



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ECONOMÍA

“ANÁLISIS Y PERSPECTIVAS DEL SEGURO POPULAR EN
MÉXICO, 2004 – 2012”

PROYECTO DE ENSAYO:

JONATHAN GARCÍA HERNÁNDEZ

majonaite_azul@hotmail.com

DIRECTOR DE ENSAYO:

LIC. MIGUEL ÁNGEL JIMÉNEZ VÁZQUEZ

migueljv69@hotmail.com



CIUDAD UNIVERSITARIA, FEBRERO, 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 JUSTIFICACIÓN	3
1.2 PROBLEMÁTICA	5
1.3 OBJETIVO GENERAL	7
1.4 HIPÓTESIS	8
CAPÍTULO I EL SEGURO POPULAR, SUS ANTECEDENTES Y LINEAMIENTOS	9
1.1 Algunos paquetes de prestaciones básicas que precedieron al Seguro Popular de Salud	10
1.2 Razones para crear el Seguro Popular y sus potenciales críticas	13
1.2.1 Los alcances del Seguro Popular de Salud (SPS)	16
1.2.2 Cambios aparentes en el sistema de salud mexicano con el esquema del Seguro Popular público – privado	18
1.3 El financiamiento del Seguro Popular	19
1.4 El Seguro Popular	22
1.4.1 Factores que justifican el Seguro Popular de Salud	23
1.4.2 Estudios que justifican el Seguro Popular de Salud	24
1.4.2.1 Encuesta Nacional de Salud	24
1.4.2.2 Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto 2000	26
1.4.2.3 Encuesta Nacional de Aseguramiento y Gasto en Salud	28
1.5 Tipos de seguridad social en México para la población abierta	31
1.6 Caracterización del Seguro Popular de Salud 2003 y su transformación en ejecutor del Sistema de Protección Social en Salud	34
1.6.1 Población objetivo y servicios 2003	35
1.6.2 Fuentes de financiamiento del SPS 2003	36
1.6.3 El sistema de Protección Social en Salud y el Seguro Popular de Salud como ejecutor	37
1.7 Financiamiento del Seguro Popular de Salud	38
CAPÍTULO II ANÁLISIS DEL SEGURO POPULAR BAJO LA PERSPECTIVA DE LA SECRETARÍA DE SALUD	40
2.1 Indicadores que miden el avance del SPSS según la Secretaría de Salud	41
2.1.1 Presupuesto ejercido del SPSS 2004 - 2010	41
2.1.1.1 Recursos Estatales asignados 2004 - 2010, Aportación Solidaria Estatal (ASE)-	54
2.1.2 Familias beneficiadas con el Seguro Popular 2004 - 2010	57

2.1.3 Personas afiliadas al Seguro Popular 2004 - 2010	60
2.1.4 Número de familias afiliadas al Seguro Popular en municipios de alta y muy alta marginación (menor índice de desarrollo humano)	63
2.1.5 Número de familias por decil de ingreso	68
CAPÍTULO III ANÁLISIS DEL CATÁLOGO UNIVERSAL DE SALUD	71
3.1 Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)	72
3.1.1 El CAUSES y la Clasificación Internacional de Enfermedades	75
3.1.2 Vinculación con los Cuadros Básicos y Catálogos de Insumos del Sector Salud	76
3.1.3 Prescripción y Participación del Gestor de Servicios de Salud	77
3.2 Cartera de Servicios del Sistema de Protección Social en Salud	78
3.3 Intervenciones por conglomerado que son cubiertas por el Seguro Popular	80
3.4 Principales causas de mortalidad en México	87
CAPÍTULO IV PERSPECTIVAS DEL SEGURO POPULAR	94
4.1 Encuesta de satisfacción del Seguro Popular 2011	95
4.1.1 Satisfacción con el Seguro Popular	95
4.1.2 Satisfacción de los usuarios por componente	95
4.1.3 Beneficiarios que recibieron información sobre los derechos de los afiliados al Seguro Popular al momento de su inscripción	97
4.1.4 Interés en reafiliarse	98
4.1.5 Motivos de reafiliación del servicio	100
4.1.6 Usuarios que regresarían a la misma unidad médica	101
4.2 Impacto del Seguro Popular en el gasto particular en medicamentos	101
4.3 Desabasto de medicinas en el Seguro Popular	103
4.4 Seguro Popular, problema financiero en 5 años	104
5. CONCLUSIONES	107
6. RECOMENDACIONES	110
7. FUENTES DE INFORMACION	112
7.1 Bibliografía	112
7.2 Documentos oficiales	113
7.3 Leyes y reglamentos	114
7.4 Páginas electrónicas	115

1. INTRODUCCIÓN

La seguridad social desempeña un papel muy importante en la sociedad moderna, tanto por las consecuencias económicas que conlleva, como también para lo que representa en el ámbito social y político. El propósito de la seguridad social es asegurar por medio de la acción colectiva la eliminación de necesidades de aquellos que, por desgracia, se hallan temporal o permanentemente desprovistos de recursos con que subsistir y atender debidamente su salud. Justamente la salud la cual es el más valioso de los goces humanos constituye el factor principal de la seguridad social.

La salud es considerada un elemento clave para el éxito de una sociedad y de sus instituciones ya que se le considera un medio para fortalecer las capacidades colectivas y a su vez de cada individuo. La atención a la salud se considera una inversión en capital humano, por lo tanto es uno de los instrumentos más usados para el combate a la pobreza y para la construcción de una sociedad más justa. El cuidado de la salud ha tomado un papel muy importante en todas las sociedades contemporáneas, impactando directamente en las variables más importantes de la economía como la productividad, la inflación, el empleo y la competitividad.

En nuestros días la ciencia médica avanza rápidamente para encontrar la cura al universo de enfermedades y realiza una vital contribución al bienestar y a la eficiencia productiva. Sin embargo en todos los países las enfermedades y decesos constituyen una carga que repercuten pérdidas en la producción y en los ingresos.

En el caso de México; la situación económica de los individuos y sus niveles de salud guardan una estrecha relación, lo que convierte al ingreso en un determinante de la mortalidad y morbilidad de la población. Por ejemplo, datos del 2000 revelan que la población indígena (la más pobre del país) tenía un riesgo de morir por diarreas, complicaciones del parto, tuberculosis y neumonías relativamente mayor que por enfermedades y padecimientos que están relacionados con niveles socioeconómicos altos. A la vez la tasa de mortalidad infantil era 58% más alta entre los niños indígenas en relación con el promedio de todo el país, además de que la mortalidad materna en dichas comunidades era casi tres veces mayor que en donde habitaban mujeres no indígenas.

De acuerdo con el Reporte de la Salud en el Mundo publicado por la OMS también en el año 2000, México ocupó la posición 61 a nivel mundial en cuanto al desempeño de su sistema de salud, la cual obedeció en gran medida a la inequidad del

financiamiento del sistema de salud mexicano, aspecto en el que se ocupó la posición 144. El pobre desempeño de México en cuanto a protección financiera está directamente relacionado con el hecho de que más de la mitad de los hogares no están asegurados y más de la mitad del financiamiento del sistema de salud proviene de gasto de bolsillo de los hogares.

En mayo del 2003 con Vicente Fox en la presidencia, se publica la reforma a la Ley General de Salud, mediante la cual se crea el Sistema de Protección de Salud (Seguro Popular), que establece un nuevo modelo de atención médica a la población no integrada a los sistemas formales de seguridad social, es decir, a la llamada población abierta.

Con esta reforma, el gobierno federal se propuso ordenar las asignaciones de presupuesto, corregir los desequilibrios financieros y las inercias históricas para financiar la atención médica y establecer corresponsabilidad entre órdenes de gobierno y ciudadanía.

En esta investigación se obtendrán conclusiones sobre la misión inicial del programa la cual es atender a los mexicanos que carecen de acceso a los sistemas de seguridad social accediendo a servicios de salud y principalmente que sean de calidad.

1.1 JUSTIFICACIÓN

Con la puesta en marcha del Programa Nacional de Salud 2001 – 2006 el cual establecía dentro de sus líneas brindar protección financiera a la población que carecía de seguridad social en materia de salud, proponiendo su incorporación a un esquema con criterios de aseguramiento público, para lo cual a través del Programa de Salud para Todos se promueve el Seguro Popular de Salud (SPS)

El Programa SPS surgió con los propósitos de reducir los gastos de bolsillo en que incurren las familias por atender su salud y que constituyen una causa de empobrecimiento para las familias más vulnerables, así como fomentar la atención preventiva de la salud.

Uno de los objetivos principales del SPS fue la de impulsar una mayor equidad en el financiamiento de la salud para brindar protección financiera a los mexicanos ofreciendo una opción de criterios de aseguramiento público en materia de salud a familias y ciudadanos que por su condición laboral y socioeconómica no eran derechohabientes de las instituciones de seguridad social, promoviendo criterios y políticas que propiciaran la transparencia, equilibrio y corresponsabilidad entre los tres niveles de gobierno, en la búsqueda de mayor eficiencia en la utilización de los recursos para la salud.

Dentro de los objetivos específicos del SPS se encuentran:

- Otorgar un paquete explícito de intervenciones y sus medicamentos asociados, que responden al perfil epidemiológico y a la demanda de los servicios y necesidades de salud,
- Fomentar la atención oportuna de la salud de las familias mexicanas, evitando la postergación y consecuente agravamiento de enfermedades por motivos económicos,
- Fortalecer el sistema público de salud para reducir la brecha entre familias derechohabientes de la seguridad social y las que no tienen esta prestación en materia de salud,
- Contribuir a superar inequidades y rezagos en la distribución del gasto entre entidades federativas con diferentes niveles de desarrollo en materia de salud,
- Reducir el gasto de bolsillo de las familias afiliadas.

Así pues, en mayo del 2003 se aprueba la reforma a la Ley General de Salud para el Seguro Popular y con ello se establece un nuevo modelo de atención médica a la población abierta.

Este trabajo se centrará en analizar las condiciones y el funcionamiento del SPS desde sus inicios (2002) hasta el año 2012. Se realizara un análisis sobre sus alcances y carencias, así como también sobre el costo económico que ha traído al Estado sostener este programa; ya que desde sus inicios ha sido objeto de diversos debates sobre su viabilidad debido a que postula una oferta de atención cuyo cumplimiento implica la disponibilidad de calidad médica y de los recursos e infraestructura con los que el país no cuenta.

1.2 PROBLEMÁTICA

Desde la puesta en marcha del Seguro Popular, ha sido blanco de diversos debates y cuestionamientos sobre su viabilidad así como también sobre la forma de financiamiento y costo que trae al país su mantenimiento.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiamiento, información, suministros transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.

Un buen sistema de salud mejora la vida cotidiana de las personas de forma tangible. El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud en un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias.

El fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de su equidad son estrategias fundamentales para luchar contra la pobreza y fomentar el desarrollo.

De acuerdo con cifras del 2002 señalan que la mortalidad materna era cinco veces más alta en las entidades federativas con menor desarrollo económico que en los estados con mayores recursos. Así también, en las entidades donde el grado de marginación es bajo, el número de médicos por cada 1,000 habitantes es considerablemente mayor en comparación con estados más marginados. Lo mismo sucede con la atención del parto por personal calificado: mientras que en las poblaciones con nivel de marginación “muy bajo” casi todos los nacimientos son atendidos por personal calificado, mientras que para los que viven con niveles de marginación “muy altos” esta relación es sólo de uno por cada 10. Con respecto a las camas censables las cuales son todas aquellas destinadas al uso regular de los pacientes hospitalizados se observó un descenso en el número de camas por cada 1,000 habitantes y es asociado con un incremento de la población que no se ha acompañado de un crecimiento paralelo en la infraestructura hospitalaria. De acuerdo al estándar de la OMS que recomienda una cama por cada 1,000

habitantes, en México solo existían dos entidades que lo superan y a nivel país estaba por debajo de países como Cuba (5.1), Uruguay (4.4) y Colombia (1.5).

Considerando la definición de la OMS con respecto al sistema de salud, se puede observar después de analizar las cifras; que México aún está rezagado en infraestructura. Este punto precisamente ha sido medular en las diversas críticas que se han hecho al SPS, debido a que para que un Estado pueda brindar un servicio de salud eficiente debe primero contar con la infraestructura, el personal y el financiamiento necesario.

El siguiente estudio abarca desde el 2002 cuando se pone en marcha el Seguro Popular hasta el 2012, se analizarán los resultados de este programa durante este periodo en todo el país en base a la población a la cual va dirigida el programa, se expondrá la calidad de servicio que brinda además de sus alcances.

1.3 OBJETIVO GENERAL

Analizar las fortalezas y debilidades del Seguro Popular que impulsó la Secretaría de Salud durante el 2004 – 2012 e identificar sus principales tendencias para el cierre de la administración del Presidente Felipe Calderón.

1.4 HIPÓTESIS

Durante el 2004 – 2012 el Seguro Popular ha incrementado el número de familias beneficiadas; sin embargo en las zonas de alta y muy alta marginación la afiliación es un tanto menor con respecto a otras zonas. La afiliación de familias al Seguro Popular tiene una correlación directa con los recursos asignados al programa; es decir, a mayores recursos asignados, mayor número de familias beneficiadas.

CAPÍTULO I

“EL SEGURO POPULAR, SUS ANTECEDENTES Y LINEAMIENTOS”



1. ANTECEDENTES DEL SEGURO POPULAR

1.1 Algunos paquetes de prestaciones básicas que precedieron al Seguro Popular de Salud

El Seguro Popular de Salud (SPS) en México tiene como antecedentes disposiciones para ampliar la cobertura y el aseguramiento en salud que se emprendieron desde la década de 1980 y que también explicitaron un paquete de prestaciones básicas. Estas ampliaciones de cobertura representaron ajustes en un sistema de salud con serios problemas de equidad, condicionados ciertamente por su segmentación básica, que se remonta a la década de 1940, cuando se fundaron la Secretaría de Salud y Asistencia Social (SSA) y el Instituto Mexicano de la Seguridad Social (IMSS). La cobertura de la primera abarcaba la población en general, y el IMSS prestaba un aseguramiento en salud y pensiones exclusivo para los trabajadores formales, mediante contribuciones compulsivas de carácter tripartito (gobierno, patrones y empleados). Al constituirse el IMSS en piedra angular del arreglo corporativista entre el Estado y grupos sociales políticamente organizados, su burocracia y sindicato adquirieron relevancia como intermediarios de esa relación, y las asignaciones de recursos públicos favorecieron desproporcionadamente a sus afiliados.

Desde su fundación, diversos gobiernos apoyaron al instituto e incluso protegieron su equilibrio financiero en épocas de crisis económica, en tanto que la SSA sufría recortes importantes de su presupuesto.

A lo largo de las dos últimas décadas es notoria la postulación de paquetes de prestaciones básicas, que cuando finalmente se introdujeron, debido a diversas restricciones políticas, constituyeron finalmente medidas "*path-oriented*", es decir, que aunque hicieron viable ampliar determinadas coberturas de prestaciones de salud a sectores desprotegidos, no acarrearón modificaciones de fondo de las reglas del aseguramiento público en salud que, entre otros aspectos, imposibilitaban el aseguramiento universal. Las modificaciones mayores, ocurrieron hasta 2004, cuando se introduce el SPS.

En la trayectoria reciente destaca en 1995 el Programa de Reforma del Sector Salud (PRSS), inserto en el Plan Nacional de Desarrollo, cuyas principales metas fueron establecer instrumentos para promover la calidad y eficiencia en la provisión pública de servicios de salud y ampliar la cobertura de la seguridad social mediante mecanismos de afiliación para la población no asegurada y para los trabajadores

informales. En cuanto a la provisión de servicios de salud de la Secretaría de Salud y Asistencia Social, se pretendía consolidar el proceso de descentralización hacia los estados que habiéndose iniciado a mediados de los años ochenta con la creación de los sistemas estatales de salud que debían atender a la población no asegurada por el IMSS, había sido coartado por la crisis económica de 1986. Además, se pretendía reformar la gestión y provisión de servicios del IMSS, introduciendo la elección médica en el primer nivel y creando incentivos a la productividad. Por su parte, se proponía la llamada opción de reversión de cuotas (*opting-out*) para aquellos empresarios que contrataran servicios de salud privados para sus empleados¹. Este último dispositivo, virtualmente, podía modificar de manera radical las reglas del juego del aseguramiento al eliminar el carácter compulsivo de las cotizaciones del IMSS.

La participación de proveedores privados representaba para el sindicato del IMSS el inicio del desmantelamiento de la institución y un peligroso precedente, ya que acarrearía modificaciones del contrato colectivo. Evidenciada la inviabilidad política de la propuesta inicial, más tarde la reforma de los servicios médicos del IMSS incluyó sólo algunos elementos relacionados con la racionalización del uso de los recursos. Aquellos que requerían modificaciones al contrato de trabajo colectivo del IMSS o que podrían tener un impacto en las condiciones de trabajo del personal, como la introducción de un modelo de atención y los bonos a la productividad basados en el desempeño del personal y en la satisfacción de los pacientes fueron retirados de la iniciativa o bien quedaron en una fase piloto, como en el caso de la elección médica por parte del usuario y de los incentivos a la productividad. No se alteró la legislación de la reversión de cuotas, y apenas se sugirió que como condición para su puesta en marcha se elaborara su regulación. Por su parte, el Seguro Médico Familiar (SMF), que debía brindar acceso a los servicios del IMSS a la población sin empleo formal, se inició como experiencia piloto con una cobertura limitada, prescindiendo de mecanismos que permitieran una incorporación significativa de excluidos al esquema de aseguramiento.

