siguen entendiendo esta inversión como marginal. Los topes de gasto al anexo IV siempre han sido percibidos por los funcionarios de las entidades federativas como restrictivos de sus funciones y capacidad operativa. Vale la pena destacar lo problemático que resulta para las entidades la compra de medicamentos a partir de los costos unitarios recomendados y de los procesos de licitación y compra definidos por la regulación federal y estatal.

Otro aspecto que debe mejorarse es la oportunidad de transferencia de recursos tanto del ámbito federal al estatal, como entre instancias estatales.

d) Prestación de servicios.

Los cambios en la reglamentación relacionados a la prestación de servicios estuvieron enfocados en algunos aspectos. Uno de ellos fue la acreditación y otro más, la construcción de puentes legislativos para la interacción de la prestación de servicios al interior de las entidades incluyendo los servicios privados, entre entidades a través del acuerdo de portabilidad 32 x 32 y los recientes acuerdos marco para la interacción entre la SS y las instituciones de seguridad social.

Entre los cambios operacionales a destacar se encuentra la estrategia de consulta segura. Esta estrategia da continuidad operativa al cambio de asignación financiera de familia a individuo. De acuerdo a esta estrategia cada individuo afiliado debe aportar datos clave respecto a su edad y estilo de vida de tal forma que sea posible estimar el riesgo de la población de poder enfermar de algún problema específico de salud (particularmente problemas crónico-degenerativos).

Modificaciones reglamentarias complementarias fueron llevadas a cabo en la compra de medicamentos. La evidencia recolectada por la CNPSS a través de distintas fuentes generó la necesidad de regular la compra de medicamentos a través de diversos procedimientos. Uno de ellos fue fortalecer el listado de medicamentos ligado al CAUSES, otro fue establecer precios unitarios recomendados y un tercero, el abrir la opción a las entidades de realizar compras consolidadas. El efecto de estas estrategias rindió frutos en términos de reducir precios unitarios de compra y el gasto total en medicamentos en el sistema, sin embargo, ha sido objeto de críticas por parte de las entidades las cuales consideran que estas medidas restringen su capacidad gerencial y de maniobrabilidad. Este tipo de experiencias plantea de nueva cuenta la necesidad de definir el papel de la CNPSS ya que las acciones ejercidas en la regulación parecen estar ubicadas en una dimensión más allá del financiamiento que representa el quehacer fundamental de la CNPSS.

Avances

La acreditación se confirma como el mecanismo para asegurar la existencia de un mínimo de recursos para la oferta de servicios en una unidad de salud sea pública o privada. La unidad acreditada puede recibir recursos financieros del SPSS. Los cambios reglamentarios permiten actualmente a las unidades de salud recibir recursos con solamente haber cumplido con los procedimientos para acreditarse y no necesariamente con haberlo logrado formalmente. Mientras que durante un periodo el reglamento señaló la certificación como un proceso válido para recibir recursos, las modificaciones a la legislación discontinúan esta práctica pero con el problema de que la SS no tiene jurisdicción para acreditar unidades de salud privadas. Otro avance importante es el incremento anual en el número de intervenciones y procedimientos incluidos en los paquetes de beneficios del SPSS (CAUSES, FPGC, SMNG).

Retos

La acreditación ha sido una actividad operativamente problemática desde sus inicios. Dado que está ligado a la recepción de financiamiento, en las entidades ha generado todo tipo de práctica regulares e irregulares para su cumplimiento. En la actualidad sus estándares parecen haberse relajado tanto para unidades públicas como privadas.

Otro aspecto operativo que plantea grandes retos es la portabilidad de derechos y particularmente el financiamiento compensatorio. Dada la existencia de entidades que no han logrado generar una oferta adecuada para su población, contingentes de población se desplazan frecuentemente a otras entidades para demandar servicios. Si los servicios son otorgados el pago lo tiene que realizar la entidad de origen. La CNPSS ha tenido que diseñar estrategias de regulación e intervención innovadoras para tratar de compensar a los estados que prestan servicios a poblaciones afiliadas en una entidad diferente. Otra vertiente más incluida en los cambios regulatorios permite a los Institutos Nacionales de Salud cobrar la capita por pacientes atendidos en áreas ambulatorias. Si bien esta acción tiene la intención de resarcir a estos hospitales los gastos en que incurren, también abre el riesgo de generar un incentivo a las poblaciones que demandan directamente servicios ambulatorios en este tipo de unidades a sabiendas de que su costo será cubierto. A pesar de que el reglamento señala que estos usuarios sólo podrán ser atendidos si son referidos de una unidad de salud estatal, en realidad, la existencia de mecanismos informales de referencia, podría estar reduciendo el incentivo de los estados de consolidar su estructura de servicios de primer y segundo nivel de atención.

Persisten retos a nivel de compra, distribución y surtimiento completo de medicamentos. Pese a los avances en materia regulatoria (creación de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y lineamientos para la adquisición de medicamentos asociados al catálogo universal de servicios de salud por las entidades federativas con recursos del SPSS) las entidades federativas tienen problemas para comprar a los precios establecidos por el nivel federal, subsisten problemas de abasto en las unidades de salud y en la entrega completa de recetas.

e) Rendición de cuentas

La legislación actual incluidos los recientes cambios en esta materia dejan clara la diferencia conceptual y operativa entre “rendición de cuentas” y “justificación del gasto”. La primera se entiende como un ejercicio de transparencia en la generación de productos a partir de la inversión pública. Su ejercicio es jurisdicción de las instituciones públicas creadas para ello entre las que se cuentan las contralorías federales y estatales, la Auditoría Superior de la Federación, el poder legislativo federal y estatal, entre otras. La CNPSS no tiene como función sustantiva exigir la rendición de cuentas. Su función sólo se limita a solicitar la comprobación del gasto por los recursos transferidos a los estados y las unidades que reciben recursos del FPGC. Un elemento a resaltar en el cambio legislativo y la operación es el requerimiento de evaluar el funcionamiento del SPSS en las entidades federativas. Se ha establecido una partida específica para cubrir esta actividad y se han definido los lineamientos técnicos para algunos tipos de evaluaciones, como por ejemplo, la evaluación de la satisfacción de los usuarios.

Avances

Entre los funcionarios de la CNPSS esta diferencia es clara conceptual y operativamente. En algunos estados esta diferencia no es tan clara. La CNPSS tiene como responsabilidad solicitar la justificación del gasto que hacen los estados con los fondos que les son transferidos. Sin embargo, esta justificación puede tener diversas variantes. La comprobación del REPSS a la CNPSS se realiza con tiempos definidos y desglosando por rubro de gasto. El anexo IV –como se señaló– además establece límites de gasto en ciertos rubros. En los hechos, no necesariamente se realiza en los tiempos marcados por la CNPSS. Los motivos que explican esto son diversos. La comprobación de 2010 (que de acuerdo a los tiempos de comprobación debería estar ya completa) mostró que un conjunto amplio de entidades no habían comprobado a 100%. Algunas de ellas sólo habían comprobado por debajo de 70% del total. No son necesariamente las entidades con poblaciones más pobres las que más tardan en comprobar sino aquellas entidades que han desarrollado mecanismos innovadores y complejos de compra de servicios. Más allá de los tiempos de comprobación, los datos permiten observar que el rubro de gasto de contratación para 2010 rebasa en 8.9 puntos porcentuales el tope de gasto a nivel nacional y que un conjunto de entidades está muy por arriba del tope de 40%. Este fenómeno no se observa en el rubro de medicamentos en el promedio nacional pero existen entidades que rebasan el 30% de gasto. Es temprano para decir que los topes de gasto del Anexo IV tienen una utilidad limitada pero si es posible plantear (si los datos se confirman a futuro) que las presiones locales sobre el gasto de los recursos del SPSS rebasan la capacidad de las entidades de cumplir los acuerdos pactados.

Retos

Tanto la CNPSS como los REPSS deben tener claro que su función es la comprobación del gasto. No es jurisdicción de la Comisión fiscalizar a los REPSS, ni éstos a los SESA. La diferencia conceptual no es trivial y operarla adecuadamente es todavía más importante. Si los topes de gasto establecidos en el Anexo IV no son la mejor forma de ordenar el gasto, su utilidad ha sido definida a partir de hacer entender a los gerentes estatales que ese gasto tiene una lógica vinculada al cambio de subsidios de la oferta a la demanda. Esto no parece

estar operando todavía en la mayoría de las entidades pero es importante tener claro que los subsidios sirven para ofrecer servicios que satisfagan a los beneficiarios y no para alimentar la ineficiencia de las instituciones. El gran reto es garantizar el uso de recursos bajo la nueva lógica con mecanismos de comprobación de gasto que no dificulten el trabajo administrativo.

Componente financiero

El componente financiero puso énfasis en la revisión de los cambios entre 2006 y 2010 en el gasto catastrófico y empobrecedor al que son orilladas las familias debido a su gasto en salud. Con este fin se revisaron los datos de la ENIGH levantadas entre 2006 y 2010; se compararon los cambios que se observaron en dicho periodo con relación al periodo previo al inicio de arranque del SPSS y al arranque mismo 2000 a 2006. Asimismo, se revisaron los desequilibrios financieros que fueron origen de los niveles tan elevados de de gasto catastrófico y empobrecedor de los hogares y que dieron origen a la reforma de 2003 que trajo consigo la creación del SPSS.

La revisión y el análisis de los datos disponibles señalan una clara mejora en todos y cada uno de los desequilibrios financieros señalados en 2004. De esta forma se pudo observar un **incremento** de 10.5% *en el nivel* de gasto en salud que todo el Sistema realizó en 2010 con relación al de 2006. Este incremento en la inversión en salud se vió reflejado en una **reducción** de 8.2% en la participación **del gasto de bolsillo** en salud **como fuente** de financiamiento del Sistema. Asimismo, se vió aparejado con **una mejora en la distribución del gasto entre población no asegurada** y hoy afiliada al **SPSS** y la población adscrita a **la seguridad social** de 23.7% con relación al valor basal de 2006 **y entre el financiamiento** per cápita con fondos federales **entre el estado que mayoritariamente recibía versus el de menor nivel** reduciendo la brecha en 14.7% en dicho periodo. De la misma manera, en lo que respecta a **la asignación de fondos destinados a la inversión** en infraestructura para dar soporte a la demanda **se incrementó** en 25.7%. Sin embargo, **la contribución estatal aumentó de forma no significativamente su variación** entre entidades al subir 1.4% en el periodo.

Cabe señalar que la reducción en los desequilibrios financieros implicó una creciente asignación de fondos públicos, federales y estatales, que representaron una recomposición en la fuente de financiamiento del Sistema de Salud, que aunque en términos porcentuales se observa como mínimo, 8.2% en el periodo 2006 a 2010, en términos absolutos esto representa 0.7% del PIB, que en magnitud corresponde a 38% de los recursos invertidos por toda la seguridad social en salud en 2010.

Asimismo, el gasto de bolsillo en salud, objetivo primario de la reforma en salud iniciada en 2003, presentó una reducción significativa de 44% durante el periodo de revisión. Por otro lado, resulta importante resaltar que esta reducción fue más importante para los hogares pertenecientes al 20% más pobre de la población. Aún eliminando el efecto pobreza, debido a la recurrencia de crisis económicas a nivel mundial durante el periodo, el efecto se mantiene, correspondiente a 35% de la capacidad de pago en dichos hogares mientras que para los hogares del 20% de mayores ingresos este efecto fue sólo de 19%.

La reconfiguración de las fuentes de financiamiento del sistema de salud en México, - derivado de una mayor participación de fondos públicos y una reducción en la aportación del bolsillo de los hogares- generaron una reducción del impacto que el gasto de bolsillo en salud tiene sobre el número de hogares que empobrecen o profundizan su pobreza debido al gasto. En términos generales, se observó que el número de hogares pobres antes y después del gasto en salud se redujo en el periodo 2006 a 2010 de la misma forma que lo hizo la brecha de pobreza.

En términos generales se puede concluir que en el periodo 2006 a 2010 la protección financiera tuvo una mejora porcentual mayor a la observada en el periodo 2000 a 2006 y que se debió al efecto combinado de una reducción en los gastos catastróficos en el periodo (44%), y en el porcentaje de hogares con gastos empobrecedores (48%) aunque esta fue menor al periodo previo. Adicionalmente, también se documentó una disminución en la concentración de dicho gasto entre los hogares más pobres, pasando de 14% a 11%, y entre no asegurados –hoy afiliados al SPSS- los cuales antes acumulaban 58% del gasto de bolsillo en salud y que para 2010 ya sólo concentraban 36% de este.

En términos generales, y combinado con una mayor utilización de los servicios de salud por parte de la población afiliada al SPSS, la protección financiera entre 2006 y 2010 tuvo un efecto positivo y progresivo mayor al observado en el periodo previo de pilotaje e introducción del SPSS.

Componente de Impacto

La concepción, diseño e implementación del SPSS ha motivado una dinámica innovadora en la prestación de servicios de salud al romper algunos de los obstáculos que impedían el acceso a los servicios de salud a las poblaciones más vulnerables y pobres del país. Esto ha sido posible a través de una estrategia que ha promovido la afiliación individual y familiar a un esquema formal de protección a la salud; incrementando la utilización de servicios preventivos, acercando los servicios de atención primaria y abriendo el acceso a los servicios hospitalarios sin que ello implique un gasto empobrecedor o catastrófico. Los efectos e impactos se pueden analizar desde diferentes perspectivas.

Las diferentes evaluaciones apuntan a una ganancia evidente en algunos indicadores de salud en las poblaciones beneficiadas con el SPSS; por ejemplo, en el mejor acceso a la atención del embarazo y el parto por parte de personal médico, más consultas prenatales y mayor oportunidad de las mismas; o por el incremento en el uso de servicios hospitalarios. Sin embargo, una medición más afinada del impacto en su salud resulta complicado con la estrategia de evaluación planteada a partir del análisis de fuentes secundarias (encuestas y registros administrativos externos) que no permiten la identificación de la afiliación institucional de manera precisa ya sea por las deficiencias en el diseño de sus cuestionarios (encuestas) o la mala calidad del registro en los sistemas de información, ilustrada por ejemplo, con la alta proporción de egresos con afiliación no especificada o la falta de información precisa sobre los resultados de la Consulta Segura.

Resulta de vital importancia realizar una evaluación directa del registro biométrico y la Consulta Segura a nivel individual y poblacional, para conocer –a través del sistema de registro e información del SPSS (SINOS)- el grado de cobertura de las diferentes

intervenciones preventivas y de atención que tiene cada individuo afiliado. Esto resulta indispensable para hacer evaluaciones comparativas de la cobertura de cada paquete de intervenciones con otros programas similares como el PREVENIMSS y evaluar el desempeño del SPSS como un verdadero sistema de protección a la salud.

No obstante las limitaciones señaladas, encontramos efectos indirectos en diversos escenarios de la salud que no se reflejan en una menor incidencia, duración o severidad de los problemas de la salud, pero que si se pueden ver en un mayor acceso o cobertura de los programas y una mejor capacidad de respuesta por parte de los servicios de salud.

En cuanto a programas específicos como el de Vacunación en niños menores de 5 años se observó que la cobertura de biológicos con BCG, SABIN, hepatitis B, sarampión, DPT, pentavalente y SRP en la ENSANUT-2006 fue mayor al 90%, excepto para la vacuna contra el sarampión, mientras que los porcentajes en la ENSANUT-2012 fueron ligeramente menores. Respecto a las coberturas de vacunación, considerando cuatro biológicos, en niños de 1 año y de 1 a 2 años, estuvieron alrededor del 80%. Por tipo de filiación, las coberturas de vacunación fueron ligeramente más altas en los afiliados al SPSS en 2006 (85.1% y 89.4%, respectivamente) en comparación con las reportadas en los que tenían Seguridad Social (81.7% y 86.2%, respectivamente), con resultados similares en 2012. Lo anterior muestra que las coberturas por biológicos son adecuadas en la mayoría de los mismos, en particular en el caso de los afiliados al SPSS. No obstante, es necesario aumentar la cobertura de esquemas de vacunación completos en la población blanco.

En cuanto al reporte de IRAs y gastrointestinales en niños menores de 5 años se observó que un alto porcentaje de ellos fueron atendidos por un médico, y fue similar en ambas encuestas. En 2012, 56.6% de los casos con IRAs y afiliados al SPSS fueron atendidos en la SS, mientras que 37.2% fueron atendidos en una institución de salud privada. En el caso de enfermedades gastrointestinales, 58.5% de los afiliados al SPSS fueron atendidos en la SS, mientras que 35.8% fueron atendidos en una institución de salud privada. Estos resultados indican que se debe determinar cuales son las razones por las cuales las madres o responsables de los niños optan por acudir a una institución privada para recibir atención, en particular en los afiliados al SPSS, lo cual genera gastos adicionales a las familias.

Respecto al uso de Papanicolaou como prueba de detección temprana de CaCu en mujeres de 25 a 64 años, los porcentajes fueron similares en ambas encuestas para aquellas afiliadas al SPSS (42.3% y 45.1% respectivamente) y con Seguridad Social (45.8% y 49.3% respectivamente). El porcentaje de realización de la prueba en los 3 últimos años en las mujeres afiliadas al SPSS (66.4%) también fue cercano al que tuvieron las mujeres con Seguridad Social (72.6%). Cabe mencionar que un mayor porcentaje de las mujeres afiliadas al SPSS acudieron al a la SS (90.3%) para hacerse la prueba en el 2006, lo cual disminuyó de manera importante (71.9%) en el 2012. En cuanto a la mastografía como prueba de detección de cáncer de mama en mujeres de 40 a 69 años, se observó que sólo el 16.9% de las afiliadas al SPSS se realizó la prueba en los últimos 2 años, porcentaje 2 veces menor al de las mujeres con Seguridad Social. Por grupos de edad, en particular aquellas de 40 a 49 años y de 50 a 59 años, se observaron las mismas diferencias entre las afiliadas al SPSS (alrededor de 12%) y las que tenían Seguridad Social (alrededor del 25%). Estos resultados muestran que el porcentaje de realización del Papanicolaou para detección de

CaCu aún sigue siendo bajo en las mujeres candidatas a dicha prueba. En cuanto a la realización de la mastografía, en aquellas mujeres afiliadas al SPSS fue mucho menor que en las mujeres con Seguridad Social.

En cuanto a la realización de pruebas para detección de diabetes en la ENSANUT-2006 y en la ENSANUT-2012, tanto en los adultos afiliados al SPSS (19.5%, IC95% 17.8-21.4 y 23.4%, IC95% 22.2-24.7 respectivamente) como los que tenían Seguridad Social (29%, IC95% 27.7-30.4 y 35.6%, IC95% 34.1-37.1 respectivamente), aumentó significativamente. En el 2006, en los afiliados al SPSS, 86.3% se realizó la prueba en la SS, porcentaje que disminuyó a 69% en el 2012. Respecto a la detección de hipertensión arterial, en los afiliados al SPSS se observó un incremento significativo del 2006 al 2012 (21.8%, IC95% 19.9-23.8 y 29.3%, IC95% 27.7-30.9). Al igual que en la detección de diabetes, los afiliados al SPSS se realizaron la prueba principalmente en la SS y fue mayor en 2006 que en 2012 (87.1 y 72.1% respectivamente). Estos resultados muestran que aun cuando los porcentajes de las pruebas de detección en los afiliados al SPSS es cercano al de la población con Seguridad Social. Sin embargo, aún se deben reforzar estas estrategias para detectar y tratar de manera oportuna a las personas con diabetes e hipertensión arterial, una vez que se haya realizado una estratificación de riesgo para cada una de estas patologías.

Respecto a la evaluación de la cobertura en diabetes, se observó que más de 80% de los que presentaban la enfermedad recibían tratamiento médico y fue prácticamente igual en ambas encuestas. Por tipo de tratamiento, es importante señalar que si bien el porcentaje de personas que recibían tratamiento con hipoglucemiantes orales es el más alto en todos los grupos de afiliación, en los tres grupos se observó un incremento dos veces mayor del 2006 al 2012 en aquellos que recibieron insulina sola o en combinación con hipoglucemiantes orales. Lo anterior sugiere que parte del incremento en el uso de insulina puede ser una insulinización temprana, lo cual puede contribuir a la reducción en la presentación de complicaciones crónicas a mediana y largo plazo.

Otras de las acciones que se consideraron para evaluar la cobertura en diabetes fueron la realización de pruebas semicuantitativas en sangre y orina, examen general de orina, glucosa en sangre y HbA1c. En el caso particular de la determinación de glucosa en sangre, el porcentaje en 2006 fue de alrededor del 50% en los afiliados al SPSS (48.4%) y en aquellos con Seguridad Social (49.9%), los cuales se mantuvieron prácticamente iguales en el 2012. Respecto a la determinación de HbA1c, se observó que el porcentaje fue 2 veces mayor en 2012 en comparación con 2006 en los tres tipos de afiliación. A pesar de considerarse la HbA1c una prueba adecuada para evaluar control metabólico en personas con diabetes, el porcentaje de realización aún es muy bajo, en el caso de los afiliados al SPSS fue de 8.3% en 2012. Estos resultados, aunados al número de visitas al médico para su control, sugieren que la calidad de la atención en estos pacientes no es adecuada y las áreas de oportunidad para mejorar dicho control se están perdiendo.

Respecto a las medidas de prevención de complicaciones asociada a diabetes, independientemente del tipo de afiliación, en el 2006 más de 60% no se realizó ninguna medida de prevención y los porcentajes fueron similares en el 2012. En el caso de los afiliados al SPSS, la prueba que se realizó con mayor frecuencia fue la revisión de pies (12.8%), mientras que en pruebas como la revisión oftalmológica, toma de aspirina y

examen de riñón, se hicieron en menos del 10% de los sujetos. Para el 2012, estas pruebas tuvieron una ligera variación respecto al 2006. Lo anterior indica que sólo en un reducido porcentaje de pacientes se está buscando de manera intencional la presencia de complicaciones asociadas a diabetes, lo cual puede tener repercusiones a largo plazo en ellos y en el sistema de salud, debido a diagnóstico en fases avanzadas en un alto porcentaje de pacientes.

En cuanto a los indicadores de atención prenatal, se observó que en ambas encuestas el promedio de consultas fue adecuado en los 3 tipos de afiliación. De la misma manera, el mes en que se llevó a cabo la primera consulta prenatal también se llevó a cabo de manera temprana (alrededor de los 2.5 meses de embarazo). Más del 90% de las consultas prenatales fueron hechas por un médico. En el 2012, el 73.5% de las mujeres afiliadas al SPSS fueron vistas en la SS. Cabe mencionar que entre las acciones que se deben llevar a cabo durante la atención prenatal están la medición de peso, talla, presión arterial, así como la realización de exámenes en sangre y orina, aplicación de toxoide tetánico e indicación de ácido fólico. En 2006, en más del 85% de las mujeres se realizaron estas acciones, en algunas el porcentaje fue moderadamente mayor en 2012 con respecto a 2006. En mujeres afiliadas al SPSS se observó un incremento en el porcentaje de aplicación de toxoide tetánico e indicación de ácido fólico del 2006 al 2012. También se observó que después de ajustar por diferentes indicadores, la atención prenatal fue significativamente mejor en la población de la ENSANUT-2012 en comparación con la ENSANUT-2006, aunque las mujeres afiliadas al SPSS tuvieron una menor posibilidad de tener una buena atención prenatal que las mujeres con Seguridad Social.

Por otro lado, en los últimos seis años hubo un incremento en la utilización de los servicios hospitalarios encontrándose que en 2006 el 3.5% de la población fue internada en el año previo mientras que en 2012 fueron internados el 4.4% de la población. En ese periodo disminuyeron las hospitalizaciones en unidades médicas privadas de 38.2% a 15.9% y aumentaron en los servicios de la Secretaría de Salud de 26.5% a 37.7% y en unidades de Seguridad Social de 28.9% a 42.2%. En este terreno, el análisis de egresos hospitalarios hace evidente el grado de cobertura que logró el SPSS en 5 años, alcanzando hasta 50% en algunos problemas de salud que, -por su naturaleza o complejidad clínica-, en el pasado impactaban sobre el bolsillo de los usuarios.

El principal motivo por el que la población afiliada al SPSS fue hospitalizada en el año previo al levantamiento de la ENSANUT 2012 fue el tratamiento médico no quirúrgico, seguido por la atención del parto y por cirugía y cesáreas. Por otro lado, las bases de egresos hospitalarios nos indican un crecimiento importante en la atención de otro tipo de cirugías por problemas digestivos, problemas génito-urinaros, diabetes, y en particular, derivados por la atención de problemas neoplásicos en los niños y las mujeres (CaCu y Cáncer de mama). Además de la mayor cobertura también se muestran evidencias de los afiliados al SPSS tienden a pagar menos por las consultas, los medicamentos o insumos adicionales a la prestación de los servicios de salud. Al final, se refleja en que el 74% en el 2006 y 79% en 2012 de los afiliados al SPSS -que en su última hospitalización estuvieron en una unidad de la SS-, otorgaron una calificación de buena o muy buena a la calidad de la atención recibida.

Aún no es posible detectar cambios en la mortalidad que puedan ser atribuidos al Sistema de Protección Social en Salud entre otras razones porque desconocemos el grado de exposición que tienen los afiliados a los paquetes de intervenciones que ofrece, la oportunidad de la prestación del servicio hospitalario, y la corta presencia del programa en las poblaciones afiliadas. Es posible que en estos resultados pueda existir un sub-registro en la población que demanda servicios de salud en los hospitales; el porcentaje de registros en los que no se especifica la derechohabencia es aún muy importante y puede reflejar deficiencias en la captura y transmisión de datos o en la forma en que se le hace saber a las personas su condición de afiliación.

Los sistemas rutinarios de información en salud permiten realizar el monitoreo pero es muy importante vigilar la calidad de la información y realizar revisiones de la consistencia externa. Para lograr esto es necesario contar con identificadores individuales que permitan dar un seguimiento a la población que tiene contacto con los diferentes programas de salud; sin que permitan identificar al individuo pero sirvan para fines estadísticos y de evaluación del desempeño. Se ha sugerido el uso de la CURP pero esto no ha progresado en los sistemas de salud ni de información en salud. Un ejemplo exitoso es el registro de los nacimientos que da una identificación al recién nacido para poder seguirle a través de los diferentes programas de salud pública dirigidos a los recién nacidos (tamiz neonatal y auditivo así como vacunación).

Recomendaciones

Componente gerencial

Las recomendaciones derivadas a partir del análisis de la información presentada en el componente gerencial de la evaluación se presentan ordenadas en dos partes, la primera contiene recomendaciones en 4 secciones de acuerdo a los temas revisados y la segunda las recomendaciones generales que constituyen el contexto de las primeras.

f) Afiliación

1. Es necesario que se refuerce la transferencia de información a la población beneficiaria a través de los REPSS para aumentar su conocimiento sobre los derechos que la ley le otorga.
2. Es fundamental realizar el cruce de padrones sistemáticamente a fin de identificar a individuos que no tienen derecho a recibir el subsidio del SPSS.
3. El padrón debe permitir obtener información inmediata sobre los afiliados para seguirlo en el tiempo y comprobar la vigencia de su afiliación.
4. Es necesario que se refuerce la transferencia de información a la población beneficiaria a través de los REPSS para que conozcan los beneficios de estar afiliado al SPSS.
5. Se deben dar todas las facilidades a la población para que se afilie y se re-afilie.
6. Se debe acelerar el montaje de la plataforma tecnológica del SINOS y garantizar que su operación sea efectiva.
7. Se debe considerar la constitución de una sola plataforma informática que contenga información de todos los beneficiarios.
8. Se deben ofrecer apoyo logístico e incentivos a las familias para que todos sus miembros tengan su primera consulta segura.

g) Financiamiento

1. La CNPSS debe garantizar que la asignación de recursos para operar los servicios se realiza a través de la lógica de subsidios a la demanda.
2. Los topes de gasto del Anexo IV deben ser reconsiderados ya que en algunos estados las presiones sobre el gasto hacen imposible su cumplimiento.
3. Debe cumplirse el objetivo de reducir al máximo el tiempo de las transferencias a los estados.
4. Los REPSS deben poner en marcha mecanismos de previsión presupuestal para que la última ministración del año permita mantener la operación de los servicios en el primer trimestre del siguiente año.

h) Prestación de servicios

1. La CNPSS debe promover que la acreditación de las unidades sea un proceso formalizado, transparente y técnicamente adecuado.
2. La CNPSS debe promover y comprobar que las unidades de salud, públicas y privadas, estén acreditadas antes de recibir fondos del SPSS.
3. La CNPSS debe promover que una unidad acreditada ofrezca atención de calidad.
4. La CNPSS debe apoyar operativa y técnicamente la facturación cruzada interestatal entre unidades de la SS y entre instituciones de diferentes subsectores (públicas y privadas).

i) Rendición de cuentas

1. La CNPSS debe revisar continuamente sus mecanismos de comprobación de gasto y orientarse hacia la comprobación por servicio prestado.
2. La CNPSS debe poner especial atención en aquellas entidades que no comprueban en tiempo y forma sus gastos. Hacer cumplir la ley y sancionar, dentro del marco de la ley, cifras críticas (menos de 70%)
3. Suministrar información a la población sobre cómo y en qué se gasta el dinero
4. Afinar el marco legal y operativo para las evaluaciones.
5. Se debe definir con claridad en los reglamentos las características técnicas de la evaluación de impacto.

Componente financiero

El efecto positivo y progresivo de la ampliación de la afiliación de los hogares al SPSS que para 2012 se contabiliza en 52 millones de personas, podría verse beneficiado de mejoras en el reporte y recolección de la información. Ahora bien, los sistemas de información con datos de la población afiliada y usuarios del Sistema se deben homologar y compactar a fin de que sean útiles en todos los niveles del sistema.

El componente financiero a partir de ahora deberá enfocarse a determinar el efecto atribuible de la incorporación del SPSS, para lo cual se requiere del diseño de estudios cuasi-experimentales tipo caso y control que permitan determinar el mejor efecto y los grupos donde radica este. Así mismo, resulta importante apoyar la reconstrucción de la cohorte de hogares afiliados al SPSS que se inició en 2008.

Componente de impacto

Los resultados del análisis de las tendencias de la mortalidad no permitieron detectar cambios que puedan ser atribuidos al efecto del Sistema de Protección Social en Salud en la población que no cuenta con seguridad social. No obstante permitieron ver tendencias en la población con seguridad social que posiblemente puedan ser atribuidas a los programas preventivos que las instituciones de la seguridad social han implementado a partir de la década de 2000; con esto es necesario desarrollar y fortalecer los programas de prevención y detección oportuna que permitan la anticipación al daño y la prolongación de la vida saludable.

El efecto del Sistema de Protección Social en Salud, a casi 10 años de haber iniciado (evaluación con datos de 2010 y 2011) sólo puede apreciarse en algunos indicadores de proceso tales como el aumento en la productividad de los hospitales de la SS/SESA y de los cambios en la proporción de personas afiliadas al SPSS, usuarias de los servicios hospitalarios. En este sentido los datos indican un aumento generalizado en el número de egresos producidos por los hospitales de la SS/SESA. Este aumento es principalmente a costa de los egresos por causas en el grupo I de la clasificación GBD, las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales. Principalmente por la atención del parto único y espontáneo (O80), aborto (O00 – O08) y otras causas obstétricas (O21-O43, O47-O63, O68-O71, O73-O79, O81-O84, O87-O97) que cuentan por más del 40% del total de egresos en la SS/SESA. Esto refleja el efecto positivo de las políticas de atención del parto y la emergencia obstétrica implementadas a través del SPSS y el SMNG. En relación con el número de egresos producidos por las instituciones de la seguridad social, en la tabla V.a.1 se puede apreciar como el número de egresos producidos por los hospitales de la SS/SESA pasó de ser un poco más de $\frac{3}{4}$ partes de los producidos por los de las ISS en 2005 a prácticamente los mismos en 2010. Esto principalmente por las causas obstétricas.

También se observan incrementos en el número y el porcentaje de usuarios de afiliados al SPSS en algunos de los padecimientos, también cubiertos por el SPSS; se observan incrementos en los que la producción de servicios en los hospitales de la SS y los SESA rebasan la producción de los hospitales de las ISS, tal es el caso de la atención de cataratas, leucemias en menores de 18 años y cáncer de cérvix en mujeres mayores de 25 años.

Es importante hacer notar que mientras que el aumento neto de egresos entre 2005 y 2011 fue de 40% en los hospitales de la SS y los SESA. En 2010 el incremento fue de 33% comparado con 2005 mientras que el incremento neto en el número de egresos en las ISS para ese mismo año fue tan solo de 5%. Esto nos lleva a concluir que el aumento en el número de egresos en los hospitales de la SS y los SESA no se debe a un fenómeno poblacional sino a un aumento real de la demanda, propiciada por el SPSS debido al incremento en la proporción de usuarios afiliados al sistema.

El análisis de los procedimientos médicos presentado también sigue la tendencia observada en los egresos hospitalarios; la proporción de usuarios afiliados al SPSS a los que se les practican estos procedimientos médicos aumentaron con el tiempo. Los resultados también indican que existe una importante fracción de los egresos que no tienen información sobre la condición de derechohabencia de los usuarios de los servicios hospitalarios y esto puede

tener implicaciones importantes para el sistema hospitalario y para los mismos usuarios. Es importante determinar la causa del gran número de egresos en los que no se tiene registrada la derechohabiencia; si es un error de captura en algunos hospitales debe corregirse lo antes posible. Si se trata de ignorancia sobre su condición de afiliación al SPSS será necesario el desarrollo de campañas informativas dirigidas a la población. En todo caso, si los usuarios no presentan registro de afiliación tendrían que realizar pagos de bolsillo por los servicios otorgados con la posibilidad de incurrir en gastos empobrecedores y/o catastróficos; por otro lado y de acuerdo con los estudios socio-económicos de estos usuarios, el Estado tendría que financiar parte de los servicios que otorga sin la posibilidad de que sean cubiertos por el SPSS.

Este ejercicio de evaluación evidencia la necesidad de conocer y evaluar el sistema de registro e información del SPSS para identificar su potencial para realizar un monitoreo individual, grupal y poblacional de cada una de las intervenciones otorgadas por el Sistema. Esto debe permitir evaluar el impacto de cada paquete de intervenciones tanto preventivas como las incluidas en el Fondo de Protección de Gastos Catastróficos en las cuales podría verse -de manera adicional- su impacto inmediato en la salud del afectado.

Se requiere de un esfuerzo interinstitucional para mejorar el registro de la afiliación institucional en cada uno de los sistemas rutinarios de información y el diseño *ad hoc* de cuestionarios utilizados en las encuestas nacionales que permitan conocer con mayor detalle las aportaciones del SPSS al perfil de salud de la población mexicana.

Se recomienda el desarrollo de estrategias orientadas a medir el desempeño y confiabilidad de los sistemas rutinarios de información a fin de fortalecer sus capacidades para el monitoreo de programas y políticas de salud.

Recomendaciones transversales

1. Se deben implementar los mecanismos legales y operativos para que exista una verdadera separación de funciones entre el REPSS y los SESA en todos los estados.
2. Los sistemas de información que contienen datos de los usuarios se deben homologar y compactar a fin de que sean útiles en todos los niveles del sistema.
3. Se debe invertir en la capacitación gerencial y técnica del personal de salud.
4. Se debe promover la conformación de tecnocracias estatales estables que permitan mantener el control técnico de la operación del programa.
5. Los mecanismos de comunicación a nivel federal deben ser ampliados y dirigirse a la población y a los operadores del sistema.
6. Se debe promover la cultura institucional de liderazgo que permita a todos los actores involucrados conocer los fundamentos del programa y comprometerse con el logro de sus objetivos.

Resultados del ejercicio FODA.

El análisis FODA es una herramienta de gestión que facilita el proceso de planificación estratégica, proporcionando la información necesaria para la implementación de acciones y medidas correctivas, y para el desarrollo de proyectos de mejora. El nombre FODA responde a los cuatro elementos que se evalúan en el desarrollo del análisis: fortalezas, oportunidades, debilidades, y amenazas de la organización, política o programa.