En cuanto a la ampliación de cobertura de salud asociada a paquetes explícitos de prestaciones, un antecedente importante del SPS es que el PRSS 1995-2000 abarcaba el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), cuya meta era proveer un paquete de servicios básicos de salud (PBSS) a 10 millones de personas sin acceso regular a dichos servicios, ocho millones de ellos, además de que su instrumentación fuera factible, de bajo costo y alto impacto. Para establecerlas se consideraron tanto

¹ Con la reversión de cuotas, la empresa que demostrara que había contratado un aseguramiento privado no tenía la obligación de afiliar a sus trabajadores al IMSS.

las causas de muerte, enfermedad o discapacidad más importantes localizados en las zonas más pobres y poco pobladas de 18 estados. En 1996 se explicitaron sus alcances, que incluían un conjunto de intervenciones prioritarias de carácter clínico, de salud pública y de promoción de la salud, establecidas en función de factores de riesgo, lesiones y enfermedades, como la efectividad y el bajo costo. El paquete, destinado a grupos de extrema pobreza con poco o ningún acceso a servicios de salud, se definió como complementario de acciones esenciales de su operación mediante transferencias federales a los organismos públicos de descentralización de los servicios de salud, tanto de la Secretaría de Salud como del Programa IMSS – Solidaridad, debía dotar al sistema de mayor flexibilidad y capacidad de respuesta a las necesidades de salud propias de cada región, y evitar duplicidades en la atención.

Por su parte, una propuesta teórica de paquete de prestaciones que marcó un hito fue realizada por la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud) y constituyó un esfuerzo pionero por definir y cuantificar el costo de un paquete de servicios esenciales de salud denominado Paquete Universal de Servicios Esenciales de Salud (Puses), usando indicadores de resultado de salud. El Puses se definía como “los servicios de salud a los que todo mexicano debería tener acceso independientemente del lugar de su residencia, ocupación o ingreso”. Se proponía financiarlo mediante un seguro universal de salud cuyas primas bien podrían administrarse afiliando progresivamente a esta población o por medio del propio IMSS, que recaudaría las cuotas respectivas y recibiría el subsidio correspondiente del Estado. Se contemplaban tres tipos de servicios: de salud pública, que se dirigen a poblaciones o al medio ambiente; de extensión comunitaria, que se ofrecen a grupos de población y se centran en los lugares donde esos grupos realizan sus principales actividades (hogar, escuela, fábrica); los clínicos que requieren personal médico. Se consideraban intervenciones aisladas, como el tratamiento de la tuberculosis, al igual que conglomerados de múltiples intervenciones requeridas para controlar una o varias enfermedades, lesiones o factores de riesgo. Comprendía 24 intervenciones o conglomerados de intervenciones: cuatro de salud pública, cinco de extensión comunitaria y 15 servicios clínicos. Los servicios prioritarios de salud pública estaban relacionados con los tres factores de riesgo que causan la mayor pérdida de años de vida saludables o ajustados por discapacidad (Avisa)² en México: abuso de alcohol, inseguridad vial y anemia en niños y mujeres. Los servicios de extensión comunitaria abarcaban principalmente actividades de prevención.

² Concepto que contabiliza la calidad de vida midiendo los años de vida saludables ajustados por muertes prematuras y discapacidad. Es una traducción del concepto DALYS (disability adjusted life years) planteado originalmente en Banco Mundial.

Se calcularon los costos de más de 100 intervenciones, suponiendo eficiencia técnica en la producción de servicios y efectividad de las intervenciones de acuerdo con la literatura científica internacional;³ se consideraron precios de mercado, con excepción de los medicamentos y otros insumos que se obtuvieron por las compras consolidadas del sector salud. Los datos de efectividad se convirtieron en Avisa ganados y las prioridades se establecieron de acuerdo con las razones costo-efectividad de las intervenciones y la eficacia para controlar una enfermedad o grupo de enfermedades de relevancia epidemiológica para el país, es decir, aquellas que en 1991 tenían un peso igual o superior al 1%. Una vez seleccionadas las intervenciones, se calculó el costo incremental de su implantación respecto de la cobertura entonces vigente. Los costos per cápita se calcularon sumando los de cada una de las intervenciones que se habían obtenido dividiendo su costo incremental entre el total una de las intervenciones que se habían obtenido dividiendo su costo incremental entre el total de la población mexicana de 1991.

Teniendo en cuenta la eficacia, la efectividad y la cobertura presente y esperada para el año 2000 (90% de población en el medio urbano y entre 80% y 85% en el medio rural), se calculó que aproximadamente 2.5 millones de Avisa podrían evitarse anualmente con la prestación de los servicios del paquete. Con las coberturas esperadas para el año 2000, éstos equivalían al 20% los Avisa observados en 1991. Con respecto al número de personas que se han de tratar o de intervenir, el costo por persona y año y la cobertura presente y esperada para el año 2000, se estimó que el costo marginal del paquete sería de 100 pesos por persona, aproximadamente 28% del gasto público y el 14% del gasto total en salud en 1991. Esto es, con un incremento del gasto en salud de 14% se podría evitar anualmente 20% de los Avisa.

1.2 Razones para crear el Seguro Popular y sus potenciales críticas

Según la Ley General de Salud vigente, la protección social en salud debe permitir al Estado garantizar a toda la población el acceso a los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios para cubrir sus necesidades de salud mediante intervenciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación. Ello debe realizarse de manera efectiva, oportuna, de calidad, sin desembolso en el momento de utilización, y sin discriminación. A principios de 2004 se creó el Sistema

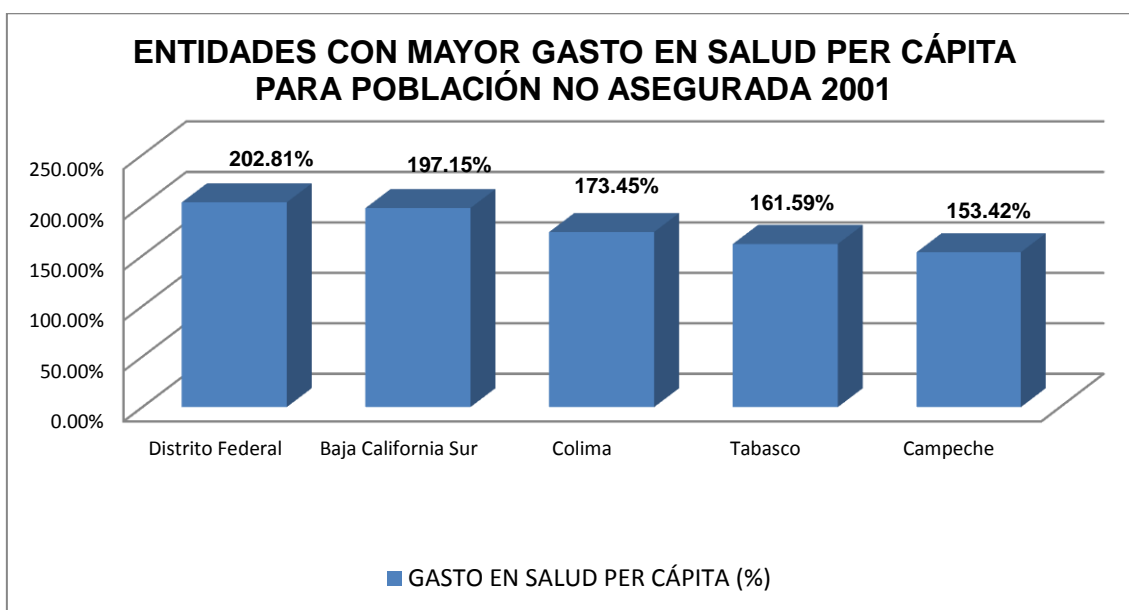
³ Resonancias de los planteamientos de la medicina basada en evidencia.

de Protección Social de Salud (SPSS), que pretendía avanzar hacia una mayor cobertura de servicios de salud universales y hacia una distinción e integración horizontal de las funciones de rectoría, financiamiento y prestación de los servicios. Se consideró fundamental fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud. En estos términos, el SPSS complementó los servicios de salud dirigidos a la comunidad, así como aquellos servicios personales con beneficios a terceros que forman parte de los programas de salud pública.

Las desigualdades financieras del Sistema Nacional de Salud (SNS) se analizaron en tres niveles. En cuanto a las desigualdades entre asegurados y no asegurados, el gasto público promedio per cápita de quienes estaban cubiertos por la seguridad social era 85% mayor que aquel de los no asegurados. El IMSS recibe un subsidio directo por afiliado en forma de una cuota federal similar a la cuota social (CS) del SPSS, lo que no sucede en el caso de los no asegurados y de las demás instituciones de seguridad social. La proporción de la población cubierta por la seguridad es mucho más alta en los estados más ricos que en los más pobres, lo que acentúa la desigualdad en el nivel de gasto total en salud para la seguridad social. La cobertura de salud es regresiva. Por otra parte el financiamiento de los Servicios Estatales de Salud (Sesa) es también desigual: las entidades más ricas tienden a contar con mejores prestadores de servicios estatales de salud. La fuente principal de financiamiento de los Sesa son transferencias del gobierno federal con destino específico establecidas en 1998 como parte del proceso de descentralización, pero por la dotaciones iniciales de recursos, se catalizaron en diferencias de 5 a 1 entre los estados en el monto de las transferencias federales por familia no asegurada. En cuanto al financiamiento adicional de los servicios de salud mediante recursos presupuestarios propios de los estados, éste evidencia diferencias del gasto per cápita en salud que varía entre entidades en una proporción de más de 100 a 1 y en general, los estados más pobres bastaban menos, pues cuentan con menores recursos fiscales.

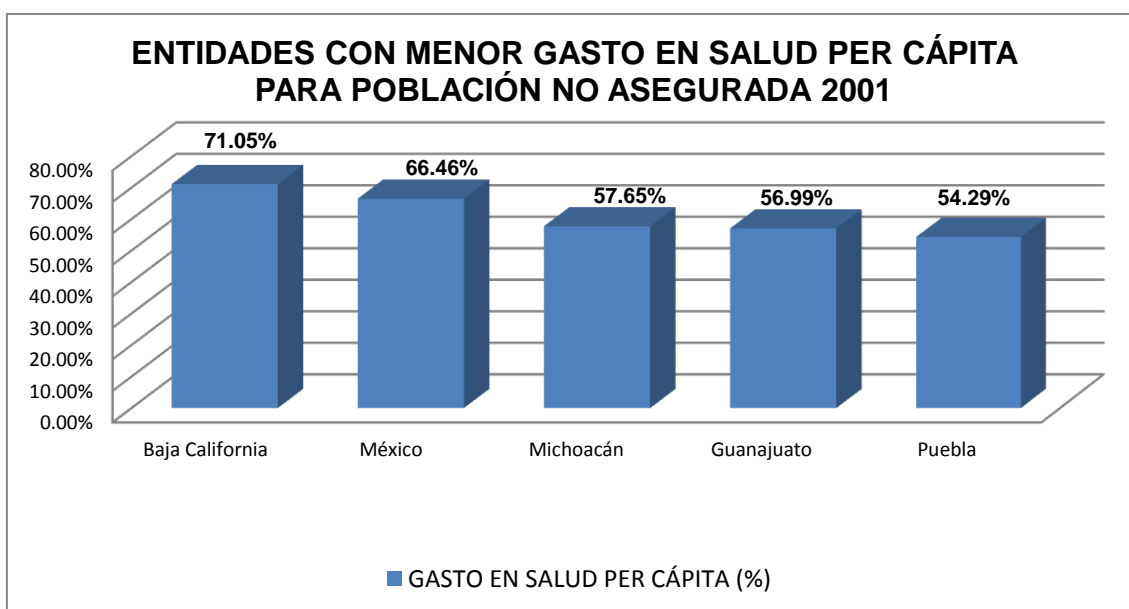
En el cuadro 1 (Anexo) se observa que en el cierre del 2001 en el país en promedio se realizaba un gasto per cápita para la población no asegurada de \$1120.31, sin embargo refleja existía un contraste muy importante ya que algunas entidades federativas estaban por arriba del promedio como el Distrito Federal (202.81%), Baja California Sur (197.15%), Colima (173.45%), Tabasco (161.59%) y Campeche (153.42%) (Ver gráfica 1); a diferencia de entidades como Baja California (71.05%), Estado de México (66.46%), Michoacán (57.65%), Guanajuato (56.99%) y Puebla (54.29%); que se encontraban muy por debajo del promedio (Ver gráfica 2)

Gráfica 1



FUENTE: Elaboración propia con base en datos obtenidos de <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/estandar.html>

Gráfica 2



FUENTE: Elaboración propia con base en datos obtenidos de <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/estandar.html>

A raíz de esto se diseñó un Catálogo de servicios esenciales de salud (CASES), sustentando en criterios epidemiológicos, cuyas intervenciones seleccionadas se estima que cubren el 90% de la atención médica que se registra en el Sistema Único

de Información para Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) y también en el Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA). Para los servicios de hospitalización y cirugía la oferta actual del catálogo cubre 66% de los principales procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Se elaboró un listado de medicamentos a los que tienen derecho los afiliados del sistema y formularios de medicamentos. Se incluyó el cuadro básico de medicamentos para el primer nivel de atención, clasificado de acuerdo con los grupos establecidos por el Consejo de Salubridad General. Para el segundo nivel de atención el SPSS sólo presenta algunas claves de importancia, para incentivar la autonomía de gestión hospitalaria y permitir que los hospitales definan cuáles son los insumos y medicamentos más convenientes para el tipo de población.

1.2.1 Los alcances del Seguro Popular de Salud (SPS)

El SPS nace en 2002 como plan piloto, y en 2003 se inicia oficialmente, a cargo de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud, que reúne la función de compra. Se implanta para ampliar la cobertura de aseguramiento público, reducir el pago de bolsillo y fomentar una atención oportuna de salud de quienes, por su condición laboral y socioeconómica, no están cubiertos por las instituciones de seguridad. De carácter voluntario y sin barreras de acceso, tiene como población objetivo la población denominada abierta, es decir, la que no cuenta con ningún tipo de seguridad social y que en 2004 ascendía a 58 millones de personas. Para garantizar que toda la población carente de aseguramiento, especialmente la más pobre, tenga acceso a servicios de salud a un costo viable, las aportaciones de las familias son progresivas con respecto del ingreso.

El seguro tiene “portabilidad” y comprende una cobertura estandarizada, mediante un paquete explícito de intervenciones de salud que reúnen criterios de costo-efectividad, incluidos medicamentos, cubre al asegurado directo, al cónyuge, los hijos hasta los 18 años de edad y a los padres mayores de 65 años de edad que sean dependientes económicos. Las personas solteras mayores de 18 años de edad son consideradas como una familia de un solo miembro.

Desde su implantación en enero de 2004, la cobertura de atenciones del SPS comprende vacunas, consultas de medicina general, exámenes físicos de hombres y mujeres, diagnóstico y tratamiento de 39 enfermedades, atención dental, métodos de

planificación familiar, atención en salud reproductiva en las distintas etapas de la vida, diagnóstico y tratamiento de fracturas, y 16 procesos quirúrgicos de distinta naturaleza. Se destaca que el paquete supera los criterios minimalistas de extensión de cobertura característica de programas previos, que incluyen atenciones de segundo nivel y el tratamiento de algunas enfermedades catastróficas.

La atención se brinda en los centros de salud del sistema de la Secretaría de Salud que estén en capacidad de proporcionar el servicio con determinados estándares y que cuenten para ello con recursos humanos e infraestructura, lo cual requiere de una acreditación obligatoria de los prestadores de servicios. Además, las instituciones que provean atención bajo el Fondo de Servicios Catastróficos (FPGC), también necesitarán estar certificadas.

Aunque el paquete contiene intervenciones de primer y segundo niveles, en algunos estados el acceso a prestaciones del segundo nivel no es efectivo. Informaciones de campo también evidencian desconocimiento del seguro por parte de médicos y gerentes, lo cual origina rechazo de pacientes referidos desde el primer nivel. Estos aspectos evidencian cuán importante es que, más allá del establecimiento estandarizado del paquete, se establezcan garantías adicionales que aseguren el acceso efectivo.

Se ha puesto en práctica un plan maestro indicativo que contiene la oferta de servicios disponibles, en el cual deben inscribirse todas las instituciones que presten servicios a los asegurados en el SP. Se han identificado 10 zonas de captación de servicios y hospitales de segundo y tercer niveles, en función de las necesidades de servicios de salud y sus características socioeconómicas, demográficas y epidemiológicas. En caso de no reunir éstos el nivel adecuado, se asigna un presupuesto para mejorar equipo e infraestructura, o bien los servicios se pueden contratar con entidades como el IMSS. Los nuevos prestadores de servicios y la inversión en tecnología nueva de costo alto tendrán que contar con un certificado de necesidad por parte de las autoridades federales, y se dará prioridad a las zonas del país donde los servicios de salud actuales sean más deficientes.

Uno de los objetivos principales de este programa es “superar las carencias históricas de infraestructura, de médicos y medicinas que han sido propias del sistema de atención a población abierta, particularmente en las zonas rurales”⁴

⁴ Clara Brugada Molina (coordinadora), *Seguro Popular, ideas para el debate*, Grupo parlamentario del PRD, Cámara de Diputados, Congreso de la Unión, LXI Legislatura; OECD (2005), p. 160.

1.2.2 Cambios aparentes en el sistema de salud mexicano con el esquema del Seguro Popular: público-privado.

Es importante resaltar que las diversas propuestas o la introducción de garantías de prestaciones mediante paquetes tendientes a ampliar la cobertura en salud han estado inmersas en la región con propósitos de reformas de salud más globales y en cuyo meollo se puede identificar entre otros aspectos, la modificación de la combinación público-privada en el aseguramiento, o bien en la provisión de servicios.

En tal sentido, en el marco de la reforma del IMSS de los años noventa se pretendía incrementar la participación del sector privado en el aseguramiento y la provisión de servicios mediante la reversión de cuotas e introduciendo la elección médica en el primer nivel de atención por parte de los usuarios. Estas propuestas se abandonaron por ser muy polémicas y para asegurar la factibilidad política de la reforma del sistema de pensiones.

El SPS también tiene implicaciones respecto de la combinación público-privada del sistema de salud mexicano. De acuerdo con la normativa, los estados pueden adquirir servicios del sector privado; con la ampliación de cobertura provista por el nuevo aseguramiento virtualmente se posibilita una mayor participación del sector privado en la prestación de servicios. Con el SPS, el IMSS también se convierte, según las circunstancias, en un posible proveedor de servicios.

Teniendo como horizonte las eventuales modificaciones de la combinación público-privada en la prestación de servicios, como apuntalar la mejora de la calidad de las prestaciones públicas, resultarán fundamentales los mecanismos que certifiquen la calidad de los servicios acorde con determinadas normas. La capacidad de regulación se fortalecería si los procesos de certificación de cumplimiento de estas normas fuera compulsivo y no voluntario. La certificación podría considerarse como un programa de mejora continua de la calidad y, en aras de la transparencia, sería forzoso que los prestadores de servicios especializados pertenecientes al FPGC estuvieran certificados y acreditados.

Se han señalado un aspecto de la reforma que denota contradicciones respecto a la combinación público-privada, debido a que “muchos médicos del sector público brindan también consultas privadas. Por este motivo la regulación debería velar por

que este elemento no conduzca a conductas de riesgo moral que vayan en detrimento de la amplitud y calidad de las prestaciones públicas para ampliar la participación privada”.⁵

Por otro lado, si bien con el SPS se amplía y garantiza una cobertura importante de prestaciones, el paquete aún deja sin cubrir un número importante de padecimientos que representan una proporción importante de mortalidad en México, a diferencia de la cobertura global de riesgos de la seguridad social.

1.3 El financiamiento del Seguro Popular

El SPS pretende inyectar recursos frescos al sistema de servicios de salud del gobierno y corregir desigualdades entre los estados. Los recursos provienen principalmente del presupuesto federal, que hace una aportación denominada Cuota Social (CS) a los estados por cada familia inscrita (ver diagrama 1), que es equivalente a la cuota federal que se paga al IMSS por cada trabajador asegurado. Por su parte tanto las entidades federativas como las estatales también deben realizar aportaciones por cada familia que se integre, denominadas respectivamente la Aportación Solidaria Federal (ASF) y la Aportación Solidaria Estatal (ASE).

Las familias pagan la Cuota Familiar (CF), según sus ingresos. El cálculo se efectúa agrupando a las familias en deciles y, en consonancia con las disposiciones de la ley en su artículo 77,bis 21, las que se ubican en los dos deciles más bajos disfrutan de un régimen no contributivo. El SPS tiene como una de sus más importantes objetivos ofrecer protección financiera a todos los mexicanos y evitar gastos catastróficos. De acuerdo con estimaciones de la OCDE, las cuotas fueron reducidas a la mitad de aquellas que se utilizaron previamente en el programa piloto SP, en función de encuestas realizadas a las familias sobre su disponibilidad de pago. La cobertura abarca a todos los dependientes económicos de quien suscribe el seguro. En cuanto a posibles problemas de equidad, se ha planteado que familias que no califican como pobres pueden verse excluidas al tener dificultades para pagar anticipadamente la cuota familiar anual. La relación de la cuota respecto al ingreso promedio de los contribuyentes (cuadro 2) muestra que la cuota es progresiva.

⁵ La garantía de prestaciones en salud en América Latina. Equidad y reorganización de los cuasimercados a inicios del milenio. CEPAL: Serie de Estudios y Perspectivas. Chile (2005), p. 33.

Cuadro 2

CUOTA FAMILIAR VIGENTE A 2011 CONSIDERANDO EL INGRESO CORRIENTE PROMEDIO ANUAL POR HOGAR PROMEDIO (Pesos corrientes)

DECILES DE INGRESO	INGRESO CORRIENTE ANUAL POR HOGAR PROMEDIO	CUOTA ANUAL FAMILIAR
I	24,652.00	0.00
II	43,384.00	0.00
III	58,024.00	0.00
IV	73,036.00	0.00
V	89,116.00	2,074.97
VI	108,040.00	2,833.56
VII	132,392.00	3,647.93
VIII	167,680.00	5,650.38
IX	227,388.00	7,518.97
X	473,712.00	11,378.86

FUENTE: Elaboración propia con base en datos consultados en <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx> y <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/regulares/Enigh/Enigh2010/tradicional/default.aspx>

La ASF se asigna a partir de una fórmula que considera al mismo tiempo el número de familias suscritas al SPS, las necesidades de servicios de salud o los rezagos en cada estado y, tal vez en una etapa posterior, la magnitud de los esfuerzos estatales en el ámbito de los servicios de salud, el desempeño de sus sistemas y los montos que ya obtienen por medio de las transferencias etiquetadas⁶ registradas en el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA). Los estados que actualmente perciben sólo una pequeña transferencia del presupuesto federal recibirán más, y los que más reciben, menos. Por su parte la ASE depende de si los recursos asignados a los servicios de salud antes de la creación del SPS no son suficientes para cubrir a las familias inscritas en el SP.

La introducción gradual del programa a lo largo de estos años pretende que sea sustentable. Su carácter voluntario y la vinculación del financiamiento adicional a los estados con el número de familias afiliadas al SPS, deben incentivar conjuntamente

⁶ Se denomina etiquetados a los recursos que tienen determinado un destino específico

que los estados mejoren sus servicios para retener y atraer nuevos afiliados, y que el sistema esté más centrado en el asegurado.

Por su parte, el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASC) financia la prestación de servicios de salud pública y servicios comunitarios de salud que se definen como bienes públicos, tales como la vigilancia epidemiológica. Al contar con recursos así especificados se pretende que ciertas actividades, como las de medicina preventiva, estén relativamente protegidas de recortes presupuestarios. Este fondo se nutre de la porción del FASSA, ramo 33, empleada para financiar servicios de salud pública y servicios comunitarios en los estados (el llamado FASSA-C) y es posible que se complemente con el presupuesto de la Secretaría de Salud del ramo 12, cuando los servicios tengan calidad de “bien público” en el nivel nacional o regional.

En ese sentido, el fondo FASC se alimenta de recursos que ya eran condicionados, y que ahora se asignan a los estados mediante una fórmula que contempla las siguientes variables: población, requerimientos de salud pública y riesgos sanitarios y la eficiencia de los programas de salud pública de los estados, por lo cual sus recursos debieran ser canalizados primordialmente hacia los estados de menores ingresos.

Además el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASP) cubre servicios que no son bienes públicos y abarca prestaciones de salud de naturaleza privada en cuanto a sus beneficios. Este fondo abarca los recursos de la Cuota Social (CS), la Aportación Solidaria Federal (ASF) y la Aportación Solidaria Estatal (ASE) ya mencionadas. Se subdivide en tres componentes que, a su vez, también se denominan fondos.

Un primer componente, financiado con el 89% del total de los recursos del FASP, constituye un fondo mancomunado y descentralizado en el nivel estatal para gastos en servicios de salud de bajo riesgo y ocurrencia alta. Financia un paquete esencial, que se considera costo-efectivo para la atención primaria y secundaria ambulatoria y en hospitales generales. Tal atención es gratuita en el punto de prestación del servicio.

En segundo lugar, el Fondo de Previsión Presupuestal (FPP), que representa 3% del total de los recursos del FASP, debe facilitar la operación del sistema y las relaciones entre estados, ejerciendo funciones compensatorias: financia excesos de demanda por servicios, garantiza el pago entre estados por atención a personas de otras entidades y contribuye a financiar infraestructura con oferta restringida de servicios básicos de salud.

En tercer lugar, el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPGC), que se financia con el 8% de los recursos del FASP, debe permitir la diversificación de riesgos a escala nacional, al reunir en ese nivel riesgos de aseguramiento que no son diversificables (*risk pooling*) para las poblaciones en el ámbito estatal, debido a que involucran tratamientos de alto costo. Se abarcará gradualmente a enfermedades de alto costo que requieren tratamiento especializado en hospitales de tercer nivel, hasta un total de 58 padecimientos agrupados en nueve categorías.

Se debe puntualiza además que se le atribuye también la naturaleza de bien público a la función rectora del sistema del seguro popular a cargo de supervisar su arquitectura, regulación y el seguimiento y la evaluación del desempeño.

La complejidad del financiamiento plantea un asunto no trivial, que constituye un reto en términos institucionales y organizativos a saber, cómo los prestadores logran usar y combinar eficientemente diversos recursos para los que rigen singulares mecanismos de acceso, criterios de asignación, regímenes presupuestarios, tipo de transferencias, programación y ejecución de los flujos de recursos, e incentivos implícitos o explícitos en términos de la gestión de los prestadores ante tal diversidad de fuentes de financiamiento, que pueden resultar más altos o más difíciles de afrontar precisamente para los prestadores que atienden a la población más carente y que usualmente gozan de menores economías de escala en el uso de recursos y adolecen de precarias capacidades de gestión.

1.4. EL SEGURO POPULAR

El Seguro Popular de Salud (SPS) es un instrumento de transferencia de subsidios a través de un paquete de servicios médicos. Su objetivo es proteger a la población que no cuenta con seguridad social formal y con alto riesgo al empobrecimiento por gastos en salud. La importancia del SPS como ejecutor del Sistema de Protección Social en Salud es que pretende coordinar diversas acciones con el fin de fortalecer al Sistema Nacional de Salud en México para ello, brinda protección financiera a las familias afiliadas, fortalece el modelo del prepago; mejora el pacto entre los niveles de gobierno federal y estatal de tal manera, que los recursos asignados al sector salud reduzcan paulatinamente las distorsiones entre entidades federativas; mejora los servicios proporcionados por el sector salud estatal, y traduce el buen desempeño en recursos e infraestructura.

1.4.1 Factores que justifican el Seguro Popular de Salud.

El Seguro Popular de Salud como parte fundamental del Sistema de Protección Social en Salud es un instrumento de la política social del Estado para reducir la tensión entre equidad e inequidad y se justifica con explicaciones de corte político, jurídico, social y económico-financiero.

a) La justificación política tiene sus antecedentes en las propuestas del actual gobierno de: “Elevar los niveles de salud, garantizando el acceso a los servicios integrales de salud con calidad y trato digno, fortaleciendo el tejido social al reducir las desigualdades y asegurando protección económica de todas las familias.”⁷

b) La justificación jurídica se sustenta en los siguientes ordenamientos, el artículo 4º de la Constitución Política Mexicana, que dice “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.” Así como en la reforma a la Ley General de Salud y su Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2003 y el 5 de abril de 2004 respectivamente, en donde se crea el Sistema de Protección Social en Salud que plantea la prestación de los servicios de salud a todas las familias que carecen de un sistema de protección social.

c) La justificación social, considera diferentes aristas como: 1) los rezagos existentes en materia de salud en amplios sectores de la sociedad producto de la pobreza; 2) los problemas degenerativos en la salud que trae consigo la contaminación ambiental, 3) la transición demográfica; 4) la desigualdad en la prestación de servicios y los gastos extras en medicinas por parte de las familias, 5) el incremento en el precio de los medicamentos.⁸

d) La justificación económico-financiera enfatiza tres aspectos: 1) su preocupación por reducir el empobrecimiento de las familias que se ubican en los seis primeros deciles de ingreso por causa de los gastos catastróficos en salud, especialmente de las familias que no se encuentran afiliadas a los sistemas de seguridad social. “Se

⁷ Presidencia de la República, *Plan Nacional de Desarrollo 2001 – 2006*, México, p. 82.

⁸ Y es que en sólo una década, de acuerdo a la Fundación Mexicana de la Salud (Funsalud) los precios de los medicamentos crecieron 923.2% (de 1990 a 1999) mientras que los hospitales aumentaron 581.7% sus tarifas.

entenderá como catastrófico cuando una familia destina en gastos de salud más de 30 por ciento de su ingreso anual.”⁹ 2) La reducción del gasto en salud por el Estado. 3) La equidad en la asignación de recursos para las entidades federativas.

1.4.2 Estudios que justifican el Seguro Popular de Salud

La forma de aseguramiento para la población no derechohabiente se sustenta en diversos estudios de campo, realizados en los últimos diez años, cuyos resultados reportan cifras determinantes para la creación del Seguro Popular de Salud (SPS).

El punto central del esquema de aseguramiento del SPS es la reducción del gasto de bolsillo, entendiendo a éste como el gasto realizado por una familia por concepto de consultas médicas y compra de medicamentos. El gasto de bolsillo en salud tiene mayor impacto en las familias de bajos ingresos, por lo que incrementa la desigualdad social, según los últimos reportes realizados por la Secretaría de Salud.

1.4.2.1 Encuesta Nacional de Salud

En 1994 se llevó a cabo el levantamiento de la Encuesta Nacional de Salud II (ENSAII), su objetivo general fue analizar aspectos sobre demanda de servicios, cobertura, accesibilidad, calidad y gastos en salud hechos por los usuarios, para generar un diagnóstico sobre los alcances y las limitaciones a las necesidades de salud de la población. La información recolectada detectó que “del total de las personas que requirieron de los servicios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, 53.4 por ciento adquirió sus medicamentos en farmacias privadas”¹⁰, esa misma situación afectó al 8.5 por ciento de los afiliados a los sistemas de seguridad social como el IMSS e ISSSTE.

Los resultados de la ENSA II, sugieren el análisis de dos hechos centrales: 1) La reducción del presupuesto en salud destinado a la población abierta. 2) La reducción en el abasto de medicinas. Que probablemente fueron decisivos en esa década y explican el por qué un porcentaje tan alto de población abierta tuvo que realizar gastos de bolsillo en medicamentos.

⁹ Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *Indicadores de Resultados, primer semestre años fiscal 2004*, México, julio, 2004, p. 11.

¹⁰ Gustavo Nigeda, et. al. “La importancia de los medicamentos en la operación del Seguro Popular de Salud” en *Caleidoscopio de la Salud*. México, p. 263-273.

Cifras de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, señalan que: el presupuesto en salud destinado a la población abierta, esto es, aquella que no tiene acceso a las instituciones de seguridad social como el IMSS o el ISSSTE, modificó su participación de 21.7% en el sector de 1995, a 29.3% en el 2000; experimentando un aumento real del 81.1% en el mismo periodo, superior al 33.8% en que lo hizo el gasto total en salud.

Cuadro 3

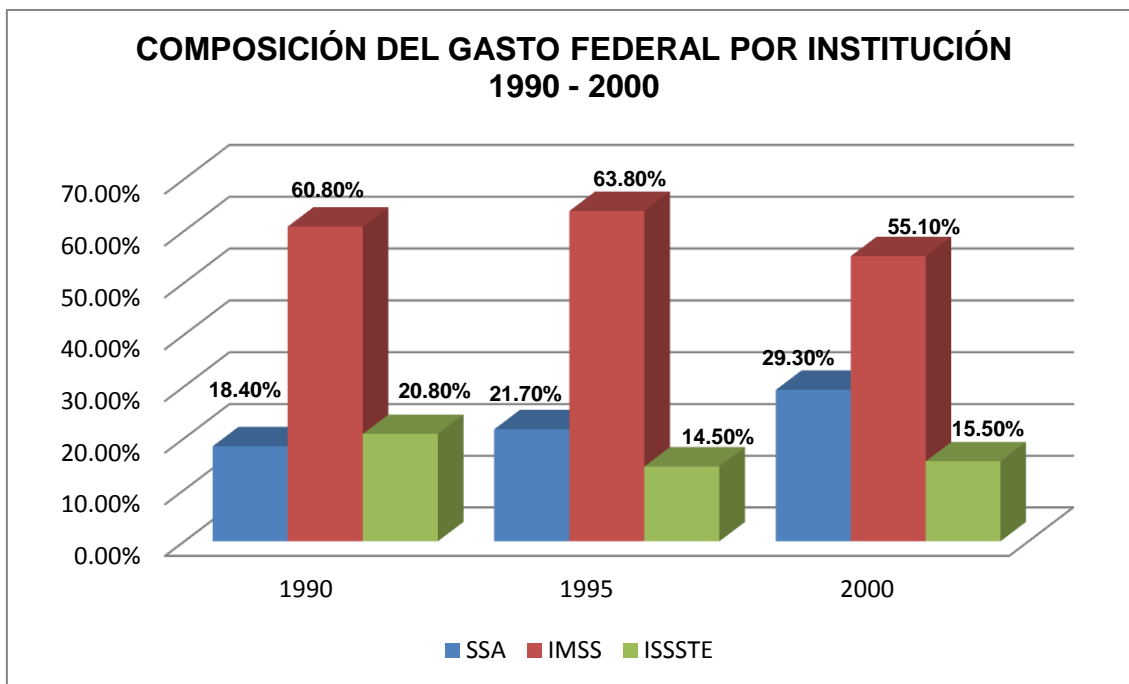
COMPOSICIÓN DEL GASTO FEDERAL EN SALUD POR TIPO DE POBLACIÓN, 1990, 1995 Y 2000. (Millones de pesos del 2000).

	1990		1995		2000		Incremento del gasto en salud 1995 - 2000	Incremento del gasto en salud 1990 - 1995	Incremento del gasto en salud 1990 - 2000
	Gasto	%	Gasto	%	Gasto	%			
Población abierta									
SSA	14334.8	18.4	20,653.60	21.7	37,414.00	29.3	44.1	81.2	161
Población asegurada									
IMSS	47,316.30	60.8	60,858.50	63.8	70,336.30	55.1	28.6	15.6	48.7
ISSSTE	16,160.90	20.8	13,853.40	14.5	19,819.40	15.5	-14.3	43.1	22.6
Gasto Federal en Salud	77,812.00	100	95,365.50	100	127,569.70	100	22.6	33.8	63.9

FUENTE: Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Subsecretaría de Egresos, El presupuesto de Egresos de la Federación 1995 – 2000, México, septiembre 2000, p. 69.