La clave del análisis FODA está en separar el análisis del entorno (contexto externo), del análisis de la organización (contexto interno), y en explotar el resultado para la generación de propuestas de acción para la mejora de procesos.

El propósito de la utilización de esta herramienta gerencial en la Evaluación Externa del Sistema de Protección Social en Salud 2012, es brindar información sobre los avances y retos de la operación y funcionamiento del Sistema identificando en el contexto interno, las prácticas exitosas y áreas problemáticas y en el contexto externo, aquellas circunstancias que pueden ser aprovechables para mejorar la operación y los resultados del sistema en los estados y en su conjunto, así como aquellas que puedan traer consecuencias negativas y afectar el desempeño y los efectos para el cumplimiento de los objetivos que el sistema se propone.

Las siguientes tablas presentan los resultados del ejercicio FODA realizado a partir de los resultados obtenidos en la evaluación del SPSS 2007-2012. El primer conjunto de tablas presenta los resultados por componente: a) Afiliación, b) Financiamiento, c) Coordinación para la prestación de servicios, d) Rendición de Cuentas y e) Separación de Funciones. La última tabla muestra los resultados del ejercicio en conjunto para el SPSS.

Tabla 1. Instrucciones para leer el ejercicio.

Categorías de Análisis	Perspectiva de análisis	Tópicos a contemplar
1. Afiliación, vigencia y tutela de derechos	Contexto Externo	<p>Aquellos eventos del medio ambiente externo al SPSS que de presentarse, facilitarían (oportunidades) o complicarían (amenazas) el logro de los objetivos.</p> <p>Fuerzas externas clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Económicas • Sociales, culturales, demográficas y ambientales • Políticas, acciones gubernamentales. • Marco legal y normativo • Tecnológicas • Relación con otros sectores, proveedores, distribuidores, acreedores, usuarios, empleados, comunidades, sindicatos, gobierno, grupos de interés especial, productos, servicios.
2. Financiamiento 3. Coordinación de la prestación de servicios 4. Rendición de cuentas 5. Separación de funciones	Contexto Interno	<p>Recursos con los que cuenta el SPSS y que se controlan, capacidades y habilidades que se poseen, actividades que se desarrollan positivamente. (Fortalezas)</p> <p>Factores que provocan una posición desfavorable para el cumplimiento de los objetivos. Ej. Recursos de los que se carece, habilidades que no se poseen, actividades que no se desarrollan positivamente. (Debilidades)</p> <p>Fuerzas internas clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad administrativa/gerencial • Recursos humanos (volumen capacidad técnica) • Procesos • Sistemas de información • Procesos financieros • Investigación y desarrollo • Sistemas de información
	Acciones para mejorar la operación del SPSS	Acciones que pueden ponerse en práctica en el corto y mediano plazo con vistas a fortalecer el funcionamiento y el desempeño de los REPSS y del SPSS en su conjunto.

Tabla 2. Afiliación, vigencia y tutela de derechos. FODA. SPSS, 2012

Categoría de Análisis	Perspectiva de análisis	FODA
Afiliación, vigencia y tutela de derechos	Contexto Externo	<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aceptación del SPSS por parte de la población (94.3% de la población asegurada al Sistema señaló su intención de re-afiliarse). • Políticas sociales gubernamentales encaminadas a la reducción de la pobreza (incluye la protección financiera de salud para las familias más pobres y vulnerables a través del aseguramiento al SPSS).
		<p>Amenazas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispersión geográfica de la población objetivo del SPSS lo cual dificulta su incorporación al Sistema (afiliación y re-afiliación). • Alta movilidad y dinámica social de las poblaciones urbanas lo cual dificulta el proceso de afiliación y re-afiliación de las familias al SPSS. • Existencia de grupos de población que no están interesados en inscribirse al SPSS.
	Contexto Interno	<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incremento progresivo y continuo de afiliación de población sin aseguramiento en salud hasta alcanzar las metas de cobertura establecidas por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud en la mayoría de las entidades federativas (cobertura universal). • Marco regulatorio federal robusto en materia de afiliación y re-afiliación de población al Sistema. • Cambio de la vigencia de derechos de los beneficiarios del Sistema a partir del momento de la afiliación lo cual les permite gozar de los beneficios desde el momento mismo que concluyen el trámite de afiliación. • Papel de los Gestores Médicos en la tutela de los derechos de los beneficiarios del Sistema, así como en la promoción de la afiliación y re-afiliación de la población al SPSS. • Implementación de la Consulta Segura, el Registro Biométrico y el Sistema Nominal en Salud (SINOS). Los datos generados proveen información esencial para la toma de decisiones actuariales, gerenciales y clínicas. • Incorporación de poblaciones vulnerables al seguro popular (SMNG / Embarazadas) • Desarrollo de sistemas de información en línea.

Categoría de Análisis	Perspectiva de análisis	FODA
		<p>Debilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incompatibilidad de los sistemas de información SINOS y Padrón de Beneficiarios del SPSS, así como entre Padrones de Beneficiarios de otras instituciones de salud. • Reducción en el número de póliza y carta de derechos entregadas a los beneficiarios del SPSS en el momento de la afiliación por entidad federativa. (Por ejemplo, en Tamaulipas, Yucatán, Sinaloa y Nayarit se observaron reducciones importantes en la entrega de pólizas y cartas de derechos a beneficiarios entre 2006 y 2012). • Escasez de recursos (financieros, tecnológicos y humanos) para garantizar las acciones de Registro Biométrico y Consulta Segura, así como el registro de información en SINOS. • Escasos incentivos para la re-afiliación de personas en zonas urbanas. Los usuarios manifiestan inconformidad con la calidad y oportunidad de los servicios de salud, así como falta de acceso a medicamentos y maltrato por parte del personal de salud. • Desconocimiento por parte de los afiliados al sistema sobre los procedimientos de re-afiliación, escasa o nula información sobre el pago de cuotas anuales en función del nivel de ingresos de la familia, sobre la vigencia de su afiliación, el término de la vigencia del seguro y las fechas de re-afiliación. Grupos de afiliados piensan que la re-afiliación se “hace en automático” y por tanto no deben hacer ningún trámite.

Tabla 3. Financiamiento. FODA. SPSS. 2012.

Categoría de Análisis	Perspectiva de análisis	FODA
Financiamiento	Contexto Externo	<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabilidad financiera actual del país. La disponibilidad de recursos públicos federales permite la asignación de los subsidios correspondientes a la cuota social y a la aportación solidaria federal a los estados para garantizar la cuota per-capita por persona afiliada al sistema. • Crecimiento estimado de la economía mexicana alrededor de 4% en los próximos 5 años.
		<p>Amenazas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sustentabilidad financiera del SPSS. Las presiones generadas por los altos costos derivados de los cambios en la demanda de servicios por el envejecimiento poblacional y el cambio en el perfil de morbilidad de la población, así como por la introducción de nuevas tecnologías y la reposición de infraestructura y equipo, pueden poner en riesgo la sustentabilidad financiera del SPSS. • Competencia de recursos para financiar otras políticas sociales de combate a la pobreza en el país. • Inestabilidad económica mundial con consecuencias en la economía nacional. • Dependencia excesiva de recursos proveniente de la venta del petróleo
	Contexto Interno	<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejoramiento de la protección financiera a las familias afiliadas al SPSS. Esto se debió al efecto combinado de una reducción en los gastos catastróficos y a una reducción en el porcentaje de hogares con gastos empobrecedores. • Reducción en la concentración de gasto empobrecedor entre los hogares del 40% más pobres, pasando de 14% a 11%, y entre no asegurados –hoy afiliados al SPSS- los cuales antes acumulaban 58% del gasto de bolsillo en salud y que para 2010 ya sólo concentraban 36% de este. • Mejoramiento en la oportunidad de la compensación económica interestatal por servicios prestados a beneficiarios que fueron atendidos en una entidad federativa diferente a donde están afiliados.
		<p>Debilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retrasos en la transferencia de recursos del nivel federal al estatal particularmente al inicio del año. • Retrasos en la transferencia de recursos entre instancias estatales. (Secretaría de Finanzas a los SESA y de los SESA a los establecimientos de salud). • Incumplimiento en la comprobación del gasto por parte de algunas entidades federativas. • Los funcionarios de los REPSS señalan como obstáculo para el ejercicio de los recursos, los topes en los conceptos

		<p>de gasto establecidos en el anexo IV de los Convenios de Coordinación entre la Federación y los Estados para la ejecución del SPSS.</p> <ul style="list-style-type: none">• Burocratización, trámites excesivos y retardos en diversos procesos: suscripción de acuerdos, convenios y contratos, licitaciones y compras que retrasan el ejercicio del gasto.• Escaso desarrollo de sistemas de costos y facturación en los hospitales públicos.• Utilización de los recursos del SPSS para aumentar el techo presupuestal de los SESA, generando ineficiencia.
--	--	---

Tabla 4. Coordinación de prestación de servicios. FODA. SPSS. 2012.

Categoría de Análisis	Perspectiva de análisis	FODA
Coordinación de la prestación de servicios	Contexto Externo	Oportunidades <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de un plan maestro de infraestructura • Existencia de un plan para la conformación de redes de prestación de servicios dentro del MIDAS • Existencia de una estrategia federal para la regulación de la compra y asignación de medicamentos • Convenios interinstitucionales para la prestación de servicios
		Amenazas <ul style="list-style-type: none"> • No cumplimiento de compromisos por actores institucionales • Falta de capacidad rectora y regulatoria de la SS a nivel sectorial • Cambio en las prioridades a partir del cambio de administración federal • Defensa de intereses gremiales por encima de intereses sistémicos por parte de sindicatos
	Contexto Interno	Fortalezas <ul style="list-style-type: none"> • Ampliación de la red de servicios ambulatorios y hospitalarios • Desarrollo del programa de consulta segura • Incremento en la acreditación de unidades • Experiencias en la contratación de prestadores privados • Experiencias en prestación de servicios itinerantes (caravanas)
		Debilidades <ul style="list-style-type: none"> • Relajamiento de los estándares de acreditación • Un conjunto de unidades carece de personal adecuado para operar • Dotación inadecuada de recursos humanos en primer nivel de atención y zonas rurales • Falta de articulación (sistemas de referencia) entre prestadores por niveles de atención • Un sistema de información desarticulado orientado más a la productividad y menos a la cobertura efectiva

Tabla 5. Rendición de Cuentas. FODA. SPSS. 2012.

Categoría de Análisis	Perspectiva de análisis	FODA
Rendición de cuentas	Contexto Externo	<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Política gubernamental que promueve la transparencia, la rendición de cuentas y el acceso a la información en todos los ámbitos de gobierno, plasmada en El Plan Nacional de Desarrollo. • La Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y la creación del Instituto Federal del Acceso a la Información Pública, bajo la cual, los mexicanos pueden solicitar información a los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial federales, así como a los tribunales administrativos federales y a los organismos constitucionales autónomos. • Fortalecimiento de los organismos encargados de facilitar el acceso a la información pública gubernamental. • Acceso a medios electrónicos de todas las dependencias gubernamentales
		<p>Amenazas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Negativa por parte de autoridades gubernamentales a brindar información o a publicarla en sitios electrónicos bajo el argumento de ser información clasificada como reservada y confidencial. La Ley protege este tipo de información bajo criterios establecidos.
	Contexto Interno	<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento del marco jurídico-normativo dirigido a garantizar la transparencia y rendición de cuentas por parte de los REPSS y de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. • Publicación de información relacionada con el manejo financiero del SPSS en las páginas Web de las secretarías estatales de salud y de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Asimismo, publicación de los resultados de las evaluaciones al SPSS en la página de la DGED y de la CNPSS. • Fiscalización de los procesos financieros y administrativos de los REPSS realizada por la Auditoría Superior de la Federación con periodicidad anual.
		<p>Debilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rezagos en la comprobación del gasto y la transparencia en el manejo de los recursos en ciertos estados del país que ameritan una supervisión que garantice su apego a los topes, a la comprobación de gasto y a los mecanismos de transparencia en el uso de los recursos. • Falta de correspondencia entre la normatividad federal y estatal para el ejercicio y la comprobación del Gasto. <i>“La Federación nos dice que nosotros debemos comprobar o ejercer con base a leyes federales, pero la ley estatal nos dice que no, porque al momento que toca Hacienda del estado, se vuelve recurso estatal”</i>

		<ul style="list-style-type: none">• Desconocimiento de las funciones y operación de los REPSS y del Sistema por algunos funcionarios de los órganos auditores, lo cual permite diversas interpretaciones de acuerdo al criterio del auditor.• Concentración en el manejo de recursos lo cual deja la responsabilidad, discrecionalidad y capacidad técnica en manos de una o muy pocas personas.• Es frecuente la selección y nombramiento de personal por preferencias personales, recomendación o compromiso político y no por perfil técnico.
--	--	--

Tabla 6. Separación de Funciones. FODA. SPSS. 2012.

Categoría de Análisis	Perspectiva de análisis	FODA
Separación de funciones	Contexto Externo	<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo al diseño conceptual original, el sistema de protección social en salud debe basar su eficacia y eficiencia en la separación de las funciones financieras y de prestación de servicios • La separación de funciones es una forma novedosa de ordenar las tareas de las instituciones responsables para garantizar el éxito del programa • Ningún otro programa público aplica subsidios de la forma en la que lo hace el SPSS
		<p>Amenazas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Siendo un programa con subsidios federales frescos los actores institucionales e individuales involucrados buscan obtener beneficios grupales (sindicato, industria farmacéutica, etc.) • En la administración pública no existen ejemplos de éxito previos en la separación de funciones
	Contexto Interno	<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> • La reglamentación para fomentar la separación de funciones se ha fortalecido • Intención de construir un blindaje normativo de REPSS para su operación autónoma (incluida su descentralización) • Los SESAS han fortalecido su capacidad de prestación de servicios
		<p>Debilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lento avance en el proceso de separación de funciones • Los SESAS continúan negociando presupuestos históricos y no aplican la lógica de subsidios a la demanda • Falta de conocimiento de las ventajas de la separación de funciones para la operación adecuada del SPSS • Falta de capacidad administrativa y gerencial de muchos de los directores de hospitales y de unidades de salud y de algunos funcionarios de alto nivel y mandos medios de los REPSS. • Limitada independencia del REPSS frente a los SESA para administrar los recursos financieros y coordinar la prestación de los servicios. • Conflictos entre grupos de interés (funcionarios SESA, funcionarios REPSS, proveedores).

Tabla 7. Componente de Impacto. FODA. SPSS. 2012.

Categoría de Análisis	Perspectiva de análisis	FODA
Impacto	Contexto Externo	<p>Políticas e instancias para mejorar las condiciones de salud de la población</p> <p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dado el incremento en el porcentaje de la población afiliada al SPSS, el reforzamiento de los programas dirigidos a la prevención, detección y tratamiento oportuno de enfermedades como diabetes e hipertensión arterial en esta población es factible . • Debido a la universalización de algunos programas como la detección de CaCu y cáncer de mama, esto favorecería la detección de la población de alto riesgo de manera oportuna. • Dado el incremento en la sensibilización tanto de la población como del personal de salud para la atención prenatal y del parto, es factible reforzar las acciones para disminuir las complicaciones asociadas. • Debido el conocimiento generalizado por parte de la población de las campañas de vacunación dirigidas a niños menores de 5 años, es factible reforzar las estrategias para incrementar la cobertura de los diferentes biológicos e manera individual y de la cobertura de esquemas completos de vacunación a la población susceptible según los diferentes grupos de edad.
		<p>Amenazas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aún existe una proporción importante de personas no afiliadas a ninguna institución de salud. • Se requiere de una evaluación exhaustiva y permanente de los diferentes programas dirigidos a los principales problema de salud de la población, para tener una cobertura efectiva adecuada de dichos programas.
	Contexto Interno	<p>Condiciones de salud de la población</p> <p>Debilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • El porcentaje de niños menores de 5 años con IRAs y EDAs se mantuvo prácticamente igual. • Un alto porcentaje de niños con IRAs y EDAs no son atendidos por personal de salud. • Alrededor del 20% de las mujeres embarazadas presentan complicaciones durante el parto, independientemente del tipo de afiliación. • La cobertura de detección de diabetes e hipertensión arterial aún es baja, independientemente del tipo de afiliación. • La cobertura para la detección de las principales complicaciones asociadas a diabetes en general es baja.

		<p>Acceso al Sistema de Salud</p> <p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incremento de la población afiliada al SPSS. • Incremento de la población afiliada al SPSS que utiliza los servicios de la SSA para su atención. • Reducción significativa de la población afiliada al SPSS que utiliza los servicios privados para su atención médica. • Reducción significativa en el número de hospitalizaciones en los afiliados al SPSS. • Incremento en la atención ambulatoria en los afiliados al SPSS. <p>Debilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aún hay una proporción de la población que no se ha afiliado al SPSS • Falta de apego para la realización de acciones preventivas en diabetes e hipertensión arterial. <hr/> <p>Cobertura y Calidad de los Servicios de Salud</p> <p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se observó un ligero incremento en realización del Papanicolaou para detección de CaCu en mujeres de 25 a 64 años de edad. • El porcentaje de realización de mastografía es mayor en mujeres de 50 a 59 años de edad. • Se observó un incremento moderado en la realización de las pruebas para detección de diabetes e hipertensión arterial, el cual fue más marcado en los afiliados al SPSS. • Se observó un incremento en el porcentaje de personas con diabetes e hipertensión arterial que reciben tratamiento médico. • Se observó un incremento en algunas de las acciones para evaluar cobertura en diabetes como son: la realización del examen general del orina, determinación de glucosa en sangre venosa y HbA1c. • Se observó un incremento en algunas de las acciones para prevención de complicaciones asociadas a diabetes como son: la revisión de pies y la realización del examen general de orina. • Aumentó el promedio de consultas prenatales y disminuyó promedio de meses de embarazo en la primera consulta prenatal. • Se observó un incremento en la realización de 6 acciones encaminadas a una atención prenatal adecuada como son: medición de peso, talla, presión arterial, toma de exámenes de laboratorio, aplicación de toxoide tetánico e indicación de ácido fólico. <p>Debilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se observó un ligero decremento en las coberturas de vacunación (con 4 biológicos) en niños menores de 5 años.
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">• Las tasa de utilización de pruebas de detección de cacu y ca de mama aún son menores a lo esperado en los grupos vulnerables, según las recomendaciones actuales.• El porcentaje de realización de pruebas evaluación del control de la diabetes es aún bajo.• El porcentaje de realización de pruebas para detección de complicaciones de asociadas a diabetes es aún bajo.• Un porcentaje importante de la población percibe una mala calidad de la atención.• Un porcentaje importante de la población refiere maltrato durante la atención médica.• En un alto porcentaje de mujeres el embarazo se resuelve por cesárea.
--	--	--

Tabla 8. Sistema de Protección Social en Salud. Resumen FODA.

Categorías de Análisis	Perspectiva de análisis	Tópicos a contemplar
Sistema de Protección Social en Salud	Contexto Externo	<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crecimiento de la economía nacional en el próximo lustro • Política social transexual para el combate a la pobreza • Legislación que promueve la salud como derecho ciudadano • Legislación que promueve la transparencia del uso de recursos públicos • Integración del Sistema Nacional de Salud <p>Amenazas</p> <ul style="list-style-type: none"> • No aprobación de una reforma fiscal nacional • Cambio en la demanda de servicios por modificación del perfil demográfico y epidemiológico • Dependencia excesiva de recursos provenientes de la venta de petróleo • Incumplimiento de la legislación por actores corporativos
	Contexto Interno	<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nueve años de existencia del SPSS • Política Transexual • Logro de la cobertura universal voluntaria • Disponibilidad financiera de acuerdo a lo presupuestado • Consolidación de fondos para la prestación de servicios • Operación en todo el territorio nacional <p>Debilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de capacidad técnico-operativa • Falta de blindaje de los recursos en los estados • Falta de información a la población
	Acciones para mejorar la operación del	<ul style="list-style-type: none"> • Usar el SPSS como medio para lograr la integración del Sistema Nacional de Salud • Desarrollar una cultura institucional para la operación efectiva y eficiente del programa • Capacitar a sus funcionarios a todos niveles para que cada individuo realice sus tareas bajo

	SPSS	<p>las más estrictas normas técnicas</p> <ul style="list-style-type: none">• Aumentar el nivel de exigencia de la población con el programa a través de informar a sus afiliados sobre sus derechos y obligaciones• Mejorar la capacidad de transferencia financiera de la CNPSS• Dotar a la CNPSS de capacidad para exigir la comprobación del gasto por parte de los REPSS• Blindar a los REPSS de interferencias políticas locales• Se deben utilizar los recursos disponibles para evaluar el avance del programa y los estados y utilizar los resultados de las evaluaciones en el ajuste del programa.
--	------	--

ANEXOS

Anexo 1. Modificaciones a los instrumentos jurídico-normativos que regulan la operación del Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012

Por mandato Constitucional (Artículo 4) todo mexicano tiene derecho a la protección de la salud.²⁰ La reglamentación y ampliación de contenidos de este mandato constitucional, se establece en las disposiciones legislativas secundarias (Leyes Federales y Estatales) y en instrumentos jurídicos de naturaleza materialmente legislativa de orden jerárquico menor como reglamentos, reglas de operación, normas oficiales, acuerdos, convenios y contratos expedidos por las más diversas autoridades administrativas tanto del ámbito federal como estatal.

a) Ley General de Salud (2003).

La Ley General de Salud (LGS) reglamenta el derecho a la protección de la salud. En 2003, como parte de la más reciente reforma estructural del sistema de salud, se adiciona el Título Tercero Bis el cual establece que:

- La protección social en salud (PSS) es un mecanismo por el cual el Estado garantiza el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud de la población.
- Establece que esta PSS se brinda a través de la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social.
- Define como servicios mínimos que deben estar a disposición de la población beneficiaria la consulta externa en el primer nivel de atención y la consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.²¹

Señala además, que la operación del Sistema en el territorio nacional se realizará a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS). En la Ley (Título Tercero Bis), se establecen las bases de la operación y funcionamiento del SPSS como se muestra en el cuadro A.1.

Cuadro A.1. Estructura y contenido del Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, que norma el Sistema de Protección Social en Salud, 2012

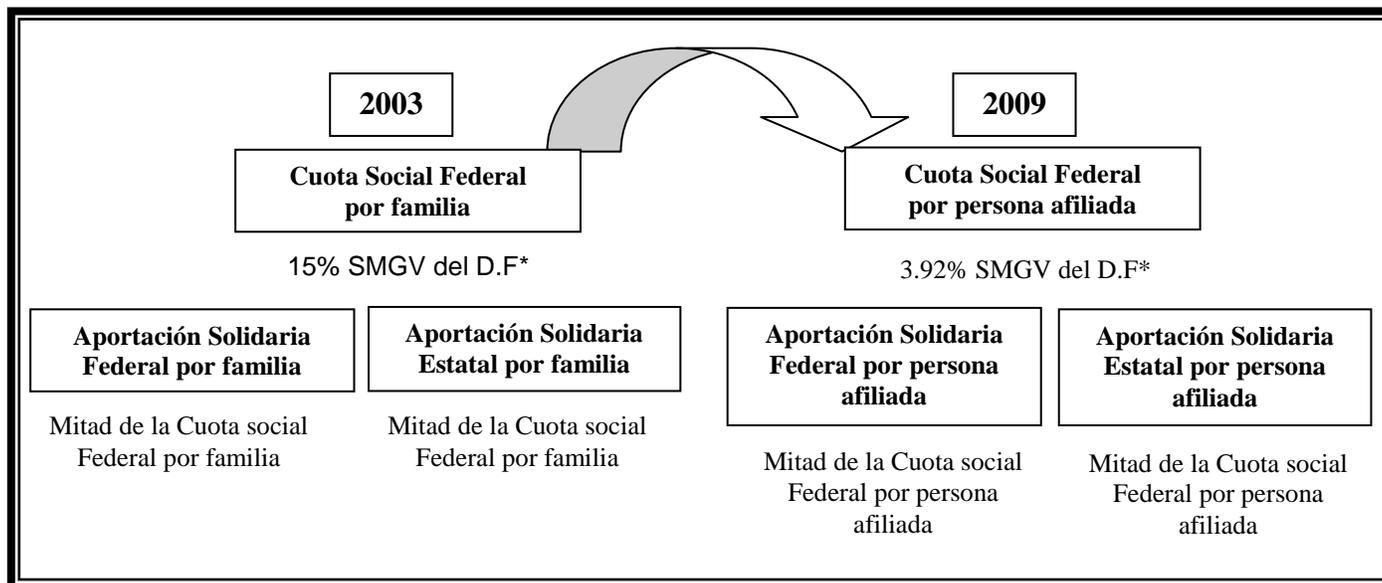
Capítulo	Características
Capítulo I Disposiciones Generales.	<ul style="list-style-type: none"> • Establece el derecho a la protección social en salud de acuerdo con el mandato Constitucional. • Define la Protección Social en Salud • Señala que la unidad de protección será el núcleo familiar y define como se constituye ese núcleo familiar. • Indica las competencias y responsabilidades del nivel federal y de los estados en la ejecución de las acciones de protección social en salud
Capítulo II De los Beneficios de la Protección Social en Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Fija los requisitos para afiliarse como beneficiario al SPSS • Determina las condiciones que deben cumplir los establecimientos de salud para ser acreditados. • Define como responsables del Sistema a los REPSS.
Capítulo III De las Aportaciones para el SPSS	<ul style="list-style-type: none"> • Establece que el SPSS será financiado de manera solidaria por la Federación, los estados, el Distrito Federal y los beneficiarios. • Norma la forma como se financiará el sistema. • Establece mecanismos de sanción por incumplimiento de las entidades federativas en su corresponsabilidad en el financiamiento del sistema.
Capítulo IV Del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Señala que el Gobierno Federal establecerá un Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, para llevar a cabo las acciones relativas a las funciones de rectoría y la prestación de servicios de salud a la comunidad, conforme a los objetivos estratégicos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud. • Define las competencias del nivel federal para determinar el monto anual de este fondo así como la distribución del mismo.
Capítulo V De las Cuotas Familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Regula lo concerniente a las cuotas familiares. • Indica que para el cálculo de las cuotas familiares se tomarán en cuenta las condiciones socioeconómicas de los beneficiarios, mediante la aplicación de un instrumento estandarizado fijado a nivel nacional por la Secretaría de Salud, el cual permitirá ubicarlos en el estrato adecuado • Determina que las cuotas familiares y reguladoras serán recibidas, administradas y ejercidas por los Servicios Estatales de Salud, a través de los REPSS.
Capítulo VI Del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos	<ul style="list-style-type: none"> • Define Gasto Catastrófico. • Establece qué unidades médicas públicas, tanto federales como locales, pueden convertirse en centros regionales de alta especialidad. • Señala las reglas para la construcción con recursos públicos de nueva infraestructura con este propósito.
Capítulo VII De la Transparencia, Control y Supervisión del Manejo de los Recursos del SPSS	<ul style="list-style-type: none"> • Establece la obligatoriedad de que la Federación y los REPSS difundan toda la información que tengan disponible respecto de universos, coberturas, servicios ofrecidos, así como del manejo financiero del SPSS entre otros aspectos, con la finalidad de favorecer la rendición de cuentas a los ciudadanos, de manera que puedan valorar el desempeño del Sistema. • Determina los mecanismos y autoridades de fiscalización, vigilancia y control de los recursos del Sistema.
Capítulo VIII Del Consejo Nacional de Protección Social en Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Define al Consejo Nacional de Protección Social en Salud como órgano colegiado consultivo de las acciones del SPSS. • Estipula que se contará con una Comisión Nacional, como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con la estructura y funciones que le asigne su reglamento interno.
Capítulo IX Derechos y Obligaciones de los Beneficiarios	<ul style="list-style-type: none"> • Señala los derechos y deberes de los beneficiarios al SPSS
Capítulo X	<ul style="list-style-type: none"> • Establece las causas de suspensión temporal o cancelación definitiva de beneficios a los

Capítulo	Características
Causas de Suspensión y Cancelación al Sistema de Protección Social en Salud	afiliados al Sistema.
Transitorios	<ul style="list-style-type: none"> • Entrada en vigor de la Ley. • Señala como exclusiones las intervenciones cosméticas, experimentales y las que no hayan demostrado su eficacia. • Determina que las Entidades Federativas y el D.F. deberán acreditar sus unidades de salud para incorporarse al Sistema. • Define que cada año y de manera acumulativa, se podrán incorporar al Sistema de Protección Social en Salud hasta el equivalente a 14.3% de las familias susceptibles de nueva incorporación, con el fin de alcanzar el 100% de cobertura. • El Sistema de Protección Social en Salud dejará sin efectos, respecto de la entidad federativa que se incorpore al mismo, la aplicación de las disposiciones relativas al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud establecidas en los artículos 25, fracción II, 29, 30 y 31 de la Ley de Coordinación Fiscal, a partir de la fecha en que suscriba el acuerdo de coordinación correspondiente. Lo anterior, sin perjuicio de la continuidad de la atención de las familias no aseguradas que deberá establecerse en el respectivo acuerdo de coordinación. • La Federación deberá emitir las reglas a que se sujetará el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. • El Ejecutivo Federal deberá emitir el Reglamento del Consejo Nacional de Protección Social en Salud • El programa IMSS-Oportunidades continuará proporcionando servicios de salud a la población no asegurada, con el mismo modelo de atención con el que opera en la actualidad. • El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, continuará operando conforme al modelo de atención establecido en sus reglas de operación.

Fuente: elaboración propia con información publicada en el Diario Oficial de la Federación publicada (DOF) el 30 de diciembre de 2009. Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud 2012.

La principal modificación identificada a la LGS en materia de PSS se efectuó en 2009. Consistió en el cambio de la forma de financiamiento de la Unidad de Protección del Sistema (artículos 77 BIS 12 y 77 BIS 13). Pasa de ser una cuota por familia beneficiaria (independientemente del número de integrantes de la familia) a ser un financiamiento por cada uno de los individuos que componen el núcleo familiar (figura A.1).

Figura A.1. Modificación del financiamiento: monto por familia a monto por persona del núcleo familiar. SPSS, 2009



*SMGV: Salario Mínimo General Vigente del Distrito Federal

Fuente: elaboración propia con información de fuentes secundarias (LGS). Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud 2012.

b) Reglamento a la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud (RLGSPSS)

Son diversos los ajustes que han realizado a este instrumento normativo en el período estudiado. Los principales cambios identificados están relacionados con: a) el inicio de la vigencia de derechos de los afiliados al Sistema y los mecanismos de verificación de derechos de los mismos, b) la suspensión/cancelación de derechos, c) la acreditación de los establecimientos de salud como requisito para incorporarse a la red de prestadores de servicios del Sistema, d) el financiamiento, e) el manejo del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), f) y los mecanismos de rendición de cuentas y transparencia.

a) Vigencia y verificación de derechos. Originalmente la normatividad establecía como inicio de vigencia de derechos el primer día del mes calendario siguiente a la

fecha de incorporación. En 2008, se adiciona al artículo 44, un segundo párrafo que establece que el inicio de la vigencia de derechos de los beneficiarios del Sistema, puede ser en un término menor al señalado cuando así se requiera. En 2011, se modifica nuevamente este artículo y se estipula que el inicio de vigencia de derechos comenzará el mismo día de su incorporación, contemplando doce meses calendario de vigencia.

Respecto a la verificación de derechos, en 2003 el Reglamento General a la LGS en materia de PSS en su artículo 41 señalaba que con la incorporación al Sistema, los beneficiarios iban a recibir una Credencial Única de Beneficiario del Sistema (CUBS), expedida por los REPSS bajo los lineamientos que para el efecto emitiera la CNPSS. Esta Credencial Única de Beneficiario del Sistema estaría destinada a identificar al beneficiario como afiliado al Sistema y para comprobar su vigencia de derechos, permitiéndole el acceso pleno a todos los servicios cubiertos por el Sistema. En 2011, derivado de diversos problemas y obstáculos en el desarrollo del proceso de credencialización de beneficiarios del sistema, se modifica el RLGSPSS definiendo la Credencial Única como “cualquier documento y/o mecanismo que los acredite como beneficiarios del Sistema, expedido por los Regímenes Estatales bajo los lineamientos que para tal efecto emita la Comisión. El documento y/o mecanismo a que se refiere el párrafo anterior, servirá para identificar al beneficiario como afiliado al Sistema y para comprobar su vigencia de derechos y le permitirá el acceso pleno a todos los servicios cubiertos por el Sistema”. En el artículo 44 del mismo Reglamento, se señala que “la vigencia de derechos podrá ser constatada en las unidades prestadoras de servicios mediante el documento o mecanismo a que se refiere el artículo 41 de este Reglamento o por los instrumentos que determine la Comisión como válidos para tales efectos y que formen parte del proceso de incorporación al Sistema”.

- b) Suspensión/cancelación de derechos.** El artículo 48 del RLGSPSS, fue modificado para precisar y clarificar el mecanismo de cancelación de derechos a los beneficiarios del Sistema. En este sentido, se establece que cuando los REPSS tengan conocimiento de que una familia o persona se ubique en alguno de los supuestos de suspensión o cancelación a que se refieren los artículos 77 Bis 39 y 77 Bis 40 de la Ley, deberán informarlo por escrito a la Comisión. Ésta, con base en los principios que establecen los artículos 77 Bis 39, 77 Bis 40 y el Título Décimo Octavo de la Ley, así como en lo previsto en la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, procederá a la suspensión o cancelación de beneficios.
- c) Acreditación de los establecimientos de salud.** En 2011, se modificaron los artículos 23 a 26, 28 y 29 que reglamentan lo concerniente a la acreditación de los establecimientos de salud que prestan servicios a los beneficiarios del Sistema. Se

elimina del artículo 23, toda referencia a que los prestadores de los servicios cubiertos por el FPGC deben contar con la certificación establecida en el artículo 77 Bis 30 de la LGS para prestar servicios a los beneficiarios del SPSS, sin menoscabo del cumplimiento de otras disposiciones jurídicas y reglamentarias aplicables en la materia. En el artículo 24 se elimina el requisito de contar con la certificación de calidad para los prestadores de servicios, quedando sujetos sólo a los requisitos de acreditación definidos por la Secretaría en los términos de la Ley, del RLGSPSS y del Manual de Acreditación, sin menoscabo del cumplimiento de otras disposiciones jurídicas y reglamentarias aplicables en la materia. En el artículo 25 se adiciona que la acreditación será favorable si cumple con la calidad a que se refiere el artículo 23 del RLGSPSS y se elimina que mediante la acreditación se busca minimizar los riesgos a la salud por condiciones inseguras en la operación de los mismos, así como corroborar condiciones fundamentales de gestión y resultados de calidad. El artículo 26 presenta modificaciones de forma mejorando la redacción y claridad respecto a la acreditación. En el artículo 28 se adiciona como competencia de la CNPSS la capacidad de establecer prioridades para la acreditación de prestadores de servicios de atención médica del Sistema y se le elimina la responsabilidad de revisar anualmente el cumplimiento de las condiciones en materia de acreditación en las que se encuentren los establecimientos incorporados al Sistema. Asimismo, se modifica lo relacionado a los lineamientos adicionales para la acreditación de los establecimientos prestadores de servicios de atención médica que estipula el artículo 77 Bis 9 de la Ley, relacionado con: i) procedimiento para la obtención del dictamen de acreditación de los establecimientos prestadores de servicios de atención médica que atienden servicios esenciales y los cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos; ii) requisitos de mejora continua que habrán de cumplir las unidades para renovar la acreditación durante el procedimiento de re-acreditación; iii) procedimiento en caso de dictamen no favorable, así como el contenido mínimo del Plan de Contingencia; iv) procedimiento de supervisión y suspensión de la acreditación; v) los criterios mayores y las características de las cédulas de evaluación que aplicarán en el procedimiento de acreditación de los establecimientos prestadores de servicios de atención médica. Para efectos de lo dispuesto en esta fracción, los criterios mayores estarán basados en requisitos esenciales que al incumplirse podrán impedir el seguimiento de la evaluación respectiva, y vi) el perfil técnico que tendrá el personal para realizar el proceso de acreditación y supervisión. Se adiciona un artículo 29Bis que reglamenta sanciones por incumplimiento de la acreditación. A este respecto, se señala que cuando un establecimiento que presta servicios de atención médica pone en riesgo la seguridad de los beneficiarios del Sistema o trabajadores de salud, o haya incumplido los requerimientos de la acreditación, la Secretaría lo hará del conocimiento del prestador de servicios, para que en el término de veinte días hábiles presente lo que

a su derecho convenga. Agrega que si derivado de las actuaciones a que se refiere el párrafo anterior, se demuestra el incumplimiento de los requerimientos de la acreditación, la Secretaría suspenderá la acreditación al establecimiento prestador de servicios de atención médica, comunicándolo a la Comisión. Los establecimientos médicos tendrán un plazo de seis meses para solventar los incumplimientos por los cuales se suspenda la acreditación a que se refiere este artículo.

d) Financiamiento del Sistema. La principal modificación se centra en el cambio del financiamiento de la Unidad de Protección Social que pasa del núcleo familiar a número de personas afiliadas, para lo cual el monto total de recursos federales correspondientes a la cuota social por persona beneficiaria será determinado de forma anual conforme a la Ley y al Reglamento (artículos 78, 79 y 83). El artículo 86 se ajusta para establecer que los gobiernos de las entidades federativas promoverán la correspondencia en los conceptos y calendarios de los presupuestos estatales con los federales para relacionar los compromisos de recursos con base en el número de personas beneficiarias y la calendarización presupuestal. Así mismo, se modifica y ajusta la fórmula para el cálculo de la aportación solidaria por parte del Gobierno Federal mediante la distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona a que hace referencia el artículo 77 Bis 13, fracción II, de la LGS fijando como monto disponible para la aportación solidaria federal promedio nacional por persona beneficiaria equivalente a una y media veces el monto de la cuota social (artículo 87).

e) Manejo del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). En 2011, fueron seis los artículos modificados del RLGSPSS que hacen referencia al financiamiento y manejo de los recursos del FPGC.