Estos datos contradicen el primer punto ya que de 1990 al 2000 el presupuesto destinado a salud de la población abierta tuvo un incremento porcentual de 161 por ciento, en comparación con el IMSS que se incrementó 48.7% y el ISSSTE que tuvo un incremento porcentual de 22.6%. (Ver Gráfica 3)

Gráfica 3



FUENTE: Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Subsecretaría de Egresos, El presupuesto de Egresos de la Federación 1995 – 2000, México, septiembre 2000, p. 69.

En lo que respecta a la reducción en el abasto de medicamentos, los datos obtenidos manifiestan que durante los últimos diez años de los noventa el sistema de salud pública tuvo problemas para abastecer las recetas, provocando que los usuarios realizaran gastos en la adquisición de medicamentos, afectando con ello a la población con menor ingreso. Este hecho repercutió negativamente en la opinión de los usuarios que al responder la ENSA II, externo sus percepciones sobre el problema a la disponibilidad de medicamentos e insumos en las instituciones de salud pública.

1.4.2.2 Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto 2000

Por su parte la *Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto 2000*, señaló que la proporción más alta de hogares con gastos en el rubro medicamentos se registró en los deciles I y II, representando el 59.3 y 49 por ciento respectivamente, también se observa que este gasto disminuye en los deciles IX y X en el mismo rubro. En el caso del gasto en salud ambulatoria los deciles II y III son similares al decil X. Resulta significativo que al rubro maternidad en los seis primeros deciles se destina la mayor porción del gasto en salud. (Ver cuadro 4)

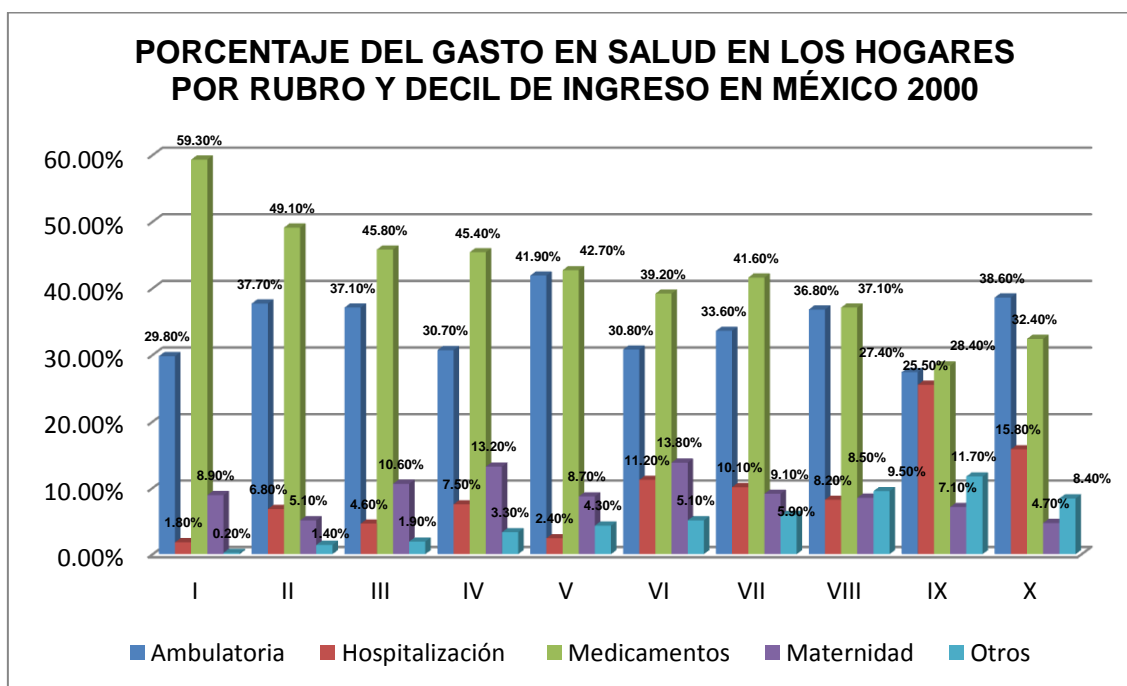
Cuadro 4

PORCENTAJE DEL GASTO EN SALUD EN LOS HOGARES POR RUBRO Y DECIL DE INGRESO EN MÉXICO, 2000

Decil	Ambulatoria	Hospitalización	Medicamentos	Maternidad	Otros
I	29.8	1.8	59.3	8.9	0.2
II	37.7	6.8	49.1	5.1	1.4
III	37.1	4.6	45.8	10.6	1.9
IV	30.7	7.5	45.4	13.2	3.3
V	41.9	2.4	42.7	8.7	4.3
VI	30.8	11.2	39.2	13.8	5.1
VII	33.6	10.1	41.6	9.1	5.9
VIII	36.8	8.2	37.1	8.5	9.5
IX	27.4	25.5	28.4	7.1	11.7
X	38.6	15.8	32.4	4.7	8.4

Fuente: Elaborado por la FUNSALUD a partir de la ENIG 2000.

Gráfica 4



Fuente: Elaborado por la FUNSALUD a partir de la ENIG 2000.

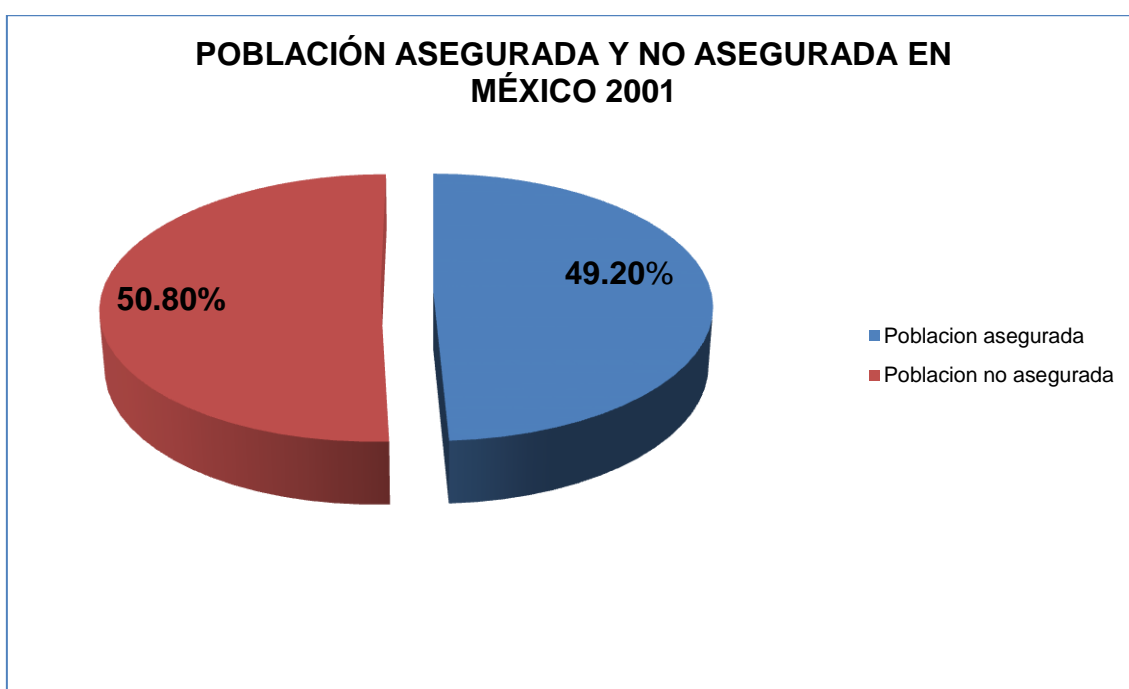
1.4.2.3 Encuesta Nacional de Aseguramiento y Gasto en Salud

Un año antes de la puesta en marcha de la fase piloto del Seguro Popular de Salud se efectuó la Encuesta Nacional de Aseguramiento y Gasto en Salud (ENAGS 2001), con el fin de obtener información respecto al entorno socioeconómico y financiero de la población,¹¹ así como explorar factores relacionados a:

- 1) La demanda de atención
- 2) La cultura de prepago
- 3) La disponibilidad al prepago en salud.

Datos de la ENAGS 2001 indicaron que en México la población no asegurada representaba el 50.8% y la asegurada 49.2%. (Gráfico 5).

Gráfica 5



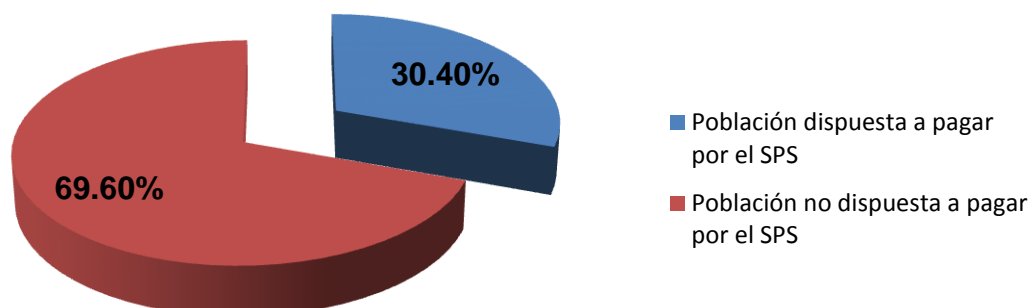
Fuente: Elaboración propia con datos de la ENAGS 2001.

De la población no asegurada, sólo el 30.4% estaría dispuesto a pagar por el Seguro Popular de Salud. (Gráfica 6)

Gráfica 6

¹¹ La encuesta se aplicó a 1980 hogares en 28 entidades federativas, visitados entre el 5 y 19 de diciembre de 2001 y corresponden a una muestra de los hogares entrevistados en la Encuesta de Ingreso Gasto de los Hogares (ENIGH 2000), Secretaría de Salud, *Evaluación del Seguro Popular de Salud*, Informe 2002, México 2002, p. 20.

POBLACIÓN NO ASEGURADA DISPUESTA A PAGAR POR EL SEGURO POPULAR EN MÉXICO 2001



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENAGS 2001.

El monto promedio que los entrevistados estarían dispuestos a pagar; fue de 461 pesos mensuales para más de 10 miembros de la familia y 106 pesos para 1 o 2 integrantes. (Cuadro 5)

Cuadro 5

PROMEDIO DEL MONTO DISPUESTO A PAGAR AL SEGURO POPULAR DE SALUD, SEGÚN NÚMERO DE INTEGRANTES EN EL HOGAR DE NO DERECHOHABIENTES. (Pesos)

Número de integrantes	Promedio
1-2	106
3-5	206
6-9	151
Mayor de 10	461

Fuente: Cuadro tomado de la Secretaría de Salud, Evaluación del Seguro Popular de Salud, Informe, 2002. México 2002, octubre, p. 26.

Respecto a la expectativa de la población no derechohabiente sobre los servicios ofrecidos por el Seguro Popular en Salud, los encuestados evaluaron con el puntaje más alto, 92.9 por ciento el buen trato y 89.5 por ciento consideraron de mucha

importancia que se cuente con el material y equipo necesario para la atención médica; la disponibilidad de medicamentos tuvo un nivel de importancia de 86.9 por ciento por debajo del tiempo de espera y recibir información general y médica. (Cuadro 6)

Cuadro 6

ENCUESTA NACIONAL DE ASEGURAMIENTO Y GASTO EN SALUD, 2001. EXPECTATIVA DE LA POBLACIÓN NO DERECHOHABIENTE SOBRE LA IMPORTANCIA DE ALGUNOS ELEMENTOS DEL SEGURO POPULAR.

Actividad	Nivel de importancia				
	Mucho	Regular	Poco	Nada	No sabe
Consulta por la tarde	81.1	14.6	1.2	3.1	0.1
Consulta por la noche	77.4	15.5	2.4	4.7	0.1
Consulta los sábados	80.2	15.1	1.8	2.8	0.1
Cita anticipada	73.5	20.6	2.3	3.6	0.1
Disponibilidad de medicamentos	86.9	6.8	0.5	3.1	0.1
Tener material y equipo necesario	89.5	6.5	0.8	3.1	0.1
Cercanía de la casa	84.3	6.7	5.4	3.5	0.1
Tiempo de espera	88.2	7.5	1.2	2.6	0.1
Buen trato	92.9	5.3	0.6	1.1	0.1
Importancia de escoger médico	81.4	10.8	4.1	3.6	0.1
Recibir información general y médica	88.4	6.1	3.2	2.3	0.2

Fuente: Tomado de Secretaría de Salud, Evaluación del Seguro Popular de Salud, Informe, 2002. México 2002, octubre, p. 27

La información proporcionada por las encuestas mencionadas, permitió poner en marcha el Piloto del Seguro Popular de Salud, en municipios seleccionados de Colima, Jalisco, Aguascalientes, Tabasco y Campeche. Los criterios para su selección fueron señalados en las Reglas de Operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud, 2002 y consideraron:

- La existencia de alta cobertura para la seguridad social,
- La capacidad para ofrecer los servicios,
- Grandes concentraciones urbanas y semiurbanas;
- La existencia de grupos beneficiarios de programas sociales del gobierno.

Uno de los criterios para seleccionar a los estados y municipios fue la existencia de beneficiarios por programas sociales, a manera de ejemplo se eligieron los programas

Oportunidades, Leche y Tortilla para identificar el total de población objetivo a atendida en el 2002 y su relación con el total del SPS.

En la primera etapa de operación del Seguro Popular de Salud (SPS) se aseguraron a familias nucleares, es decir, el padre y/o la madre y los hijos menores de 18 años, pudiendo incluir al padre y la madre de cualquiera de ellos mayores de 64 años, que formen parte del hogar y, por lo tanto, habiten en la misma vivienda. Siempre y cuando el nivel de ingreso se localizara en los seis primeros deciles de la distribución y residencia en localidades semiurbanas y urbanas.

Durante el año 2002, se fueron incorporando los estados de Sinaloa, Tamaulipas, Baja California, San Luis Potosí, Sonora, Coahuila, Guanajuato, Zacatecas, Oaxaca, México, Quintana Roo, Guerrero, Hidalgo, Chiapas y Morelos los cuales iniciaron la fase de afiliación de familias sin estar considerados en las Reglas de Operación 2002, (como fue el caso de Aguascalientes, Colima, Campeche, Jalisco y Tabasco); este hecho no impidió el proceso para operar al SPS en la nuevas entidades federativas, ni tampoco la ausencia de Acuerdos de Coordinación, ya que se le continuó denominando etapa piloto que terminaría el 31 de diciembre de 2003, un día antes de entrar en vigor el Sistema de Protección Social en Salud.

1.5 Tipos de Seguridad Social en México para la población abierta.

La seguridad social en México responde a un pacto realizado entre Estado y sociedad que permitió que a lo largo de la segunda mitad del siglo XX se consolidaran políticas sociales en: educación, trabajo, vivienda y salud con el objeto de reducir las desigualdades producto de la dinámica del mercado, a través de un gasto social redistributivo.

Al amparo de esta concepción se crearon el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA)¹² en 1943, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1959.

Estas instituciones han ofrecido servicios en salud mediante tres vías:

- El IMMS cubre a los asalariados de las empresas privadas en el sector formal de la economía y sus familias, y a un pequeño grupo de asalariados del campo y trabajadores agrícolas de algunos regímenes especiales.

¹² Actualmente Secretaría de Salud.

- El ISSSTE atiende a los trabajadores del sector público y sus dependientes. Los casos del ISSSFAM y PEMEX cubren a la población de referencia.
- La población no incluida en estos sistemas, como la población que labora en los sectores informales urbanos, trabajadores por cuenta propia del campo y talleres son cubiertos por instancias como la Secretaría de Salud, DIF e IMSS-Oportunidades.

Los servicios de salud del IMSS y del ISSSTE se basan en esquemas mutualistas (cotización proporcional al salario e impuestos progresivos sobre el ingreso), financiados principalmente a través de cuotas obrero-patronales y aportaciones de gobierno, derechos sociales garantizados por la obtención de un empleo asalariado legalmente reconocido.

En el caso de quienes no tengan un empleo formal con acceso a seguridad social, el Estado ha estructurado desde 1943 un sistema de salud para la denominada población abierta, en donde el usuario paga el servicio médico y medicamentos a través de una cuota de recuperación. Este sistema de cobro se aplica en la Secretaría de Salud, Sistema Integral para el Desarrollo Integral de la Familia y Sistemas Estatales de Salud. En el caso de los programas sociales, actualmente se aplican métodos de selección focalizada que incorporan a la población más necesitada.

El IMSS, ISSSTE, Petróleos, Ejército, etc. ofrecen servicios médicos a sus asegurados en tres niveles de atención: unidades de medicina familiar (primer nivel), hospitales generales (segundo nivel) y hospitales especializados (tercer nivel). Los niveles segundo y tercero proporcionan servicios de hospitalización. Estas instituciones no cobran por el servicio prestado y además ofrecen estudios de laboratorio, y medicamentos prescritos.

El IMSS cuenta con dos regímenes de afiliación:

1. El régimen obligatorio, para los trabajadores asalariados formalmente reconocidos.
2. El régimen voluntario en el que puede ingresar cualquier miembro de la población económicamente activa, a través de servicios mencionados por la Ley del Seguro Social como:

a) Seguro de Salud para la Familia: garantiza a los beneficiarios del asegurado el otorgamiento de las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad durante el periodo cubierto por la cuota¹³, las cuales se determinan aplicando el 22.4 por ciento al monto anual del salario mínimo general diario que rija en el Distrito Federal al momento de la contratación. Para calcular el monto anual, se

¹³ Reglamento del Seguro de Salud para la Familia, Artículo 1

multiplicará la cuota diaria del salario mínimo en vigor por 365 días. El Gobierno Federal cubre mensualmente por cada núcleo familiar o por cada familiar adicional asegurado una cuota diaria equivalente al 13.9 por ciento de un salario mínimo general del Distrito Federal vigente. La cantidad inicial que resulte se actualizará trimestralmente de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor.

b) Seguro de salud para trabajadores mexicanos en el extranjero: garantiza que los trabajadores mexicanos que se encuentren laborando en el extranjero o sus familiares residentes en la República Mexicana puedan contratar un seguro cuya vigencia es de un año, que proteja a los familiares y al trabajador cuando se ubique en el país. Este seguro incluye los siguientes servicios: consulta médica familiar o de especialista, hospitalización, intervenciones quirúrgicas, atención por maternidad, análisis de laboratorio y rayos X, medicamentos, leche para el recién nacido por seis meses y canastilla al nacer.

c) IMSS-Oportunidades¹⁴: es un programa desconcentrado de la Secretaría de Salud y administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social que promueve el derecho a la salud de los mexicanos que no cuentan con acceso a los servicios de seguridad social, proporcionando servicios de salud integral de 1er y 2º nivel a la población marginada rural (abierta) que resida en el ámbito de operación del Programa IMSS-OPORTUNIDADES.

d) Programa de Desarrollo Humano Oportunidades – Componente de Salud: Este programa busca a través de la focalización de los subsidios mejorar la educación, salud, alimentación, nutrición e ingreso de los hogares en condición de pobreza extrema, que se localizan en zonas rurales y urbanas con altos niveles de marginación. El componente salud del Programa OPORTUNIDADES opera bajo cuatro estrategias:

- 1) Proporcionar de manera gratuita el Paquete Esencial (Básico) de Servicios de Salud;
- 2) Prevenir la desnutrición de los niños desde la etapa de gestación mediante la entrega de suplementos alimenticios;
- 3) Fomentar y mejorar el autocuidado de la salud de las familias y de la comunidad mediante la comunicación educativa en materia de salud, nutrición e higiene, y
- 4) Reforzar la oferta de servicios de salud para satisfacer la demanda adicional.

e) Programa de Ampliación de Cobertura (PAC): Este programa otorgaba el Paquete Básico de Servicios de Salud –PABSS- a la población localizada en zonas de alta

¹⁴ El IMSS-Oportunidades tiene sus antecedentes en 1979 con la creación del IMSS-Coplamar, cambiando su nombre en 1989 por el IMSS-Solidaridad

marginación, a través de dos estrategias de operación: la ampliación geográfica y funcional. La primera acercó los servicios a los habitantes de las localidades apartadas y de difícil acceso por medio de equipos de salud itinerantes. La vertiente funcional extendía la capacidad de los servicios de primer nivel en zonas con acceso parcial a éstos, construyendo, unidades de atención ó realizando acciones de conservación, mantenimiento y ampliación.

f) Programa de Cirugía Extramuros (PCE): Se transforma en el 2002 en el Programa de Atención Médica Especializada a la Comunidad (PAMEC), apoya a la población de escasos recursos con problemas discapacitantes, a través de campañas de cirugías especializadas en la que intervienen médicos especialistas con equipos médicos avanzados.

g) Programa de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas: Este programa inició su operación en julio del 2001 y se circunscribe en la estrategia dos del Plan Nacional de Desarrollo: “reducir los rezagos de salud que afectan a los pobres”, se instrumenta en los municipios con más de 40 por ciento de población hablante de lenguas indígenas.

h) Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)¹⁵: El DIF brinda apoyo a los grupos sociales en situación vulnerable como niños, niñas, adolescentes, mujeres, indígenas migrantes, desplazados migrantes, adultos mayores en desamparo, personas con algún tipo de discapacidad o necesidades especiales, dependientes de personas privadas de su libertad, alcohólicos o farmacodependientes, indigentes y personas afectadas por los fenómenos naturales.

1.6 Caracterización del Seguro Popular de Salud 2003 y su transformación en ejecutor del Sistema de Protección Social en Salud.

El Seguro Popular de Salud (SPS) inició su fase piloto en octubre de 2001 y se convirtió en el pilar del Sistema de Protección Social en Salud a partir del 1º de enero de 2004, cuando entraron en vigor las adiciones a la Ley General de Salud (artículos 3o bis, 77 bis - 1 al 77 bis – 41)¹⁶, que sustentan las acciones de protección social en salud que ofrecerán las entidades federativas.

¹⁵ El DIF Nacional es un organismo público, descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, creado por Decreto el 13 de enero de 1977 y que, de acuerdo al artículo 13 de la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social de 1986, es el promotor de la asistencia social y la promoción de la interrelación sistemática de las acciones por lo que es el rector del campo de la asistencia social y coordinador del Sistema compuesto por los órganos estatales y municipales.

¹⁶ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud*, México, 15 de mayo 2003.

El Seguro Popular de Salud es definido como “un instrumento para brindar protección financiera a los mexicanos, ofreciendo una opción con criterios de aseguramiento público en materia de salud a familias y ciudadanos que por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social”¹⁷. Su principal objetivo reducir el gasto de bolsillo de las familias afiliadas. En el año 2003 este objetivo se mantuvo como punto de partida para el diseño de las reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud), sin embargo, se modificaron algunos criterios de ejecución, que se comentan a continuación.

1.6.1 Población objetivo y servicios 2003

El programa atendió de manera prioritaria a las familias de los seis primeros deciles de la distribución de ingreso que no eran derechohabientes de la seguridad social, residentes en el territorio nacional y que tenían acceso a unidades de salud con capacidad y calidad suficiente para ofrecer la prestación de los servicios médicos considerados en el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME). Éste catálogo comprendía 78 intervenciones que se consideran como los servicios de mayor demanda por la población, clasificados en 6 rubros: 1) Servicios de medicina preventiva, 2) Servicios de consejería médica, psicológica, dieta y ejercicio, 3) Servicio de consulta externa, 4) Servicio de salud reproductiva, 5) Servicio de odontología, 6) Servicio de urgencias, hospitalización y cirugía. El costo anual promedio per cápita nacional de las 78 intervenciones ofrecidas se estimó en \$1,572.22 pesos para el año 2003.

La cobertura del SPS para el mismo año, se extendió a 21 entidades federativas seleccionadas conforme a los siguientes criterios: 1) baja cobertura de seguridad social, 2) mayor número de personas no aseguradas en los primeros seis deciles de ingreso, 3) capacidad para garantizar la provisión de los servicios cubiertos por el Programa, 4) demanda potencial de afiliación, 5) solicitud explícita de las autoridades estatales, 6) la existencia de suficiencia presupuestal del programa.

1.6.2 Fuentes de financiamiento del SPS 2003

¹⁷ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 2003.

El financiamiento del Seguro Popular de Salud proviene de dos fuentes:

- 1) Subsidio federal por familia
- 2) Cuotas por familia según decil de ingreso.

El Gobierno Federal destina un subsidio base por familia afiliada el cual se calcula a partir del costo per cápita promedio del CABEME, estimado para cada estado, menos el monto per cápita de recursos fiscales destinados a la prestación de servicios personales de salud vía ramo 33 y 12. El monto que por concepto de subsidio se remita a los Servicios Estatales de Salud, es el correspondiente al per cápita estatal multiplicado por el número promedio estatal de miembros por familia según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2000.

En el 2003 los montos anuales de subsidio base por familia más altos fueron Chiapas con 2,535 pesos y para Baja California, Quintana Roo y Tabasco en 543 pesos por persona; los más bajos fueron para Baja California Sur con 1,320 pesos por familia y 328 por persona. Esta cantidad es el monto que el gobierno federal proporcionó a cada entidad federativa por persona o familia afiliada, en función del costo del CABEME. El tamaño de la familia se calculó a partir del número promedio estatal de miembros por familia, según datos del Censo 2000.

La cuota familiar de afiliación por decil de ingreso se calculó con la información de la Encuesta Nacional de Aseguramiento y Gasto en Salud 2001; y de la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH), ambas se ajustaron en base al Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC).

Se determinó que los montos de las cuotas del SPS fuesen menores a los gastos de bolsillo reportados por la Encuesta de Ingreso Gasto de los Hogares por decil de ingreso y, de acuerdo a las posibilidades económica de la familia, que eligiera el periodo de cobertura trimestral, semestral o anual.

Por regla, las familias que afilia el Seguro Popular de Salud pertenecen a los primeros seis deciles de ingreso y, de acuerdo a las cuotas asignadas, éstas no deberán ser mayores al 30 por ciento de los ingresos familiares.

El Seguro Popular de Salud está supeditado al principio del federalismo, que otorga libertad y soberanía de cada entidad federativa; por lo que un programa federal no puede ejecutarse si previamente no se ha establecido un Acuerdo de Coordinación u otra disposición jurídico-administrativa sobre la materia.

El SPS es puesto en marcha mediante un Acuerdo de Coordinación firmado entre el Ejecutivo Federal por conducto de la Secretaría de Salud y por el Ejecutivo del Estado. El Acuerdo de Coordinación permite liberar y radicar los recursos. El Cuarto Informe

de Gobierno, señala que desde el 2002 se han ejercido recursos para la promoción y afiliación, equipo y gastos operativos del SPS, pero fue en el 2003 cuando algunas entidades firmaron sus respectivos convenios (Aguascalientes, Jalisco, Tabasco y Tamaulipas) y los 21 Estados restantes a lo largo del año 2004.

Durante enero del 2005 Chihuahua y Durango iniciaron la operación del Seguro Popular de Salud.

1.6.3 El sistema de Protección Social en Salud y el Seguro Popular de Salud como ejecutor

En abril de 2003, el Congreso de la Unión con diversas adiciones y reformas la Ley General de Salud (LGS), aprobó la creación el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y el Seguro Popular de Salud como ejecutor del mismo. Dicha Ley entró en vigor el 1º de enero de 2004.

Las reformas a la LGS establecen el funcionamiento del SPSS, y un mínimo de servicios para la protección social en salud, que son: “consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, gineco obstetricia, pediatría y geriatría en el segundo nivel de atención.”¹⁸

Define a la unidad de protección como las familias y personas que no cuenten con seguridad social; y el núcleo familiar como la unidad de atención, integrado por los cónyuges, concubina y el concubinario; por el padre y/o madre no unidos en vínculo matrimonial o concubinato, y por otros supuestos. Los integrantes del núcleo familiar son los hijos y adoptados menores de dieciocho años; los menores que tengan parentesco, los ascendientes mayores de 64 años que habiten en la misma vivienda y dependan económicamente, los hijos que tengan hasta 25 años, solteros que prueben ser estudiantes o bien discapacitados dependientes.¹⁹

Las familias y sus miembros que cumplan con los siguientes requisitos recibirán los beneficios del SPSS:

- 1) Ser residente en el territorio nacional;
- 2) No ser derechohabiente de la seguridad social;
- 3) Contar con Clave Única de Registro de Población;
- 4) Cubrir las cuotas familiares correspondientes, en los términos establecidos por el artículo 77 bis 21;

¹⁸ Ley General de Salud, Artículo 77 BIS 1.

¹⁹ *Op.cit.*, Artículo 77 BIS 4.

5) Cumplir con las obligaciones establecidas anteriores.

1.7 Financiamiento del SPSS

El financiamiento del SPSS se integra por recursos que asignan la Federación, las entidades federativas y cuotas de los beneficiarios. El Gobierno Federal cubre anualmente una “*cuota social*” por cada familia, equivalente al 15 por ciento de un salario mínimo vigente diario en el Distrito Federal que se actualiza trimestralmente de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor. También se realiza por parte del Gobierno Federal y las entidades federativas una “*aportación solidaria*” por cada familia beneficiaria; para el caso del Gobierno Federal se distribuirá a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona, calculado mediante la fórmula establecida, la aportación representará al menos una y media veces el monto de la cuota social. A las entidades federativas les corresponde proporcionar la mitad de la cuota social proporcionada por el Gobierno Federal.

1) Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona. La Secretaría de Salud determina anualmente el monto total de los recursos federales disponibles para el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona, previa aprobación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). El fondo se integra atendiendo diversos componentes: el número de familias beneficiarias en la entidad federativa, necesidades de salud de la población, por esfuerzo y desempeño estatal. El peso porcentual de cada componente se publicará el primer bimestre de cada año en el Diario Oficial de la Federación.

2) Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad. El monto de los recursos para el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, se determina por la Secretaría de Salud con la opinión de la Comisión Permanente de Servicios de Salud a la Comunidad, previa aprobación de la SHCP. La distribución del Fondo entre las entidades federativas se fija considerando tanto la población total del estado, como la población total de la entidades federativas incorporadas al SPSS, la asignación a la entidad para el año fiscal más el incremento anual conforme a la disponibilidad de recursos.

3) Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. De la cuota social y de las aportaciones solidarias, la Secretaría de Salud canaliza el 8 por ciento de dichos recursos al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. Este fondo se crea con el objeto de apoyar el financiamiento de enfermedades de alto costo, y serán los centros regionales de alta especialidad seleccionados mediante un estudio técnico, quienes reciban los recursos para atender casos de salud graves, de acuerdo a reglas

de operación. La administración de los recursos del fondo está a cargo de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, mediante un fideicomiso constituido por el Gobierno Federal. Las entidades federativas, organizaciones públicas y no gubernamentales pueden aportar recursos adicionales a este fideicomiso.

La enumeración de enfermedades, tratamientos y medicamentos que generan gastos catastróficos la realiza el Consejo de Salubridad General y la publica en el Catálogo de intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

4) Previsión Presupuesto Anual. De los recursos conjuntos (cuota social y aportaciones solidarias), la Secretaría de Salud, canaliza anualmente el 3% para la constitución de una Previsión Presupuestal Anual, de la cual dos tercera partes se canalizan a infraestructura para atención primaria y especialidades básicas en los estados con mayor marginación social. La tercera parte restante se destina a situaciones imprevistas en la demanda de servicios durante cada ejercicio fiscal.

En suma, las entidades federativas reciben del Gobierno Federal los recursos provenientes de la cuota social y aportación solidaria federal una vez descontado el 8% para el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y el 3% de la Previsión Presupuestal Anual.

5) Cuotas Familiares. Las cuotas familiares de los beneficiarios del SPSS se calculan conforme a las condiciones socioeconómicas de cada familia, y son revisadas anualmente con base en el Índice de Precios al Consumidor. En el caso que las familias no tengan capacidad de pago se incluyen en el *régimen no contributivo*, siempre y cuando se ubiquen en los deciles I y II de la distribución de ingreso o sean beneficiarias de los programas de combate a la pobreza extrema y residentes en localidades rurales. Los recursos del régimen no contributivo no forman parte de las aportaciones solidarias ni de la cuota social, son aportaciones asignadas por la Secretaría de Salud previa autorización de la SHCP, por las entidades federativas y terceros solidarios.

CAPÍTULO II

“ANÁLISIS DEL SEGURO POPULAR BAJO LA PERSPECTIVA DE LA SECRETARÍA DE SALUD”



2. ANÁLISIS DE LOS AVANCES DEL SPSS según el estándar de la Secretaría de Salud 2004 – 2011.

2.1 Indicadores que miden el avance del SPSS según la Secretaría de Salud

Los indicadores que miden el avance del SPSS según la Secretaría de Salud son:

1. El presupuesto ejercido.
2. Número de familias afiliadas.
3. Número de personas afiliadas.
4. Familias afiliadas incorporadas al Programa Oportunidades.
5. Número de familias afiliadas en comunidades indígenas.
6. Número de familias afiliadas en regiones de alta y muy alta marginación.
7. Número de familias por decil de ingreso.

2.1.1 Presupuesto ejercido del SPSS 2004 – 2010

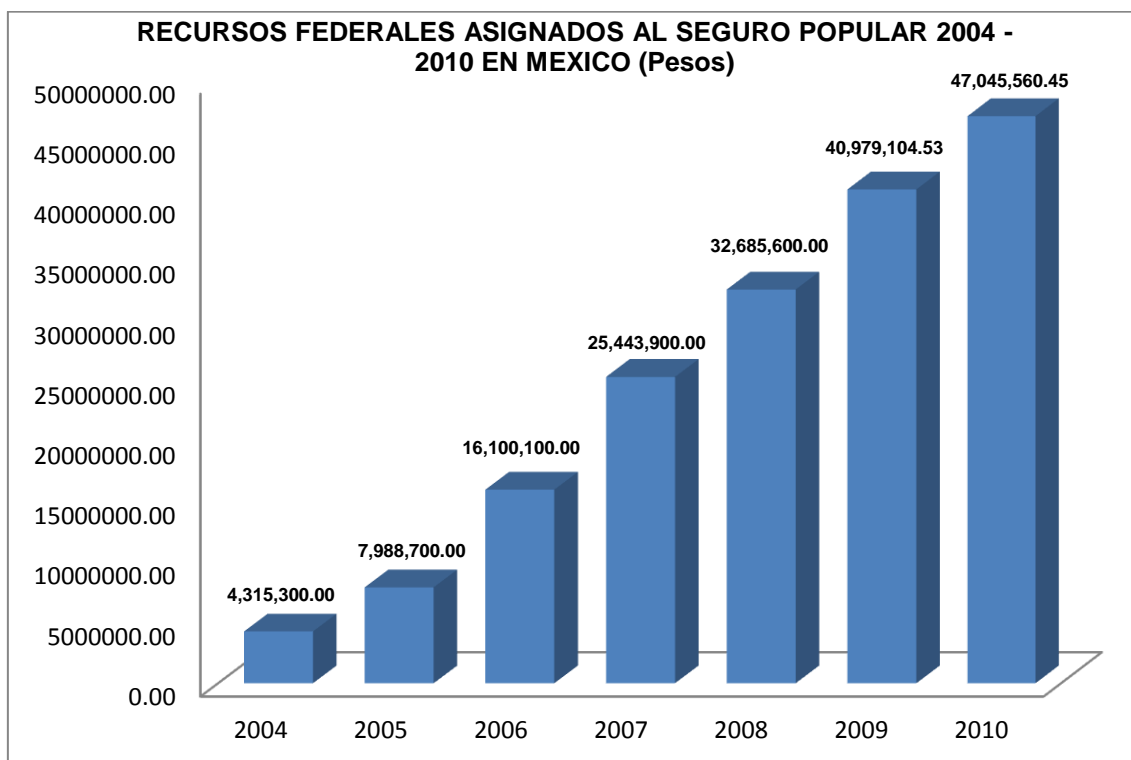
La asignación de recursos del SPSS las podemos dividir en dos principales rubros; los recursos federales asignados, y los recursos estatales asignados.