Artículo 95. Define al FPGC como un fondo sin límite de anualidad presupuestal que apoya el financiamiento del tratamiento de enfermedades de alto costo y medicamentos asociados que generan gastos catastróficos para los prestadores de servicios de salud del Sistema. Se adiciona que el financiamiento del tratamiento de enfermedades de alto costo de los que provocan gastos catastróficos y medicamentos asociados, estará dirigido a apoyar la atención integral principalmente de los beneficiarios del Sistema, en la cual deberán contemplarse de manera incluyente, las intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, en términos de lo que establece el artículo 77 Bis 29 de la Ley, y demás disposiciones aplicables.

Artículo 97. Presenta modificaciones de forma mejorando la redacción y claridad respecto al financiamiento del FPGC.

Artículo 100. Se precisa que es la Secretaría **a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud** la que incluya los gastos catastróficos definidos por el Consejo de Salubridad, en la cobertura del FPGC en forma gradual.

Artículo 101. Se adiciona que “la Secretaría, de conformidad con las Reglas de Operación del fideicomiso a que hace referencia el artículo 77 Bis 29 de la Ley, emitirá los lineamientos operativos para la administración y operación de los recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos relacionados con la priorización del financiamiento de los gastos catastróficos señalados en el Catálogo de Intervenciones que refiere el párrafo anterior, incluyendo aquéllos relacionados con el fortalecimiento de la infraestructura médica de alta especialidad.”

Artículo 103. Se agrega que para la mejor atención de los gastos catastróficos, los prestadores de servicios de atención médica deberán utilizar protocolos de atención médica además de las guías clínico-terapéuticas, sustentadas en medicina basada en evidencia científica y aprobada por la Comisión, permitiendo homogeneizar criterios de atención para una mejor práctica médica, y en cuya elaboración participarán profesionales expertos en la materia.

Artículo 104. Un cambio importante introducido al Reglamento hace referencia a que el FPGC cubrirá los gastos generados principalmente por los beneficiarios del Sistema, y no de forma exclusiva a los beneficiarios del Sistema como se consideraba anteriormente.

- f) **Mecanismos de rendición de cuentas y transparencia.** Con el propósito de contribuir a mejorar la rendición de cuentas y la transparencia en el uso de los recursos del Sistema, en 2011 se modificaron y agregaron elementos que hacen referencia a estos procesos. En los artículos 72 y 74 se adiciona que la Comisión debe publicar, a través de los medios de comunicación electrónicos, los resultados obtenidos en las evaluaciones una vez que se cuenten con ellos y del desempeño anual de los Regímenes Estatales de acuerdo con las evaluaciones y metas del Sistema, respectivamente. En el artículo 75 que hace referencia a los componentes de la evaluación se modifican el componente gerencial y el componente de impacto. En el Gerencial, se añade que se podrá contar con una estimación de riesgos, que considerará factores tales como ciclo económico; fenómenos de migración; evolución del costo de los tratamientos y medicamentos; los costos laborales, y en general cualquier otro factor que afecte la capacidad de los aportantes para cumplir con los objetivos del Sistema; mientras que en el de Impacto se adicional que Los Regímenes Estatales deberán entregar la información que les corresponda. Finalmente el artículo 139 explicita que los Regímenes Estatales pondrán a disposición del público por medios remotos o locales, de comunicación electrónica,

la información relativa al manejo financiero del Sistema, así como el cumplimiento de sus metas y a la evaluación de satisfacción del usuario.

En cuanto a la garantía de la prestación de los servicios a los beneficiarios del sistema, en el artículo 30 se establece que la falta de presentación de la Cartilla Nacional de Salud no podrá ser motivo para negar ningún tipo de atención médica, no sólo la consulta de urgencias

c) Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de Beneficiarios y determinación de la cuota familiar del SPSS

Con el fin de lograr las metas de afiliación hacia la consecución de la cobertura universal en salud, se realizaron diversas modificaciones al marco regulatorio y operativo. Los principales cambios se relacionaron con la incorporación de grupos especiales de beneficiarios como los menores de 5 años -Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG)-, mujeres embarazadas, beneficiarios de los Programas Oportunidades y Apoyo Alimentario.

En 2006, se modifica en el punto 1 del Capítulo I de los Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud, la denominación del Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES), para establecerse como Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).

En 2010, se modifica el numeral 7 del Capítulo V estableciendo que los Regímenes Estatales aplicarán las cuotas que se encuentren en vigor al momento de la afiliación de las familias y bajo ninguna circunstancia podrán aplicar exenciones o diferimiento de pago que no estén indicadas en las disposiciones jurídicas aplicables. Asimismo, no podrán solicitar, bajo ninguna circunstancia, al titular de la familia un desembolso monetario mayor a la cuota familiar que les corresponda según el decil de ingreso en que se ubiquen conforme sea determinado con base en la CECASOEH.

En 2011 se presenta el mayor volumen de modificaciones a este Lineamiento:

- a) En el Capítulo I se adicionan la Consulta Segura, el Registro Biométrico y el Sistema Nominal en Salud (SINOS).** La primera, es definida como el tamiz de datos básicos orientados a identificar riesgos de salud de los afiliados al Sistema. Dicho Tamiz consiste en la aplicación de pruebas indicativas de riesgo, mediante la utilización de variables como: peso, talla, glucosa en sangre, tensión arterial y perímetro abdominal, entre otros, los cuales permitirán identificar con la debida

anticipación, algunas condicionantes que pudieran significar riesgo en la salud de la persona, con la finalidad de ser canalizadas para su debido tratamiento, en su caso. Por su parte el Registro Biométrico se define como el medio para identificar a una persona, basado en sus características físicas, tales como sus huellas dactilares, iris y rostro. Para efectos del Sistema se registrarán las huellas dactilares de todos los dedos de las dos manos de cada uno de los integrantes del núcleo familiar a partir de los 10 años, que formalicen su afiliación o re afiliación al Sistema. El SINOS es el componente del Sistema de Administración del Padrón (SAP) para el Registro Biométrico y aplicación de la Consulta Segura, entre otros.

En este mismo capítulo, se modifica los componentes de información que integran el padrón incorporando además sus datos de identidad y los asociados a los riesgos de salud, entre otros. También se redefine el SAP como el conjunto de procesos, procedimientos, herramientas y componentes para la administración e integración nominal de la información socioeconómica, de salud, biométrica y toda aquella relacionada con el Padrón de Beneficiarios, conforme a lo que dispone el artículo 50 del Reglamento y demás disposiciones jurídicas y administrativas aplicables.

- b) En el Capítulo II, se reforma el inicio de la vigencia de derechos de los afiliados** al Sistema que pasa de ser del primer día del mes calendario siguiente en que presente su solicitud de afiliación, al mismo día de formalizada dicha afiliación, debiendo los Regímenes Estatales regularizar esa situación.

- c) En el Capítulo III, se modifica el numeral 9** adicionando que: i) una vez se haya formalizado la afiliación de la familia al Sistema, se deberá llevar a cabo el procedimiento de Registro Biométrico y Consulta Segura de cada uno de sus integrantes; ii) para llevar a cabo el Registro Biométrico y la Consulta Segura, se deberá ingresar al módulo específico SINOS, capturando el folio de afiliación de la familia generado al momento de su incorporación; iii) primeramente deberá llevarse a cabo el Registro Biométrico a todos los integrantes de la familia a partir de los 10 años, debiendo el personal encargado observar que se digitalicen las huellas dactilares de todos los dedos de las dos manos de dichos integrantes; iv) finalizado el Registro Biométrico de los integrantes de la familia, se le indicará a ésta que se llevará a cabo la aplicación de la Consulta Segura a todos los integrantes de la familia afiliados al Sistema, indicándole que se realizará la aplicación de pruebas que permitan identificar algunas condicionantes que pudieran significar riesgo en la salud de la persona; v) los Regímenes Estatales deberán implementar las estrategias necesarias, a efecto de que a los integrantes a partir de 10 años de las familias afiliadas al Sistema les sea aplicado el Registro Biométrico y, a todos los integrantes, la Consulta Segura. Adicionalmente se incorpora el numeral 24 Bis que

señala que las familias que hubieren cumplido con lo dispuesto por el 9 Bis 1, serán sujetas de una nueva Consulta Segura al momento de su re-afiliación.

En este capítulo se deroga el apartado de “Credencialización” que comprende los numerales 25 a 28.

- d) En el capítulo V, referente a los recibos por la recepción de las cuotas familiares se deroga el numeral 14 que señalaba que los informes entregados por los REPSS a la Comisión deberían incluir el tiraje de recibos impresos.
- e) En el capítulo VII, se adiciona en la validación del padrón el inciso 4 que señala que se debe verificar que los integrantes de la familia incorporados al Sistema, cuenten con la información correspondiente al Registro Biométrico y la Consulta Segura.

Con relación a los numerales modificados de este capítulo, lo concerniente al envío y recepción de la base de datos del Padrón de Beneficiarios del Sistema, cambia de periodicidad a un mes. Anteriormente se contemplaba que la información validada del padrón fuera enviada de manera continua a la Comisión. Adicionalmente se disminuye a dos días el tiempo que se le proporciona al REPSS para realizar las correcciones a los registros que procedan y deberán ser re-enviados a la Comisión, para que revise y constate los ajustes correspondientes y proceda a incorporarlos al cierre definitivo del mes en curso.

- f) Capítulo VIII. Se adicionan los numerales 5 y 6 “De los casos no previstos” estableciendo que la Comisión emitirá los lineamientos o criterios específicos para la implementación y operación del SINOS, que deberán observar los Regímenes Estatales y los Servicios Estatales de Salud: por otra parte que la Secretaría de Salud, a través de la Comisión, resolverá aquellos casos no previstos en estos Lineamientos, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables.
- g) Transitorio: se establece que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, deberá emitir los criterios de gasto para la implementación y operación del Sistema Nominal en Salud, conforme al presupuesto autorizado y señalado en el Anexo IV del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en cada Entidad Federativa a que se refiere el artículo 77 bis 6 de la Ley General de Salud y en la normatividad que resulte aplicable en materia de adquisiciones.

d) Lineamientos para evaluar la satisfacción del usuario del SPSS.

En el año 2007, la Secretaría de Salud promulga los lineamientos para la evaluación de la satisfacción del usuario del SPSS. La finalidad de este instrumento normativo es establecer los criterios a que se sujetará la evaluación de la satisfacción de los usuarios en la prestación de los servicios por los REPSS.

Para hacer homogénea y compatible la información generada por cada una de las entidades federativas, los lineamientos definen la metodología que se llevará a cabo para el estudio de la satisfacción de los usuarios. Esta incluye:

- El tipo de estudio: transversal bajo un nivel de análisis exploratorio
- El cálculo de las muestras:
 - Proporcional y estratificada según el número de usuarios residentes por jurisdicción sanitaria.
 - Para los casos de enfermedades que ocasionan gastos catastróficos, el universo de referencia serán los listados nominales de casos nuevos diagnosticados notificados y validados a través del Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos (SIGGC).
- La técnica e instrumento de recolección de información: encuestas de opinión y Cédula de Satisfacción del Usuario del Sistema establecida por la Comisión.
- Los procedimientos para el procesamiento y análisis de los datos.

Así mismo, se establecen las reglas de operación y las competencias y responsabilidades de los REPSS en el ámbito estatal y de la Comisión en el nivel federal. Por mandato Constitucional (Artículo 4) todo mexicano tiene derecho a la protección de la salud.²² La reglamentación y ampliación de contenidos de este mandato constitucional, se establece en las disposiciones legislativas secundarias (Leyes Federales y Estatales) y en instrumentos jurídicos de naturaleza materialmente legislativa de orden jerárquico menor como reglamentos, reglas de operación, normas oficiales, acuerdos, convenios y contratos expedidos por las más diversas autoridades administrativas tanto del ámbito federal como estatal.

e) Acuerdos por los cuales se establecen disposiciones relativas a la vigencia de derechos de las familias con al menos un niño nacido en territorio nacional a partir del 1 de diciembre de 2006 que sean incorporados al SPSS.

Son dos los acuerdos publicados en el DOF en 2007 y 2008 para incorporar al SPSS familias con al menos un niño nacido en territorio nacional a partir del 1 de diciembre de 2006. La principal condición para esta incorporación fue que una de las personas enunciadas en las fracciones I a IV del artículo 77 Bis 4 de la LGS, expresara la voluntad de afiliar al menor y a su familia al Sistema y realizará los trámites correspondientes para dichos efectos.

Estos nuevos supuestos de incorporación de familias al SPSS, tuvieron su fundamento en la política social establecida por el gobierno del Presidente Felipe Calderón en el sexenio 2006-2012. Ésta señala que dentro de los grupos más vulnerables, se encuentran los niños, y por ende una de las prioridades del Gobierno Federal, era la protección social en salud a todos los niños desde su nacimiento. Derivado de ello, se instruyó a la Secretaría de Salud con el fin de que gestionara lo conducente para crear los mecanismos necesarios para que los niños no derechohabientes de seguridad social, desde su nacimiento, contaran con un seguro médico que protegiera eficazmente su salud. Una vez se analizaron las opciones, se concluyó que el SPSS, era el vehículo idóneo para su consecución.

Derivado de ello se creó una nueva vertiente del SPSS, por la cual se buscó que todos los niños estuvieran protegidos de los principales padecimientos que se presentan en los primeros cinco años de vida, sobre todo en el primer año, que es cuando ocurre el mayor número de muertes en la infancia, naciendo el Seguro Médico para una Nueva Generación.

Para ponerlo en marcha, el 21 de febrero de 2007 se publicó en el DOF el “Acuerdo por el cual se establecen las disposiciones relativas a la vigencia de derechos de las familias con al menos un niño nacido en territorio nacional a partir del 1 de diciembre de 2006 que sean incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, así como a la aplicación de recursos que por concepto de cuota social y aportaciones solidarias efectuarán los gobiernos federal, estatal y del Distrito Federal”. Este acuerdo, establece que:

- Las familias con al menos un niño nacido en territorio nacional a partir del 1 de diciembre de 2006, tendrán derecho a la protección social en salud que brinda el SPSS, siempre y cuando, se realicen los trámites correspondientes para dicha incorporación, y en su caso, se efectúe la aportación de la cuota familiar correspondiente.
- El inicio de la vigencia de derechos del SPSS para estas familias, comenzará a partir del día de su incorporación, contemplando doce meses calendario de vigencia, y
- Los gobiernos Federal, Estatales y del Distrito Federal realizarán las aportaciones que les correspondan a partir del primer mes de vigencia de los derechos de las familias afiliadas al SPSS con al menos un niño nacido en territorio nacional a partir del 1 de diciembre de 2006.

Al siguiente año, como consecuencia de las demandas de la población, así como de diversas situaciones presentadas en la operación del SPSS en cuanto a las coberturas adicionales del Seguro Universal de Salud para Niños -Seguro Médico para una Nueva Generación-, “especialmente en cuanto a la merma que en muchas de las ocasiones presenta la economía familiar al presentarse alguna enfermedad de alto costo; ello aunado a la existencia de niños mexicanos nacidos fuera del territorio nacional, pero residentes en el mismo”,²³ se detectó la necesidad de realizar ajustes y modificaciones para proteger efectivamente la salud de todos los niños mexicanos nacidos a partir del 1 de diciembre del 2006. Se expide entonces,

en el DOF del el 29 de febrero de 2008 el “Acuerdo por el cual se establece un nuevo supuesto para considerar a las familias que se afilien al SPSS bajo el régimen no contributivo”. El objetivo principal de este instrumento normativo fue establecer un nuevo supuesto para considerar, dentro del régimen no contributivo, a aquellas familias que contaran con al menos un niño mexicano nacido a partir del 1 de diciembre de 2006 al momento de incorporarse al SPSS. Este acuerdo, establece que:

- Se considerarán dentro del régimen no contributivo a aquellas familias con al menos un niño mexicano nacido a partir del 1 de diciembre de 2006, que derivado de la aplicación de la evaluación socioeconómica a que se refieren los artículos 77 Bis 25 de la Ley General de Salud y 122 y 124 al 127 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, se ubiquen en los deciles I a VII de la distribución de ingreso.
- Las familias que se incorporen al SPSS bajo el régimen no contributivo por motivo de este nuevo supuesto, deberán aportar la cuota familiar que corresponda a su decil de ingresos, si al momento de su re afiliación al Sistema no cuentan con al menos un niño menor de cinco años de edad.

f) Acuerdos por los cuales se adicionan nuevos supuestos de titulares y beneficiarios del SPSS.

Dos instrumentos jurídicos más adicionan nuevas reglas y supuestos para incorporar personas y familias al SPSS con vistas a alcanzar la meta de cobertura universal en salud. Estos son:

- El acuerdo por el que se adicionan nuevos supuestos de titulares y beneficiarios del SPSS a la composición actual del núcleo familiar al que se refiere El Título Tercero Bis de la LGS (publicado DOF el 17 de abril de 2008) y
- El acuerdo por el cual se establece un nuevo supuesto para considerar a las familias que se afilien al SPSS bajo el régimen no Contributivo (publicado DOF el 14 de julio de 2008).

En el primer caso, se establece que se considerarán como integrantes del núcleo familiar a aquellas personas que aun no teniendo parentesco de consanguinidad con las personas señaladas en las fracciones I a III del artículo 77 Bis 4 de la LGS, habiten en la misma vivienda y dependan económicamente de ellos y sean menores de dieciocho años o discapacitados dependientes de cualquier edad; o bien, dependientes económicos de hasta veinticinco años, solteros y que prueben ser estudiantes. Esto se justifica en razón a la obligación legal que recae en aquellos adultos que por determinada situación, tienen a su cargo la obligación de proveer alimentos a los menores o discapacitados dependientes, de conformidad con lo dispuesto en las leyes mexicanas y a lo propiamente establecido en el

artículo 63 de la LGS, que dispone que la protección de la salud física y mental de los menores es una responsabilidad que comparten los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad sobre ellos, el Estado y la sociedad en general.

En el segundo caso, el acuerdo determina que se considerarán dentro del régimen no contributivo a aquellas familias que al incorporarse al SPSS, se encuentren integradas por al menos una mujer con diagnóstico de embarazo, y que derivado de la aplicación de la evaluación socioeconómica a que se refieren los artículos 77Bis 25 de la Ley General de Salud y 122 y 124 al 127 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud se ubiquen en los deciles I a VII de la distribución de ingreso. Adicionalmente se señala que el inicio de vigencia de derechos para las familias incorporadas al Sistema en este caso comenzará a partir del día de su incorporación, contemplando doce meses calendario de vigencia. También se señala que las familias incorporadas al SPSS bajo el régimen no contributivo por motivo de este nuevo supuesto, deberán aportar la cuota familiar que corresponda a su decil de ingreso, si al momento de su re-afiliación al Sistema de Protección Social en Salud no se ubican en alguno de los supuestos del régimen no contributivo.

g) Acuerdo por el que se crea la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud

Antecede a la publicación de este acuerdo la firma del “Compromiso para garantizar la suficiencia, disponibilidad y precio justo de medicamentos”, realizado en febrero de 2007 entre representantes de los poderes Ejecutivo y Legislativo Federal, de los gobiernos de las entidades federativas, de laboratorios fabricantes, distribuidores y farmacias, así como academias de profesionales médicos. En este documento se establecieron diversas acciones, entre las cuales destaca el implementar estrategias que contribuyan a garantizar la disponibilidad de medicamentos para el debido suministro en las instituciones públicas de salud.

Diversos estudios realizados mostraron la problemática del abasto y surtimiento completo de medicamentos de manera oportuna para los beneficiarios del Sistema. Entre los resultados hallados resalta que los mecanismos y condiciones de adquisición, así como los precios observados de compra de medicamentos y otros insumos para la salud, presentan un alto grado de heterogeneidad como resultado de las diferencias observadas en los procesos de adquisiciones de los diferentes compradores públicos, así como también las diferencias en las cantidades demandadas y las condiciones de pago por parte de los compradores. Esto y la necesidad de contar con participación interinstitucional que promoviera mejores condiciones de adquisición por parte de las diversas dependencias y entidades paraestatales de la Administración Pública Federal que prestan servicios de salud, se estableció la

necesidad de contar con un cuerpo colegiado que llevara a cabo el proceso de negociación anual de precios de medicamentos y otros insumos para la salud.

Bajo este contexto se promulga, en el DOF 26/02/2008, el acuerdo por el que se crea la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud. El contenido del acuerdo señala, entre otros aspectos, su conformación, funciones y la manera de operar como lo muestra su clausulado:

1. Se crea la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud, como una Comisión Intersecretarial de carácter permanente.
2. Se establece que dicha Comisión tiene por objeto llevar a cabo el proceso de negociación anual de precios de medicamentos y otros insumos para la salud contenidos en el Cuadro Básico para el primer nivel de atención médica y Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel, que cuenten con patente vigente y que sean objeto del procedimiento de adjudicación directa.
3. Se determinan las funciones de la Comisión.
4. Se define que la Comisión estará conformada por las secretarías de Hacienda y Crédito Público; Economía, y Salud, y por los organismos descentralizados Instituto Mexicano del Seguro Social e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Asimismo, la Secretaría de la Función Pública participará como asesor permanente de la Comisión fundando y motivando el sentido de sus opiniones.
5. Se señala que el Presidente de la Comisión será designado por el Titular del Poder Ejecutivo Federal, que durará en su cargo dos años y que será responsable de conducir los trabajos de la Comisión y rendir el informe a que se refiere el artículo cuarto del Acuerdo.
6. Se indica que la Comisión sesionará, previa convocatoria por escrito, de manera ordinaria cuando menos tres veces al año, y de forma extraordinaria cuantas veces se requiera por la importancia de algún asunto o tema.
7. Se fijan las funciones del Presidente de la Comisión, del Secretario Técnico.
8. Se establece que la Comisión, por conducto de la Secretaría de Salud, promoverá la adhesión de las entidades federativas al precio de adquisición de medicamentos y otros insumos para la salud con patente vigente negociado por la Comisión.
9. La negociación será de carácter anual y se llevará a cabo durante el ejercicio fiscal anterior al que corresponda la adquisición.
10. El precio negociado por la Comisión servirá de referente hasta ser modificado por negociaciones subsecuentes, y será de observancia obligatoria en los procesos de adquisición que realicen los compradores públicos que participen en la negociación. Las reglas de operación establecerán los mecanismos para formalizar los acuerdos alcanzados durante la negociación en cumplimiento con lo dispuesto en este párrafo.

11. Si con posterioridad a la negociación se incorpora al Cuadro Básico y Catálogo algún nuevo medicamento o insumo para la salud con patente, la Comisión podrá realizar negociaciones extraordinarias que permitan a los compradores públicos obtener mejores precios para dichos medicamentos e insumos en caso de que decidan incorporarlos como parte de sus programas anuales de adquisición.

Finalmente se indica que para la operación y funcionamiento de la Comisión y de los comités a que se refiere el artículo décimo segundo de este Acuerdo, se aprovecharán los recursos humanos, materiales y financieros de las dependencias y entidades paraestatales de la Administración Pública Federal que en ella participen, por lo que no se autorizarán recursos adicionales para tal fin.

h) Acuerdo que establece los lineamientos para la adquisición de medicamentos asociados al catálogo universal de servicios de salud por las entidades federativas con recursos del SPSS.

Este acuerdo, publicado en el DOF el 26 de enero de 2009, tiene por objeto establecer los criterios que deben seguir las entidades federativas para el ejercicio de los recursos federales que se les transfieren por concepto de cuota social y aportación solidaria federal para la adquisición de medicamentos asociados al Catálogo Universal de Servicios de Salud. Dichos criterios están orientados a reducir los costos en la compra de medicamentos y, consecuentemente, a promover el aseguramiento de su abasto eficiente, distribución, entrega al beneficiario del Sistema de Protección Social en Salud y uso racional de los mismos. En el siguiente cuadro se presenta la información más relevante contenida en este acuerdo.

Cuadro A.3. Elementos contenidos en el Acuerdo que establece los lineamientos para la adquisición de medicamentos asociados al catálogo universal de servicios de salud por las entidades federativas con recursos del SPSS, 2009

Artículo	Descripción
Segundo	Definiciones varias
Tercero	<p>Establece que en el anexo 1 contenido en el Acuerdo, se encuentran los precios de referencia que deberán observar las entidades federativas para adquirir los medicamentos asociados al CAUSES, ya sea por licitación pública, adjudicación directa o en cualquier otra modalidad, en términos de las disposiciones aplicables en materia de adquisiciones, arrendamientos y Servicios.</p> <p>También que cuando proceda, se considerarán aquellos precios actualizados por la Secretaría de Salud, con base en los precios mínimos pagados por las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, mismos que deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación.</p>

Artículo	Descripción
Cuarto	<p>Las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, realizarán las acciones conducentes para adquirir los medicamentos asociados al CAUSES a precios unitarios que no excedan en un 20% a los contenidos en el Anexo 1 de los presentes Lineamientos.</p> <p>Sólo en los casos de emergencias epidemiológicas, declarados por el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE), las entidades federativas podrán adquirir medicamentos asociados al CAUSES a un precio unitario mayor al 20% de los precios de referencia. Las entidades federativas deberán documentar debidamente esos casos y reportarlos por escrito a la Comisión en un plazo no mayor a 45 días hábiles después de realizada la adquisición de que se trate.</p>
Quinto	<p>Cuando aquellas entidades federativas adquieran medicamentos bajo algún esquema total o parcial de terciarización que, entre otros conceptos, incluya costos de administración, almacenamiento, seguros, supervisión, manejo de inventario, entrega personalizada, distribución a farmacias, centros de salud o a cualquier otro punto de entrega directa al afiliado, éstas deberán sujetarse a lo establecido en los lineamientos Tercero y Cuarto. Para ello, deberán diferenciar el precio unitario de cada una de las claves adquiridas, de cualquier costo adicional, siendo el precio unitario el que deba regirse por lo establecido en los presentes Lineamientos.</p>
Sexto	<p>La adquisición de los medicamentos contenidos en el CAUSES que realicen las entidades federativas se ajustará a los procedimientos establecidos en la normatividad estatal y, en su caso, federal aplicable, de conformidad con lo previsto en el artículo 77 bis 16 de la Ley.</p>
Séptimo	<p>Para el caso de la adquisición de medicamentos que cuenten con patente vigente y que sólo puedan ser adquiridos a través de las personas que detenten la titularidad y/o exclusividad de la patente, las entidades federativas podrán adherirse a los precios de adquisición negociados por la Comisión Coordinadora de Medicamentos, conforme a la normatividad aplicable.</p> <p>Para efectos del párrafo anterior, las entidades federativas deberán solicitar por escrito a la Secretaría de Salud su correspondiente adhesión, conjuntamente con la lista de los medicamentos con patente vigente y el volumen anual estimado de compra que corresponda.</p> <p>Cuando se trate de medicamentos con patente vigente no incluidos en el universo de la Comisión Coordinadora de Medicamentos, los precios de referencia serán aquellos incluidos en el Anexo 1 de los presentes Lineamientos.</p>
Octavo	<p>Para el caso de la adquisición de medicamentos genéricos intercambiables, se deberá observar lo dispuesto en el Acuerdo por el que se establece que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, deberán comprar medicamentos genéricos intercambiables, publicado en el Diario Oficial</p>

Artículo	Descripción
	de la Federación el 7 de junio de 2002.
Noveno	Las entidades federativas proporcionarán a la Secretaría de Salud, por conducto de la Comisión, la información relativa al nombre del proveedor, el procedimiento de contratación que se hubiere llevado a cabo y el precio unitario de las claves de los medicamentos contenidos en el CAUSES.
	Lo anterior, con el objeto de transparentar su gestión en el manejo de los recursos federales transferidos para la adquisición de medicamentos, de conformidad con las normas aplicables en materia de acceso y transparencia a la información pública gubernamental.
	La información que las entidades federativas proporcionen, en términos del párrafo anterior, se deberá publicar en la página de Internet del Servicio Estatal de Salud de cada entidad federativa y en el de la Comisión, de conformidad con el artículo 39 fracción VII del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2009.
Décimo	En el caso de que las autoridades fiscalizadoras competentes de las entidades federativas, el órgano de fiscalización de un Congreso Local o de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal que, en el ejercicio de sus atribuciones de control y supervisión, conocieren que los recursos federales destinados a la adquisición de medicamentos asociados al CAUSES no han sido destinados a dichos fines de acuerdo a las disposiciones federales y estatales aplicables, incluyendo lo dispuesto en estos lineamientos, deberán hacerlo del conocimiento inmediato de la Secretaría de la Función Pública y de la Auditoría Superior de la Federación, respectivamente.
Transparencia	
	Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 77 bis 32 de la Ley y sin perjuicio de la aplicación de lo establecido en la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria en la materia.
Décimo primero	Las responsabilidades administrativa, patrimonial, civil o penal que deriven de afectaciones a la Hacienda Pública Federal, a las aportaciones estatales y cuotas familiares en que, en su caso, incurran las autoridades locales exclusivamente por motivo de la desviación de los recursos para fines distintos a los previstos en la Ley y los presentes Lineamientos, serán sancionadas en los términos de la legislación federal, por las autoridades federales, en tanto que en los demás casos dichas responsabilidades serán sancionadas y aplicadas por las autoridades locales con base en sus propias leyes.

Fuente: Acuerdo que establece los lineamientos para la adquisición de medicamentos asociados al catálogo universal de servicios de salud por las entidades federativas con recursos del sistema de protección social en salud. Publicado en el diario oficial de la federación el 26 de enero de 2009. Evaluación del SPSS 2012.

i) Avisos por los que se da a conocer la información relativa al número de familias beneficiarias del Sistema.

Desde 2005, en observancia a lo establecido en el marco jurídico del SPSS, se divulga, con una periodicidad anual, el Aviso por el que se da a conocer la información relativa al número de familias beneficiarias del Sistema, la población no derechohabiente de la seguridad social ajustada por necesidades de salud, las aportaciones solidarias estatales y el desempeño por entidad federativa, el peso porcentual de cada uno de los componentes de la fórmula establecida para tal efecto, así como la metodología bajo la cual se llevó a cabo el cálculo correspondiente para el ejercicio presupuestal correspondiente.

La estructura e información de estos instrumentos se ha mantenido a lo largo del tiempo. Dos modificaciones se identificaron:

- La primera, corresponde a una variación mínima (al alza o a la baja) del factor de ponderación para el cálculo del monto por familia por entidad federativa. Por ejemplo Aguascalientes pasó de 1.46 en 2005 a 1.51 en 2012, mientras Guerrero pasó de 1.62 a 1.56 en el mismo período. Estos cambios están asociados al esfuerzo, al desempeño y a las necesidades de cada una de las entidades federativas (factores de ponderación).
- El otro cambio observado, corresponde modificación de la metodología para el cálculo del presupuesto del Sistema en 2010, que pasa de una cuota por familia a una cuota por persona afiliada al Sistema en correspondencia al cambio de la Ley General de Salud y a su Reglamento en materia del Protección Social en Salud.

j) Avisos de cuotas familiares

Este instrumento de carácter normativo, en donde se dan a conocer las cuotas familiares del SPSS, es promulgado anualmente para dar cumplimiento a lo establecido en el inciso 6 del Capítulo V de los Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del SPSS. La estructura del aviso no presenta ningún cambio a lo largo de los años, la información de las cuotas familiares es lo que presenta alguna modificación. Por ejemplo, en los años 2006 a 2008 se presenta un ligero incremento en el valor de las cuotas familiares para los deciles III a X. Entre 2008 y 2010 las cuotas familiares para estas familias permanecen sin modificación. En 2011 se exime de cuota familiar a las personas afiliadas al Sistema que pertenecen a los deciles de ingreso III y IV. También se especifica que las familias beneficiarias del SPSS que se ubiquen dentro del régimen no contributivo, por encontrarse dentro de los supuestos a que se refieren las disposiciones aplicables, continuarán bajo ese esquema, siempre que cumplan con los requisitos y condiciones que establecen las propias disposiciones por virtud de las cuales adquirieron tal carácter.

k) Acuerdos de Coordinación (AC) entre la Secretaría de Salud Federal y los gobiernos estatales para la ejecución del SPSS.

Comenzaron a establecerse desde 2003. Su principal objetivo ha sido establecer las bases, compromisos y responsabilidades de las partes para la ejecución del SPSS en la entidad federativa, en los términos de la Ley General de Salud, su Reglamento en materia de Protección Social en Salud, y demás disposiciones aplicables. En términos generales, la estructura de este instrumento jurídico se ha mantenido con pocas variaciones a través de los años. Sin embargo, las modificaciones introducidas (particularmente en los Anexos que forman parte de este instrumento) han representado importantes avances instrumentales y operativos para el funcionamiento del Sistema, el uso y la transparencia de sus recursos. Estos anexos son: 1) anexo I: servicios de salud comprendidos por el "SPSS" en el estado, 2) anexo II: metas de afiliación anual y por trimestre, 3) anexo III: recursos presupuestales y, 4) anexo IV: concepto de gasto.

Los principales cambios identificados durante el periodo revisado 2007-2011 se muestran en los cuadros A.4 y A.5.