Los recursos federales transferidos son la suma de la cuota social transferible (CS), la aportación social federal “complementaria”²⁰ y los gastos de operación correspondientes a cada entidad. A continuación se analizará la progresión del presupuesto ejercido del periodo comprendido del 2004 al 2010 según entidad federativa. (Ver anexo, cuadro 7)

²⁰ La aportación solidaria federal complementaria equivale a la ASF menos los recursos federales que se destinan para financiar servicios de salud a la persona como la parte correspondiente del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA de ramo 33).

Como se puede ver en el cuadro 7 los recursos federales asignados han ido incrementando gradualmente, del 2004 al 2005 tuvo un crecimiento del 86.13%, del periodo 2005 al 2006 los recursos federales aumentaron al doble, para ser exactos tuvieron un incremento del 101.54%. Se puede observar que como van transcurriendo los años el porcentaje de la tasa de crecimiento va disminuyendo llegando al periodo 2009 al 2010 de tan sólo 14.8%.

Gráfica 7



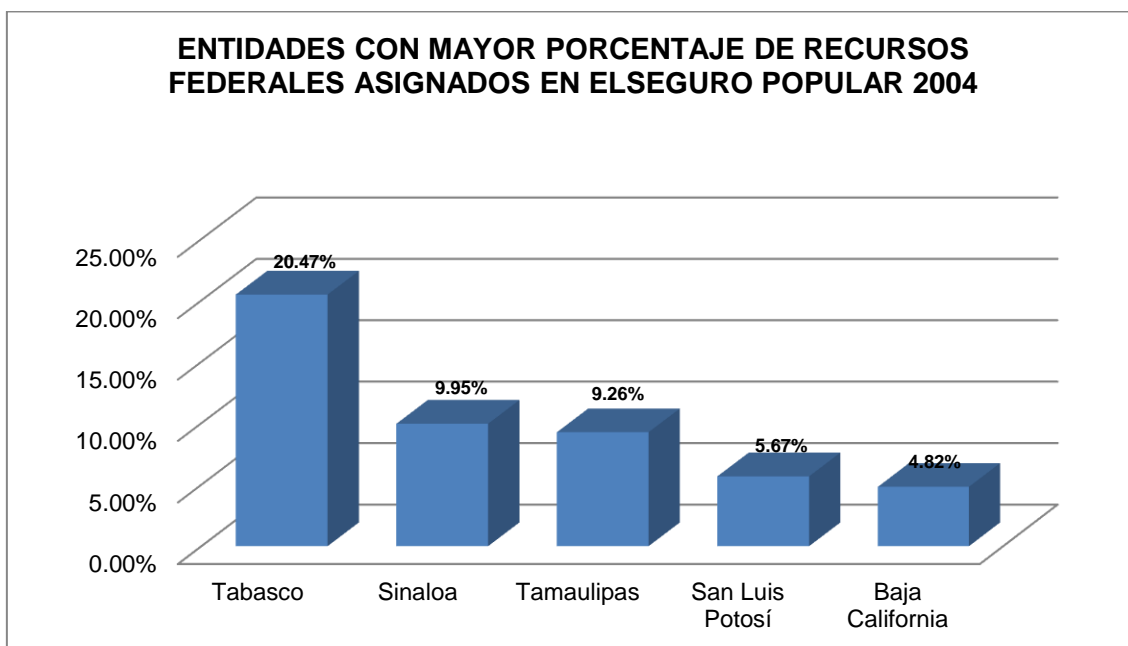
FUENTE: Elaboración propia con datos de SINAIS <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

En la gráfica 7 se puede observar cómo han aumentado los recursos federales asignados al SPSS gradualmente y como han ido transcurriendo los años ha ido disminuyendo la tasa de crecimiento de dichos recursos.

Para 2004, año en que fue puesto en marcha el SPSS se transfirieron 4, 315,300 mil millones de pesos, se tiene que tomar en cuenta que en ese año aun los estados de Chihuahua y Durango así como también el Distrito Federal no se incorporaban al programa; fue hasta el 2005 cuando todas las entidades se incorporaron al SPSS. Los montos totales transferidos a cada entidad federativa para 2004 van desde 5099.53 millones de pesos a Querétaro hasta 883,577.09 millones de pesos a Tabasco. Así la relación del monto mayor transferido en el año con el monto menor es de 173 a 1. Las cinco entidades que mas recursos recibieron en 2004 fueron: Baja California, San Luis

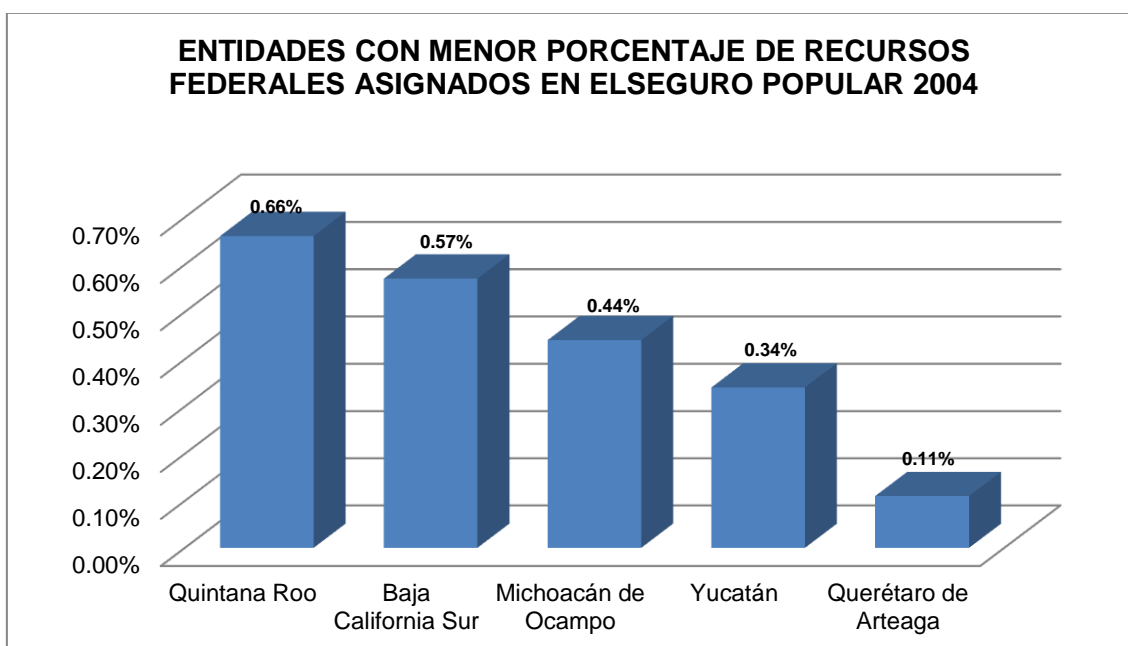
Potosí, Tamaulipas, Sinaloa y Tabasco los cuales concentraron el 50.18% de los recursos transferidos. Las cinco entidades con menos recursos recibidos en el mismo año fueron: Querétaro, Yucatán, Michoacán, Baja California Sur y Quintana Roo; los cuales sólo suman el 2.1% del total transferido. (Ver gráfica 8 y 9)

Gráfica 8



FUENTE: Elaboración propia con datos de SINAIS <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

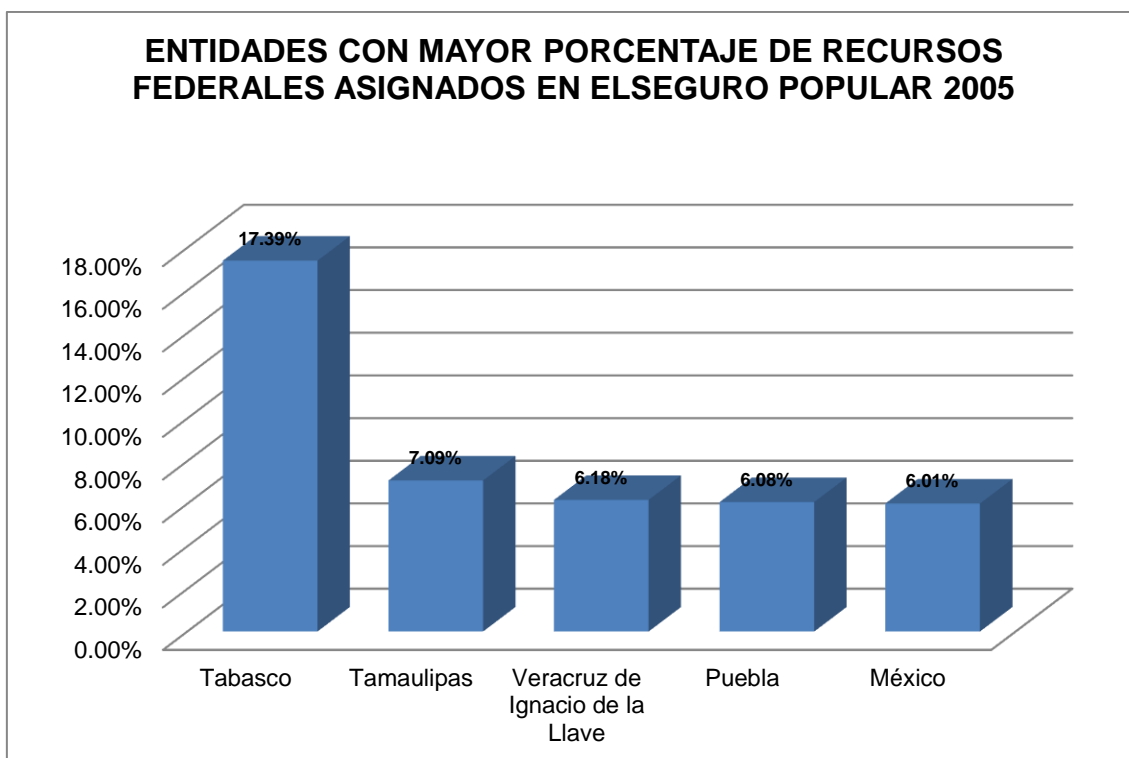
Gráfica 9



FUENTE: Elaboración propia con datos de SINAIS <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

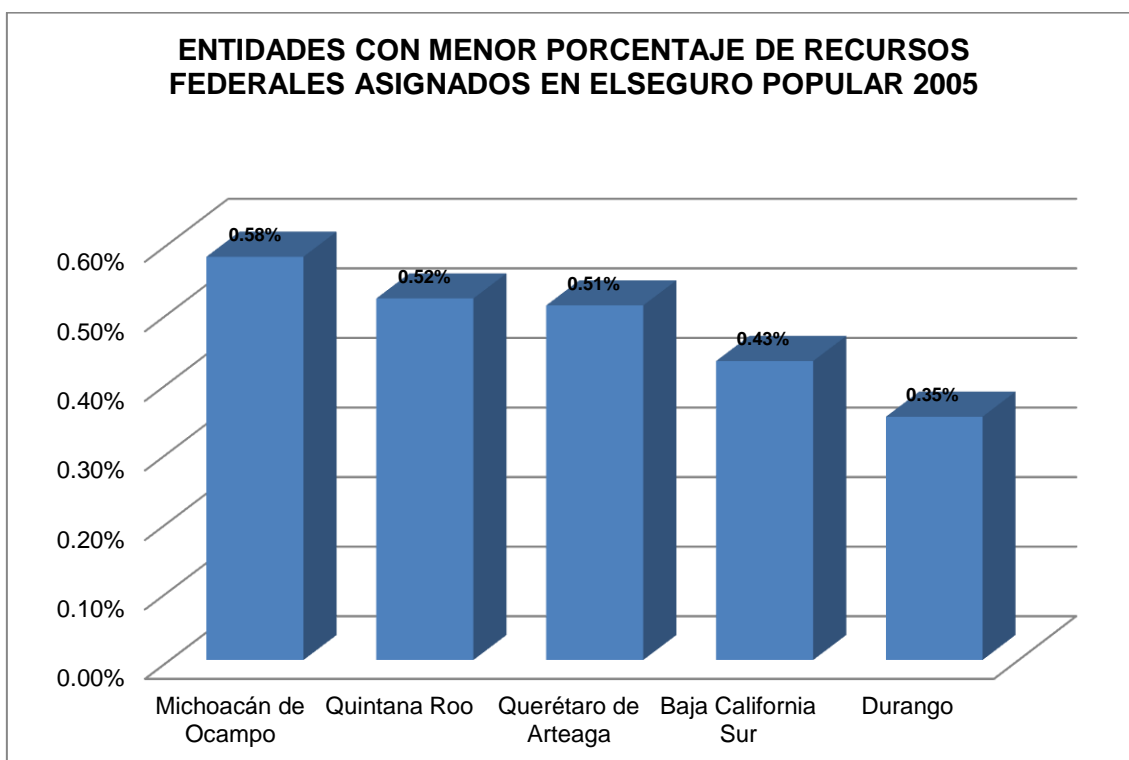
En el año 2005 se transfirieron 7,988,700 mil millones de pesos, ya para este año se incorporaron al SPSS los estados de Chihuahua, Durango y el Distrito Federal. Con respecto al 2004 la tasa de crecimiento de los recursos asignados fue del 85.13%. Los montos transferidos para el 2005 van desde 28,504.12 millones de pesos en el estado de Durango hasta 1, 389,551.48 millones de pesos en el estado de Tabasco siendo nuevamente quien recibió el mayor porcentaje de los recursos. La relación del monto mayor transferido con respecto al monto menor en el año es de 48 a 1. Las cinco entidades con más recursos transferidos son: Estado de México, Puebla, Veracruz, Tamaulipas y Tabasco; los cuales concentraron el 42.77% del total de los recursos. Las entidades con menos recursos asignados son: Durango, Baja California Sur, Querétaro, Quintana Roo y Michoacán; que concentraron tan solo el 2.41% del total de recursos transferidos. (Ver gráfica 10 y 11)

Gráfica 10



FUENTE: Elaboración propia con datos de SINAIS <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

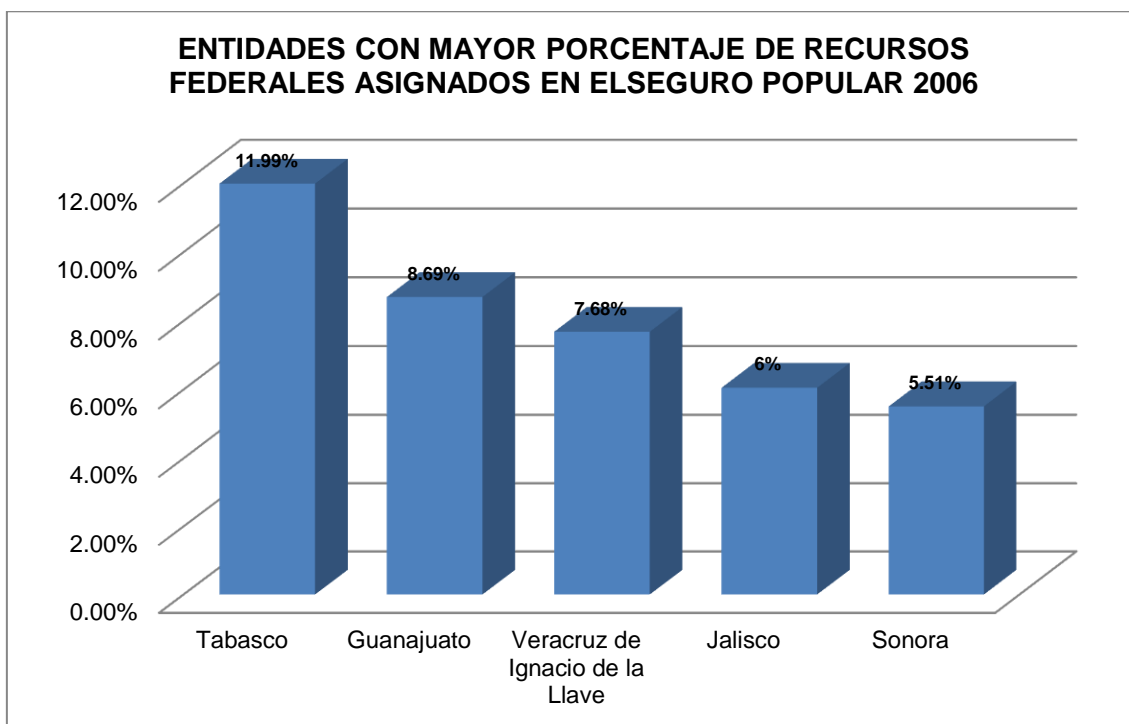
Gráfica 11



FUENTE: Elaboración propia con datos de SINAIS <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