El mayor número de modificaciones se encuentran en el Anexo IV de concepto de gasto. Estas modificaciones se describen a continuación:

Cuadro A.4. Modificaciones al Anexo IV (Concepto del Gasto) de los Acuerdos de Coordinación entre la Federación y las entidades federativas, 2007-2012

Año de modificación	Descripción
2007	<p>Se establecen topes de gasto para los principales conceptos del gasto:</p> <p><u>Hasta 40%</u> de los recursos líquidos del Sistema para remuneraciones de personal directamente involucrado en la prestación de la atención médica a los beneficiarios del Sistema (médicos, médicos especialistas y enfermeras).</p> <p><u>30% de los recursos</u> una vez descontados los recursos para conservación y mantenimiento de unidades médicas para acciones de prevención y promoción de la salud contenidas en el CAUSES.</p> <p><u>30% de los recursos</u> una vez descontados los recursos para conservación y mantenimiento de unidades médicas para adquisición de medicamentos, material y otros insumos para prestar los servicios del CAUSES.</p> <p><u>5% de los recursos</u> líquidos de la Cuota Social y de la Aportación Solidaria Federal para conservación y mantenimiento de unidades médicas.</p> <p>Otros conceptos de gasto contemplados en este Anexo fueron: obra en unidades médicas que prestarán servicios CAUSES (para este rubro el gasto está condicionado a la autorización previa de la Comisión), acreditación de unidades, Programa de Caravanas, sistemas de información automatizadas, gastos de operación de los REPSS, pago al personal administrativo del REPSS.</p>
2008	<p>Se modificó el tope de gasto para las acciones de prevención y promoción estimando que la entidad federativa destinará de los recursos líquidos de la Cuota Social y Solidaria Federal <u>un monto no menor al 20%</u> para financiar las acciones contenidas en el CAUSES para acciones de promoción, prevención, y detección oportuna que estén contenidos en el mismo.</p> <p>Se establece asimismo, que en apoyo a estas acciones de prevención y promoción particularmente a las mujeres embarazadas y dependiendo de la afiliación de grupos de población indígena y de las características de accesibilidad a ésta a los servicios de salud, determinará la vinculación de parteras tradicionales certificadas a los servicios de salud otorgándoles una compensación económica mensual mediante los procedimientos que establezca el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud (SS).</p> <p>Se incorpora al concepto de gasto, la compra de servicios o pago a terceros por servicios de salud siempre que el estado demuestre que ha avanzado en la separación de funciones y que éstas se vean reflejadas en la conformación de acuerdos de gestión y que en este marco las características epidemiológicas o perfil de salud de la población afiliada ameriten la compra de servicios. Bajo este contexto se podrán destinar porcentajes diferentes a los señalados en el artículo 38 del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) específicamente en los</p>

Año de modificación	Descripción
	<p>conceptos de remuneraciones a personal directamente involucrado en la prestación de atención médica, adquisición de medicamentos, materiales e insumos para la prestación de los servicios y acciones de promoción y prevención.</p> <p>En el concepto de gasto del Programa Caravanas de la Salud el monto de recursos por familia afiliada (cápita) que "EL ESTADO" pagará por el Programa dependerá del "tipo y capacidad de oferta de la caravana". Los montos sugeridos representan el costo total de las intervenciones ofrecidas por tipo de caravana, indicados en oficio CNPSS/409/08 emitido por la Comisión. Sin embargo, es responsabilidad de "EL ESTADO" en coordinación con el responsable estatal de la operación del Programa Caravanas de la Salud, definir diversas fuentes de recursos para financiar las capitas a efecto de no duplicar los recursos federales que se destinen a su operación.</p> <p>Se establecen topes para el Gastos de operación de los REPSS hasta 3%, y pago al personal administrativo del REPSS hasta 3%.</p>
<p>2009</p>	<p>En el concepto de compra de medicamentos, materiales e insumos para la prestación del servicio se establece que el ejercicio de los recursos federales deberá sujetarse a los precios de referencia que determine la Secretaría de Salud. Dichos precios deberán estar orientados a reducir los costos unitarios de adquisición.</p> <p>En el concepto de gasto de compra de servicios o pago a terceros por servicios de salud se agrega que de acuerdo con lo establecido en el artículo 39 PEF, las entidades federativas deberán informar trimestralmente a la Comisión el nombre del prestador, el padecimiento del CAUSES que es atendido, y el costo unitario por cada intervención contratada. Agrega que esta información debe ser publicada en las páginas de internet de las Unidades de Protección Social en Salud en las entidades federativas.</p> <p>Se agrega como concepto de gasto la inversión en infraestructura nueva. De esta manera el Estado podrá asignar recursos líquidos de la Cuota Social y en su caso de la Aportación Solidaria Federal para proyectos de inversión en infraestructura médica nueva siempre que cumplan con los requisitos establecidos por la Comisión en este instrumento jurídico.</p>
<p>2010</p>	<p>Adquisición de medicamentos, materiales e insumos para la prestación de servicios: se señala que la CNPSS sólo aceptará en la comprobación, los precios unitarios de referencia publicados. Cualquier sobreprecio respecto de éstos deberá ser financiado con recursos estatales distintos a los recursos federales del Sistema. Tampoco se aceptará que los sobreprecios se paguen con recursos de las aportaciones estatales al Sistema.</p> <p>Acciones de promoción y prevención. Se contempla que en la integración de este monto se incluyen las acciones transversales que inciden en promoción y prevención, las cuales se contabilizan en otros conceptos de gasto tales como: remuneración de personal, medicamentos, material de curación y otros insumos, equipamiento y caravanas siempre y cuando no se rebasen los límites y porcentajes establecidos en el PEF 2010.</p> <p>Se incorpora en el gasto el Sistema Nominal de Seguimiento–Consulta Preventiva (SINOS).</p>

Año de modificación	Descripción
	<p>Se establece que se podrá destinar hasta el 4% de los recursos asignado a “EL ESTADO” por concepto de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal para las acciones y operación del SINOS. El ejercicio de los recursos, se realizará conforme a los Lineamientos Presupuestales del Sistema Nominal de Seguimiento–Consulta Preventiva (SINOS), que emita la Comisión, a través de la Dirección General de Afiliación y Operación.</p> <p>Se incorpora como concepto de gasto, el gasto operativo de unidades médicas participantes en la prestación de servicios de salud del CAUSES. En este sentido, el Estado puede destinar recursos de la Cuota Social y Aportación Solidaria Federal para adquirir insumos y servicios necesarios de las unidades medicas que presten servicios de salud a favor de los afiliados y en zonas de cobertura del Sistema con la finalidad de garantizar la prestación de los servicios de salud del CAUSES.</p>
2011	<p>Adquisición de medicamentos, materiales e insumos para la prestación de servicios: se mantiene el señalamiento de que las entidades federativas deben sujetarse a los precios máximos de referencia y a las disposiciones administrativas que expida la SS, independientemente del procedimiento de adquisición. Se agrega que los estados deberán reportar de manera semestral a la Comisión (a través del sistema creado para tal fin) la totalidad de las adquisiciones realizadas, indicando entre otros aspectos el nombre del proveedor, el evento de adquisición, y el costo unitario de las claves de medicamentos adquiridos. También se señala que esta información deberá ser publicada en la página de internet de la Comisión.</p> <p>En este mismo anexo se explicita que el Estado deberá sujetarse a lo establecido en las fracciones VI, VII y VIII del artículo 41 del PEF 2011. En este sentido, en el tercer párrafo de la fracción VIII de dicho artículo se establece que la entidad federativa se sujetará “estrictamente al límite máximo de precios de referencia así como a que los costos adicionales por sobrepagos de medicamentos y servicios de tercerización se cubra exclusivamente por dicho órgano de gobierno”.</p> <p>Acciones de prevención y promoción de la salud: se adiciona que el detalle de los montos a ejercer en las acciones de prevención y promoción deberán ser validadas por el Estado en conjunto con la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS) y se formalizará a través del convenio denominado Acuerdo para el fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en el Estado.</p> <p>En el rubro de apoyo administrativo y gasto de operación de los REPSS se formaliza que este gasto se realizará de acuerdo con los lineamientos contenidos en los documentos “Criterios Presupuestales para la programación del ejercicio y comprobación de los recursos federales destinados para el apoyo administrativo” y “Lineamientos Generales mediante los cuales se establecen los Criterios Presupuestales para el ejercicio de los Gastos de Operación” emitidos por la Comisión a través de la Dirección General de Financiamiento y la Dirección General de Afiliación y Operación respectivamente.</p>
	<p>Se incorpora el rubro de gasto pago por servicios a Institutos Nacionales y Hospitales</p>

Año de modificación	Descripción
	<p>Federales, indicando que el Estado debe efectuar los pagos a estas instituciones por servicios que éstos presten para la atención del CAUSES en beneficio de los afiliados al Sistema en la entidad federativa. En este sentido, el Estado debe suscribir convenio con dichos Institutos y Hospitales para definir las condiciones y/o esquemas de los pagos. También se señala que estos convenios podrán incluir mecanismos, en los cuales la Comisión pueda pagar a los prestadores de servicios a cuenta y cargo de los recursos federales del Sistema transferibles al Estado.</p> <p>Respecto al reporte de la información del ejercicio de los recursos transferidos, en este año se incorpora el uso del “Sistema de Gestión Financiera” (SIGEFI), para el reporte de cada uno de los conceptos de gasto contemplados en este Anexo. Señala que el resumen de los reportes generados por el SIGEFI deberá remitirse a la Comisión, avalados por el Titular Estatal de los Servicios de Salud y el Director del REPS (Cuadro Resumen, y Programas de Gasto y de Fortalecimiento de Infraestructura); los cuales serán sustentados por la información registrada por "EL ESTADO" en el SIGEFI.</p> <p>En 2011, algunos estados incorporaron un Apéndice al Anexo IV que hace referencia a los mecanismos de abasto y suministro para garantizar el surtimiento oportuno y eficiente de medicamentos.</p> <p>Este apéndice contiene la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fundamentación legal y normativa – Los motivos para llevarlo a cabo (antecedentes) – Objetivo: centrado en el establecimiento de mecanismos complementarios de abasto eficiente, distribución y entrega de medicamentos asociados al CAUSES, que permita el suministro completo y oportuno de los medicamentos prescritos a los afiliados del SPSS con la finalidad de apoyar el cabal cumplimiento de los objetivos del Sistema. – Obligaciones de las partes (Federación y Estado) – Procedimiento operativo – Vigencia
<p>2012</p>	<p>Adquisición de medicamentos, material de curación y otros insumos necesarios para la prestación de servicios a los afiliados del Sistema será de acuerdo con el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). Para dar continuidad a la puesta en marcha del Apéndice al Anexo IV incorporado en 2011, se establece en este punto que la Comisión promoverá el establecimiento de un mecanismo complementario de abasto eficiente, distribución y entrega de los medicamentos asociados al CAUSES, que permita el suministro completo y oportuno de los medicamentos prescritos a los beneficiarios del Sistema en "EL ESTADO", con la finalidad de apoyar el cabal cumplimiento a los objetivos de la protección social en salud. Agrega que para los propósitos anteriores, la Comisión conjuntamente con "EL ESTADO" podrá, conforme el modelo elaborado para tal efecto, implantar operativa y contractualmente el mecanismo complementario referido. En caso de que "EL ESTADO" se adhiera, firmará un apéndice del presente anexo, que establecerá los objetivos, mecanismos y obligaciones</p>

Año de modificación	Descripción
	<p>para su implantación, que será parte integrante del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema. En este año 4 fueron las entidades federativas que se adhirieron a este apéndice: Campeche, Guanajuato, Nuevo León y Querétaro.</p> <p>Acciones de Promoción y Prevención de la Salud. Se adiciona que del porcentaje total de este concepto (20%) hasta el 3% podrá destinarse a las acciones de medicina general vinculada a la detección de riesgos (Consulta Segura). Estas acciones se realizarán con base en el procedimiento que validen la Comisión a través de la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud y la Dirección General de Afiliación y Operación, siendo esta última quien validará la programación de los recursos.</p> <p>Apoyo administrativo y gasto de operación de los "Regímenes Estatales de Protección Social en Salud". Se modifica y se determina que los recursos podrán ser ejecutados en: Cubrir el pago del personal administrativo del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, previa validación de la Dirección General de Financiamiento.</p> <p>El gasto de operación del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, que incluirá los recursos necesarios para la operación de Consulta Segura. La programación deberá ser validada por la Dirección General de Afiliación y Operación.</p> <p>No se podrán destinar recursos de la Aportación Solidaria Estatal para el pago de prestaciones o salarios del personal administrativo del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, se deberán utilizar otras fuentes de financiamiento distintas.</p> <p>Consulta Segura y Registro Biométrico. Se modifica el porcentaje que puede gastar el estado en este concepto. Se podrá destinar hasta el 1% de los recursos asignados a "EL ESTADO" por concepto de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal para la operación intensiva y exclusiva de Consulta Segura y Registro Biométrico. El ejercicio de los recursos, se realizará conforme a los "Lineamientos generales que establecen los Criterios para la programación y ejercicio de los recursos para el apoyo administrativo y gasto de operación de los REPS y Consulta Segura", que emita la Comisión.</p> <p>Adquisición de Sistemas de Información y Bienes Informáticos. Se autoriza la adquisición de bienes y servicios informáticos necesarios para la implementación del registro biométrico, la aplicación de Consulta Segura y la integración de información. Dichos recursos deberán ser planteados de manera específica en un proyecto tecnológico para autorización de la Comisión. En el caso de proyectos de Expediente Clínico Electrónico, la autorización será emitida por la Dirección General de Información en Salud y por la Comisión, a través de la Dirección General de Procesos y Tecnología. La presentación y autorización de proyectos se llevará a cabo con base en lo establecido en los "Lineamientos para la presentación y autorización de proyectos tecnológicos".</p> <p>Información del ejercicio de los recursos transferidos. Se adiciona que es responsabilidad de "EL ESTADO" el cumplimiento de las disposiciones previstas en el artículo 44 del PEF</p>

Año de modificación	Descripción
	2012, y del envío de la información en los términos y en los periodos señalados en el presente Anexo, para estar en condiciones de recibir las transferencias federales de manera regular , conforme al artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

Cuadro A.5. Modificaciones al Anexo I (servicios de salud comprendidos por el SPSS) de los Acuerdos de Coordinación entre la Federación y las entidades federativas, 2007-2012

Año de modificación	Descripción
2007	<p>4. Se incorporan 8 intervenciones al CAUSES pasando de 247 a 255 divididas de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades preventivas: 17 • Medicina ambulatoria 84 • Odontología 8 • Salud reproductiva 9 • Embarazo, parto y recién nacido 21 • Rehabilitación 3 • Urgencias 20 • Hospitalización 24 • Cirugía 69 <p>5. Listado de medicamentos asociados al CAUSES (285 claves)</p> <p>6. Intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (34)</p>
2008	<p>5. El CAUSES pasa a cubrir 266 intervenciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambia la denominación de las actividades preventivas por intervenciones en salud pública y se focalizan por grupos de edad así: <ul style="list-style-type: none"> – Recién nacidos y menores de 5 años de edad (10) – 5 a 9 años (1) – Adolescentes (4) – Adultos (7) – Adultos mayores (3) • Consulta de medicina general/ medicina familiar y de especialidad • Consulta de medicina general (61) • Consulta de especialidad (39) • Odontología (8) • Urgencias (26) • Hospitalización (38) • Cirugía (69) <p>6. Listado de medicamentos asociados al CAUSES (312 claves)</p> <p>7. Intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (49)</p> <p>8. Se incorporan las patologías del Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) (108)</p>
2009	<p>Se identificaron dos cambios:</p> <p>3. En el listado de medicamentos se incluyen tres claves nuevas, se elimina una y se asigna una al medicamento sertranina.</p> <p>4. Se incorporan 8 patologías nuevas al SMNG que queda con 116.</p>
2010	<p>5. Se incorporan 9 intervenciones al CAUSES pasando de 266 a 275</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acciones de salud pública:

Año de modificación	Descripción
	<ul style="list-style-type: none"> - Recién nacidos y menores de 5 años de edad (10) - 5 a 9 años (1) - Adolescentes (3) - Adultos (7) - Adultos mayores (3) • Consulta de medicina general/ medicina familiar y de especialidad • Consulta de medicina general (61) • Consulta de especialidad (43) • Odontología (8) • Urgencias (25) • Hospitalización (45) • Cirugía (69) <p>6. Listado de medicamentos asociados al CAUSES pasa a 357 claves</p> <p>7. Intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (49)</p> <p>8. Se incorporan nuevas patologías al Seguro Medico para una Nueva Generación pasando de 108 a 128.</p>
2011	<p>5. Se mantienen las 275 intervenciones del CAUSES</p> <p>6. Se incorporan nuevas claves de medicamentos y pasan a ser 422</p> <p>7. Pasan a 56 las intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.</p> <p>8. Se mantienen las 128 patologías cubiertas por el SMNG.</p>
2012	<p>5. CAUSES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se incorporaron 17 nuevas intervenciones al CAUSES, y se conjuntaron algunas de las intervenciones que por sus características y tarifa pudieran ser integradas en una sola. El numero total de intervenciones cubiertas pasa a 284. • Se cambia la clasificación de acciones de salud pública quedando así: <ul style="list-style-type: none"> - Vacunación para menores de 14 años (incluye edades de 0 a 14 años): 10 - Vacunación adicional para adolescentes (mayores de 14 años) Adultos y adultos mayores: 5 - Acciones preventivas: 12 <p>6. Se incorporan nuevas claves de medicamentos y pasan a ser 541</p> <p>7. Pasan a 57 las intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.</p> <p>8. Se incorporan tres patologías nuevas al SMNG cubriendo 131 en total.</p>

Respecto a las modificaciones al Anexo II de metas de afiliación anual y por trimestre, cada año se ajustan de acuerdo a las metas cumplidas en el período y la población objetivo a afiliar para el estado. De igual manera cada año se ajusta el Anexo III de recursos presupuestales dependiendo de la población a afiliar y a la integración de presupuestos.

- l) Convenios marco de colaboración y coordinación en materia de prestación de Servicios médicos y compensación económica entre entidades federativas por la prestación de servicios de salud a los beneficiarios del SPSS, que celebran los servicios estatales de salud de las treinta y un entidades federativas y del Distrito Federal, y la Secretaría de Salud.*

Para garantizar el acceso de la población afiliada al SPSS a los servicios de salud, en todo el territorio nacional (portabilidad de derechos), las autoridades gubernamentales del ámbito federal y del estatal diseñaron diferentes estrategias, entre las cuales se encuentra la suscripción de convenios entre los Estados para acordar las condiciones, requisitos y forma de pago de la atención de afiliados al Sistema en una entidad federativa distinta a la cual se encuentra afiliado. Esta situación se encuentra sustentada en:

- El del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, donde se establece que “cada mexicano, sin importar la región donde nació, el barrio o comunidad donde creció o el ingreso de sus padres y en especial aquel que se encuentra en condiciones de pobreza, pueda tener las mismas oportunidades para desarrollar sus aspiraciones a plenitud y mejorar así sus condiciones de vida, sin menoscabo de las oportunidades de desarrollo de las futuras generaciones”.²⁴
- El Programa Nacional de Salud 2007-2012 propone, en materia de salud, avanzar hacia la universalidad en el acceso a servicios médicos de calidad y para ello establece, entre sus líneas de acción, promover una mayor colaboración entre instituciones, entidades federativas y municipios para el mejor aprovechamiento de la capacidad instalada en materia de prestación de servicios de salud.
- Por su parte la Ley General de Salud en su artículo 77 bis 36, otorga a los beneficiarios del SPSS el derecho a “recibir bajo ningún tipo de discriminación los servicios de salud, los medicamentos y los insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos, en las unidades médicas de la administración pública, tanto federal como local, acreditados de su elección de los REPS”; el ejercicio pleno de este derecho, implica que no existan barreras sociales, económicas o geográficas que impidan o limiten el disfrute de los beneficios de la protección social en salud.

Es así como en 2007, se suscribe el “Convenio marco de colaboración y coordinación en materia de portabilidad de derechos y prestación de servicios de Salud a los beneficiarios del SPSS en el conjunto de las unidades médicas incorporadas a este sistema, que celebran los gobiernos de las 31 entidades federativas y el Distrito Federal representados en este acto por los titulares de sus respectivas secretarías de salud y la Secretaría de Salud de la Administración Pública Federal, representada en este acto por su titular quien suscribe este instrumento asistido por el titular de la CNPSS” cuyas características principales son:

1. Objeto del convenio: establecer las bases de colaboración y coordinación de acciones entre las “Entidades Federativas” firmantes, con la participación de la CNPSS, sobre las cuales se garantizará la portabilidad de los derechos de los beneficiarios del SPSS y se les podrá proporcionar, sin discriminación por su lugar de afiliación, las prestaciones y los servicios médicos considerados dentro del CAUSES que se encuentre vigente. Se delimita así:
 - a) Los casos en que los servicios no sean proporcionados en la entidad donde reside el beneficiario.
 - b) Los casos en los que la distancia o tiempo de traslado no garantice la oportunidad del tratamiento.
 - c) El afiliado realice un cambio de domicilio temporal y,
 - d) Urgencia Médica.

2. Los beneficios a los cuales tienen derecho los afiliados al Sistema, que son los contemplados por el CAUSES que incluyen: a) la consulta externa especializada; b) los servicios quirúrgicos y de hospitalización; y c) los servicios por urgencias médicas. Para los casos de consulta médica general deben suscribirse convenios específicos.

3. Respecto al acceso a los servicios, los beneficiarios debe cumplir con los requisitos de: a) acreditar su pertenencia al sistema, con el que habitualmente se acredita ante los servicios de salud de su lugar de residencia; b) tener vigencia de derechos y, c) presentar el documento debidamente requisitado que contenga la referencia entre regímenes estatales, salvo en los casos de urgencias médicas para las cuales éste no será exigible. El formato de referencia, además de contener las causales clínicas, deberá señalar las condiciones por las cuales se genera la referencia entre “Entidades Federativas” (por ejemplo que la entidad no cuenta con ese tipo de servicios, la distancia o el tiempo de traslado es muy largo, los servicios se encuentran saturados, entre otros).

4. Se establecen además que los establecimientos de salud de las entidades federativas a los que asisten los beneficiarios del Sistema deben cumplir con el requisito de la acreditación.

5. En cuanto a la compensación económica, es competencia de la Comisión: a) establecer y mantener, con recursos provenientes de la cuota social que les corresponda, un sistema de información y costeo de servicios de salud, a través del cual se gestionen, registren y controlen los casos de atención médica que correspondan a la prestación de servicios entre estados; b) calcular la compensación

económica con base al tabulador de tarifas que al efecto expida, el cual se actualizará anualmente; c) deducir del Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud a la Persona (FASSA-P), la tarifa por egreso hospitalario y por atención ambulatoria que refleje la aportación federal existente.

6. El procedimiento de cobro y pago de servicios establece que:
 - a) La Comisión deberá emitir a más tardar el día quince de los meses de enero, marzo, mayo, julio, septiembre y noviembre de cada año, un estado de cuenta por cada Régimen Estatal participante que contenga el detalle de los servicios otorgados y recibidos durante los dos meses anteriores a la fecha de su expedición, así como el saldo a pagar y a cobrar a cada uno de los demás Regímenes Estatales. Dicho estado de cuenta se entregará en medio electrónico.
 - b) Los Regímenes Estatales dispondrán de treinta días naturales, contados a partir de la fecha en que reciban el estado de cuenta emitido por la Comisión para expedir la factura o el recibo oficial correspondiente, conservando una copia del mismo, junto con el comprobante del envío que se utilizarán como comprobante de dicha gestión en los trámites que se realicen por incumplimiento en el pago.
 - c) Los pagos por concepto de compensación económica se deberán efectuar en un plazo máximo de quince días naturales posteriores a la fecha en que éstas reciban la Factura o el Recibo oficial correspondiente. A partir de esta fecha, un Régimen Estatal deudor podrá ser requerido de pago por su contraparte acreedora.
 - d) Los pagos correspondientes a la compensación económica se realizarán por los sistemas electrónicos que dispone el sistema bancario.
7. Incumplimiento y garantía de pago. Se establecen las causales de incumplimiento de las obligaciones de pago entre los Regímenes Estatales y los procedimientos que se llevarán a cabo para activar la garantía de pago que establece la Ley. Así mismo se definen los tiempos, requisitos, montos y formas de pago que realizará la Comisión a favor del Régimen Estatal acreedor y las sanciones para el Régimen Estatal deudor.

En 2008, se publica el “Convenio marco de colaboración y coordinación en materia de prestación de Servicios médicos y compensación económica entre entidades federativas por la Prestación de servicios de salud a los beneficiarios del sistema de protección Social en salud, que celebran los servicios estatales de salud de las treinta y un Entidades federativas y del Distrito Federal, y la Secretaría de Salud” (conocido como Convenio 32x32). Este convenio, basado en el anterior, modifica la estructura de su articulado, adiciona, deroga y complementa su contenido con el fin de precisar y clarificar algunos elementos para mejorar la interacción entre los Regímenes Estatales buscando garantizar a los usuarios del Sistema el acceso a los servicios de salud en todo el territorio nacional.

Las principales modificaciones se presentan a continuación:

1. Objeto del convenio. Se modifica el propósito del convenio, separándolo en cuatro elementos sustantivos:
 - a) Garantizar la prestación de los servicios médicos a los beneficiarios del SPSS.
 - b) Establecer las bases de colaboración y coordinación de las acciones entre los servicios estatales de salud firmantes, para proporcionar las prestaciones, intervenciones y los servicios médicos considerados dentro del CAUSES vigente, delimitando los casos en los que se prestarán los servicios a los beneficiarios del Sistema que se encuentren afiliados en una entidad federativa diferente. Se mantienen los del convenio anterior y se adiciona “cuando el beneficiario se encuentre en tránsito en una entidad federativa diferente a la de su afiliación de origen.
 - c) Se explicita la garantía a los afiliados del SPSS de la prestación de los servicios médicos en cualquier lugar dentro del territorio nacional.
 - d) Se establecen las bases de la compensación económica entre los servicios estatales de salud por la prestación de los servicios a beneficiarios de otras entidades federativas de acuerdo con lo que determine la Comisión.

 - e) Se explicita que el convenio tendrá una vigencia indefinida, pero que será revisado cada vez que se modifique el Plan Nacional de Desarrollo de la Federación, o bien, cuando lo determine el Ejecutivo Federal.
2. Los beneficios, los requisitos que deben cumplir los afiliados para acceder a los servicios, el registro de unidades médicas ante la Comisión, el requisito de las unidades médicas de estar acreditadas, así como las bases de la compensación económica, el procedimiento de cobro y pago de servicios y, la garantía de pago por incumplimiento, se reordenan y complementan en tres cláusulas que definen las obligaciones de las partes (Servicios Estatales de Salud, de la Comisión y de ambas partes).
3. Obligaciones de los Servicios Estatales de Salud. Se destacan: a) proporcionar a los beneficiarios del SPSS, domiciliados en las demás entidades federativas que suscriben este instrumento, los servicios integrales de salud y los medicamentos asociados que correspondan a las intervenciones que se encuentren comprendidas dentro del CAUSES; b) eximir a los beneficiarios del Sistema del pago de cualquier cuota de recuperación, ya sea en dinero o en especie, por la utilización de sus servicios; c) proporcionar los servicios médicos en forma integral en las

modalidades de atención de consulta externa, consulta externa especializada, servicios quirúrgicos y de hospitalización, y servicios por urgencias médicas; d) establecer convenios específicos para el control o erradicación de enfermedades que sea de interés de dos o más entidades federativas; e) registrar ante la Comisión, en un plazo no mayor a treinta días naturales, contados a partir de la fecha de su total formalización, los convenios de colaboración específicos, así como las modificaciones que se acuerden; f) proporcionar a la Comisión la información necesaria para elaborar el directorio nacional de unidades médicas; g) expedir a los beneficiarios la constancia de afiliación que los acredita como tales, con base en los lineamientos que ha establecido o establezca la Comisión; h) apegarse a los lineamientos y procedimientos establecidos de referencia y contrarreferencia de pacientes entre las unidades médicas que se encuentran dentro de las redes de servicios del SPSS; i) que las unidades médicas registradas cuenten con la acreditación de sus servicios en los términos de la Ley, y a apegarse a los protocolos de tratamiento y las guías clínicas que emita la Comisión; j) Que con los recursos provenientes de la cuota social que le corresponda, la Comisión establezca un sistema de información y costeo de los servicios de salud, a través del cual se gestionen, registren y controlen los casos de atención médica que correspondan a la prestación de servicios entre entidades federativas. Este sistema servirá para establecer la compensación económica que corresponderá a cada entidad federativa y, k) expedir dentro de los treinta días naturales siguientes, que reciban el estado de cuenta emitido por la Comisión, la factura o el recibo oficial correspondiente, enviándolos para su cobro por los sistemas de mensajería o los medios que consideren más apropiados, conservando un copia del mismo, junto con el comprobante del envío que se utilizarán como comprobante de dicha gestión en los trámites que se realicen por incumplimiento en el pago.

4. Obligaciones de la Comisión. La Comisión se obliga a: a) hacer el registro de convenios de colaboración específicos y sus modificaciones, b) elaborar un directorio nacional con las unidades médicas y actualizarlo cada tres meses; c) emitir en un plazo no mayor 30 días hábiles posteriores a la suscripción del presente Convenio, las Reglas de Operación del Sistema de Compensación Económica entre entidades federativas, las cuales, entre otros, deberá contener la metodología para establecer el tabulador de tarifas compensatorias; d) determinar los protocolos de tratamiento y las guías clínicas para la atención del conjunto de intervenciones establecidas en el CAUSES; e) establecer un sistema de información y costeo de servicios de salud. Este sistema servirá para establecer la compensación económica que corresponderá a cada entidad federativa; f) emitir a más tardar el día quince de los meses de enero, marzo, mayo, julio, septiembre y noviembre de cada año, un estado de cuenta por cada uno de los servicios estatales de salud participante que contenga el detalle de los servicios otorgados y recibidos durante los dos meses anteriores a la fecha de su expedición, así como el saldo a pagar y a cobrar a cada

uno de los demás Regímenes Estatales. Dicho estado de cuenta se entregará en medio electrónico.

5. Obligaciones de ambas partes. Se obligan a: a) realizar los pagos por concepto de compensación económica en un plazo máximo de quince días naturales posteriores a la fecha en que éstas reciban la factura o el recibo oficial correspondiente, después de esta fecha, los servicios estatales de salud a través de su Régimen Estatal deudor, podrán ser requeridos de pago por su contraparte acreedora; b) efectuar los pagos correspondientes a la compensación económica a través de los sistemas electrónicos que dispone el sistema bancario; c) activar la garantía de pago que establece la Ley, cuando cualquiera de los servicios estatales de salud adeude a otro facturas o recibos oficiales, que tengan una fecha de expedición mayor a 120 días naturales y haya recibido un requerimiento por escrito de pago por parte de los servicios estatales de salud que tengan carácter de acreedor, con una fecha de recepción mayor a 15 días naturales; d) en los casos que establece el anterior numeral, el Régimen Estatal acreedor de "servicios estatales de salud podrá solicitar por escrito a la Comisión el pago de los adeudos que el Régimen Estatal de los servicios estatales de salud deudor tenga con éste, más el pago que por concepto de gastos administrativos dispone el artículo 121 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. La solicitud por escrito deberá acompañarse con copia de todas las facturas o recibos oficiales adeudados, copia de los comprobantes de envío o recepción correspondientes, así como copia del requerimiento de pago respectivo. La Comisión tendrá un plazo de siete días hábiles, posteriores a la fecha en que reciba el requerimiento de pago que establece el numeral anterior, para hacer efectivo el pago del adeudo principal más los gastos de administración correspondientes; e) cuando la Comisión efectúe una erogación en los términos de la garantía de pago que establece la Ley, descontará el monto total pagado más los accesorios aplicables, de los recursos que por cuota social le corresponden al Régimen Estatal deudor, este descuento se realizará al final del trimestre correspondiente. La Comisión restituirá al Fondo de Previsión Presupuestal, el total de los recursos que se descuenten por concepto de las erogaciones realizadas como garantía de pago; f) se establece que la tramitación y resolución de los conflictos que pudieran surgir como consecuencia de las atenciones médicas convenidas, se podrá realizar mediante las instancias encargadas del arbitraje médico en la jurisdicción territorial de la entidad federativa y en su defecto, ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, sin perjuicio de la vía jurisdiccional que corresponda.
6. Finalmente las partes se comprometen a resolver, de común acuerdo, cualquier duda o controversia que surja con motivo de la interpretación y cumplimiento del presente instrumento y en caso de no conseguirse, someterse a la decisión de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en términos del artículo 44 de la Ley de Planeación y de su competencia exclusiva.

m) Convenios de Gestión (CG) para la prestación de servicios a beneficiarios del SPSS suscritos entre el Régimen Estatal de Protección Social en Salud y los Servicios Estatales de Salud.

En los Acuerdos de Coordinación para la ejecución del SPSS suscritos entre el Ejecutivo Federal y el Ejecutivo Estatal, se establece que la entidad federativa brindará los servicios de salud a la persona objeto del Sistema a los beneficiarios de forma directa, a través de los establecimientos para la atención médica del estado, o de forma indirecta, a través de los establecimientos de atención médica de otras entidades federativas o de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud, mediante el sistema de referencia y contra referencia convenido con los prestadores de servicios. Para tal efecto, el Estado celebrará, con base en el modelo que emita la Secretaría de Salud, **convenios de colaboración interestatal e interinstitucional**, a través de los cuales realizará el intercambio de información y servicios dentro del SPSS.

Los convenios de gestión para la prestación de servicios de salud constituyen un instrumento que permite:

- Establecer una dinámica de cooperación entre instituciones del sector salud basadas en la concertación de acciones y el compromiso entre las partes.
- Estimular en los establecimientos de atención médica una mayor cobertura en la prestación de servicios de salud con calidad.
- Iniciar procesos de contraprestación económica por la provisión de servicios entre establecimientos de atención médica.
- Establecer el tabulador de compensación por la prestación de servicio médico.
- Separar la función de financiamiento de la provisión de servicios de salud.²⁵

Otros fines que persigue la suscripción de estos instrumentos, son incrementar la eficiencia en la asignación y ejercicio de los recursos, promover la productividad de las unidades prestadoras, impulsar la acreditación de las unidades del sistema de salud y promover la incorporación de la población sin seguridad social al SPSS.

Si bien, la mayor parte de la información que presentan estos convenios es similar en las diferentes entidades federativas que lo han suscrito, la estructura, la cantidad y especificidad de información incorporada en cada uno de estos instrumentos es diferente y se ajusta al contexto institucional, político, marco legal estatal, necesidades propias y presencia de tecnocracia tanto en el REPSS como en los SESA. Dos ejemplos de convenios de gestión entre REPSS y SESA se presentan a continuación:

- **Convenio de gestión para la prestación de servicios de salud, que celebran por una parte el Organismo Público Descentralizado Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Veracruz, representado por el Dr. Leonel Bustos Sous, en su carácter de Director General, a quien en lo sucesivo se le denominará "REPSS", y por la otra el Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud de Veracruz, representado por el C.P. Timoteo Aldana Carrión, en su carácter de Director Administrativo, a quien en lo sucesivo se le denominará "SESVER".**

Cláusulas:

1) Objeto del convenio y definición de servicios

Establecer los términos sobre los cuales "SESVER" prestará servicios médicos de prevención, consulta externa, quirúrgicos, hospitalarios y rehabilitación que satisfagan las necesidades de salud de la población beneficiaria del SPSS, de acuerdo a las intervenciones definidas en el CAUSES y en los Anexos II y III, así como en la red establecida en el Anexo I del presente Convenio. Lo anterior, con el propósito de alcanzar una coordinación eficiente, oportuna y sistemática de la provisión de los servicios de salud y así estar en posibilidad de eficientar el ejercicio de los recursos financieros destinados SPSS, para lo cual "REPSS" destinará los recursos financieros en relación a los servicios otorgados previamente pactados.

2) Obligaciones de las partes

El REPSS se obliga a: vigilar el cumplimiento del presente Convenio, así como a realizar las acciones de monitoreo y evaluación del mismo de acuerdo con los lineamientos emitidos por las autoridades federales de salud; garantizar la oferta de servicios de atención médica enfocados en las intervenciones descritas en el CAUSES, SMNG, la estrategia Embarazo Saludable (ES), y el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPGC), a través de la implementación del presente Convenio bajo el esquema de contraprestación económica; entregar a "SESVER" la información convenida para el adecuado ejercicio del presente Convenio de Gestión, estipulada en el CAUSES, Anexos II y III; realizar de manera oportuna el pago a "SESVER" por los servicios otorgados a los pacientes beneficiarios del SPSS, de acuerdo al calendario estipulado; establecer Módulos de Afiliación y Orientación (MAO); proporcionar a "SESVER" la relación de beneficiarios del SPSS y el centro de salud al que estén referenciados en el Estado; garantizar la disponibilidad y entrega de los recursos financieros a "SESVER" y, abstenerse de intervenir en el procedimiento de asignación de los contratos, convenios o de cualquier otro instrumento jurídico que formalice "SESVER" para cumplir con el objeto para el cual son destinados los recursos presupuestales transferidos.