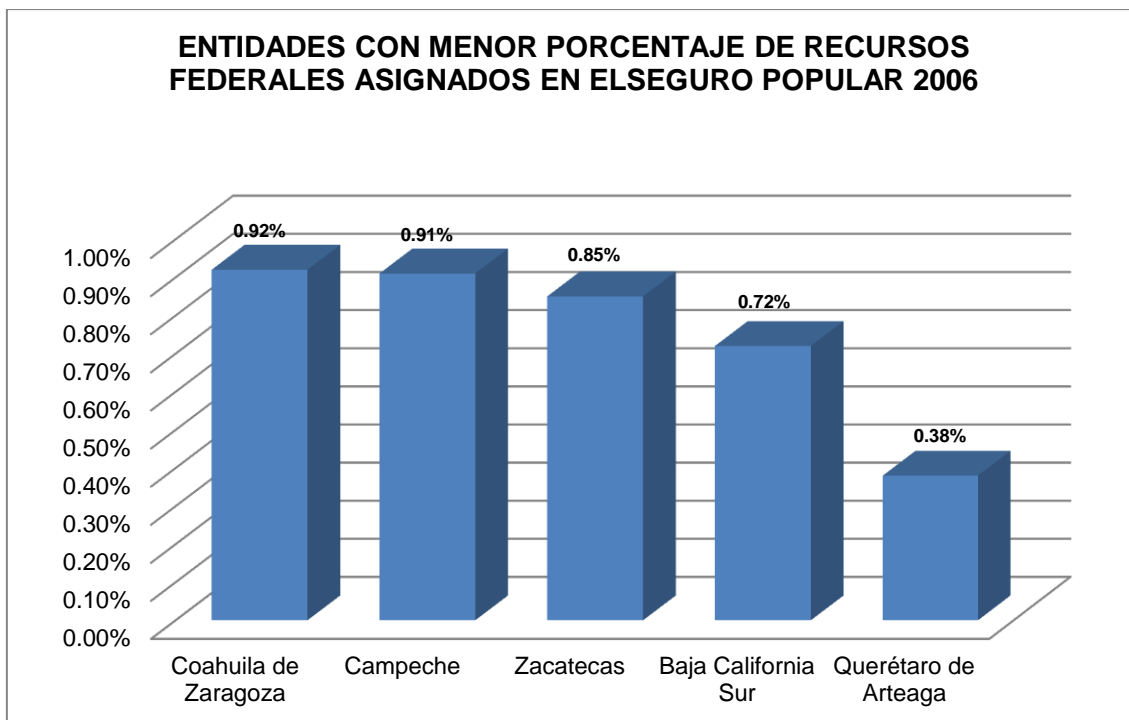
Para el año 2006 fueron transferidos 16,100,100 millones de pesos, la tasa de crecimiento con respecto al año 2005 fue de 101.54% es decir, se duplicó el monto transferido del año anterior. Los montos transferidos fueron desde 61,407.38 millones de pesos con el estado de Querétaro hasta los 1930956.77 millones de pesos en el estado de Tabasco que una vez más fue la entidad que recibió el mayor monto de transferencias federales. La relación del monto transferido de mayor con respecto al menor fue de 31 a 1. En este periodo los cinco estados que recibieron los mayores recursos fueron: Tabasco, Guanajuato, Veracruz, Jalisco y Sonora; concentrando el 39.87% del total del monto transferido. Los cinco estados que recibieron los menores montos fueron: Coahuila, Campeche, Zacatecas, Baja California Sur y Querétaro; concentrando solamente el 3.81% del total del monto transferido. (Ver gráfica 12 y 13)

Gráfica 12



FUENTE: Elaboración propia con datos de SINAIS <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

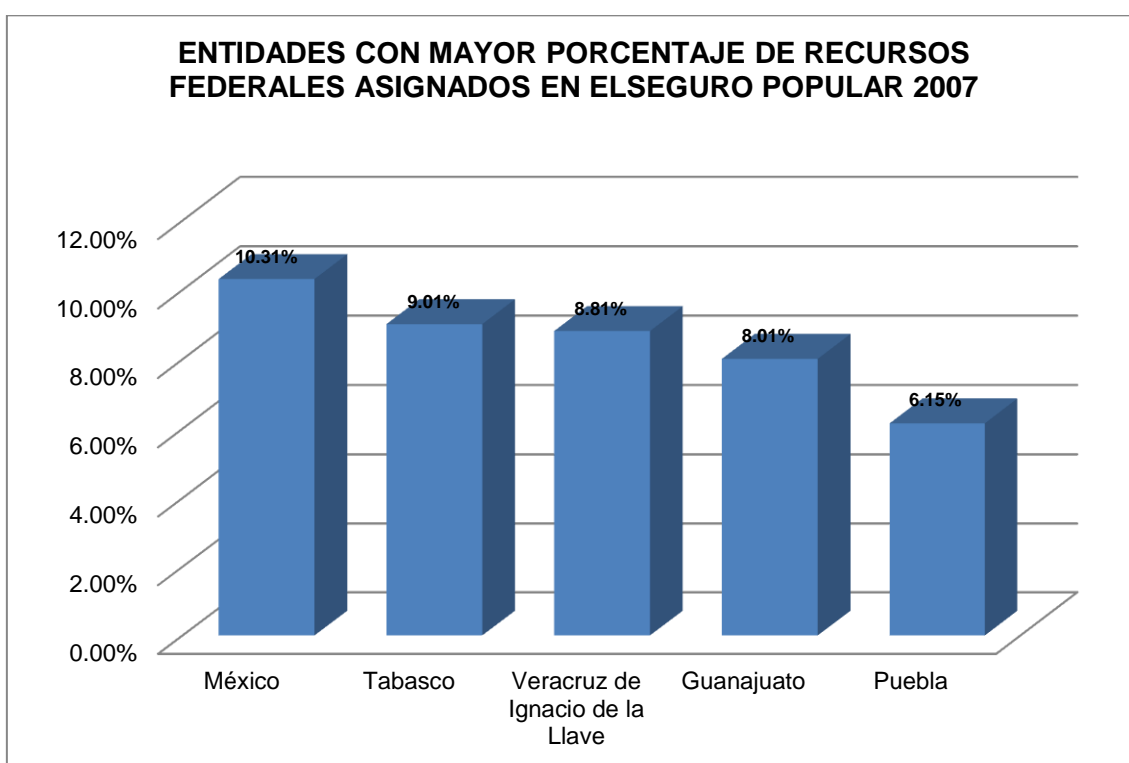
Gráfica 13



FUENTE: Elaboración propia con datos de SINAIS <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

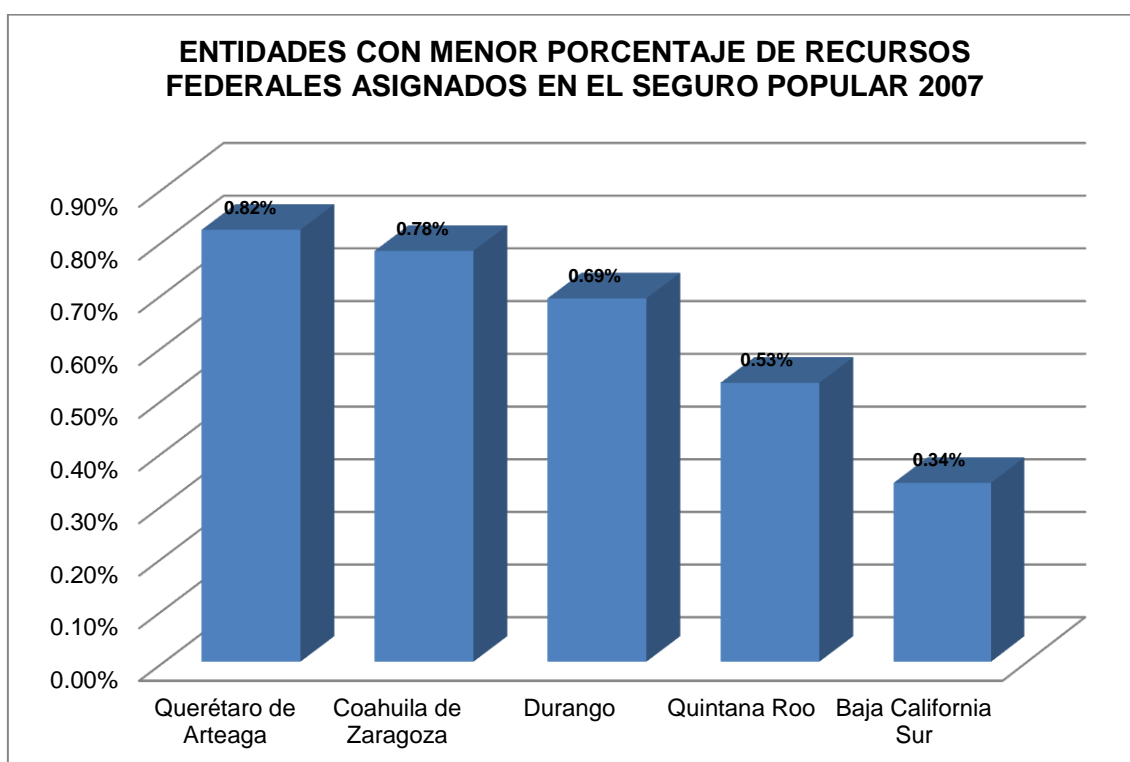
En el año 2007 el monto total de recursos federales transferidos fue de 25,443,900 millones de pesos la tasa de crecimiento con respecto al año 2006 fue de 58.04%. Los montos transferidos fueron desde 83,929.1 millones de pesos con el estado de Baja California sur hasta los 2,625,460.57 millones de pesos en el Estado de México siendo el primer año que ocupa el primer lugar con respecto a los montos transferidos. La relación del monto transferido de mayor con respecto al menor fue de 31 a 1. En este periodo los cinco estados que recibieron los mayores recursos fueron: Estado de México, Tabasco, Veracruz, Guanajuato y Puebla; concentrando el 42.28% del total del monto transferido. Los cinco estados que recibieron los menores montos fueron: Querétaro, Coahuila, Durango, Quintana Roo y Baja California Sur; concentrando solamente el 3.17% del total del monto transferido. (Ver gráfica 14 y 15)

Grafica 14



FUENTE: Elaboración propia con datos de SINAIS <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

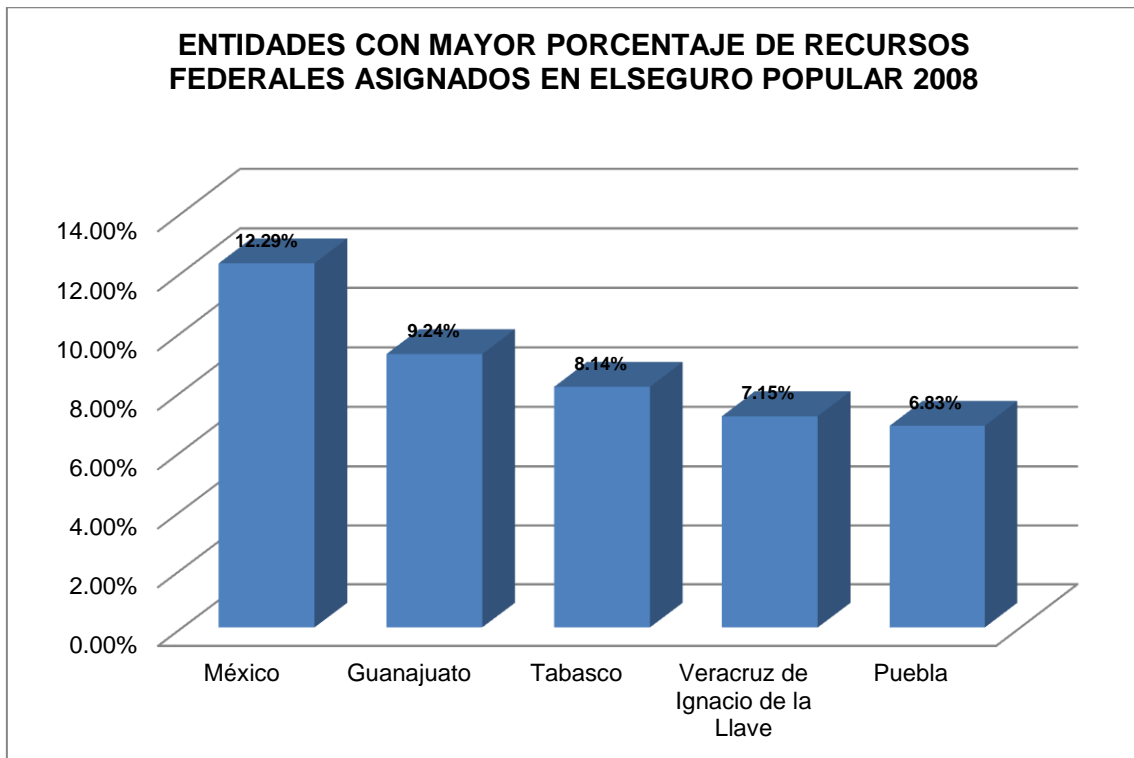
Gráfica 15



FUENTE: Elaboración propia con datos de SINAIS <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

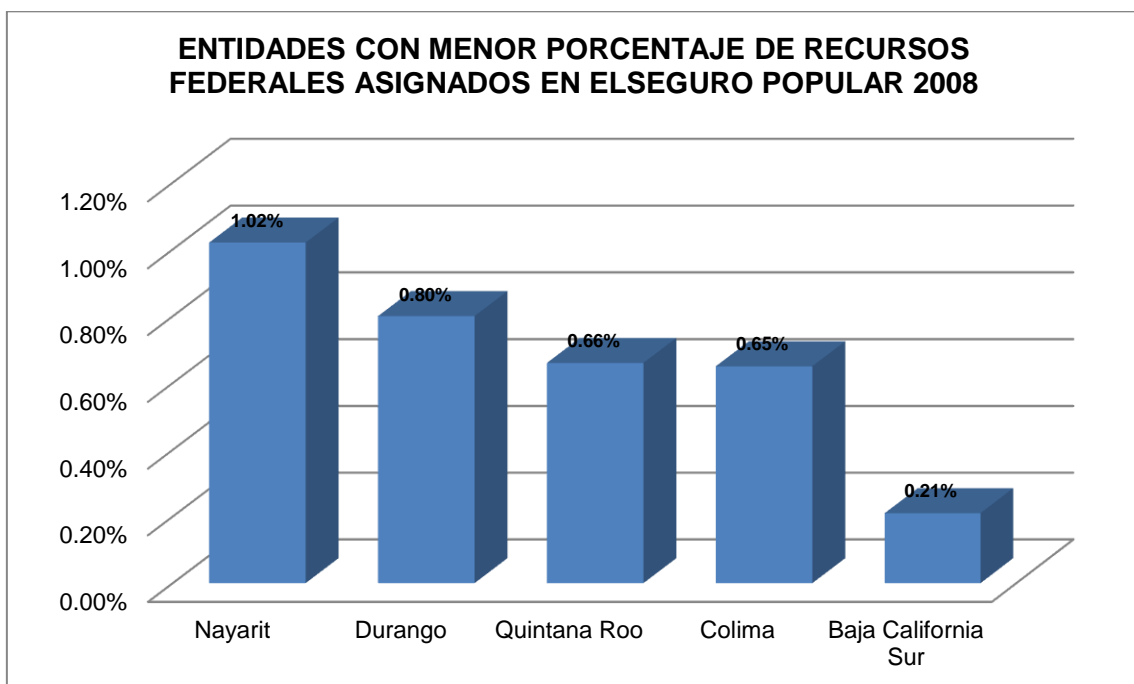
En el año 2008 el monto total de recursos federales transferidos fue de 32,685,600 millones de pesos la tasa de crecimiento con respecto al año 2007 fue de 28.46%. Los montos transferidos fueron desde 69,659.93 millones de pesos con el estado de Baja California sur hasta los 4,017,184.57 millones de pesos en el Estado de México el cual ocupó el primer lugar con respecto a los montos transferidos. La relación del monto transferido de mayor con respecto al menor fue de 57 a 1. En este periodo los cinco estados que recibieron los mayores recursos fueron: Estado de México, Guanajuato, Tabasco, Veracruz y Puebla; concentrando el 43.67% del total del monto transferido. Los cinco estados que recibieron los menores montos fueron: Nayarit, Durango, Quintana Roo, Colima y Baja California Sur; concentrando solamente el 3.36% del total del monto transferido. (Ver gráfica 16 y 17)

Gráfica 16



FUENTE: Elaboración propia con datos de SINAIS <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