Por su parte "SESVER" se obliga a: proporcionar a los afiliados del SPSS, los servicios de atención médica externa, quirúrgicos, hospitalarios y rehabilitación, con trato digno y atención médica efectiva, ética y segura, prescritos por el personal autorizado, conforme a lo estipulado por el CAUSES, el programa SMNG y el FPGC; atender a los beneficiarios del SPSS que previamente se identifiquen

presentando la póliza de afiliación correspondiente; incluyendo a los beneficiarios domiciliados en las demás entidades federativas del país, en términos del Convenio Marco de Colaboración suscrito en 2007; garantizar que el paciente cuente con un expediente clínico individual impreso o electrónico; informar a los beneficiarios del SPSS que se cuenta con Módulos de Afiliación y Orientación (MAO) dentro de la red de servicios; garantizar la disponibilidad y suministro oportuno de los medicamentos, insumos y materiales que requiere cada una de las intervenciones del CAUSES, patologías cubiertas por el programa SMNG, y las intervenciones cubiertas por FPGC procurando el total abasto y surtimiento de medicamentos, de acuerdo a los protocolos establecidos por el Consejo General de Salubridad; garantizar que las unidades médicas prestadoras de los servicios estén sujetas a los requerimientos para la acreditación y certificación de su calidad; realizar los procedimientos de recolección de información con el fin de conocer la percepción de los pacientes de los servicios ofertados; establecer los sistemas de información adecuados para la implementación de los mecanismos de seguimiento y monitoreo de las acciones acordadas en el presente instrumento; establecer en las unidades de atención primaria, el manejo del Sistema del Catálogo Universal de los Servicios de Salud (SICAUCES), para conformar una base de datos que contenga nombre, diagnóstico de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y demás datos que hagan posible la verificación de las intervenciones otorgadas; proporcionar al "REPSS", los registros de los beneficiarios atendidos y el período, así como toda la información necesaria para realizar las acciones de monitoreo, seguimiento y evaluación de este Convenio de Gestión para a Prestación de Servicios de Salud, correspondiente al 1° y 2° nivel de atención y alta especialidad; autorizar al "REPSS" visitas de verificación aleatoria, durante la vigencia de este Convenio y, colaborar con el "REPSS" en los procesos de promoción, afiliación, y reafiliación al SPSS.

3) Recursos

Se establece que el "REPSS" radicará a "SESVER" recursos provenientes de la Cuota Social y la Aportación Solidaria Federal, así como la Aportación Estatal para los servicios de salud a la persona y en su caso las Cuotas de las Familias. También el monto incluirá otros recursos que se transfieran al "REPSS" mediante Convenios para la consecución de su fin.

Se explicita que estos recursos serán destinados y aplicados de forma exclusiva para la prestación de los servicios de salud, de acuerdo al CAUSES, el programa SMNG, y el FPGC, así como al número de familias afiliadas al SPSS a través del pago pactado, y de acuerdo a criterios financieros en la aplicación de recursos establecidos por la CNPSS.

Se agrega que "SESVER" podrá presentar proyectos encaminados a la eficiencia, eficacia, calidad y fortalecimiento en la atención médica de los afiliados,

enmarcados en los lineamientos y criterios establecidas por la CNPSS y de acuerdo a la disponibilidad presupuestal del "REPSS" para su ejecución y/o aplicación.

4) Sistema de pago y comprobación

- **Convenio de Coordinación Interinstitucional relativo a la prestación de servicios de salud, que celebran por una parte el Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California, representado por su Director General José Guadalupe Bustamante Moreno, a quien en lo sucesivo se le denominará el "ISESALUD" y por la otra el Régimen de Protección Social en Salud de baja California, representada por su Directora General Virginia Quiñones Delgado, a quien en lo sucesivo se le señalará como "REPSS".**

Cláusulas:

1) Objeto del convenio y definición de servicios

ISESALUD y REPSS aceptan y se obligan mutuamente a establecer y a ejecutar las bases de colaboración para que a través de la estructura operativa del ISESALUD se presten los servicios de salud a los beneficiarios del SPSS. Estos servicios son los descritos en el CAUSES vigente emitido por la CNPSS y que se describen en el Anexo I de este instrumento.

2) Definición de prestadores

Los servicios descritos se prestarán a través de las unidades de atención que serán definidas en cuanto a su ubicación por las partes y que constituyen el Anexo II de este convenio. Esto sin que se limite el ingreso gradual de otras unidades médicas del ISESALUD.

3) Definición del sistema o mecanismo de pago

ISESALUD acepta y conviene otorgar servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios a través de sus diversos hospitales, centros de salud, centros avanzados de atención primaria en salud acreditados y jurisdicciones sanitarias distribuidos en el estado con un costo que será financiado por el REPSS mediante los siguientes mecanismos:

- Consulta de primer nivel de atención: capitación de los servicios de salud otorgada a centros de salud, centros de salud avanzados de atención primaria en salud acreditados y jurisdicciones sanitarias a una cuota de \$ 105.47 pesos mensuales por familia para el ejercicio 2009. Dicha capitación incluye un paquete básico de laboratorio y de gabinete.
- Pago de servicios otorgados en los hospitales y centros avanzados de atención primaria en salud acreditados conforme a la cobertura establecida por el CAUSES vigente y será de acuerdo al precio del paquete de servicios de salud integrales pactados entre las partes y que se describen en el Anexo IV de este convenio.

- Pago de consulta externa y atención de urgencias en Hospitales Generales mediante sistema de capitación el cual constará de \$ 135.72 pesos por familia año. Este precio incluye estudios de laboratorio y gabinete generados en el área de acuerdo con lo establecido en el Anexo V de este convenio. La radicación a ISESALUD de este recurso se realizará con base al número de familias autorizadas por la CNPSS.
- 4) La transferencia de Recursos del REPSS al ISESALUD será para garantizarle a los afiliados: calidad, oportunidad, acceso a servicios, ambiente, cobertura, sistemas de información, adquisición de medicamentos para asegurar el 95% de surtimiento de recetas completas, 100% de acceso a los servicios de laboratorio y gabinete, acreditación de unidades, conservación y mantenimiento de unidades, ampliación de instalaciones y adquisición de equipo médico. Todo esto se hará según lo estipulado en el Anexo IV del Acuerdo de Coordinación entre la Secretaria de Salud y el Estado de Baja California en cuanto a porcentajes y condiciones en consenso con la SS federal y la CNPSS. Se explicita que en estos acuerdos de gestión no se consideran los gastos relacionados con la contratación de personal y partidas relacionadas con el gasto corriente. Además, el ISESALUD se compromete a informar al REPSS el uso de los recursos una vez concluidas las obras y acciones, y a entregar un informe de resultados obtenidos en beneficio de los afiliados del SPSS de acuerdo con los lineamientos del anexo IV del convenio.
- 5) Obligaciones de las partes
- Se establecen las obligaciones del REPSS en cuanto a los procesos de gestión, administración, transferencia de recursos y supervisión, seguimiento y vigilancia a los expedientes clínicos y a los documentos probatorios del otorgamiento de los servicios.
- También se definen las obligaciones del ISESALUD las cuales establecen el compromiso de capacitar a su personal para la operación del Sistema; el otorgamiento de los servicios a la población beneficiaria del SPSS de acuerdo con lo establecido en el Anexo I del convenio; emitir un reporte mensual de servicios prestados a los beneficiarios del sistema que servirán para el cobro de los mismos; elaborar un informe detallado del ejercicio del gasto de los recursos transferidos como compensación de los servicios prestados, conforme al Catálogo de Conceptos de Gasto autorizados por la CNPSS y que forma parte integrante de este instrumento como Anexo VI, así como entregar dicho informe de manera mensual al REPSS. Aquí se explicita que la suspensión o retraso injustificado de este informe por más de treinta días naturales podrá ocasionar la suspensión temporal de las transferencias de recursos del REPSS a ISESALUD; apegarse a lo establecido en las Reglas de Operación establecidas por las autoridades federales para el ejercicio de los recursos; realizar las gestiones necesarias para que las Unidades Médicas que prestan servicios a los beneficiarios estén acreditadas; contar con el expediente clínico de cada paciente beneficiarios del Sistema que sea atendido en

las unidades médicas; establecer mecanismos adecuados de referencia y contra referencia entre sus unidades médicas; emitir recibo previo a las radicaciones que por compensaciones le realice el REPSS por las intervenciones o consultas de primer nivel que hayan realizado en sus Hospitales, Centros de Salud, Centros Avanzados de Atención Primaria acreditados y Jurisdicciones; cooperar con el REPSS para que lleven a cabo la revisión de expedientes médicos y de la documentación comprobatoria de los cobros emitidos al REPSS por concepto de pago de servicios de salud al afiliado al Sistema. De la misma manera acepta que en caso de presentarse observaciones o falta de sustento de las intervenciones cobradas se procederá a realizar un descuento porcentual en los pagos subsecuentes.

6) Procedimiento para solución de incumplimiento

Las partes acuerdan que en caso de incumplimiento de alguna de las cláusulas se convocará a reunión extraordinaria de la Comisión Mixta de Evaluación para identificar las causas de dicha situación con el propósito de dar solución inmediata, procediendo al dictamen resolutivo.

7) Notificación de cambios.

Las partes acuerdan que se podrán realizar adecuaciones al presente instrumento ya sea por modificación de las metas de afiliación, capitación o para modificar los costos de las intervenciones siempre que éstas se efectúen con estricto apego a: a) que la petición de adecuación sea emitida por el Secretario de Salud en funciones y dirigida al Director General del REPSS para el consentimiento de ambas partes y elaboración del *adendum* y que se incluyan las causas, razones y documentos que justifiquen dicha petición.

8) Términos generales y condiciones

Se acuerda que el personal de cada una de las partes que intervenga en la ejecución de las acciones de este convenio mantendrá su relación laboral y estará bajo la dirección y mando de la parte respectiva que lo haya contratado, por lo que no se crean relaciones de carácter laboral, civil ni de seguridad social con la otra, a la que en ningún caso se le considerará como patrón sustituto ni solidario.

9) Vigencia

Se acuerda que el convenio será a término indefinido pero que se podrá dar por terminado en cualquier momento mediante aviso por escrito, con por lo menos 30 días de anticipación o cuando así lo determine una de sus Juntas Directivas. Así mismo, se conviene que el presente instrumento puede ser modificado o adicionado en cualquier momento previo consentimiento de las partes.

10) Anexos. Se citan los anexos que hacen parte del convenio:

- Catálogo Universal de Servicios de Salud vigente
- Unidades de Atención Médica
- Metas de afiliación y re-afiliación 2009 (Anexo II del Convenio de Colaboración entre la Federación y El Estado).
- Aranceles aplicables a las intervenciones del CAUSES

- Paquete básico de servicios de laboratorio y gabinete para pacientes de primer y segundo nivel de atención.

n) Convenios y acuerdos de gestión entre los Servicios Estatales de Salud y Jurisdicciones Sanitarias/ Hospitales públicos.

Estos instrumentos normativos tienen como finalidad establecer los compromisos y reglas de actuación entre los SESA y los establecimientos públicos de salud que prestarán los servicios de atención a la población beneficiaria del Sistema. Como en el caso anterior (Convenios de Gestión entre REPSS y SESA), la información contenida adopta un modelo muy similar en todas las entidades federativas.

La información incluye, además de los antecedentes y las declaraciones preliminares, el objeto del convenio o acuerdo de gestión, las obligaciones de cada una de las partes y de ambas en conjunto, la especificación de los servicios que se van a prestar, una cláusula explícita sobre los requisitos de calidad de los servicios que se van a prestar, las condiciones de seguimiento y evaluación, apoyo técnico, vigencia y penalización por incumplimiento.

Dos ejemplos de acuerdos o convenios de Gestión se presentan en el siguiente cuadro.

Cuadro A.6. Acuerdos de Gestión entre los Servicios Estatales de Salud y Jurisdicciones Sanitarias/Hospitales públicos.

Acuerdo de gestión para la implementación y operación del SPSS; que celebran por una parte el OPD Servicios de Salud de Zacatecas el “Organismo”, ”; asistido por la Directora del REPSS y la Jurisdicción Sanitaria Zacatecas la “Jurisdicción”	Acuerdo interno de gestión para la implementación y operación del SPSS; que celebran por una parte el OPD Servicios de Salud Nuevo León “El Organismo” y por otra parte los Hospitales de Servicios de Salud de Nuevo León el “Hospital”
Objeto Establecer las bases sobre las cuales “El Organismo” y “La Jurisdicción” definirán las actividades necesarias para llevar a cabo la atención de los afiliados al Seguro Popular y como se mejorarán los servicios mediante la obtención de recursos para éste propósito, con un claro compromiso de que el Sistema tenga los resultados a que obliga lo establecido en la Ley.	Objeto Realizar las actividades necesarias para brindar atención médica a las familias incorporadas al Sistema en Nuevo León, así como a mejorar la calidad de los servicios médicos que se prestan en “EL HOSPITAL”, mediante la compensación económica por los servicios médicos prestados que para este propósito le asigne “EL ORGANISMO”, a fin de estar en aptitud de cumplir con las metas establecidas en Ley.
Obligaciones de las partes Del Organismo: Están encaminadas a facilitar la gestión de recursos, administración, vigilancia y evaluación de	Obligaciones de las partes Del Organismo: Implementar el SPSS en el hospital a través de un padrón de afiliados al Sistema para proporcionar los

Acuerdo de gestión para la implementación y operación del SPSS; que celebran por una parte el OPD Servicios de Salud de Zacatecas el “Organismo”, ”; asistido por la Directora del REPSS y la Jurisdicción Sanitaria Zacatecas la “Jurisdicción”

Acuerdo interno de gestión para la implementación y operación del SPSS; que celebran por una parte el OPD Servicios de Salud Nuevo León “El Organismo” y por otra parte los Hospitales de Servicios de Salud de Nuevo León el “Hospital”

la prestación de los servicios. En este sentido, se compromete a establecer los mecanismos de coordinación con el REPSS y la red de prestadores de servicios; instrumentar, validar, operar y supervisar la Red de Proveedores de Servicios de Salud; acreditar los componentes de la Red de prestadores de servicios, cooperar con la promoción de la afiliación de la población al Sistema, tutelar los derechos de los beneficiarios; diseñar sistemas de gestión y evaluación de calidad así como de seguimiento y control para la rendición de cuentas, con base en los indicadores establecidos en el Reglamento de la Ley; cubrir el gasto esperado por familia asegurada; pagar a la Jurisdicción por servicios de primer nivel \$ 100.00 (cien pesos 00/100 M. N.) mensuales por familia vigente en el padrón de afiliados, por concepto de atención médica integral los que podrán ser proporcionados en efectivo o en especie, de acuerdo a los lineamientos establecidos por “El Organismo”; los recursos transferidos a través de este acuerdo podrán ser utilizados sólo en rubros de gasto detallados en el Anexo V y los recursos transferidos por Seguro Popular deberán cumplir con el mecanismo de comprobación detallado en el Anexo VIII.

De la Jurisdicción.

Están encaminados a garantizar la atención establecida en el CAUSES de manera oportuna y con calidad, así como a entregar los medicamentos necesarios a la población beneficiaria. También se compromete a acreditar las unidades de salud de su jurisdicción utilizando los recursos financieros transferidos en este acuerdo para tal fin, respetar los derechos de los beneficiarios, establecer programas de mejora continua de la calidad de la prestación de los servicios, coadyuvar a la

servicios médicos de segundo nivel de atención enlistados en el Anexo 1 CAUSES, así como sus medicamentos e insumos relacionados; poner a disposición de “EL HOSPITAL” los recursos económicos por los servicios médicos otorgados a la población incorporada al Sistema de acuerdo a los montos establecidos en el CAUSES (Anexo 1), Para el caso que dos o más unidades hospitalarias atiendan la misma intervención a un mismo paciente, se compensará económicamente a “EL HOSPITAL” que haya generado el mayor gasto; coadyuvar en las acciones necesarias para la acreditación en calidad de las unidades hospitalarias, identificar proveedores alternos que complementen las acciones comprometidas en el CAUSES y que permitan al beneficiario el acceso a los tratamientos y medicamentos adecuados; operar eficientemente el sistema de referencia y contra referencia para la correcta continuidad de la atención otorgada, supervisar y vigilar tanto el mecanismo para la compensación económica como la calidad de los servicios proveídos a los afiliados al Sistema para la rendición de cuentas en base a los indicadores establecido, coadyuvar con el proceso de afiliación, entre otros.

Del Hospital

Tener capacidad para proporcionar la atención médica de segundo nivel a la población abierta residente en su circunscripción; coadyuvar en la implementación de las redes de servicio; la disposición de los recursos se hará mediante requisiciones a la Dirección Administrativa, por lo que “EL HOSPITAL” deberá solicitarle las adquisiciones conforme al Anexo 4, Rubros de Gasto, que requiera su establecimiento para satisfacer sus necesidades de calidad de atención médica, a fin de que sean capaces de responder al CAUSES eficazmente; solicitar, en su caso, el

Acuerdo de gestión para la implementación y operación del SPSS; que celebran por una parte el OPD Servicios de Salud de Zacatecas el “Organismo”, ”; asistido por la Directora del REPSS y la Jurisdicción Sanitaria Zacatecas la “Jurisdicción”

afiliación de la población susceptible a serlo; utilizar y administrar los recursos que le sean transferidos para la atención de las familias beneficiarias de el “Seguro Popular” en apego estricto a los lineamientos establecidos (Anexo VIII); proporcionar con carácter mensual la información requerida por “La Dirección del REPSS en materia de quejas, investigación y resolución de las mismas, entre otras.

De ambas partes

Impulsar en conjunto mecanismos que promuevan el avance del “Seguro Popular” y su mejora continua; establecer los mecanismos de monitoreo constante con la finalidad de evaluar el impacto del Sistema en la comunidad; coadyuvar con el “El Organismo” al proceso de afiliación; instrumentar un sistema de atención a las quejas que reciba de los beneficiarios de “Seguro Popular.

Acuerdo interno de gestión para la implementación y operación del SPSS; que celebran por una parte el OPD Servicios de Salud Nuevo León “El Organismo” y por otra parte los Hospitales de Servicios de Salud de Nuevo León el “Hospital”

formato de referencia – contra referencia a los pacientes que acudan a recibir atención de segundo nivel así como contra referir a los pacientes al centro de salud que tengan asignados después de la atención correspondiente con el mismo formato debidamente registrado. La contra referencia será el respaldo documental para la compensación económica posterior a la intervención médica otorgada; EL HOSPITAL” deberá justificar y especificar en sus solicitudes de recursos, sobre el manejo que se le den a éstos para la rendición de cuentas, así como informar a la Dirección del REPSS sobre sus actividades que en relación con el Sistema se le requiera en cuanto a productividad, quejas, atenciones y ejercicio del recurso; proporcionar a los incorporados al Sistema trato digno y atención médica efectiva, ética y segura como elementos que definen la calidad de la unidad de salud, entre otros.

De ambas partes

Establecer mecanismos de monitoreo constante, con la finalidad de evaluar el impacto del Sistema en la comunidad; establecer una vinculación efectiva con los gestores médicos asignados para dar seguimiento a las acciones, pero sobre todo de ser resolutivos ante una problemática determinada y trabajar con el enfoque de trato digno al paciente y encaminado a la calidad de los servicios.

Especificación de los servicios

Atención médica preventiva y curativa, considerada en el CAUSES y que aplica en primer nivel de atención y en hospitales comunitarios.

Servicios auxiliares de diagnóstico considerados en el CAUSES).

Hospitalización de los beneficiarios en los hospitales comunitarios; o cuando sea necesaria la referencia a los hospitales generales del “Organismo”.

Gestoría

El gestor médico asignado a “EL HOSPITAL” por la Dirección del REPSS será responsable de: 1. verificar y validar que la información relativa tanto a la afiliación como a los servicios médicos otorgados al beneficiario del Sistema, sea verídica y efectiva para la debida atención médica y compensación económica de servicios, 2. orientar tanto a los médicos como a la población de los servicios médicos que en función del presente acuerdo podrán prestarse a los afiliados al Sistema,

<p>Acuerdo de gestión para la implementación y operación del SPSS; que celebran por una parte el OPD Servicios de Salud de Zacatecas el “Organismo”, ”; asistido por la Directora del REPSS y la Jurisdicción Sanitaria Zacatecas la “Jurisdicción”</p>	<p>Acuerdo interno de gestión para la implementación y operación del SPSS; que celebran por una parte el OPD Servicios de Salud Nuevo León “El Organismo” y por otra parte los Hospitales de Servicios de Salud de Nuevo León el “Hospital”</p>
<p>En caso necesario, “La Jurisdicción” podrá solicitar a “El Organismo”, la realización de convenios y contratos con proveedores públicos y privados, a fin de dar cabal cumplimiento a las intervenciones consideradas en el CAUSES.</p>	<p>así como de los requisitos para su incorporación, 3. supervisar la calidad en los servicios otorgados al afiliado al Sistema y dar seguimiento a las quejas que se presenten y 4. seguir el Manual de Gestores Médicos de Nuevo León.</p>
<p>Calidad de los servicios. Se establecen pautas de calidad para la prestación de los servicios tomando como base lo establecido por la Dirección de Calidad de la Secretaría Federal de Salud en cuanto a la capacidad técnica y requisitos académicos del personal de salud, y la calidad sanitaria de los medicamentos, materiales e insumos necesarios para la atención.</p>	<p>Apoyo técnico “EL ORGANISMO” a través de todas sus unidades administrativas, actuarán como facilitadores de la relación entre la Dirección del REPSS y el Hospital a fin que ambos actúen en estricto apego a las normas, procesos y lineamientos establecidos</p>
<p>Seguimiento. Se establece que El Organismo podrá realizar supervisiones y seguimiento de las actividades realizadas en beneficio de las familias aseguradas, que el REPSS trabajará en estrecha colaboración con la Dirección de Servicios de Salud en materia de seguimiento, supervisión y control de la prestación de servicios a las familias afiliadas del SPSS de “La Jurisdicción” y en tal sentido formulará recomendaciones a las áreas responsables, además antes de finalizar el ejercicio (2006) se realizará una supervisión respecto a los contenidos del presente Acuerdo de Gestión y los Anexos que lo integran y que de esa supervisión que realice el REPSS se presentará acta de incidencias y recomendaciones que será presentada a “La Jurisdicción” para que pueda formular sus observaciones. Copia de las actas se remitirá al área médica y de administración de Servicios de Salud.</p>	<p>Vigencia El presente Acuerdo Interno de Gestión surtirá sus efectos a partir de la fecha de su firma y tendrá una vigencia indefinida. Podrá darse por terminado cuando alguna de las partes así lo manifieste a la otra mediante comunicación escrita con 30 días naturales y una vez saldado el pago por la prestación de servicios.</p>
<p>Apoyo técnico “El Organismo” a través de diferentes Direcciones actuarán como agentes reguladores y facilitadores de la relación entre la Dirección del REPSS y “La</p>	<p>Penalización Las partes están de acuerdo, que en caso de presentarse quejas o solicitudes de reembolso por parte de los afiliados al Sistema derivado de la negativa de atención médica o por no hacer válidos</p>

<p>Acuerdo de gestión para la implementación y operación del SPSS; que celebran por una parte el OPD Servicios de Salud de Zacatecas el “Organismo”, ”; asistido por la Directora del REPSS y la Jurisdicción Sanitaria Zacatecas la “Jurisdicción”</p>	<p>Acuerdo interno de gestión para la implementación y operación del SPSS; que celebran por una parte el OPD Servicios de Salud Nuevo León “El Organismo” y por otra parte los Hospitales de Servicios de Salud de Nuevo León el “Hospital”</p>
<p>Jurisdicción” a fin de que ambos actúen en estricto apego a las normas, procesos y lineamientos establecidos.</p>	<p>sus derechos de los afiliados por parte de alguno de los prestadores de servicios de “LA JURISDICCIÓN” o, ésta será responsable solidariamente en conjunto con el prestador de servicios, por el reembolso o por el motivo de queja, previa validación por parte de la Dirección del Régimen de Protección Social en Salud.</p>
<p>Vigencia Se determina como vigencia 4 meses (entre septiembre y diciembre de 2006).</p>	<p>Anexos Las partes reconocen como anexos integrantes del presente Acuerdo Interno de Gestión los que a continuación se indican y los demás que se acuerde integrar por común acuerdo de las partes, los que deberán ser suscritos por los representantes operativos debidamente acreditados de “EL ORGANISMO”.</p>
<p>Penalizaciones Las partes están de acuerdo que en caso de presentarse quejas o solicitudes de reembolso de los afiliados por negativa de atención médica, suministro de medicamentos, realización de exámenes de laboratorio, gabinete u otros que considere el CAUSES por parte de “La Jurisdicción” previa validación del Departamento de Quejas y Reembolsos del REPSS, la cantidad determinada será pagada por “La Jurisdicción” con el presupuesto asignado para el pago de los servicios Anexo IV.</p>	<p>Estos anexos tendrán la misma fuerza legal que el presente acuerdo y podrán tener una vigencia específica conforme se determine en los mismos anexos.</p> <p>Anexo 1. Catálogo Universal de Servicios de Salud. Tarifas. Anexo 2. Formato de Informe de Prestación de Servicios Anexo 3. Cédula de Acreditación de Establecimientos Públicos para la Prestación de Servicios de Salud, Hospitales. Anexo 4. Rubros de Gasto</p>
	<p>Se firmó en 2007</p>

Fuente: Elaboración propia con información de fuentes secundarias. Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud 2012

o) Convenios con Privados.

La posibilidad de realizar compra de servicios de salud a instituciones privadas está considerada dentro de la normatividad del SPSS. Debido a la figura y la competencia jurídica de los REPSS en la mayoría de los estados del país, el establecimiento de este tipo

de contratos se realiza por medio de las Secretarías Estatales de Salud o los OPD Servicios de Salud de cada estado.

La estructura de estos instrumentos está muy relacionada con la de los convenios o acuerdos de gestión suscritos entre los SESA y los prestadores de servicios de su propia red. Prácticamente mantienen el mismo clausulado, agregando algunos componentes dirigidos a deslindar cualquier tipo de relación laboral entre los SESA y el establecimiento de salud privado.

Los contratos con instituciones privadas, refieren antecedentes que justifican dicha relación, la normatividad que la antecede, la declaración de las partes que cuentan con legitimidad jurídica que les permite la suscripción del contrato en función de las necesidades del REPSS para el cumplimiento de sus objetivos. Los contratos son una forma de llevar a cabo la adjudicación directa de servicios, tomando en cuenta lo establecido en el marco jurídico Federal y Estatal, particularmente la Ley de adquisiciones, Arrendamientos y Prestación de servicios. Las cláusulas que delimitan la compra del servicio, además de especificar puntualmente qué se está comprando, establecen un tope anual de recursos para la compra de ese servicio. Las modificaciones del mismo deben notificarse con una anticipación de 30 días.

La Secretaria de Salud tiene la posibilidad de verificar aleatoriamente el servicio que se esté otorgando y llevar a cabo las evaluaciones pertinentes. El proveedor no puede transferir los derechos y obligaciones contraídas en el contrato. Los pagos se realizarán con base en la tarifa unitaria de cada servicio otorgado a los afiliados establecido en el Anexo 1 del CAUSES. Estos pagos deben ser realizados en un plazo no mayor a 30 días naturales posteriores a la presentación de la factura. La rescisión del contrato en un plazo anterior a lo convenido, establece como penalización el pago equivalente al 2% del monto total a ejecutarse en el periodo establecido por el convenio. Finalmente, se reconoce que el contrato se apegará, para la resolución de conflictos, a la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Prestación de Servicios vigente en el estado.

p) Reglas de operación

Seguro Médico para una Nueva Generación.

El Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) es un programa implementado por el Ejecutivo Federal, que tiene su origen en el Eje 3 del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y en la Estrategia 7 del Programa Nacional de Salud 2007-2012 que se propone consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la persona. En este último, la línea de acción 7.1 plantea el establecimiento del Seguro Médico para una Nueva Generación, que pretende incorporar a todos los niños no beneficiarios de la seguridad social al SPSS. El propósito que persigue es el de garantizar la cobertura completa y de por vida en servicios de salud a los niños nacidos a partir del 1

de diciembre de 2006. Este programa es considerado como una nueva vertiente del SPSS que tiene como meta primordial que todos los niños tengan acceso a un seguro médico que cubra los servicios de salud, así como los medicamentos asociados, consultas y tratamientos.

Inició operaciones formalmente en febrero de 2007, y desde el ejercicio 2008, se encuentra sujeto al Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación (ROPSMNG).

Este programa adiciona **nuevos** recursos financieros al SPSS mediante el pago de un apoyo económico por incremento en la demanda de servicios (cápita anual por una sola vez por cada niño mexicano nacido a partir del 1º. De diciembre del 2006) y del costo de las intervenciones cubiertas (que no están en el CAUSES ni en el FPGC). Para la realización de la transferencia de estos apoyos, la Secretaría y las entidades federativas deben celebrar, los convenios de colaboración e instrumentos específicos correspondientes. De acuerdo con las Reglas de Operación de este Programa, el Gobierno Federal, a través de la Secretaría, otorga apoyos económicos por 9 conceptos que se muestran en el cuadro A7.

Cuadro A.7. Apoyos económicos cubiertos por el SMNG. Reglas de Operación 2012

Concepto	Descripción	Forma de pago
Apoyo económico por incremento en la demanda de servicios	La Secretaría transferirá a las entidades federativas \$210.00 (Doscientos diez pesos 00/100 M.N.) anuales por una sola vez por cada niño mexicano nacido a partir del 1º. De diciembre del 2006, cuya familia se incorpore al Sistema en el 2012. Esta cápita tiene como propósito apoyar a las entidades federativas por la sobredemanda que potencialmente se origina en razón de la mayor concentración de nuevas familias afiliadas al Sistema con recién nacidos y los requerimientos de atención durante el primer año de vida de los mismos, principalmente durante los primeros 28 días de vida.	La transferencia de los recursos por este concepto se hará de acuerdo a la afiliación reportada por los Regímenes Estatales, la cual será validada por la Dirección General de Afiliación y Operación de la Comisión, (DGAO) quien a su vez notificará a la Dirección General de Financiamiento de la Comisión (DGF), para que se realice la transferencia de los recursos a las entidades federativas.
Intervenciones de segundo y tercer nivel cubiertas por el SMNG que no	Son cubiertas mediante reembolso de cada intervención realizada a	En los eventos realizados en unidades médicas acreditadas

Concepto	Descripción	Forma de pago
están contempladas en el CAUSES o en el FPGC	los beneficiarios del SMNG y procederá para eventos terminados, salvo aquellos que ameritan tratamiento de continuidad. El monto a cubrir por cada una de estas intervenciones se determina conforme a las tarifas del tabulador establecido por la Comisión que se encuentra en el Anexo 1 de las Reglas de Operación.	<p>por la Secretaría se transferirá el monto correspondiente al tabulador señalado en el Anexo 1 de estas Reglas de Operación.</p> <p>Para las atenciones realizadas en unidades médicas no acreditadas, se transferirá el 50 por ciento del citado tabulador, el complemento se cubrirá al momento de comprobar la acreditación siempre que ésta ocurra en el periodo de vigencia de las presentes Reglas de Operación y sea notificado a la Comisión a más tardar al cierre del primer trimestre del año 2013. En ambos casos, los beneficiarios no deberán haber cubierto ninguna cuota de recuperación.</p> <p>La comprobación del ejercicio de éstos se hará con la emisión del recibo que remitan por la ministración de los recursos aplicables.</p>
Pago por prestación de servicios no otorgados por los SESA	Las unidades médicas de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud, podrán prestar servicios de segundo y tercer nivel de atención a los beneficiarios del SMNG, solamente en casos de excepción cuando el criterio médico indique que no se puede referir al paciente a una unidad médica de los SESA. Estas intervenciones serán pagadas por evento, conforme a las cuotas de recuperación establecidas en los convenios firmados para la prestación de servicios. Se	Estos pagos se realizarán con el procedimiento y la periodicidad que señalen los convenios que para dichos efectos se suscriban con las instituciones de salud participantes del SMNG.

Concepto	Descripción	Forma de pago
	<p>cubrirá a la institución prestadora del servicio con recursos del SMNG, y de acuerdo a lo establecido en el modelo de convenio correspondiente.</p> <p>En el caso de la prestación de servicios de salud por parte del IMSS e ISSSTE: las condiciones para la prestación, las cuotas y la mecánica de pago serán las establecidas en los Convenios de Colaboración Interinstitucional para la Ejecución de Acciones relativas al Seguro Médico para una Nueva Generación, suscritos o que se suscriban por el Secretario de Salud y los Directores Generales del IMSS y del ISSSTE, respectivamente.</p>	
<p>Apoyo económico para el pago de vacunas</p>	<p>Con objeto de apoyar el esquema de vacunación universal como uno de los pilares de las acciones preventivas en los menores, en 2012 se podrán transferir recursos del SMNG para la adquisición de vacunas de neumococo conjugada y rotavirus. Estas serán aplicadas a los menores de cinco años que pertenezcan a la población abierta, independientemente de su afiliación al Sistema o al SMNG. Los criterios de aplicación y el ejercicio de estos recursos será responsabilidad del CENSIA.</p>	<p>Para la adquisición de vacunas, la Comisión transferirá los recursos al CENSIA, con base en la solicitud fundamentada de ese Centro y la disponibilidad presupuestal. Los criterios de aplicación y el ejercicio de estos recursos será responsabilidad del CENSIA. Asimismo, será el responsable de establecer los procedimientos administrativos y operativos necesarios para su adquisición, distribución y aplicación en las mejores condiciones posibles, en cuanto a la calidad, precio, seguridad y oportunidad en el abasto de las mismas, con apego a las disposiciones normativas aplicables, e informará semestralmente a la</p>

Concepto	Descripción	Forma de pago
<p>Apoyo económico para la realización del tamizaje auditivo, para la detección de niños con hipoacusia severa y profunda.</p>	<p>Para el tamizaje auditivo, se podrán utilizar los recursos del SMNG para equipar los hospitales con mayor proporción de nacimientos para la realización de pruebas de emisiones otoacústicas. Asimismo, se podrá dotar de equipos adicionales para estudio de potenciales evocados auditivos del tallo cerebral, como prueba confirmatoria de hipoacusia severa y profunda a las entidades federativas que se caracterizan por atender el mayor porcentaje de nacimientos en la Secretaría y contar con una alta dispersión de la población. Estos equipos se utilizarán de manera prioritaria, más no exclusiva, en la población objetivo del SMNG. A todos los menores beneficiarios del SMNG se les deberá practicar la prueba tamiz auditivo, sin costo para los primeros y sin cargo adicional para el SMNG.</p>	<p>Comisión.</p> <p>Para la adquisición de los equipos y su distribución a las entidades federativas, la Secretaría ejercerá, a través de su unidad administrativa competente, los recursos correspondientes y la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud será la responsable de realizar los procedimientos administrativos necesarios para el cumplimiento de estas actividades, atendiendo a las disposiciones normativas aplicables, e informará semestralmente a la Comisión.</p>
<p>Apoyo económico para la adquisición de implantes cocleares para niños con hipoacusia severa y profunda.</p>	<p>Con recursos del SMNG se adquirirán implantes cocleares. La Secretaría, a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud será la responsable de definir las indicaciones médicas, las especificaciones técnicas de los implantes cocleares, las unidades médicas en las que se llevará a cabo la atención y la adquisición y distribución de los implantes cocleares. Las intervenciones para la colocación de los implantes cocleares y la rehabilitación de los niños se incluyen en el listado de</p>	<p>Para la adquisición de los implantes, la Comisión transferirá los recursos a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, con base en la solicitud fundamentada de esta Subsecretaría y la disponibilidad presupuestal. Los criterios de aplicación y el ejercicio de estos recursos será responsabilidad de la misma. Asimismo, dicha Subsecretaría será la responsable de establecer los procedimientos administrativos y operativos</p>

Concepto	Descripción	Forma de pago
	intervenciones del SMNG.	necesarios con apego a las disposiciones normativas aplicables, e informará semestralmente a la Comisión
Apoyo económico para efectuar la capacitación en el Marco del Fortalecimiento de Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud (TCAS)	Diseño e implementación de estrategias de capacitación focalizada para la impartición de los TCAS y que estará dirigida al personal directivo, administrativo, operativo y comunitario y tendrá como objetivo principal que adquieran conocimientos, habilidades y destrezas para la impartición de TCAS. Evaluar el proceso de capacitación del personal; materiales didácticos de la estrategia de los TCAS, así como el impacto y beneficio en la población.	Se transferirán los recursos a las entidades federativas con base en los criterios específicos de otorgamiento y aplicación de los recursos establecidos por la Comisión en coordinación con la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.
Apoyo económico para el equipamiento de los Bancos de Leche Humana	Los recursos que por este concepto se transfieran se destinarán exclusivamente a la adquisición de equipos para los Bancos de Leche Humana.	La Comisión transferirá los recursos al CNEGySR, con base en la solicitud fundamentada de este Centro y la disponibilidad presupuestal.
Apoyo económico para el Tamiz metabólico semi ampliado	Con recursos del SMNG, se adquirirán los insumos (reactivos) para la realización de pruebas de detección y las pruebas confirmatorias, para hiperplasia congénita de glándulas suprarrenales, galactosemia y fenilcetonuria.	Para la adquisición de reactivos para el tamiz metabólico semi ampliado y para las pruebas confirmatorias, la Comisión transferirá los recursos al CNEGySR, con base en la solicitud fundamentada de este Centro y la disponibilidad presupuestal.

Fuente: Elaboración propia de los autores con información de fuentes secundarias. Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud, 2012.

En el Acuerdo publicado en 2008, se modificaron los numerales 4.5; 5.2; 5.2.2; 5.2.4 y 5.3.4 de las reglas de operación existentes, para establecer un complemento al Programa de

Vacunación Universal incorporando las vacunas neumocóccicas conjugadas heptavalentes y de rotavirus que lleva cabo el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA) con cargo a los recursos del Programa. Adicionalmente se define que para la instrumentación y operación del SMNG, el Gobierno Federal, a través de la Secretaría, destinará \$2,641,185,204.00 (dos mil seiscientos cuarenta y un millones ciento ochenta y cinco mil doscientos cuatro pesos 00/100 M.N.) para otorgar apoyos económicos.

A partir de 2009 y hasta 2012, la Secretaría de Salud ha emitido las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación, para cada uno de los ejercicios fiscales. Dentro de las modificaciones incorporadas en 2009 se encuentran:

Anexo 1. Listado de intervenciones médicas cubiertas por el SMNG y sus tabuladores correspondientes;

Anexo 2. Concepto de gastos no cubiertos por el SMNG;

Anexo 3. Intervenciones cubiertas por el CAUSES del Sistema para menores de 5 años, en el primer y segundo niveles de atención;

Anexo 4. Intervenciones cubiertas por el FPGC del Sistema para menores de 5 años;

Anexo 5. Formato de solicitud de recursos para pago de intervenciones cubiertas por el SMNG.

Anexo 6. Formato de Comprobación por Partida de Gasto CNPSS-SMNG- 001;

Anexo 7. Formato Declaratoria de Caso;

Anexo 8. Modelo de instrumento específico para la transferencia de recursos federales.

Anexo 9. Modelo de Convenio Específico de Coordinación Interinstitucional para la ejecución de acciones relativas al programa federal denominado Seguro Médico para una Nueva Generación a celebrar por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la Delegación correspondiente del IMSS y los Servicios Estatales de Salud.

Anexo 10. Formato de referencia.

Anexo 11. Procedimiento de afiliación al Seguro Médico para una Nueva Generación.

Anexo 12. Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del sistema de protección social en salud.

En los años subsiguientes se ha ido ajustando el contenido del Acuerdo modificándose:

- Las intervenciones y medicamentos cubiertos (se han incorporado nuevos a través del tiempo),
- Los modelos de convenios y acuerdos anexos eliminando algunos e incorporando otros,
- Inclusión de flujogramas de los procesos de afiliación al SMNG y declaratoria de casos, entre otros.

VII. Anexo 2. ENSANUT 2012

1. Características socio-demográficas de la población afiliada al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)

Cuadro 1 – Distribución porcentual de los hogares afiliados al SPSS[§], 2006 - 2010

	2006			2008			2010		
	Ninguno	SPSS [§]	Otra [†]	Ninguno	SPSS [§]	Otra [†]	Ninguno	SPSS [§]	Otra [†]
Número de hogares (muestral)	9,058	2,635	8,453	8,936	5,957	13,828	6,738	8,316	11,825
<i>Características del hogar</i>									
Quintil de nivel socioeconómico									
I	26.0	30.5	9.9	25.9	34.2	9.9	24.2	33.0	8.6
II	21.7	24.9	16.5	21.3	24.8	17.1	19.7	24.8	16.4
III	20.2	21.4	20.7	19.4	18.9	20.8	19.8	19.2	20.9
IV	17.2	16.0	23.4	18.1	13.8	24.1	19.4	14.1	24.5
V	15.0	7.2	29.5	15.4	8.4	28.1	17.0	9.0	29.6
Decil de gasto de los hogares									
I	15.9	18.1	1.0	16.7	17.9	2.1	15.4	16.8	2.1
II	13.6	17.3	3.2	13.2	17.2	4.5	12.6	15.4	4.3
III	11.8	15.8	5.8	11.8	14.6	6.6	11.5	14.2	5.9
IV	10.9	12.6	8.1	11.3	12.1	8.2	10.1	12.9	7.7
V	9.9	11.3	9.9	10.0	11.0	9.7	9.7	11.1	9.5
VI	9.0	8.5	11.8	8.5	9.3	11.4	9.0	9.3	11.2
VII	8.2	7.4	13.0	8.1	7.2	12.6	8.8	7.5	12.6
VIII	7.7	4.5	14.5	7.1	5.9	13.8	8.0	6.2	14.0
IX	6.5	3.2	16.2	6.8	3.6	15.0	7.6	4.2	15.6
X	6.7	1.3	16.6	6.4	1.3	16.2	7.4	2.3	17.1

Nota: Datos obtenidos a partir de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los hogares. [§] Sistema de Protección social en Salud. [†] Incluye PEMEX, Sedena, Marina, Otra institución, Privado, IMSS, ISSSTE.

Cuadro 2 – Características generales de los hogares afiliados al SPSS[§], 2012.

	Nacional		Esquema de afiliación					
			Ninguno		SPSS [§]		Otra [‡]	
Total de hogares	28,936,805		14.4		42.8		42.8	
Muestra de hogares	49,785		13.2		49.6		37.2	
	Estimador	[IC – 95%]	Estimador	[IC – 95%]	Estimador	[IC – 95%]	Estimador	[IC – 95%]
<i>Características del Jefe de hogar</i>								
Hombre	74.4	[73.8 - 75.0]	73.8	[72.3 - 75.4]	74.2	[73.3 - 75.1]	74.7	[73.8 - 75.7]
Años de edad	48.6	[48.3 - 48.9]	46.5	[46.0 - 47.0]	48.0	[47.6 - 48.3]	50.0	[49.5 - 50.5]
Escolaridad								
Promedio	7.7	[7.5 - 7.8]	7.4	[7.2 - 7.6]	6.0	[5.9 - 6.1]	9.4	[9.2 - 9.6]
0 años	11.9	[11.4 - 12.4]	13.4	[12.3 - 14.5]	16.3	[15.5 - 17.0]	7.0	[6.3 - 7.6]
1 - 6 años	35.1	[34.2 - 35.9]	35.6	[33.9 - 37.3]	44.1	[43.1 - 45.1]	25.8	[24.6 - 27.0]
7 - 9 años	24.3	[23.6 - 25.0]	23.3	[21.8 - 24.7]	25.0	[24.1 - 25.9]	24.0	[23.0 - 25.0]
10 - 12 años	15.8	[15.2 - 16.4]	15.4	[14.1 - 16.8]	10.4	[9.8 - 11.1]	21.3	[20.4 - 22.2]
13 o más años	12.9	[12.1 - 13.8]	12.2	[10.8 - 13.7]	4.2	[3.7 - 4.6]	21.9	[20.5 - 23.3]
Trabaja	72.1	[71.4 - 72.9]	75.7	[74.2 - 77.3]	72.1	[71.2 - 73.0]	71.0	[69.7 - 72.2]
<i>Características del hogar</i>								
Quintil de nivel socioeconómico ⁺								
I	15.1	[14.3 - 15.8]	19.1	[17.7 - 20.5]	24.8	[23.5 - 26.1]	4.0	[3.5 - 4.4]
II	16.9	[16.3 - 17.5]	18.7	[17.4 - 20.1]	23.7	[22.9 - 24.6]	9.4	[8.7 - 10.0]
III	18.7	[18.1 - 19.4]	18.0	[16.6 - 19.4]	20.7	[19.8 - 21.5]	17.0	[16.1 - 17.9]
IV	21.8	[21.1 - 22.5]	21.2	[19.7 - 22.7]	17.8	[17.0 - 18.6]	26.0	[25.0 - 27.0]
V	27.5	[26.4 - 28.6]	23.0	[21.2 - 24.8]	13.0	[12.2 - 13.7]	43.6	[42.0 - 45.3]
Indígena ^{**}	8.5	[7.6 - 9.3]	9.0	[7.7 - 10.3]	13.2	[11.7 - 14.7]	3.5	[3.0 - 3.9]
Recibe transferencias de Oportunidades	6.7	[6.3 - 7.1]	4.8	[4.1 - 5.5]	12.1	[11.4 - 12.9]	1.8	[1.6 - 2.1]
Presencia de integrantes del hogar								
Menores de 5 años	32.3	[31.6 - 33.0]	26.9	[25.4 - 28.4]	40.2	[39.4 - 41.1]	26.2	[25.2 - 27.2]
Mujeres en edad reproductiva	76.0	[75.3 - 76.6]	70.8	[69.3 - 72.2]	81.1	[80.4 - 81.9]	72.6	[71.5 - 73.8]
De 60 y más años	29.0	[28.1 - 29.8]	22.0	[20.6 - 23.4]	28.3	[27.4 - 29.3]	31.9	[30.5 - 33.4]
Con padecimientos agudos 2 semanas previas	27.9	[27.2 - 28.7]	24.8	[23.3 - 26.3]	30.7	[29.7 - 31.7]	26.2	[25.2 - 27.3]
Con padecimientos crónicos 2 semanas previas	9.4	[8.9 - 9.8]	6.5	[5.7 - 7.3]	10.0	[9.5 - 10.6]	9.7	[8.9 - 10.4]
Hospitalizados el último año	13.9	[13.5 - 14.4]	6.9	[6.1 - 7.7]	15.7	[15.1 - 16.4]	14.5	[13.8 - 15.3]
Con DM y/o HTA	15.9	[15.3 - 16.4]	12.3	[11.2 - 13.5]	13.2	[12.6 - 13.8]	19.9	[18.9 - 20.9]
<i>Tamaño de la localidad</i>								
Urbano o metropolitano	78.4	[77.8 - 78.9]	80.7	[79.3 - 82.2]	64.6	[63.5 - 65.7]	91.4	[90.3 - 92.4]
Rural	21.6	[21.1 - 22.2]	19.3	[17.8 - 20.7]	35.4	[34.3 - 36.5]	8.6	[7.6 - 9.7]

Nota: Datos obtenidos partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Las estimaciones incluyó la corrección por el diseño de la encuesta utilizando el conjunto de operadores *svyset* del STATA 12.1. Los intervalos de confianza se calcularon al 95%. [§] Sistema de Protección social en Salud (SPSS), definido a nivel hogar a partir de la afiliación de al menos un miembro de hogar en el SPSS. ⁺ Incluye PEMEX, Sedena, Marina, Otra institución, IMSS, ISSSTE. De este análisis se excluyen a los miembros de los hogares que cuentan con algún seguro privado de salud. [‡] El nivel socioeconómico (NSE) se aproximó a partir de un índice de NSE construido a partir de un análisis de componentes principales con matrices de correlación policórica, con jugó la posesión de diferentes tipos de activos y características de la infraestructura de los hogares. Las variables (sí =1 y no =0) incluidas fueron: Tener paredes, techo, piso de material durable, electricidad, servicio de agua, excusado, drenaje; además de vehículos (automóviles o camionetas), televisión, radio, etéreo, plancha, licuadora, refrigerado, estufa a gas, lavadora, calentador de agua o boiler y línea telefónica. ^{**} Se define como hogar indígena a aquellos en donde al menos el jefe, el cónyuge o algún ascendente declaró ser hablante de lengua indígena (CDI, 2009). Ver en Comisión Nacional de Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) (2009). Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México, 2002. Disponible en <http://www.cdi.gob.mx/>.

Cuadro 3 – Distribución de la población afiliada al SPSS[§] por grupo de edad, sexo y nivel educativo, 2012.

	Nacional		Esquema de afiliación					
			Ninguno		SPSS [§]		Seguridad social [‡]	
Total de personas	113,080,311		25.5		36.9		37.6	
Muestra de personas	191,818		22.7		43.6		33.7	
	Estimador	[IC - 95%]	Estimador	[IC - 95%]	Estimador	[IC - 95%]	Estimador	[IC - 95%]
Grupos de Edad								
0 – 5	11.5	[11.2 - 11.7]	11.6	[11.2 - 12.1]	13.5	[13.2 - 13.8]	9.3	[9.0 - 9.7]
6 – 10	10.0	[9.8 - 10.2]	8.6	[8.2 - 9.0]	12.3	[12.0 - 12.6]	8.7	[8.3 - 9.1]
11 – 15	10.0	[9.8 - 10.2]	8.6	[8.2 - 9.0]	12.3	[12.0 - 12.6]	8.6	[8.3 - 8.9]
16 – 20	10.0	[9.8 - 10.2]	13.4	[12.9 - 13.8]	9.7	[9.4 - 10.0]	8.0	[7.7 - 8.3]
21 – 25	8.7	[8.4 - 8.9]	12.0	[11.6 - 12.5]	7.3	[7.0 - 7.6]	7.7	[7.3 - 8.0]
26 – 30	7.8	[7.6 - 8.0]	9.0	[8.6 - 9.4]	6.8	[6.6 - 7.1]	7.8	[7.5 - 8.1]
31 – 35	7.2	[7.0 - 7.5]	7.1	[6.8 - 7.5]	7.1	[6.8 - 7.3]	7.5	[7.1 - 7.9]
36 – 40	6.7	[6.6 - 6.9]	6.4	[6.1 - 6.8]	6.4	[6.2 - 6.7]	7.2	[6.9 - 7.6]
41 – 45	6.0	[5.8 - 6.1]	5.3	[5.0 - 5.6]	5.7	[5.5 - 6.0]	6.6	[6.3 - 7.0]
46 - 50	5.5	[5.3 - 5.6]	5.1	[4.8 - 5.4]	4.8	[4.6 - 5.1]	6.3	[6.0 - 6.6]
51 - 55	4.6	[4.4 - 4.8]	4.1	[3.8 - 4.4]	3.9	[3.7 - 4.0]	5.7	[5.4 - 6.0]
56 - 60	3.7	[3.5 - 3.8]	2.9	[2.7 - 3.1]	3.1	[2.9 - 3.3]	4.7	[4.4 - 5.0]
61 - 65	2.8	[2.7 - 3.0]	1.9	[1.7 - 2.0]	2.4	[2.2 - 2.5]	4.0	[3.7 - 4.2]
66 - 70	1.9	[1.8 - 2.0]	1.2	[1.1 - 1.3]	1.6	[1.5 - 1.7]	2.7	[2.5 - 3.0]
71 - 75	1.5	[1.4 - 1.6]	1.1	[0.9 - 1.2]	1.2	[1.1 - 1.3]	2.1	[1.9 - 2.3]
76 - 80	1.0	[1.0 - 1.1]	0.7	[0.6 - 0.7]	0.9	[0.8 - 1.0]	1.4	[1.2 - 1.6]
81 - 85	0.7	[0.6 - 0.7]	0.5	[0.4 - 0.6]	0.5	[0.4 - 0.6]	1.0	[0.8 - 1.1]
86 - 90	0.3	[0.3 - 0.4]	0.3	[0.2 - 0.4]	0.2	[0.2 - 0.3]	0.4	[0.4 - 0.5]
91 - más años	0.1	[0.1 - 0.2]	0.1	[0.1 - 0.2]	0.1	[0.1 - 0.1]	0.1	[0.1 - 0.2]
Sexo								
Mujeres	51.2	[50.9 - 51.4]	47.2	[46.6 - 47.8]	53.9	[53.5 - 54.3]	51.2	[50.8 - 51.6]
Hombres	48.8	[48.6 - 49.1]	52.8	[52.2 - 53.4]	46.1	[45.7 - 46.5]	48.8	[48.4 - 49.2]
Nivel educativo								
0 años	20.0	[19.6 - 20.3]	20.3	[19.7 - 20.9]	24.7	[24.2 - 25.1]	15.2	[14.7 - 15.7]
1 - 6 años	31.3	[30.9 - 31.8]	29.4	[28.6 - 30.2]	38.1	[37.5 - 38.8]	26.0	[25.4 - 26.7]
7 - 9 años	23.4	[23.0 - 23.7]	24.4	[23.7 - 25.1]	24.0	[23.5 - 24.4]	22.2	[21.6 - 22.7]
10 - 12 años	15.7	[15.4 - 16.1]	16.3	[15.7 - 17.0]	10.7	[10.3 - 11.1]	20.3	[19.7 - 20.9]
13 o más años	9.5	[9.0 - 10.1]	9.5	[8.9 - 10.2]	2.6	[2.4 - 2.8]	16.3	[15.5 - 17.2]

Nota: Datos obtenidos partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Las estimaciones incluyó la corrección por el diseño de la encuesta utilizando el conjunto de operadores *svyset* del STATA 12.1. Los intervalos de confianza se calcularon al 95%. [§] Sistema de Protección social en Salud. Una persona se define como beneficiaria del SPSS si pertenece a dicho sistema independientemente de que si cuenta con más de un esquema de aseguramiento de la salud. [‡] Incluye PEMEX, Sedena, Marina, Otra institución, IMSS, ISSSTE. De este análisis se excluyen a los miembros de los hogares que cuentan con algún seguro privado de salud.

Cuadro 4 – Distribución de la población afiliada al SPSS§ por entidad federativa, 2012.

	Nacional	Esquema de afiliación		
		Ninguno	SPSS§	Otra‡
Total de personas	113,080,311	25.5	36.9	37.6
Muestra	191,818	22.7	43.6	33.7
<i>Entidad Federativa</i>				
Aguascalientes	1.1	16.5	33.1	50.5
Baja California	2.8	24.1	26.3	49.6
Baja California Sur	0.6	20.1	25.7	54.1
Campeche	0.7	16.9	47.1	36.0
Coahuila	2.5	23.5	12.8	63.7
Colima	0.6	16.4	39.8	43.9
Chiapas	4.3	27.5	57.4	15.2
Chihuahua	3.0	23.3	26.1	50.5
Distrito Federal	7.8	28.4	23.7	48.0
Durango	1.5	24.1	34.1	41.8
Guanajuato	4.9	21.0	47.9	31.1
Guerrero	3.0	27.9	53.0	19.1
Hidalgo	2.4	21.3	51.1	27.6
Jalisco	6.6	28.7	26.1	45.3
México	13.5	31.0	31.4	37.6
Michoacán	3.9	31.0	42.6	26.4
Morelos	1.6	26.8	41.2	32.1
Nayarit	1.0	19.4	42.8	37.8
Nuevo León	4.1	20.8	18.6	60.7
Oaxaca	3.4	23.9	60.6	15.6
Puebla	5.1	29.5	45.2	25.3
Querétaro	1.6	18.9	37.3	43.9
Quintana Roo	1.2	26.5	32.7	40.8
San Luis Potosí	2.3	17.8	49.1	33.1
Sinaloa	2.5	19.9	27.1	53.1
Sonora	2.3	21.8	24.7	53.5
Tabasco	2.0	21.9	51.2	27.0
Tamaulipas	2.9	21.6	35.3	43.2
Tlaxcala	1.0	26.6	49.4	24.1
Veracruz	6.9	28.0	42.9	29.0
Yucatán	1.7	17.9	40.5	41.7
Zacatecas	1.4	21.5	45.4	33.1

Nota: Datos obtenidos partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Las estimaciones incluyó la corrección por el diseño de la encuesta utilizando el conjunto de operadores *svyset* del STATA 12.1. § Sistema de Protección social en Salud. ‡ Incluye PEMEX, Sedena, Marina, Otra institución, IMSS, ISSSTE. De este análisis se excluyen a los miembros de los hogares que cuentan con algún seguro privado de salud.

2. Morbilidad, acceso, uso y pago por medicamentos

Cuadro 5 – Morbilidad, uso y pago por medicamentos por esquema de afiliación, 2012.

	Observaciones	Nacional	Por esquema de afiliación			
			Ninguno	SPSS [§]	Otro [‡]	
Morbilidad en las últimas dos semanas	Expandido	112,569,230	13.3	11.4	14.0	13.9
	Muestral	191,092	[12.9 - 13.7]	[10.8 - 12.0]	[13.5 - 14.5]	[13.3 - 14.5]
Agudas	Expandido	13,639,853	80.1	83.2	81.4	77.0
	Muestral	22,133	[79.2 - 81.0]	[81.5 - 84.8]	[80.3 - 82.6]	[75.5 - 78.5]
Crónicas	Expandido	13,639,853	19.9	16.8	18.6	23.0
	Muestral	22,133	[19.0 - 20.8]	[15.2 - 18.5]	[17.4 - 19.7]	[21.5 - 24.5]
Utilizó algún medicamento con o sin receta	Expandido	13,639,853	81.0	78.3	79.5	84.0
	Muestral	22,133	[80.2 - 81.8]	[76.5 - 80.0]	[78.2 - 80.7]	[82.8 - 85.2]
Pagó por los medicamentos	Expandido	11,046,462	54.4	77.2	52.8	43.9
	Muestral	17,891	[53.2 - 55.6]	[74.8 - 79.5]	[51.0 - 54.6]	[42.0 - 45.8]

Nota: Resultados obtenidos del módulo “Situación de salud y utilización de servicios de salud” de la sección hogar de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Las estimaciones incluyó la corrección por el diseño de la encuesta utilizando el conjunto de operadores *svyset* del STATA 12.1. Los intervalos de confianza se calcularon al 95%. [§] Sistema de Protección social en Salud. [‡] Incluye PEMEX, Sedena, Marina, Otra institución. De este análisis se excluyen a los miembros de los hogares que cuentan con algún seguro privado de salud.

Cuadro 6 – Gasto en medicamentos por esquema de afiliación, lugar de atención y tipo de enfermedad, 2012.

	Mediana [p25 - p75] * (N = 17,891)
Nacional	222.3 [113.2 – 432.6]
Esquema de afiliación	
Ninguno	251.9 [144.8 – 440.8]
SPSS	215.9 [112.7 – 405.9]
Seguridad Social	216.7 [100.1 – 458.7]
Lugar donde recibió atención	
IMSS	144.0 [40.8 – 483.2]
ISSSTE	211.6 [85.9 – 492.1]
Otro	160.8 [67.8 – 348.9]
Centro de salud u hospital de las SSA	192.6 [94.0 – 381.5]
Consultorios dependientes de farmacia	241.3 [139.4 – 415.7]
Médico privado	322.2 [190.7 – 551.4]
Por tipo de enfermedad	
Agudas	185.8 [89.9 – 341.1]
Crónicas	332.5 [149.4 – 708.5]

Nota: Resultados obtenidos del módulo III “Situación de salud y utilización de servicios de salud” de la sección hogar de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. * El cálculo de la mediana y el rango intercuartílico [p75 – p25] se realizó a partir de la estimaciones de modelos por cuantiles ajustados por sexo, edad tipo de padecimiento, percepción del problema de salud, nivel socioeconómico, hogar indígena, hogar oportunidades, tamaño de la localidad, grado de marginación y región geográfica utilizando el comando *qreg* del software STATA 12.1 SE. De este análisis se excluyen a los miembros de los hogares que cuentan con algún seguro privado de salud.

Cuadro 7 – Gasto en medicamentos entre los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) por entidad federativa, 2012.

<i>Entidad Federativa</i>	Mediana [p25 - p75] * (<i>N = 17,891</i>)
Aguascalientes	197.1 [112.9 - 366.4]
Baja California	233.4 [120.2 - 437.6]
Baja California Sur	178.3 [84.6 - 342.5]
Campeche	214.5 [106.2 - 415.7]
Coahuila	157.7 [63.5 - 326.9]
Colima	195.0 [102.8 - 361.9]
Chiapas	190.2 [94.2 - 364.1]
Chihuahua	238.2 [119.2 - 461.3]
Distrito Federal	241.1 [139.6 - 437.8]
Durango	202.6 [99.0 - 390.1]
Guanajuato	230.6 [125.8 - 429.9]
Guerrero	198.0 [101.1 - 369.1]
Hidalgo	235.2 [123.7 - 449.0]
Jalisco	228.5 [126.4 - 409.8]
México	239.3 [135.9 - 423.8]
Michoacán	236.5 [130.0 - 418.6]
Morelos	201.5 [115.5 - 337.7]
Nayarit	224.4 [124.4 - 403.4]
Nuevo León	195.7 [87.7 - 395.6]
Oaxaca	220.7 [108.5 - 430.8]
Puebla	233.8 [123.6 - 431.6]
Querétaro	200.6 [108.7 - 378.2]
Quintana Roo	219.7 [112.6 - 433.9]
San Luis Potosí	181.6 [97.0 - 352.3]
Sinaloa	222.1 [108.5 - 417.6]
Sonora	218.0 [110.9 - 417.5]
Tabasco	251.9 [127.5 - 483.3]
Tamaulipas	188.4 [84.5 - 368.4]
Tlaxcala	247.4 [129.7 - 473.0]
Veracruz	234.6 [121.0 - 451.2]
Yucatán	209.4 [105.0 - 399.6]
Zacatecas	209.5 [113.8 - 394.6]

Nota: Resultados obtenidos del módulo III "Situación de salud y utilización de servicios de salud" de la sección hogar de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. * El cálculo de la mediana y el rango intercuartílico [p75 - p25] se realizó a partir de la estimaciones de modelos por cuantiles ajustados por sexo, edad tipo de padecimiento, percepción del problema de salud, nivel socioeconómico, hogar indígena, hogar oportunidades, tamaño de la localidad, grado de marginación y región geográfica utilizando el comando *qreg* del software STATA 12.1 SE.

Cuadro 8 – Acceso a medicamentos por esquema de afiliación, 2012.

Obtuvo los medicamentos recetados	Observaciones	Nacional	Esquema de afiliación		
			Ninguno	SPSS [§]	Seguridad social [‡]
Ninguno o sólo algunos	8,025,557	13.4 [12.5 – 14.4]	10.5 [8.6 – 12.8]	17.4 [15.8 – 19.0]	11.3 [10.1 – 12.7]
Todos en un lugar distinto al de atención	8,025,557	21.5 [20.3 – 22.7]	36.3 [32.4 – 40.3]	18.0 [16.5 – 19.7]	18.5 [16.9 – 20.3]
Todos en el lugar de atención	8,025,557	65.2 [63.7 – 66.6]	53.2 [49.3 – 57.1]	64.6 [62.5 – 66.7]	70.2 [68.2 – 72.2]

Nota: Resultados obtenidos de la sección VI “Medicamentos”, del cuestionario individual de utilización de servicios de salud de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Las estimaciones incluyó la corrección por el diseño de la encuesta utilizando el conjunto de operadores *svyset* del STATA 12.1. Los intervalos de confianza se calcularon al 95%. [§] Sistema de Protección social en Salud. [‡] Incluye PEMEX, Sedena, Marina, Otra institución. De este análisis se excluyen a los miembros de los hogares que cuentan con algún seguro privado de salud.

Cuadro 9 – Acceso a medicamentos por esquema de afiliación y tipo de enfermedad, 2012.

Por tipo de enfermedad	Nacional	Esquema de afiliación		
		Ninguno	SPSS [§]	Seguridad social [‡]
Agudas (N = 5,127,842)				
Ninguno o sólo algunos	11.7 [10.6 - 12.8]	9.2 [7.2 - 11.6]	15.7 [13.9 - 17.6]	9.0 [7.6 - 10.7]
En un lugar distinto al de atención	23.1 [21.6 - 24.7]	36.2 [31.5 - 41.1]	18.0 [16.2 - 20.1]	21.2 [19.0 - 23.5]
En el lugar de atención	65.2 [63.5 - 67.0]	54.7 [50.1 - 59.2]	66.3 [63.8 - 68.7]	69.8 [67.0 - 72.5]
Crónicas (N = 1,885,566)				
Ninguno o sólo algunos	16.8 [14.7 - 19.2]	14.3 [9.1 - 21.8]	20.5 [17.3 - 24.2]	15.2 [12.3 - 18.6]
En un lugar distinto al de atención	18.3 [16.3 - 20.4]	38.8 [31.3 - 46.9]	17.2 [14.1 - 20.9]	24.6 [12.1 - 17.6]
En el lugar de atención	64.9 [62.1 - 67.5]	46.9 [39.4 - 54.6]	62.3 [57.9 - 66.5]	70.2 [66.4 - 73.7]

Nota: Resultados obtenidos de la sección VI “Medicamentos”, del cuestionario individual de utilización de servicios de salud de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Las estimaciones incluyó la corrección por el diseño de la encuesta utilizando el conjunto de operadores *svyset* del STATA 12.1. Los intervalos de confianza se calcularon al 95%. [§] Sistema de Protección social en Salud. [‡] Incluye PEMEX, Sedena, Marina, Otra institución. De este análisis se excluyen a los miembros de los hogares que cuentan con algún seguro privado de salud.

3. Difusión del Sistema de Protección social en salud

Cuadro 10 – Indicadores de difusión del SPSS[§]. 2012.

	Porcentaje [IC - 95%]
Quando se afiliaron al SPSS, ¿le entregaron su Póliza de afiliación?	
Sí	98.1 [97.8 - 98.4]
No	1.3 [1.1 - 1.6]
No sabe o no responde	0.6 [0.5 - 0.7]
Carta de derechos y obligaciones?	
Sí	76.3 [75.2 - 77.4]
No	21.3 [20.3 - 22.4]
No sabe o no responde	2.4 [2.1 - 2.7]
Información sobre los servicios médicos a los que tiene derecho?	
Sí	74.2 [73.0 - 75.3]
No	24.0 [22.9 - 25.1]
No sabe o no responde	1.9 [1.6 - 2.2]
La información que recibió al afiliarse al SPSS le permite conocer sus derechos y obligaciones como afiliados al programa	
Sí	72.8 [71.6 - 73.9]
No	27.2 [26.1 - 28.4]
Solicitó información sobre los derechos y obligaciones que adquirió al afiliarse al SPSS	
Sí	14.6 [13.2 - 16.2]
No	85.4 [83.8 - 86.8]
Observaciones	41,488,540

Nota: Resultados obtenidos de la sección VIII. Difusión, aceptación y utilización del Seguro Popular, del cuestionario de hogares de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Las estimaciones incluyó la corrección por el diseño de la encuesta utilizando el conjunto de operadores *svyset* del STATA 12.1. Los intervalos de confianza se calcularon al 95%.[§] Sistema de Protección social en Salud.

Cuadro 11 – Indicadores de difusión del SPSS[§] por entidad federativa. 2012.

<i>Entidad Federativa</i>	Cuando se afiliaron al SPSS, ¿le entregaron su				
	Póliza de afiliación?	Carta de derechos y obligaciones?	Información sobre los servicios médicos a los que tiene derecho?	La información que recibió al afiliarse al SPSS le permite conocer sus derechos y obligaciones como afiliados al programa	Solicitó información sobre los derechos y obligaciones que adquirió al afiliarse al SPSS
Aguascalientes	98.9	93.9	88.9	86.7	6.2
Baja California	97.6	77.8	75.1	72.6	16.2
Baja California Sur	95.6	83.9	77.7	78.4	19.4
Campeche	98.3	83.1	75.5	69.8	10.7
Coahuila	95.3	84.4	86.4	86.4	27.8
Colima	97.4	60.8	61.9	65.6	6.4
Chiapas	98.9	49.3	48.0	50.3	12.4
Chihuahua	98.0	85.2	84.1	84.2	9.3
Distrito Federal	96.9	83.4	82.6	80.3	23.5
Durango	98.0	90.5	85.0	89.0	13.9
Guanajuato	98.6	85.4	82.7	79.3	7.4
Guerrero	98.7	73.5	71.3	64.0	11.0
Hidalgo	98.8	90.6	88.5	82.7	15.6
Jalisco	98.8	67.9	65.9	65.5	18.1
México	96.7	82.7	77.5	80.4	15.4
Michoacán	98.4	69.5	65.4	62.5	12.4
Morelos	98.4	79.2	73.7	67.9	15.8
Nayarit	98.9	69.5	69.8	71.3	8.0
Nuevo León	98.4	94.5	93.3	92.1	18.3
Oaxaca	97.6	73.0	70.4	66.5	14.5
Puebla	98.8	75.1	71.9	70.5	9.7
Querétaro	99.2	81.8	78.1	75.9	14.3
Quintana Roo	97.4	68.8	72.2	64.7	18.7
San Luis Potosí	98.9	76.8	78.2	75.1	22.1
Sinaloa	97.9	74.8	74.3	73.3	8.9
Sonora	99.0	71.0	75.5	77.0	13.5
Tabasco	98.4	78.6	76.9	70.9	14.3
Tamaulipas	98.4	59.4	56.2	61.9	17.8
Tlaxcala	97.0	85.7	83.2	81.2	13.7
Veracruz	98.2	76.9	77.2	75.0	22.8
Yucatán	98.3	72.1	73.1	72.0	17.6
Zacatecas	98.9	86.2	83.7	83.1	11.0

Nota: Resultados obtenidos de la sección VIII. Difusión, aceptación y utilización del Seguro Popular, del cuestionario de hogares de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Las estimaciones incluyó la corrección por el diseño de la encuesta utilizando el conjunto de operadores *svyset* del STATA 12.1.

4. Percepción de la calidad de los servicios de salud

Cuadro 12 – Motivos por los cuales los usuarios de servicios hospitalarios percibieron como buena o muy buena la calidad de la atención recibida por afiliación. 2012.

Motivos de buena calidad	Observaciones	Nacional	Esquema de afiliación		
			Ninguno	SPSS [§]	Seguridad social [‡]
Es barato	34,44,490	4.7 [3.8 - 5.6]	6.1 [3.3 - 8.8]	6.2 [4.8 - 7.7]	3.0 [2.0 - 4.1]
El personal está bien preparado	34,44,490	36.0 [33.8 - 37.8]	38.5 [33.6 - 43.4]	33.3 [30.4 - 36.1]	37.3 [34.5 - 40.1]
El personal tiene experiencia	34,44,490	18.5 [16.9 - 20.0]	22.4 [17.6 - 27.1]	17.2 [14.9 - 19.6]	18.4 [16.2 - 20.7]
Recibió orientación y apoyo del gestor	34,44,490	4.8 [3.9 - 5.7]	3.4 [1.9 - 4.9]	4.7 [3.4 - 6.0]	5.3 [3.9 - 6.6]
Lo trataron bien	34,44,490	61.3 [59.4 - 63.3]	54.8 [49.3 - 60.2]	63.3 [60.3 - 66.3]	61.5 [58.8 - 65.2]
Medicamento, material y equipo es suficiente o de buena calidad	34,44,490	10.0 [8.9 - 11.1]	11.4 [7.9 - 14.8]	9.2 [7.6 - 10.9]	10.4 [8.7 - 12.1]
La operación o tratamiento estuvo bien	34,44,490	15.4 [13.9 - 16.7]	14.7 [10.8 - 18.7]	15.5 [13.4 - 17.6]	15.3 [13.4 - 17.3]
Buenos resultados en su salud / se curó / se mejoró	34,44,490	19.0 [17.5 - 20.6]	19.3 [15.1 - 23.6]	18.7 [16.4 - 21.1]	19.2 [17.0 - 21.3]
Otro	34,44,490	3.7 [3.0 - 4.4]	3.4 [1.7 - 5.1]	3.8 [2.7 - 5.0]	3.6 [2.5 - 4.6]

Nota: Resultados obtenidos del módulo III “Situación de salud y utilización de servicios de salud” de la sección hogar de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Las estimaciones incluyó la corrección por el diseño de la encuesta utilizando el conjunto de operadores *svyset* del STATA 12.1. Los intervalos de confianza se calcularon al 95%. [§] Sistema de Protección social en Salud. [‡] Incluye PEMEX, Sedena, Marina, Otra institución. De este análisis se excluyen a los miembros de los hogares que cuentan con algún seguro privado de salud.

Cuadro 13 – Motivos por los cuales los usuarios de servicios hospitalarios percibieron como buena o muy buena la calidad de la atención recibida por institución prestadora de servicios, 2012.

Motivos de buena calidad	Observaciones	Nacional	Institución prestadora de servicios						
			IMSS	ISSSTE	Seguro Público*	SESA	IMSS-Oportunidades	Médico privado	Otros
Es barato	3,444,490	4.7 [3.8 - 5.6]	3.3 [2.0 - 4.5]	1.5 [0.3 - 2.6]	0.9 [-1.0 - 2.9]	7.9 [5.9 - 9.9]	3.0 [0.9 - 5.2]	1.9 [0.7 - 3.0]	10.3 [5.2 - 15.4]
El personal está bien preparado	3,444,490	36.0 [34.0 - 37.8]	35.1 [31.8 - 38.3]	40.2 [33.5 - 46.8]	37.2 [25.2 - 49.2]	31.0 [28.2 - 33.9]	21.7 [11.4 - 32.0]	45.9 [41.3 - 50.6]	40.6 [28.9 - 52.3]
El personal tiene experiencia	3,444,490	18.5 [17.0 - 20.0]	15.5 [13.1 - 18.0]	26.2 [19.9 - 32.5]	19.6 [9.6 - 29.6]	15.7 [13.5 - 17.8]	16.0 [6.3 - 25.6]	26.7 [22.8 - 30.5]	26.0 [0.6 - 51.4]
Recibió orientación y apoyo del gestor	3,444,490	4.8 [3.9 - 5.6]	4.9 [3.3 - 6.4]	7.2 [3.0 - 11.4]	7.7 [2.5 - 13.0]	4.9 [3.5 - 6.3]	0.4 [0.3 - 0.4]	3.9 [2.3 - 5.6]	0.0 ----
Lo trataron bien	3,444,490	61.3 [59.4 - 63.2]	62.5 [59.2 - 65.8]	55.0 [48.6 - 61.3]	67.7 [58.8 - 76.7]	64.1 [61.2 - 66.9]	69.4 [57.0 - 81.8]	54.9 [50.2 - 59.5]	61.3 [32.8 - 89.8]
Medicamento, material y equipo es suficiente o de buena calidad	3,444,490	10.0 [8.9 - 11.1]	9.6 [7.7 - 11.5]	10.9 [6.6 - 15.2]	19.1 [11.6 - 26.7]	9.5 [7.8 - 11.2]	13.9 [3.7 - 24.0]	11.1 [8.5 - 13.7]	6.9 [6.1 - 7.6]
La operación o tratamiento estuvo bien	3,444,490	15.3 [13.9 - 16.7]	15.8 [13.5 - 18.1]	8.9 [4.9 - 12.9]	6.3 [-0.2 - 12.8]	14.9 [12.7 - 17.1]	9.7 [4.8 - 14.6]	17.7 [14.3 - 21.0]	25.9 [-3.3 - 55.1]
Buenos resultados en su salud / se curó / se mejoró	3,444,490	19.0 [17.5 - 20.6]	20.0 [17.4 - 22.7]	18.3 [12.8 - 23.8]	18.7 [5.9 - 31.5]	17.0 [14.8 - 19.2]	7.3 [-2.1 - 16.7]	21.4 [17.8 - 24.9]	30.4 [3.2 - 57.5]
Otro	3,444,490	3.7 [2.9 - 4.4]	3.0 [1.9 - 4.0]	2.5 [1.2 - 3.9]	3.6 [-3.8 - 11.1]	4.0 [2.9 - 5.1]	6.7 [2.0 - 11.3]	4.7 [2.7 - 6.7]	0.0 ----

Nota: Resultados obtenidos del módulo III “Situación de salud y utilización de servicios de salud” de la sección hogar de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Las estimaciones incluyó la corrección por el diseño de la encuesta utilizando el conjunto de operadores *svyset* del STATA 12.1. Los intervalos de confianza se calcularon al 95%. *Incluye PEMEX, Sedena, Marina. SESA: Servicios estatales de salud. De este análisis se excluyen a los miembros de los hogares que cuentan con algún seguro privado de salud.

Cuadro 14. Distribución porcentual de los pacientes que recibieron una explicación comprensible del médico, respecto al diagnóstico, estudios a realizar, el tratamiento a seguir y el pronóstico ó evolución de su enfermedad.

	Diagnóstico		Estudios		Tratamiento		Pronóstico	
	SPSS [§]	No SPSS						
Sí, detalladamente	77.4	80.5	62.8	70.5	72.3	77.0	73.1	76.2
Sí, parcialmente	13.1	12.2	12.4	13.0	13.7	12.7	14.6	14.5
No me explico	8.9	6.7	9.5	7.1	9.4	7.0	9.6	7.5
No quise explicaciones	0.1	0.1	0.1	0.08	0.2	0.1	0.2	0.2
No aplica	0.1	0.2	13.9	8.6	3.8	2.8	1.6	1.1
No sabe/ no responde	0.12	0.1	1.1	0.4	0.4	0.2	0.6	0.3

Nota: La N del SPSS y no SPSS es similar en los 4 desenlaces, SPSS= 16,659 y No SPSS=9,266. Fuente: Sección III, Trato Adecuado de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado de los Pacientes en Hospitales de los Servicios Estatales de Salud (SESA) 2009 [§] Sistema de Protección Social en Salud.

Cuadro 15. Distribución porcentual de los pacientes afiliados al SPSS que sí recibieron una explicación detallada o parcialmente comprensible del médico respecto al diagnóstico, estudios a realizar, el tratamiento a seguir y el pronóstico ó evolución de su enfermedad por entidad federativa.

	N	Diagnóstico	Estudios	Tratamiento	Pronóstico
Total	16, 569	92.8	83.61	86.1	87.7
Aguascalientes	575	87.1	83.8	80.7	77.0
Baja California	619	89.3	69.6	89.5	90.9
Baja California Sur	247	96.3	94.7	93.1	92.7
Campeche	514	90.4	84.0	86.5	87.1
Coahuila	607	89.1	88.4	88.6	87.8
Colima	555	92.6	63.9	80.7	89.1
Chiapas	498	91.5	73.4	93.3	95.9
Chihuahua	486	95.8	95.8	95.6	95.4
Distrito Federal	273	85.7	57.14	59.7	85.3
Durango	476	80.4	63.6	64.2	63.0
Guanajuato	643	98.1	85.6	97.2	97.3
Guerrero	529	95.8	70.5	96.6	94.3
Hidalgo	370	84.8	79.1	83.7	85.9
Jalisco	539	93.5	70.1	78.6	88.8
México	494	87.6	87.0	88.4	87.6
Michoacán	474	86.0	65.6	83.1	82.2
Morelos	587	84.5	59.9	85.6	80.9
Nayarit	623	84.1	69.6	81.7	81.8
Nuevo León	546	92.6	89.0	86.8	88.8
Oaxaca	623	90.6	84.6	86.4	87.5
Puebla	459	91.7	63.4	88.8	91.0
Querétaro	539	96.4	96.1	96.2	96.2
Quintana Roo	526	89.1	63.1	68.2	74.5
San Luis Potosí	413	86.2	55.6	84.2	84.2
Sinaloa	574	99.2.	86.7	95.8	94.5
Sonora	511	88.8	83.9	92.0	90.0
Tabasco	518	97.1	96.7	97.8	96.1
Tamaulipas	577	93.7	52.6	93.4	91.8
Tlaxcala	617	87.8	69.0	80.4	88.1
Veracruz	493	90.2	75.4	93.5	90.2
Yucatán	580	92.0	66.9	86.8	79.3
Zacatecas	561	90.2	60.4	92.4	88.9

Fuente: Sección III, Trato Adecuado de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado de los Pacientes en Hospitales de los Servicios Estatales de Salud (SESA) 2009. [§] Sistema de Protección Social en Salud.

Cuadro 16. Proporción de pacientes a los que el médico les explicó con claridad las opciones para tratar su problema.

	SPSS [§] N=16,569	No SPSS N=9,266
Sí	84.8	86.8
No	14.6	12.8
No sabe/no responde	0.4	0.3

Nota: Se expresan los porcentajes Fuente: Sección III, Trato Adecuado de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado de los Pacientes en Hospitales de los Servicios Estatales de Salud (SESA) 2009. [§] Sistema de Protección Social en Salud.

Cuadro 17. Proporción de pacientes afiliados al SPSS a los que el médico sí les explicó con claridad las opciones para tratar su problema, por entidad federativa.

	N	%
Total	16,569	84.8
Aguascalientes	575	84.0
Baja California	619	79.4
Baja California Sur	247	94.7
Campeche	514	80.5
Coahuila	607	88.4
Colima	555	87.5
Chiapas	498	85.1
Chihuahua	486	92.8
Distrito Federal	273	76.1
Durango	476	83.1
Guanajuato	643	95.3
Guerrero	529	90.1
Hidalgo	370	78.1
Jalisco	539	82.7
México	494	80.9
Michoacán	474	63.7
Morelos	587	75.6
Nayarit	623	78.4
Nuevo León	546	90.4
Oaxaca	546	87.5
Puebla	459	81.4
Querétaro	539	93.6
Quintana Roo	526	80.0
San Luis Potosí	413	76.5
Sinaloa	574	93.5
Sonora	511	84.1
Tabasco	518	95.5
Tamaulipas	577	91.1
Tlaxcala	617	82.3
Veracruz	493	83.5
Yucatán	580	85.6
Zacatecas	561	86.4

Nota: Se expresan los porcentajes Fuente: Sección III, Trato Adecuado de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado de los Pacientes en Hospitales de los Servicios Estatales de Salud (SESA) 2009. ³Sistema de Protección Social en Salud.

Cuadro 18. Distribución porcentual de la calificación otorgada a la comunicación que hubo con su médico, estratificada por afiliación al SPSS[§].

	SPSS [§] N=16,569	No SPSS N=9,266
Muy buena	20.5	25.3
Buena	64.0	60.7
Moderada	12.4	11.0
Mala	2.5	2.5
Muy mala	0.4	0.4

Nota: Fuente: Sección III, Trato Adecuado de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado de los Pacientes en Hospitales de los Servicios Estatales de Salud (SESA) 2009. [§]Sistema de Protección Social en Salud.

Cuadro 19. Distribución porcentual de la calificación otorgada como muy buena/buena a la comunicación que hubo con su médico en el grupo afiliado al SPSS por entidad federativa.

	N	%
Total	16, 498	84.9
Aguascalientes	571	88.4
Baja California	617	84.6
Baja California Sur	246	95.1
Campeche	510	84.5
Coahuila	606	88.2
Colima	553	88.2
Chiapas	496	81.2
Chihuahua	485	89.4
Distrito Federal	271	78.2
Durango	471	85.1
Guanajuato	643	98.1
Guerrero	528	77.0
Hidalgo	369	76.4
Jalisco	537	88.6
México	493	86.0
Michoacán	472	70.5
Morelos	584	74.6
Nayarit	617	84.6
Nuevo León	543	93.3
Oaxaca	545	84.2
Puebla	458	79.6
Querétaro	538	90.1
Quintana Roo	524	84.9
San Luis Potosí	412	82.0
Sinaloa	574	92.8
Sonora	511	88.0
Tabasco	517	91.4
Tamaulipas	577	88.2
Tlaxcala	612	76.1
Veracruz	492	82.5
Yucatán	578	75.2
Zacatecas	548	82.3

Nota: Fuente: Sección III, Trato Adecuado de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado de los Pacientes en Hospitales de los Servicios Estatales de Salud (SESA) 2009. [§]Sistema de Protección Social en Salud.

Cuadro 20. Distribución porcentual de la calificación otorgada a la comunicación con otros trabajadores del hospital.

	Enfermera		Personal de laboratorio		Personal de rayos X		Personal de farmacia		Personal de trabajo social		Personal de vigilancia		Personal de limpieza		Otro personal	
	SPSS [§]	No SPSS	SPSS [§]	No SPSS	SPSS [§]	No SPSS	SPSS [§]	No SPSS	SPSS [§]	No SPSS	SPSS [§]	No SPSS	SPSS [§]	No SPSS	SPSS [§]	No SPSS
Muy buena	23.7	29.9	10.8	14.3	6.4	11	7.8	7.1	15.8	16.1	8.8	9.8	9.8	10.3	2.7	2.8
Buena	64.3	60	45.6	48.5	19.8	32.9	41.6	38.1	57.4	55	45	44.6	50.8	49.5	11.9	11.8
Moderada	9.8	7.9	4.5	4.1	1.3	2.5	6	6.3	5.9	5.9	12.4	13.8	7.1	8.6	1.9	2.4
Mala	1.5	1.4	0.4	0.4	0.2	0.4	0.6	0.5	0.8	0.8	3.9	4.2	0.7	1.4	0.2	0.3
Muy mala	0.3	0.3	0.1	0.1	0	0.1	0.1	0.1	0.2	0.3	1.1	1.9	0.2	0.5	0.1	0.3
No aplica	0.1	0.1	38.5	32.3	72	52.9	43.6	47.8	19.5	21.6	28.5	25.5	31.2	29.5	82.9	82.1

Nota Fuente: Sección III, Trato Adecuado de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado de los Pacientes en Hospitales de los Servicios Estatales de Salud (SESA) 2009. [§] Sistema de Protección Social en Salud.

Cuadro 21. Calificación otorgada por los pacientes a su participación en las decisiones relacionadas con la salud.

	SPSS [§] N= 10,741	NO SPSS N= 6,082
Muy buena	17.2	19.6
Buena	77.2	75.4
Moderada	5.0	4.4
Mala	0.1	0.2
Muy mala	0.02	0.02
No sabe/ no responde	0.3	0.1

Nota: Fuente: Sección III, Trato Adecuado de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado de los Pacientes en Hospitales de los Servicios Estatales de Salud (SESA) 2009. [§] Sistema de Protección Social en Salud.

Cuadro 22. Calificación otorgada como muy buena/buena a la participación en las decisiones relacionadas con la salud en los afiliados al SPSS por entidad federativa.

	N	%
Total	10, 739	94.5
Aguascalientes	354	91.2
Baja California	355	93.5
Baja California Sur	168	99.4
Campeche	376	97.6
Coahuila	506	99.0
Colima	410	97.5
Chiapas	224	92.4
Chihuahua	390	97.9
Distrito Federal	132	91.6
Durango	280	94.6
Guanajuato	563	98.5
Guerrero	392	92.6
Hidalgo	238	94.9
Jalisco	287	96.1
México	302	93.7
Michoacán	246	84.5
Morelos	405	90.3
Nayarit	370	94.3
Nuevo León	335	94.0
Oaxaca	344	89.8
Puebla	395	93.6
Querétaro	419	97.8
Quintana Roo	291	98.2
San Luis Potosí	237	96.6
Sinaloa	409	97.0
Sonora	284	97.5
Tabasco	380	95.7
Tamaulipas	261	96.9
Tlaxcala	412	88.3
Veracruz	278	94.9
Yucatán	353	87.2
Zacatecas	343	92.1

Nota: Fuente: Sección III, Trato Adecuado de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado de los Pacientes en Hospitales de los Servicios Estatales de Salud (SESA) 2009. ⁸ Sistema de Protección Social en Salud.

Cuadro 23. Distribución porcentual de los pacientes que consideraron que su médico lo (a) trató con respeto y amabilidad.

	SPSS [§]	No SPSS
	N= 16,569	N= 9,266
Sí, siempre	91.6	92.3
Sí, en algunas ocasiones	7.2	6.6
Nunca	0.9	0.8
No sabe/ no responde	0.1	0.1

Nota Fuente: Sección III, Trato Adecuado de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado de los Pacientes en Hospitales de los Servicios Estatales de Salud (SESA) 2009. [§] Sistema de Protección Social en Salud.

Cuadro 24. Distribución porcentual de los pacientes afiliados al SPSS que consideraron que su médico sí siempre/ en algunas ocasiones lo (a) trató con respeto y amabilidad por entidad federativa.

	N	%
Total	16,568	98.9
Aguascalientes	575	98.0
Baja California	619	99.1
Baja California Sur	247	99.6
Campeche	514	99.2
Coahuila	607	99.1
Colima	555	99.6
Chiapas	498	99.2
Chihuahua	486	99.3
Distrito Federal	273	97.0
Durango	471	97.9
Guanajuato	643	99.3
Guerrero	529	99.4
Hidalgo	370	97.8
Jalisco	539	99.2
México	494	98.9
Michoacán	474	99.1
Morelos	587	98.8
Nayarit	623	98.0
Nuevo León	546	99.6
Oaxaca	546	99.4
Puebla	459	97.6
Querétaro	539	99.6
Quintana Roo	526	98.4
San Luis Potosí	413	98.5
Sinaloa	574	99.8
Sonora	511	98.0
Tabasco	518	99.8
Tamaulipas	577	99.8
Tlaxcala	617	98.0
Veracruz	493	98.7
Yucatán	580	99.4
Zacatecas	561	97.8

Nota Fuente: Sección III, Trato Adecuado de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado de los Pacientes en Hospitales de los Servicios Estatales de Salud (SESA) 2009. ⁸ Sistema de Protección Social en Salud.

Cuadro 25. Calificación otorgada al trato respetuoso y amable del médico.

	SPSS [§] N= 16,569	No SPSS N= 9,266
Muy bueno	31.7	35.5
Bueno	62.3	59.1
Moderado	4.9	4.4
Malo	0.7	0.7
Muy malo	0.2	0.1

Nota Fuente: Sección III, Trato Adecuado de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado de los Pacientes en Hospitales de los Servicios Estatales de Salud (SESA) 2009. [§] Sistema de Protección Social en Salud.

Cuadro 26. Calificación otorgada como muy buena/ buena al trato respetuoso y amable del médico en los afiliados al SPSS por entidad federativa.

	N	%
Total	16, 568	94.1
Aguascalientes	575	96.8
Baja California	619	94.0
Baja California Sur	247	97.1
Campeche	514	95.3
Coahuila	607	95.3
Colima	555	96.0
Chiapas	498	91.9
Chihuahua	486	96.3
Distrito Federal	273	90.4
Durango	471	92.6
Guanajuato	643	98.4
Guerrero	529	90.1
Hidalgo	370	89.1
Jalisco	539	98.1
México	494	93.7
Michoacán	474	92.4
Morelos	587	91.9
Nayarit	623	92.7
Nuevo León	546	95.7
Oaxaca	546	91.3
Puebla	459	92.5
Querétaro	539	96.6
Quintana Roo	526	92.2
San Luis Potosí	413	94.1
Sinaloa	574	96.8
Sonora	511	95.1
Tabasco	518	96.7
Tamaulipas	577	97.0
Tlaxcala	617	88.1
Veracruz	493	93.2
Yucatán	580	91.9
Zacatecas	561	93.7

Nota Fuente: Sección III, Trato Adecuado de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado de los Pacientes en Hospitales de los Servicios Estatales de Salud (SESA) 2009. ⁸ Sistema de Protección Social en Salud.

Cuadro 27. Importancia de mantener la privacidad durante las revisiones médicas o la aplicación de tratamientos.

	SPSS [§] N= 16,569	No SPSS N= 9,266
Sí, muy importante	87.1	86.9
Sí, poco importante	9.5	9.8
No es importante	3.0	2.8
No sabe/ no responde	0.3	0.2

Nota: Fuente: Sección III, Trato Adecuado de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado de los Pacientes en Hospitales de los Servicios Estatales de Salud (SESA) 2009. [§] Sistema de Protección Social en Salud.

Cuadro 28. Importancia de sí mantener la privacidad durante las revisiones médicas o la aplicación de tratamientos en el grupo afiliado al SPSS por entidad federativa.

	N	%
Total	16, 568	96.6
Aguascalientes	575	91.8
Baja California	619	91.4
Baja California Sur	247	100
Campeche	514	97.6
Coahuila	607	97.6
Colima	555	98.9
Chiapas	498	98.3
Chihuahua	486	99.3
Distrito Federal	273	94.1
Durango	476	98.3
Guanajuato	643	99.6
Guerrero	529	100.0
Hidalgo	370	94.3
Jalisco	539	92.9
México	494	94.3
Michoacán	474	95.7
Morelos	587	99.8
Nayarit	623	96.9
Nuevo León	546	97.9
Oaxaca	546	97.0
Puebla	459	97.1
Querétaro	539	99.2
Quintana Roo	526	96.0
San Luis Potosí	413	84.5
Sinaloa	574	98.2
Sonora	511	97.8
Tabasco	518	99.0
Tamaulipas	577	94.4
Tlaxcala	617	95.4
Veracruz	493	94.3
Yucatán	580	98.1
Zacatecas	561	97.1

Nota: Fuente: Sección III, Trato Adecuado de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado de los Pacientes en Hospitales de los Servicios Estatales de Salud (SESA) 2009. ⁸ Sistema de Protección Social en Salud. Las opciones de respuesta son: si muy importante y si poco importante

Cuadro 29. Calificación otorgada a la confidencialidad de los datos personales.

	SPSS [§]	No SPSS
	N= 16,569	N= 9,266
Muy buena	18.9	20.3
Buena	74.7	72.6
Moderada	3.4	3.9
Mala	0.3	0.4
Muy mala	0.0	0.02
No sabe/ no responde	2.4	2.6

Nota: Fuente: Sección III, Trato Adecuado de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado de los Pacientes en Hospitales de los Servicios Estatales de Salud (SESA) 2009. [§] Sistema de Protección Social en Salud.

Cuadro 30. Calificación otorgada a la confidencialidad de los datos personales en el grupo afiliado al SPSS por entidad federativa.

	N	%
Total	16, 569	93.6
Aguascalientes	575	86.7
Baja California	619	94.8
Baja California Sur	247	96.7
Campeche	514	94.1
Coahuila	607	99.0
Colima	555	95.1
Chiapas	498	94.7
Chihuahua	486	96.7
Distrito Federal	273	95.6
Durango	476	75.6
Guanajuato	643	99.2
Guerrero	529	97.9
Hidalgo	370	89.7
Jalisco	539	94.6
México	494	94.7
Michoacán	474	88.8
Morelos	587	85.0
Nayarit	623	93.4
Nuevo León	546	97.9
Oaxaca	546	87.7
Puebla	459	93.4
Querétaro	539	99.0
Quintana Roo	526	94.3
San Luis Potosí	413	88.3
Sinaloa	574	99.1
Sonora	511	97.4
Tabasco	518	94.4
Tamaulipas	577	97.5
Tlaxcala	617	87.5
Veracruz	493	96.5
Yucatán	580	94.8
Zacatecas	561	93.9

Nota: Fuente: Sección III, Trato Adecuado de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado de los Pacientes en Hospitales de los Servicios Estatales de Salud (SESA) 2009. ⁸ Sistema de Protección Social en Salud.

VIII. Anexo 3. ENSANUT 2006

1. Características socio-demográficas de la población afiliada al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)

Cuadro 1- Características generales de los hogares afiliados al SPSS[§] - 2006.

	Nacional		Esquema de afiliación					
			Ninguno		SPSS [§]		Otra [‡]	
Total de hogares	22,356,427		39.4		12.2		48.4	
Muestra de hogares	44,864		37.1		16.3		46.6	
	Estimador	[IC - 95%]	Estimador	[IC - 95%]	Estimador	[IC - 95%]	Estimador	[IC - 95%]
<i>Características del Jefe de hogar</i>								
Hombre	78.24	[77.64 - 78.83]	77.71	[76.73 - 78.66]	79.23	[77.89 - 80.5]	78.4	[77.57 - 79.26]
Años de edad	48.68	[48.35 - 49.02]	48.20	[47.84 - 48.56]	46.68	[46.04 - 47.33]	49.8	[49.32 - 50.36]
<i>Escolaridad</i>								
Promedio	6.79	[6.65 - 6.92]	5.95	[5.82 - 6.07]	4.72	[4.58 - 4.86]	8.4	[8.24 - 8.63]
0 años	13.65	[13.12 - 14.2]	18.15	[17.22 - 19.12]	19.85	[18.49 - 21.29]	8.4	[7.85 - 9.02]
1 - 6 años	43.56	[42.66 - 44.47]	46.81	[45.62 - 48]	56.72	[55 - 84.3]	37.6	[36.31 - 38.88]
7 - 9 años	20.39	[19.79 - 21]	20.21	[19.31 - 21.13]	17.24	[16.01 - 18.54]	21.3	[20.48 - 22.21]
10 - 12 años	11.53	[10.97 - 12.12]	8.84	[8.14 - 9.58]	4.11	[3.52 - 4.8]	15.6	[14.76 - 16.5]
13 o más años	10.86	[9.97 - 11.82]	5.99	[5.33 - 6.73]	2.08	[1.66 - 2.59]	17.1	[15.63 - 18.58]
Trabaja	70.22	[69.4 - 71.02]	72.20	[71.13 - 73.24]	68.49	[66.9 - 70.04]	69.0	[67.83 - 70.23]
<i>Características del hogar</i>								
<i>Quintil de nivel socioeconómico*</i>								
I	18.02	[17.25 - 18.82]	26.74	[25.29 - 28.25]	36.44	[33.63 - 39.35]	7.7	[7.05 - 8.34]
II	18.12	[17.42 - 18.85]	22.56	[21.45 - 23.71]	25.23	[23.72 - 26.81]	13.4	[12.6 - 14.15]
III	19.50	[18.83 - 20.19]	19.52	[18.5 - 20.57]	17.80	[16.32 - 19.38]	19.9	[18.94 - 20.8]
IV	21.86	[21.17 - 22.57]	16.70	[15.8 - 17.64]	13.13	[11.79 - 14.6]	27.5	[26.45 - 28.61]
V	22.50	[21.38 - 23.66]	14.49	[13.46 - 15.58]	7.39	[6.36 - 8.59]	31.6	[30 - 32.6]
Indígena ^{**}	8.73	[7.81 - 9.74]	12.27	[10.62 - 14.13]	12.09	[9.43 - 15.3]	5.0	[4.45 - 5.61]
<i>Presencia de integrantes del hogar</i>								
Menores de 5 años	35.21	[34.42 - 36.01]	37.42	[36.36 - 38.49]	42.89	[41.25 - 44.5]	31.5	[30.4 - 32.57]
Mujeres en edad reproductiva	79.88	[79.17 - 80.57]	79.51	[78.63 - 80.36]	83.69	[82.42 - 84.8]	79.2	[78.13 - 80.27]
De 60 y más años	30.47	[29.54 - 31.42]	26.14	[25.13 - 27.19]	28.43	[26.98 - 29.9]	34.5	[33.1 - 35.94]
Con padecimientos agudos 2	75.25	[74.19 - 76.28]	78.69	[77.18 - 80.11]	74.41	[71.72 - 76.93]	72.8	[71.17 - 74.44]
Con padecimientos crónicos 2	24.75	[23.72 - 25.81]	21.31	[19.89 - 22.82]	25.59	[23.07 - 28.28]	27.2	[25.56 - 28.83]
Hospitalizados el último año	13.76	[13.28 - 14.25]	10.31	[9.64 - 11.01]	15.10	[14 - 62.7]	16.2	[15.48 - 17.01]
Con DM y/o HTA	19.94	[19.33 - 20.56]	16.88	[15.98 - 17.82]	20.34	[19.08 - 21.65]	22.3	[21.44 - 23.23]
<i>Tamaño de la localidad</i>								
Urbano o metropolitano	76.57	[75.87 - 77.26]	68.54	[66.93 - 70.1]	50.49	[46.67 - 54.3]	89.6	[88.66 - 90.37]
Rural	23.43	[22.74 - 24.13]	31.46	[29.9 - 33.07]	49.51	[45.7 - 53.33]	10.5	[9.63 - 11.34]

Nota: Datos obtenidos partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Las estimaciones incluyó la corrección por el diseño de la encuesta utilizando el conjunto de operadores *svyset* del STATA 12.1. Los intervalos de confianza se calcularon al 95%. [§] Sistema de Protección social en Salud (SPSS) - definido a nivel hogar a partir de la afiliación de al menos un miembro de hogar en el SPSS. [‡] Incluye PEMEX - Sedena - Marina - Otra institución - IMSS - ISSSTE. De este análisis se excluyen a los miembros de los hogares que cuentan con algún seguro privado de salud. ^{*} El nivel socioeconómico (NSE) se aproximó a partir de un índice de NSE construido a partir de un análisis de componentes principales con matrices de correlación policórica - conjugó la posesión de diferentes tipos de activos y características de la infraestructura de los hogares. Las variables (sí =1 y no =0) incluidas fueron: Tener paredes - techo - piso de material durable - electricidad - servicio de agua - excusado - drenaje; además de vehículos (automóviles o camionetas) - televisión - radio - etéreo - plancha - licuadora - refrigerador - estufa a gas - lavadora - calentador de agua o boiler y línea telefónica. ^{**} Se define como hogar indígena a aquellos en donde al menos el jefe - el cónyuge o algún ascendente declaró ser hablante de lengua indígena (CDI - 2009) - Ver en Comisión Nacional de Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) (2009). Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México - 2002. Disponible en <http://www.cdi.gob.mx/>.

Cuadro 2- Distribución de la población afiliada al SPSS[§] por grupo de edad - sexo y nivel educativo - 2006.

	Nacional		Esquema de afiliación					
			Ninguno		SPSS [§]		Seguridad social [‡]	
Total de personas	101,625,971		53.28		10.64		36.08	
Muestra de personas	204,483		50.1		14.39		35.51	
	Estimador	[IC - 95%]	Estimador	[IC - 95%]	Estimador	[IC - 95%]	Estimador	[IC - 95%]
Grupos de Edad								
0 - 5	11.3	[11.1 - 11.6]	12.5	[12.1 - 12.8]	13.1	[12.5 - 13.6]	9.1	[8.8 - 9.5]
6 - 10	10.7	[10.5 - 10.9]	11.1	[10.8 - 11.3]	14.1	[13.5 - 14.7]	9.2	[8.8 - 9.5]
11 - 15	11.8	[11.6 - 12.0]	12	[11.7 - 12.3]	16.8	[16.1 - 17.6]	10.0	[9.6 - 10.3]
16 - 20	9.9	[9.7 - 10.2]	11.6	[11.3 - 11.9]	8.5	[8.0 - 8.9]	8.0	[7.7 - 8.3]
21 - 25	8.0	[7.8 - 8.2]	9.0	[8.7 - 9.3]	4.9	[4.5 - 5.3]	7.4	[7.1 - 7.8]
26 - 30	7.0	[6.8 - 7.2]	7.4	[7.1 - 7.6]	5.6	[5.2 - 6.1]	6.9	[6.6 - 7.2]
31 - 35	7.0	[6.8 - 7.2]	7.0	[6.8 - 7.3]	6.9	[6.5 - 7.3]	7.1	[6.8 - 7.5]
36 - 40	6.8	[6.6 - 7.0]	6.5	[6.2 - 6.7]	6.5	[6.1 - 6.9]	7.5	[7.2 - 7.8]
41 - 45	5.9	[5.7 - 6.1]	5.3	[5.1 - 5.5]	5.7	[5.4 - 6.1]	6.8	[6.5 - 7.1]
46 - 50	5.1	[4.9 - 5.2]	4.5	[4.3 - 4.7]	4.9	[4.5 - 5.3]	5.9	[5.6 - 6.2]
51 - 55	4.0	[3.9 - 4.2]	3.5	[3.4 - 3.7]	3.4	[3.1 - 3.8]	4.9	[4.7 - 5.2]
56 - 60	3.4	[3.2 - 3.5]	2.8	[2.7 - 3.0]	2.6	[2.4 - 2.9]	4.3	[4.1 - 4.6]
61 - 65	2.8	[2.6 - 2.9]	2.0	[1.9 - 2.2]	2.2	[1.9 - 2.5]	4.0	[3.8 - 4.3]
66 - 70	2.2	[2.1 - 2.3]	1.6	[1.5 - 1.7]	1.7	[1.4 - 1.9]	3.3	[3.0 - 3.5]
71 - 75	1.7	[1.6 - 1.8]	1.3	[1.2 - 1.4]	1.4	[1.2 - 1.6]	2.4	[2.2 - 2.6]
76 - 80	1.2	[1.1 - 1.2]	0.9	[0.8 - 1.0]	0.9	[0.7 - 1.1]	1.6	[1.5 - 1.8]
81 - 85	0.7	[0.7 - 0.8]	0.6	[0.5 - 0.7]	0.5	[0.4 - 0.6]	1.0	[0.9 - 1.1]
86 - 90	0.3	[0.2 - 0.3]	0.3	[0.2 - 0.3]	0.2	[0.1 - 0.3]	0.3	[0.3 - 0.4]
91 - más años	0.2	[0.2 - 0.2]	0.2	[0.1 - 0.2]	0.1	[0.1 - 0.2]	0.2	[0.2 - 0.2]
Sexo								
Mujeres	21.76	[21.2, 22.4]	22.29	[21.3, 23.3]	20.77	[19.5, 22.1]	21.58	[20.7, 24.3]
Hombres	78.24	[77.6, 78.8]	77.71	[76.7, 78.7]	79.23	[77.9, 80.5]	78.42	[77.6, 79.3]
Nivel educativo								
0 años	13.65	[13.12 - 14.2]	18.15	[17.22 - 19.12]	19.85	[18.49 - 21.29]	8.42	[7.85 - 9.02]
1 - 6 años	43.56	[42.66 - 44.47]	46.81	[45.62 - 48]	56.72	[55 - 84.3]	37.59	[36.31 - 38.88]
7 - 9 años	20.39	[19.79 - 21]	20.21	[19.31 - 21.13]	17.24	[16.01 - 18.54]	21.33	[20.48 - 22.21]
10 - 12 años	11.53	[10.97 - 12.12]	8.84	[8.14 - 9.58]	4.11	[3.52 - 4.8]	15.61	[14.76 - 16.5]
13 o más años	10.86	[9.97 - 11.82]	5.99	[5.33 - 6.73]	2.08	[1.66 - 2.59]	17.05	[15.63 - 18.58]

Nota: Datos obtenidos partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Las estimaciones incluyó la corrección por el diseño de la encuesta utilizando el conjunto de operadores *svyset* del STATA 12.1. Los intervalos de confianza se calcularon al 95%. [§] Sistema de Protección social en Salud. Una persona se define como beneficiaria del SPSS si pertenece a dicho sistema independientemente de que si cuenta con más de un esquema de seguro de la salud. [‡] Incluye PEMEX - Sedena - Marina - Otra institución - IMSS - ISSSTE. De este análisis se excluyen a los miembros de los hogares que cuentan con algún seguro privado de salud.

Cuadro 3- Distribución de la población afiliada al SPSS[§] por entidad federativa - 2006.

	Nacional	Esquema de afiliación		
		Ninguno	SPSS [§]	Otra [‡]
Total de personas	101,625,971	53.28	10.64	36.08
Muestra	204,483	50.1	14.39	35.51
<i>Entidad Federativa</i>				
Aguascalientes	1.0	22.7	27.0	50.3
Baja California	2.7	32.2	8.8	59.0
Baja California Sur	0.4	30.8	8.9	60.3
Campeche	0.7	26.8	30.7	42.5
Coahuila	2.4	21.4	2.9	75.7
Colima	0.6	22.7	31.1	46.2
Chiapas	4.2	57.1	7.1	35.7
Chihuahua	3.1	34.8	16.3	48.9
Distrito Federal	8.4	46.2	1.1	52.7
Durango	1.5	43.2	7.3	49.6
Guanajuato	4.8	40.6	26.0	33.5
Guerrero	3.1	72.6	3.9	23.6
Hidalgo	2.3	51.7	15.1	33.2
Jalisco	6.5	36.8	16.1	47.1
México	13.6	48.9	5.8	45.3
Michoacán	3.9	66.9	2.2	30.9
Morelos	1.6	46.9	13.9	39.1
Nayarit	0.9	24.8	33.5	41.7
Nuevo León	4.0	22.5	7.3	70.3
Oaxaca	3.5	54.6	10.8	34.7
Puebla	5.3	53.0	14.0	33.1
Querétaro	1.6	39.5	12.7	47.8
Quintana Roo	1.1	39.6	6.9	53.5
San Luis Potosí	2.3	35.4	13.3	51.3
Sinaloa	2.6	32.3	19.4	48.3
Sonora	2.3	26.3	14.1	59.6
Tabasco	2.0	27.1	47.3	25.6
Tamaulipas	2.9	23.0	21.4	55.7
Tlaxcala	1.0	55.7	16.5	27.8
Veracruz	6.9	50.9	12.5	36.5
Yucatán	1.8	34.3	18.6	47.2
Zacatecas	1.3	43.7	23.7	32.6

Nota: Datos obtenidos partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Las estimaciones incluyó la corrección por el diseño de la encuesta utilizando el conjunto de operadores *svyset* del STATA 12.1. [§] Sistema de Protección social en Salud. [‡] Incluye PEMEX - Sedena - Marina - Otra institución - IMSS - ISSSTE. De este análisis se excluyen a los miembros de los hogares que cuentan con algún seguro privado de salud.

2. Morbilidad, acceso y uso de medicamentos

Cuadro 4- Morbilidad por esquema de afiliación - 2006.

Observaciones	Nacional	Por esquema de afiliación				
		Ninguno	SPSS [§]	Otro [‡]		
Morbilidad en las últimas dos semanas	Expandido	101,625,971	11.26	10.64	12.1	11.93
	Muestral	204,483	[10.9 - 11.6]	[10.2 - 11.1]	[11.2 - 13.1]	[11.4 - 12.5]
Agudas	Expandido	11,440,900	82.46	85.14	82.39	78.96
	Muestral	20,766	[.8162, .8328]	[84.1 - 86.1]	[79.9 - 84.7]	[77.4 - 80.5]
Crónicas	Expandido	11,440,900	17.54	14.86	17.61	21.04
	Muestral	20,766	[16.7 - 18.4]	[13.9 - 15.9]	[15.3 - 20.2]	[19.5 - 22.6]

Nota: Resultados obtenidos del módulo "Situación de salud y utilización de servicios de salud" de la sección hogar de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Las estimaciones incluyó la corrección por el diseño de la encuesta utilizando el conjunto de operadores *svyset* del STATA 12.1. Los intervalos de confianza se calcularon al 95%. [§] Sistema de Protección social en Salud. [‡] Incluye PEMEX - Sedena - Marina - Otra institución. De este análisis se excluyen a los miembros de los hogares que cuentan con algún seguro privado de salud.

Cuadro 5- Acceso a medicamentos por esquema de afiliación - 2006.

Observaciones	Nacional	Esquema de afiliación			
		Ninguno	SPSS [§]	Seguridad social [‡]	
Obtuvo los medicamentos recetados	7,412,700	4.7	3.5	9.5	4.7
		[4.1 - 5.4]	[2.8 - 4.3]	[7.6 - 11.9]	[3.8 - 5.8]
Ninguno o sólo algunos	7,412,700	33.3	46.3	26.9	22.3
		[31.9 - 34.8]	[43.7 - 48.9]	[24.0 - 30.1]	[20.6 - 24.1]
Todos en un lugar distinto al de atención	7,412,700	62.0	50.3	63.6	73.0
		[60.4 - 63.5]	[47.7 - 52.9]	[59.8 - 67.2]	[71.0 - 75.0]

Nota: Resultados obtenidos de la sección VI "Medicamentos" - del cuestionario individual de utilización de servicios de salud de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Las estimaciones incluyó la corrección por el diseño de la encuesta utilizando el conjunto de operadores *svyset* del STATA 12.1. Los intervalos de confianza se calcularon al 95%. [§] Sistema de Protección social en Salud. [‡] Incluye PEMEX - Sedena - Marina - Otra institución. De este análisis se excluyen a los miembros de los hogares que cuentan con algún seguro privado de salud.

Cuadro 6- Acceso a medicamentos por entidad para población afiliada al SPSS - 2006.

Entidad Federativa	Obtuvo medicamentos recetados		
	Ninguno o sólo algunos	Todos en un lugar distinto al de atención	Todos en el lugar de atención
Aguascalientes	7.7	15.9	76.4
Baja California	10.8	37.2	51.9
Baja California Sur	12.7	57.0	30.3
Campeche	7.8	21.1	71.1
Coahuila	0.0	24.6	75.4
Colima	7.8	26.7	65.6
Chiapas	3.1	26.7	70.2
Chihuahua	9.4	18.8	71.8
Distrito Federal	29.7	0.0	70.3
Durango	26.5	12.5	61.0
Guanajuato	7.7	27.3	65.0
Guerrero	45.0	39.5	15.5
Hidalgo	7.9	47.3	44.8
Jalisco	15.3	30.4	54.3
México	7.3	33.8	59.0
Michoacán	46.1	44.7	9.2
Morelos	6.8	26.8	66.5
Nayarit	15.3	13.3	71.4
Nuevo León	8.8	11.9	79.4
Oaxaca	14.5	36.2	49.3
Puebla	6.3	38.7	55.0
Querétaro	3.1	35.1	61.8
Quintana Roo	10.2	42.3	47.6
San Luis Potosí	9.6	25.1	65.3
Sinaloa	4.7	14.6	80.8
Sonora	16.0	31.3	52.7
Tabasco	3.2	22.6	74.2
Tamaulipas	23.8	35.0	41.2
Tlaxcala	14.3	16.1	69.6
Veracruz	1.5	24.2	74.3
Yucatán	1.1	15.0	83.9
Zacatecas	12.0	23.5	64.5

Nota: Resultados obtenidos de la sección VI "Medicamentos" - del cuestionario individual de utilización de servicios de salud de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Las estimaciones incluyó la corrección por el diseño de la encuesta utilizando el conjunto de operadores *svyset* del STATA 12.1.

Cuadro 7- Acceso a medicamentos por esquema de afiliación y tipo de enfermedad - 2006.

	Nacional	Esquema de afiliación		
		Ninguno	SPSS [§]	Seguridad social [‡]
Agudas (N = 4,668,762)				
Ninguno o sólo algunos	4.32 [3.6 - 5.1]	3.23 [2.4 - 4.4]	8.33 [6.3 - 11.0]	4.41 [3.3 - 5.9]
En un lugar distinto al de atención	34.5 [32.5 - 36.5]	45.61 [42.5 - 48.7]	24.53 [21.0 - 28.5]	24.12 [21.6 - 26.9]
En el lugar de atención	61.19 [59.1 - 63.2]	51.16 [48.1 - 54.2]	67.14 [62.2 - 71.7]	71.47 [68.4 - 74.3]
Crónicas (N = 1,540,177)				
Ninguno o sólo algunos	4.5 [3.4 - 5.9]	3.19 [1.9 - 5.3]	10.47 [6.9 - 15.6]	4.15 [2.8 - 6.2]
En un lugar distinto al de atención	32.31 [29.5 - 35.3]	48.31 [43.1 - 53.5]	34.15 [28.1 - 40.8]	20.66 [17.6 - 24.1]
En el lugar de atención	63.19 [60.2 - 66.1]	48.5 [43.4 - 53.6]	55.38 [48.9 - 61.7]	75.19 [71.5 - 78.5]

Nota: Resultados obtenidos de la sección VI "Medicamentos" - del cuestionario individual de utilización de servicios de salud de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Las estimaciones incluyó la corrección por el diseño de la encuesta utilizando el conjunto de operadores *svyset* del STATA 12.1. Los intervalos de confianza se calcularon al 95%. [§] Sistema de Protección social en Salud. [‡] Incluye PEMEX - Sedena - Marina - Otra institución. De este análisis se excluyen a los miembros de los hogares que cuentan con algún seguro privado de salud.

Cuadro 8- Acceso a medicamentos por entidad y tipo de enfermedad para personas afiliadas al SPSS - 2006.

<i>Entidad Federativa</i>	Agudas (N = 563,441)			Crónicas (N = 170,391)		
	Ninguno o sólo algunos	En un lugar distinto al de atención	En el lugar de atención	Ninguno o sólo algunos	En un lugar distinto al de atención	En el lugar de atención
Aguascalientes	8.4	11.2	80.4	0.0	23.4	76.6
Baja California	0.0	46.8	53.2	0.0	66.4	33.6
Baja California Sur	21.9	64.9	13.2	0.0	48.8	51.2
Campeche	0.0	26.8	73.2	21.0	16.2	62.8
Coahuila	0.0	33.5	66.5	0.0	32.6	67.4
Colima	3.1	25.1	71.8	16.2	29.1	54.7
Chiapas	5.8	23.4	70.8	0.0	60.8	39.2
Chihuahua	12.5	24.9	62.6	7.6	14.8	77.7
Distrito Federal	0.0	0.0	100.0	100.0	0.0	0.0
Durango	25.1	16.9	58.0	35.6	0.0	64.4
Guanajuato	8.4	25.2	66.4	6.5	37.4	56.1
Guerrero	48.6	26.7	24.8	----	----	----
Hidalgo	5.6	54.5	39.9	20.3	28.0	51.7
Jalisco	8.1	31.6	60.3	7.5	32.6	59.9
México	10.9	30.2	58.9	0.0	50.0	50.0
Michoacán	66.7	33.3	0.0	33.3	66.7	0.0
Morelos	1.9	31.6	66.5	17.0	21.1	61.9
Nayarit	18.1	12.2	69.7	9.8	14.0	76.2
Nuevo León	11.3	4.4	84.3	0.0	26.7	73.3
Oaxaca	22.8	24.3	52.9	0.0	54.7	45.3
Puebla	10.2	34.0	55.8	0.0	45.9	54.1
Querétaro	4.0	31.7	64.2	0.0	75.4	24.6
Quintana Roo	10.0	36.2	53.8	0.0	28.7	71.3
San Luis Potosí	7.2	22.3	70.5	27.3	18.7	54.1
Sinaloa	4.9	9.1	86.0	4.0	28.4	67.6
Sonora	7.4	33.0	59.6	35.6	39.8	24.6
Tabasco	2.2	19.1	78.7	4.2	22.8	73.0
Tamaulipas	24.3	36.6	39.1	27.2	29.7	43.2
Tlaxcala	17.8	17.1	65.1	0.0	22.7	77.3
Veracruz	0.0	17.7	82.3	7.3	51.9	40.8
Yucatán	0.0	20.9	79.1	4.3	13.2	82.4
Zacatecas	5.9	23.1	71.1	27.8	21.3	50.9

Nota: Resultados obtenidos de la sección VI "Medicamentos" - del cuestionario individual de utilización de servicios de salud de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Las estimaciones incluyó la corrección por el diseño de la encuesta utilizando el conjunto de operadores *svyset* del STATA 12.1. Los intervalos de confianza se calcularon al 95%.

3. Difusión del Sistema de Protección social en salud

Cuadro 9- Indicadores de difusión del SPSS[§]. 2006.

	Porcentaje [IC - 95%]
Quando se afiliaron al SPSS - ¿le entregaron su	
Póliza de afiliación?	
Sí	93.9 [93.1 - 94.7]
No	5.2 [4.5 - 6]
No sabe o no responde	0.9 [0.7 - 1.2]
Carta de derechos y obligaciones?	
Sí	81.9 [80.5 - 83.2]
No	16 [14.7 - 17.4]
No sabe o no responde	2.1 [1.7 - 2.6]
Información sobre los servicios médicos a los que tiene derecho?	
Sí	77 [75.4 - 78.5]
No	20.6 [19 - 22.1]
No sabe o no responde	2.5 [2.0 - 3.0]
La información que recibió al afiliarse al SPSS le permite conocer sus derechos y obligaciones como afiliados al programa	
Sí	71.8 [71.6 - 73.9]
No	28.2 [26.5 - 29.9]
Solicitó información sobre los derechos y obligaciones que adquirió al afiliarse al SPSS	
Sí	46.2 [44.3 - 48.0]
No	53.8 [52.0 - 55.7]
Observaciones	2,976,486

Nota: Resultados obtenidos de la sección VIII. Difusión - aceptación y utilización del Seguro Popular - del cuestionario de hogares de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Las estimaciones incluyó la corrección por el diseño de la encuesta utilizando el conjunto de operadores *svyset* del STATA 12.1. Los intervalos de confianza se calcularon al 95%. [§] Sistema de Protección social en Salud.

Cuadro 10- Indicadores de difusión del SPSS[§] por entidad federativa. 2006.

Entidad Federativa	Cuando se afiliaron al SPSS - ¿le entregaron su				
	Póliza de afiliación?	Carta de derechos y obligaciones?*	Información sobre los servicios médicos a los que tiene derecho?	La información que recibió al afiliarse al SPSS le permite conocer sus derechos y obligaciones como afiliados al programa	Solicitó información sobre los derechos y obligaciones que adquirió al afiliarse al SPSS
Aguascalientes	97.87	90.37	86.76	77.32	47.27
Baja California	96.35	79.93	79.19	80.9	56.36
Baja California Sur	91.28	84.71	77.96	80.37	65.84
Campeche	95.98	86.79	80.87	76.05	47.59
Coahuila	95.04	91.75	86.83	80.27	63.84
Colima	94.18	64.21	54.57	66.61	42.98
Chiapas	91.67	60.77	54.8	46.96	29.07
Chihuahua	96.2	92.07	86.22	66.94	48.09
Distrito Federal	90.62	52.69	45.91	61.87	43.11
Durango	95.36	88.38	86.05	73.77	49.08
Guanajuato	95.23	88.65	86.03	73.9	43.46
Guerrero	97.23	75.66	77.36	56.11	46.51
Hidalgo	88.51	79.99	77.46	67.74	41.51
Jalisco	95.66	67.76	59.5	64.17	46.37
México	91.03	84.1	78.54	76.09	42.26
Michoacán	94.14	89.73	90.18	72.98	31.85
Morelos	87.5	73.93	61.41	58.65	42.12
Nayarit	97.75	87.27	81.26	76.4	38.5
Nuevo León	93.98	96.31	89.89	91.84	62.68
Oaxaca	91.12	60.71	53.86	59.86	40.49
Puebla	92.07	84.86	83.44	69.02	48.13
Querétaro	92.61	77.37	66.22	68.23	38.04
Quintana Roo	92.76	74.49	66.95	69.9	52.52
San Luis Potosí	92.77	79.5	77.11	74.94	49.11
Sinaloa	94.6	87.86	84.73	81.67	56.31
Sonora	93.54	77.51	67.91	65.43	51.89
Tabasco	93.85	93.69	86.53	78.64	52.76
Tamaulipas	95.63	82.41	74.18	81.37	50.62
Tlaxcala	95.24	92.37	88.43	79.71	46.89
Veracruz	94.13	86.13	86.19	71.84	38.61
Yucatán	98.76	90.82	83.79	78.02	53.99
Zacatecas	95.72	76.54	73.51	68.68	45.99

Nota: Resultados obtenidos de la sección VIII. Difusión - aceptación y utilización del Seguro Popular - del cuestionario de hogares de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Las estimaciones incluyó la corrección por el diseño de la encuesta utilizando el conjunto de operadores *svyset* del STATA 12.1. *Aproximada contrato de inscripción.

4. Percepción de la calidad de los servicios de salud

Cuadro 11- Motivos por los cuales los usuarios de servicios hospitalarios percibieron como buena o muy buena la calidad de la atención recibida por afiliación. 2006.

Motivos de buena calidad	Observaciones	Esquema de afiliación			
		Nacional	Ninguno	SPSS [§]	Seguridad social [‡]
Es barato	2,858,700	4.91 [4.14 - 5.81]	7.09 [5.66 - 8.83]	7.21 [5.43 - 9.51]	2.48 [1.62 - 3.79]
El personal está bien preparado	2,858,700	30.63 [28.72 - 32.61]	30.0 [27.22 - 32.94]	25.02 [21.02 - 29.5]	32.55 [29.79 - 35.43]
El personal tiene experiencia	2,858,700	9.38 [8.39 - 10.47]	9.09 [7.55 - 10.92]	6.71 [4.65 - 9.59]	10.28 [8.81 - 11.96]
Lo trataron bien	2,858,700	37.23 [35.26 - 39.25]	33.81 [31.21 - 36.51]	46.71 [41.89 - 51.59]	37.82 [35.12 - 40.6]
Medicamento - material y equipo es suficiente o de buena calidad	2,858,700	4.18 [3.46 - 5.04]	4.77 [3.52 - 6.44]	3.95 [2.65 - 5.84]	3.73 [2.87 - 4.84]
La operación o tratamiento estuvo bien	2,858,700	5.79 [4.97 - 6.73]	5.74 [4.53 - 7.24]	4.38 [2.98 - 6.41]	6.18 [4.92 - 7.74]
Buenos resultados en su salud - se curó - se mejoró.	2,858,700	6.69 [5.76 - 7.75]	8.23 [6.61 - 10.22]	5.62 [3.71 - 8.44]	5.63 [4.5 - 7.03]
Otro	2,858,700	1.2 [0.8 - 17.8]	1.26 [0.64 - 2.48]	0.4 [0.17 - 0.97]	1.33 [0.78 - 2.26]

Nota: Resultados obtenidos del módulo III "Situación de salud y utilización de servicios de salud" de la sección hogar de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Las estimaciones incluyeron la corrección por el diseño de la encuesta utilizando el conjunto de operadores *svyset* del STATA 12.1. Los intervalos de confianza se calcularon al 95%. [§] Sistema de Protección social en Salud. [‡] Incluye PEMEX - Sedena - Marina - Otra institución. De este análisis se excluyen a los miembros de los hogares que cuentan con algún seguro privado de salud.

Cuadro 12- Motivos por los cuales los usuarios de servicios hospitalarios percibieron como buena o muy buena la calidad de la atención recibida por entidad y para personas afiliadas al SPSS. 2006

	Motivos de buena calidad							
	Es barato	El personal está bien preparado	El personal tiene experiencia	Lo trataron bien	Medicamento, material y equipo es suficiente o de buena calidad	La operación o tratamiento estuvo bien	Buenos resultados en su salud, se curó, se mejoró.	Otro
<i>Entidad Federativa</i>								
Aguascalientes	7.9	20.6	5.9	53.0	3.1	4.5	2.4	2.7
Baja California	0.0	24.5	12.9	44.9	5.1	12.6	0.0	0.0
Baja California Sur	0.0	41.9	5.4	52.8	0.0	0.0	0.0	0.0
Campeche	5.3	36.0	9.7	31.3	2.3	3.5	11.9	0.0
Coahuila	0.0	24.9	0.0	50.0	0.0	0.0	25.2	0.0
Colima	1.2	26.5	3.8	46.6	8.3	7.8	4.1	1.8
Chiapas	0.0	46.9	0.0	39.6	0.0	13.6	0.0	0.0
Chihuahua	13.8	17.5	11.8	50.2	6.8	0.0	0.0	0.0
Distrito Federal	0.0	37.5	0.0	62.5	0.0	0.0	0.0	0.0
Durango	0.0	19.5	44.2	28.0	0.0	0.0	8.3	0.0
Guanajuato	2.7	26.8	5.8	57.1	4.9	0.0	2.8	0.0
Guerrero	16.2	17.8	0.0	33.0	0.0	16.9	16.2	0.0
Hidalgo	14.6	40.6	0.0	28.6	0.0	6.5	9.7	0.0
Jalisco	11.7	13.0	13.5	46.9	5.5	5.9	3.4	0.0
México	0.0	17.5	13.3	58.1	0.0	0.0	11.1	0.0
Michoacán	0.0	12.4	0.0	87.6	0.0	0.0	0.0	0.0
Morelos	7.5	28.4	7.1	35.3	2.7	9.5	9.4	0.0
Nayarit	4.4	26.0	2.9	53.5	5.3	5.1	2.8	0.0
Nuevo León	0.0	0.0	0.0	85.4	0.0	0.0	14.6	0.0
Oaxaca	5.7	5.6	0.0	71.8	5.3	0.0	5.6	5.9
Puebla	18.6	31.9	3.3	39.6	3.3	3.3	0.0	0.0
Querétaro	19.1	32.4	14.4	34.1	0.0	0.0	0.0	0.0
Quintana Roo	4.4	51.4	0.0	36.8	0.0	0.0	7.4	0.0
San Luis Potosí	15.7	25.7	10.7	44.5	0.0	0.0	3.5	0.0
Sinaloa	4.7	31.5	7.3	39.6	2.4	14.5	0.0	0.0
Sonora	6.3	20.9	6.8	45.8	3.2	9.7	4.4	2.9
Tabasco	8.6	30.4	10.4	27.9	6.8	1.8	14.2	0.0
Tamaulipas	12.4	11.8	5.7	56.4	5.6	2.5	5.7	0.0
Tlaxcala	9.4	8.0	2.8	75.9	0.0	3.9	0.0	0.0
Veracruz	3.9	38.8	0.0	34.9	7.7	3.8	10.9	0.0
Yucatán	12.5	27.5	11.0	26.0	7.3	7.4	8.4	0.0
Zacatecas	0.0	25.4	7.5	44.6	5.6	3.6	13.3	0.0

Nota: Resultados obtenidos del módulo III "Situación de salud y utilización de servicios de salud" de la sección hogar de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Las estimaciones incluyó la corrección por el diseño de la encuesta utilizando el conjunto de operadores *svyset* del STATA 12.1.

Cuadro 13- Motivos por los cuales los usuarios de servicios hospitalarios percibieron como buena o muy buena la calidad de la atención recibida por institución prestadora de servicios - 2006.

Motivos de buena calidad	Observaciones	Nacional	Institución prestadora de servicios						
			IMSS	ISSSTE	Seguro Público*	SESA	IMSS-Oportunidades	Médico privado	Otros
Es barato	2,841,621	4.92 [4.15 - 5.82]	2.45 [1.64 - 3.66]	1.21 [0.33 - 4.29]	0 ----	8.52 [6.95 - 10.4]	7.74 [3.09 - 18.08]	3.63 [2.33 - 5.6]	16.29 [7.08 - 33.2]
El personal está bien preparado	2,841,621	30.43 [28.52 - 32.42]	31.09 [28.19 - 34.15]	29.61 [23.62 - 36.38]	44.79 [25.89 - 65.32]	26.64 [24.02 - 29.44]	13.14 [5.13 - 29.71]	34.03 [29.71 - 38.63]	34.3 [22.11 - 48.98]
El personal tiene experiencia	2,841,621	9.43 [8.44 - 10.54]	9.2 [7.68 - 10.99]	13.07 [8.72 - 19.14]	16.3 [7.11 - 33.14]	8.32 [6.71 - 10.27]	7.66 [2.52 - 21.02]	10.41 [8.43 - 12.77]	5.93 [2.8 - 12.12]
Lo trataron bien	2,841,621	37.36 [35.37 - 39.39]	40.02 [37.02 - 43.1]	38.92 [32.12 - 46.17]	23 [12.21 - 39.08]	38.83 [35.7 - 42.04]	51.49 [33.32 - 69.27]	32.23 [28.16 - 36.59]	30.21 [19.92 - 42.97]
Medicamento - material y equipo es suficiente o de buena calidad	2,841,621	4.19 [3.46 - 5.05]	3.3 [2.35 - 4.6]	4.35 [2.61 - 7.17]	2.49 [0.38 - 14.54]	3.92 [2.87 - 5.33]	3.15 [0.44 - 19.46]	5.8 [4.01 - 8.32]	6.96 [2.41 - 18.52]
La operación o tratamiento estuvo bien	2,841,621	5.79 [4.97 - 6.73]	5.95 [4.58 - 7.71]	7.68 [3.81 - 14.88]	11.26 [3.65 - 29.85]	5.19 [4.02 - 6.66]	6.05 [1.67 - 19.67]	6.04 [4.34 - 8.35]	0.2 [0.027 - 1.41]
Buenos resultados en su salud / se curó / se mejoró	2,841,621	6.7 [5.77 - 7.77]	6.35 [4.98 - 8.07]	4.84 [2.22 - 10.25]	2.17 [0.64 - 7.07]	6.99 [5.39 - 9.01]	10.78 [3.9 - 26.42]	7.56 [5.61 - 10.1]	5.85 [2.02 - 15.8]
Otro	2,841,621	1.18 [0.79 - 1.78]	1.63 [0.92 - 2.87]	0.32 [0.099 - 1.01]	0 ----	1.61 [0.82 - 3.13]	0 ----	0.3 [0.091 - 1]	0.26 [0.036 - 1.84]

Nota: Resultados obtenidos del módulo III "Situación de salud y utilización de servicios de salud" de la sección hogar de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Las estimaciones incluyó la corrección por el diseño de la encuesta utilizando el conjunto de operadores *svyset* del STATA 12.1. Los intervalos de confianza se calcularon al 95%. *Incluye PEMEX - Sedena - Marina. SESA: Servicios estatales de salud. De este análisis se excluyen a los miembros de los hogares que cuentan con algún seguro privado de salud.

Cuadro 14- Motivos por los cuales los usuarios de servicios hospitalarios percibieron como buena o muy buena la calidad de la atención por entidad y para personas que pertenecen al SESA- 2006.

	Motivos de buena calidad							Otro
	Es barato	El personal está bien preparado	El personal tiene experiencia	Lo trataron bien	Medicamento, material y equipo es suficiente o de buena calidad	La operación o tratamiento estuvo bien	Buenos resultados en su salud, se curó, se mejoró.	
<i>Entidad Federativa</i>								
Aguascalientes	6.7	19.4	4.4	52.6	2.7	7.4	5.1	1.7
Baja California	2.6	33.6	14.0	25.0	6.1	12.0	6.7	0.0
Baja California Sur	2.2	42.6	13.6	34.8	4.6	0.0	2.3	0.0
Campeche	9.7	35.1	9.4	29.6	3.6	5.3	7.4	0.0
Coahuila	0.0	21.8	8.5	48.1	5.1	0.0	16.5	0.0
Colima	3.5	29.2	3.0	44.8	6.1	9.6	2.7	1.2
Chiapas	7.1	22.4	0.0	53.7	4.3	3.8	7.4	1.4
Chihuahua	11.3	19.7	7.0	43.7	3.8	11.3	3.3	0.0
Distrito Federal	4.4	18.9	16.3	40.0	5.0	11.1	2.0	2.4
Durango	11.9	23.3	14.4	36.6	2.0	3.1	8.8	0.0
Guanajuato	3.2	22.4	12.8	41.8	4.3	6.2	7.5	1.8
Guerrero	11.9	23.4	13.2	24.3	0.0	8.4	18.9	0.0
Hidalgo	7.7	33.1	11.3	22.9	0.0	10.9	11.6	2.4
Jalisco	9.2	22.4	11.2	43.1	4.2	2.8	3.7	3.3
México	10.0	31.1	1.8	34.9	2.4	2.4	13.6	3.9
Michoacán	9.1	46.0	9.7	21.8	3.5	1.9	6.3	1.8
Morelos	10.3	32.5	9.2	27.9	8.0	4.2	6.1	1.9
Nayarit	5.2	22.5	5.0	49.4	6.3	3.4	8.2	0.0
Nuevo León	0.0	20.6	13.0	47.4	0.0	2.4	16.7	0.0
Oaxaca	9.3	17.1	1.9	58.3	7.5	1.9	1.8	1.9
Puebla	15.3	23.2	3.6	40.2	5.3	7.2	5.4	0.0
Querétaro	10.0	33.9	16.5	30.3	3.6	2.0	3.7	0.0
Quintana Roo	9.2	33.2	5.9	37.7	3.7	7.1	2.3	1.0
San Luis Potosí	18.1	25.1	12.3	39.5	0.0	1.7	3.4	0.0
Sinaloa	9.1	25.3	6.5	37.7	5.2	11.3	3.5	1.3
Sonora	11.5	22.0	3.6	41.1	1.8	3.6	13.2	3.3
Tabasco	9.1	31.9	5.2	31.5	2.6	5.2	14.5	0.0
Tamaulipas	9.8	22.5	6.1	43.5	3.0	4.5	9.1	1.5
Tlaxcala	8.1	20.9	3.4	60.5	0.9	2.5	0.9	2.8
Veracruz	8.7	37.0	11.3	30.1	5.6	4.6	2.7	0.0
Yucatán	11.8	30.5	11.3	28.6	4.8	7.4	5.6	0.0
Zacatecas	7.9	23.7	5.1	46.3	8.3	0.0	8.7	0.0

Nota: Resultados obtenidos del módulo III "Situación de salud y utilización de servicios de salud" de la sección hogar de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Las estimaciones incluyó la corrección por el diseño de la encuesta utilizando el conjunto de operadores *svyset* del STATA 12.1.

IX. Referencias

1. Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaul FK. Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. *The Lancet*, 368 (9546), 28 October 2006. Pp. 1524 – 1534.1.
2. Murray CJL, Knaul F, Xu K, Mugrove P, Kawabata K. Defining and measuring fairness of financial contribution. WHO. Global Programme on Evidence Working Paper, no. 24. Ginebra:WHO, 2000.
3. Murray CJL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization* 78 (6): 717-731, 2000.
4. Torres AC, Knaul F. Determinantes del gasto en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México. En: *Caleidoscopio de la salud* . Knaul F, Nigenda G, ed. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud; 2003.
5. Knaul F, Arreola H, Méndez O. Protección financiera en salud: México 1992 a 2004. *Salud Publica Mex* 2005;47:430-439. 34.
6. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, Bryson-Cahn C, Barofsky J, Maguire R, et al. Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. *The Lancet*, 18 November 2006: 368(9549). Pp. 1828 – 1841.
7. Wagstaff A, van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-98. *Health Econ* 2003;12(11).
8. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multi-country analysis. *The Lancet*, 2003; Vol(362):111-117.
9. Wagstaff A. The Economic Consequences of Health Shocks. World Bank Policy Research Working Paper 3644, The World Bank, Washington DC, USA. June 2005.
10. Baeza C, Packard TG. Beyond Survival: Protecting Households from the Impoverishing Effects of Health Shocks in Latin America. Washington, DC: 2005. World Bank.
11. INEGI. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 2002. INEGI, Aguascalientes, México, 2003.
12. INEGI. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 2004. INEGI, Aguascalientes, México, 2005.
13. INEGI. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 2006. INEGI, Aguascalientes, México, 2007.
14. INEGI. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 2008. INEGI, Aguascalientes, México, 2009.
15. INEGI. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 2010. INEGI, Aguascalientes, México, 2003.
16. Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2012. Disponible en:
17. Banco de México. Índice Nacional de Precios al Consumidor. Banxico, México, D.F., 2012. Disponible en:
<http://www.banxico.org.mx/SieInternet/consultarDirectorioInternetAction.do?accion=consultarDirectorioCuadros§or=8§orDescripcion=%CDndices%20de%20Precios%20al%20Consumidor%20y%20UDIS&locale=es>. Accesado: Septiembre 15, 2012.

18. World Health Organization. World Health Expenditure Database. Disponible en: http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLA_TE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84027. Accesado: Marzo 15, 2012.
19. OECD. OECD health data 2011 – frequently requested data. Disponible en: http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html. Accesado: Enero 31, 2012.
20. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Recursos financieros. México, D.F.: Ssa, 2012. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/recursosfinancieros/gastopublico.html>. Accesado: Marzo 10, 2012.
21. Dirección General de Información en Salud. Sistema Nacional de Información en Salud. Indicadores Financieros. México, D.F., 2012. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/recursosfinancieros/indicadores.html>
22. Dirección General de Información en Salud. Sistema Nacional de Información en Salud. Datos demográficos. México D.F., Ssa, 2012. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/demograficos/poblacion.html>
23. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Recursos financieros por concepto. Mexico City: Secretaría de Salud, 2012. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/recursosfinancieros/recursos.html>. Accessed Mar 20, 2012.
24. Secretaría de Salud. Rendición de Cuentas en Salud 2010. Mexico City: Dirección General de Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud, 2011. Disponible en: <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/rcs/RCS2010.pdf>. Accessed Mar 20, 2012.
25. Secretaría de Salud. Recursos financieros. Boletín de Información Estadística 2002; 4. Mexico City: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud, 2012. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/publicaciones/bie.html>. Accessed Mar22, 2012.

-
- ¹ Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS)
- ² Frenk Mora Julio, et al. *“Financiamiento Justo y Protección Social Universal: La Reforma Estructural del Sistema de Salud en México”*.
- ³ Sandoval I. Corrupción y transparencia. Debatiendo las fronteras entre estado, mercado y sociedad. México: Siglo XXI; 2009.
- ⁴ Banco de México. Índice Nacional de Precios al Consumidor. Banxico, México, D.F., 2012. Disponible en: <http://www.banxico.org.mx/SieInternet/consultarDirectorioInternetAction.do?accion=consultarDirectorioCuadros§or=8§orDescripcion=%CDndices%20de%20Precios%20al%20Consumidor%20y%20U%20DIS&locale=es>. Accesado: Septiembre 15, 2012.
- ⁵ Gustavo Nigenda, Rosa María Bejarano, Elizabeth Aguilar y José Arturo Ruiz. Evaluaciones al Sistema de Protección Social en Salud 2002-2010: Resumen Ejecutivo, INSP, marzo 2011.
- ⁶ Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2012.
- ⁷ World Health Organization. World Health Expenditure Database. Disponible en: http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84027. Accesado: Marzo 15, 2012.
- ⁸ OECD. OECD health data 2011 – frequently requested data. Disponible en: http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html. Accesado: Enero 31, 2012.
- ⁹ INEGI. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 2008. INEGI, Aguascalientes, México, 2009.
- ¹⁰ Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2012.
- ¹¹ World Health Organization. World Health Expenditure Database. Disponible en: http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84027. Accesado: Marzo 15, 2012
- ¹² OECD. OECD health data 2011 – frequently requested data. Disponible en: http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html. Accesado: Enero 31, 2012.
- ¹³ Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Recursos financieros. México, D.F.: Ssa, 2012. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/recursosfinancieros/gastopublico.html>. Accesado:
- ¹⁴ Dirección General de Información en Salud. Sistema Nacional de Información en Salud. Indicadores Financieros. México, D.F., 2012. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/recursosfinancieros/indicadores.html>
- ¹⁵ Dirección General de Información en Salud. Sistema Nacional de Información en Salud. Datos demográficos. México D.F., SSA, 2012. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/demograficos/poblacion.html>
- ¹⁶ Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Recursos financieros por concepto. Mexico City: Secretaría de Salud, 2012. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/recursosfinancieros/recursos.html>. Accessed Mar 20, 2012.
- ¹⁷ Secretaría de Salud. Rendición de Cuentas en Salud 2010. Mexico City: Dirección General de Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud, 2011. Disponible en: <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/rcs/RCS2010.pdf>. Accessed Mar 20, 2012.
- ¹⁸ Secretaría de Salud. Recursos financieros. Boletín de Información Estadística 2002; 4. Mexico City: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud, 2012. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/publicaciones/bie.html>. Accessed Mar22, 2012.
- ¹⁹ Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaul FK. Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. *The Lancet*, 368 (9546), 28 October 2006. Pp. 1524 – 1534.
- ²⁰ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- ²¹ Ley General de Salud
- ²² Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

²³ Acuerdo por el cual se establece un nuevo supuesto para considerar a las Familias que se afilien al Sistema De Protección Social en Salud bajo el Régimen no Contributivo febrero de 2008.

²⁴ Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012

²⁵ Convenio de gestión para la prestación de servicios de salud, que celebran por una parte el Organismo Público Descentralizado Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Veracruz, representado por el Dr. Leonel Bustos Sous, en su carácter de Director General, a quien en lo sucesivo se le denominará "REPSS", y por la otra el Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud de Veracruz, representado por el C.P. Timoteo Aldana Carrión, en su carácter de Director Administrativo, a quien en lo sucesivo se le denominará "SESVER".