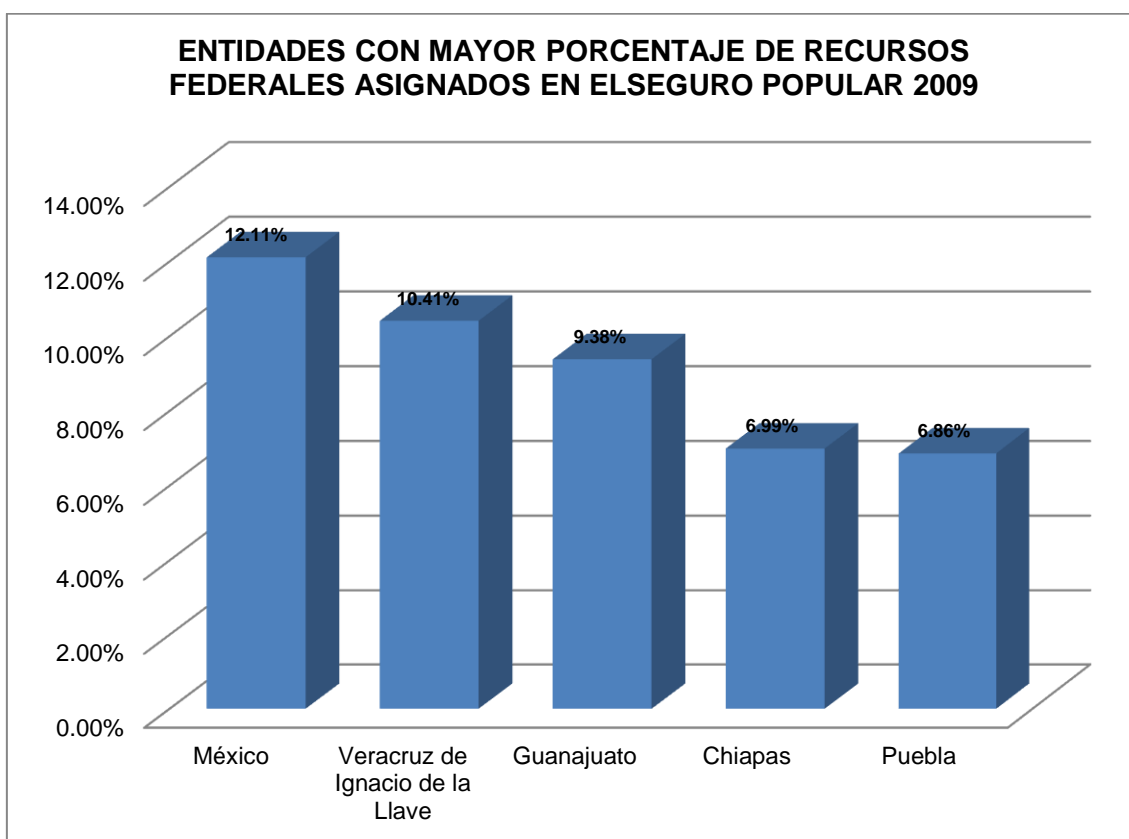
Gráfica 17



FUENTE: Elaboración propia con datos de SINAIS <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

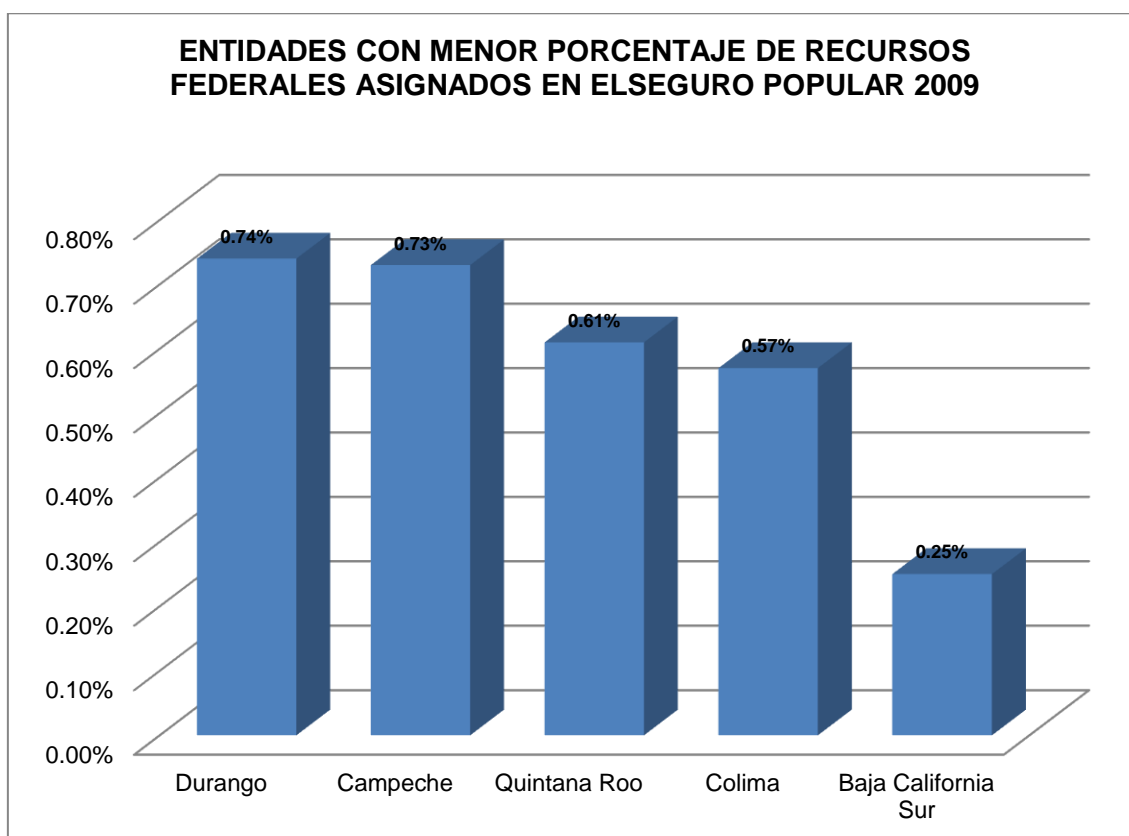
Para el 2009 el monto total de recursos federales transferidos fue de 40,979,104.53 millones de pesos la tasa de crecimiento con respecto al año 2008 fue de 25.37%. Los montos transferidos fueron desde 102,972.39 millones de pesos con el estado de Baja California sur hasta los 4,966,538.38 millones de pesos en el Estado de México. La relación del mayor monto transferido con respecto al menor fue de 48 a 1. En este periodo los cinco estados que recibieron los mayores recursos fueron: Estado de México, Veracruz, Guanajuato, Chiapas y Puebla; concentrando el 47.77% del total del monto transferido. Los cinco estados que recibieron los menores montos fueron:, Durango, Campeche, Quintana Roo, Colima y Baja California Sur; concentrando solamente el 2.92% del total del monto transferido. (Ver gráfica 18 y 19)

Gráfica 18



FUENTE: Elaboración propia con datos de SINAIS <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

Gráfica 19



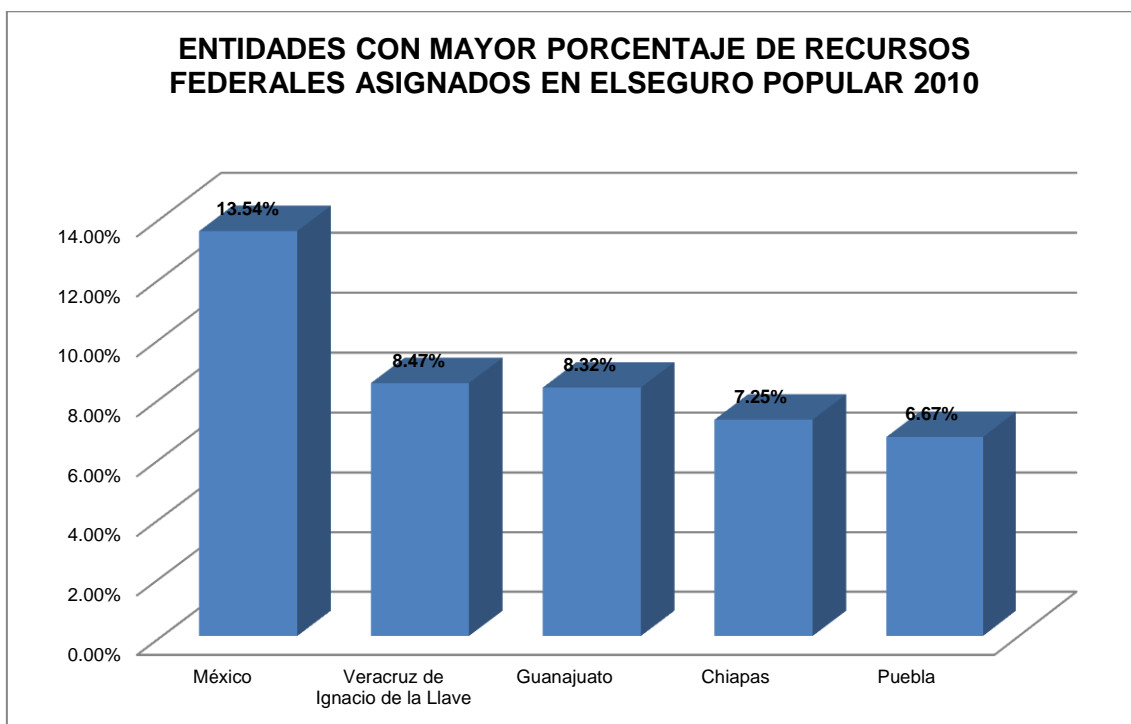
FUENTE: Elaboración propia con datos de SINAIS <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

Por último para el año 2010 el monto total de recursos federales transferidos fue de 47,045,560.45 millones de pesos la tasa de crecimiento con respecto al año 2009 fue de 14.80%. Los montos transferidos fueron desde 101,530.09 millones de pesos con el estado de Baja California sur hasta los 6,374,398.64 millones de pesos en el Estado de México. La relación del mayor monto transferido con respecto al menor fue de 62 a 1. En este periodo los cinco estados que recibieron los mayores recursos fueron: Estado de México, Veracruz, Guanajuato, Chiapas y Puebla; concentrando el 44.28% del total del monto transferido. Los cinco estados que recibieron los menores montos fueron: Quintana Roo, Aguascalientes, Campeche, Colima y Baja California Sur; concentrando solamente el 2.50% del total del monto transferido. (Ver gráfica 20 y 21)

Así mismo para tener una visión mas clara de los avances del Seguro Popular se dividió en mesoregiones²¹. (Ver gráfica 22)

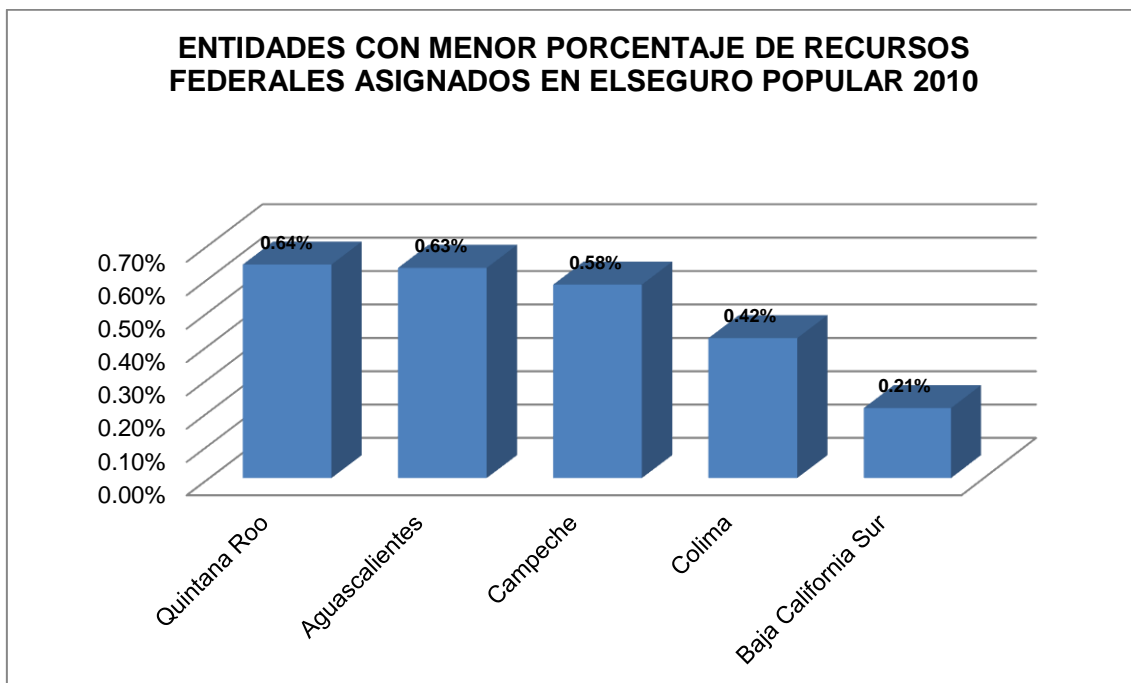
²¹ Son cinco agrupaciones de estados mexicanos que simplifican su gestión, estas son: Noroeste (Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Durango, Sinaloa y Sonora), Noreste (Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas), Centro

Gráfica 20



FUENTE: Elaboración propia con datos de SINAIS <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

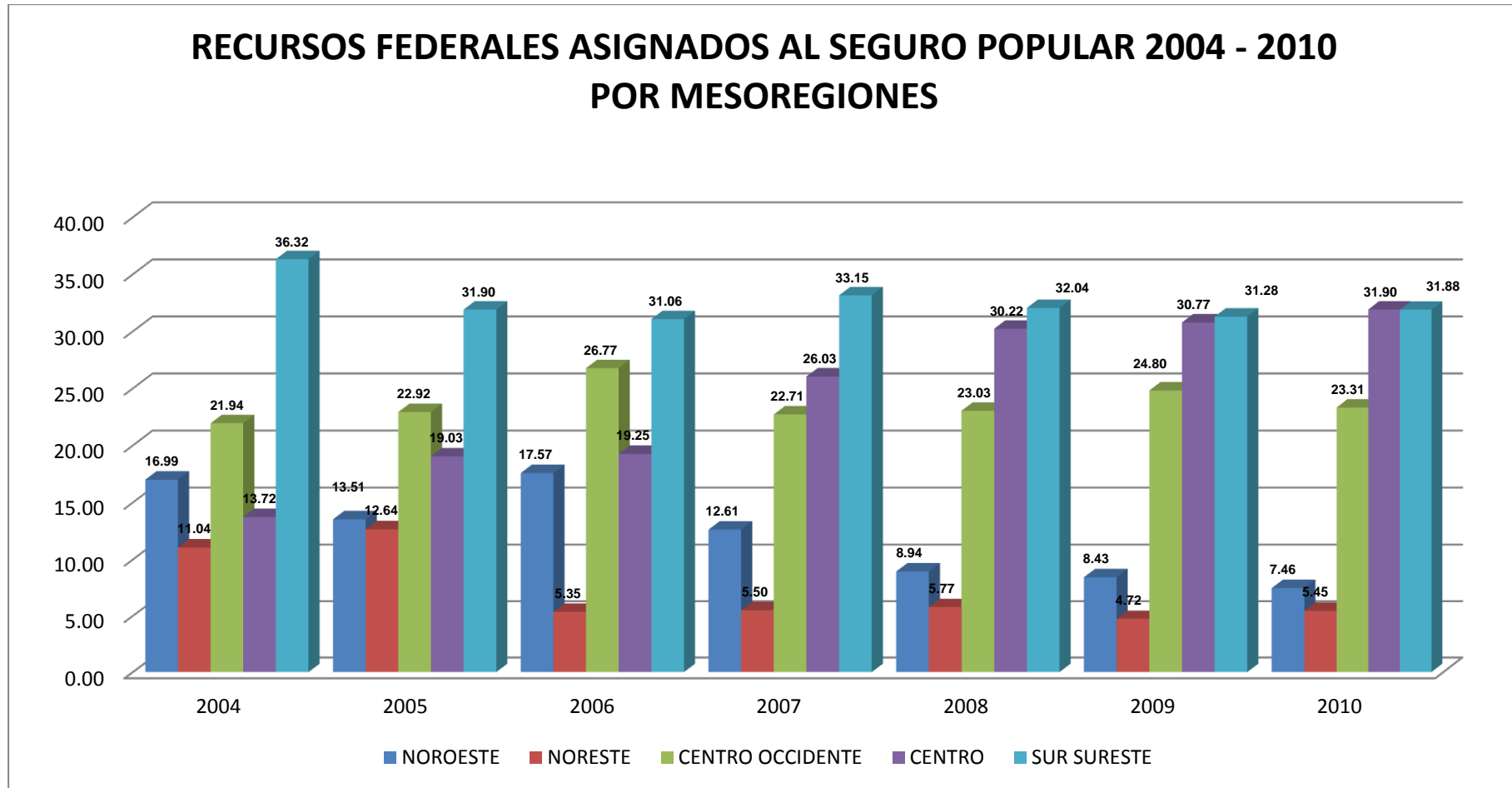
Gráfica 21



FUENTE: Elaboración propia con datos de SINAIS <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

Occidente (Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nayarit, San Luis Potosí, Zacatecas), Centro (Distrito Federal, Hidalgo, México, Morelos, Puebla, Querétaro y Tlaxcala), Sur sureste (Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Veracruz, Tabasco, Campeche, Yucatán y Quintana Roo)

Gráfica 22



FUENTE: Elaboración propia con datos de SINAIS <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

2.1.1.1 Recursos Estatales asignados 2004 – 2010, Aportación Solidaria Estatal (ASE)

De acuerdo con los lineamientos para la medición de la ASE publicados en el *Diario Oficial de la Federación* (DOF) el 22 de abril de 2005, durante el periodo 2004-2010 se consideran dos procedimientos o la combinación de ambos para la acreditación de la ASE:

- 1) Registro directo de la ASE y
- 2) Registro del gasto estatal en el cual se pueden contabilizar los recursos que los gobiernos estatales ejercen para el fortalecimiento de los servicios de salud en el ejercicio fiscal vigente, así como recursos que hayan invertido en infraestructura y equipamiento médico de alta especialidad en la entidad como máximo cinco años antes de la incorporación al SPSS, con previa autorización.

El registro del gasto estatal para la acreditación de la ASE considera los siguientes conceptos:

- a) Presupuesto extraordinarios,
- b) Gasto en inversión,
- c) Aportaciones municipales y donaciones, y
- d) Otros presupuestos.

A continuación se presenta el progreso que han tenido los recursos estatales asignados desde el 2004 hasta al 2010, así como también la tasa de crecimiento que ha presentado en el Cuadro 8 (Anexo).

Los recursos estatales asignados conocidos como ASE han ido incrementando gradualmente, en el 2004 sólo se asignaron 1,264,505.71 millones de pesos llegando al 2010 a un total de 15,208,800 millones de pesos. La tasa de crecimiento fue disminuyendo gradualmente con el paso de los años, del 2004 al 2005 hubo una tasa de crecimiento del 148.32% reduciendo del año 2009 al 20010 con sólo una tasa del 3.28% (Ver gráfica 23)

Gráfica 23



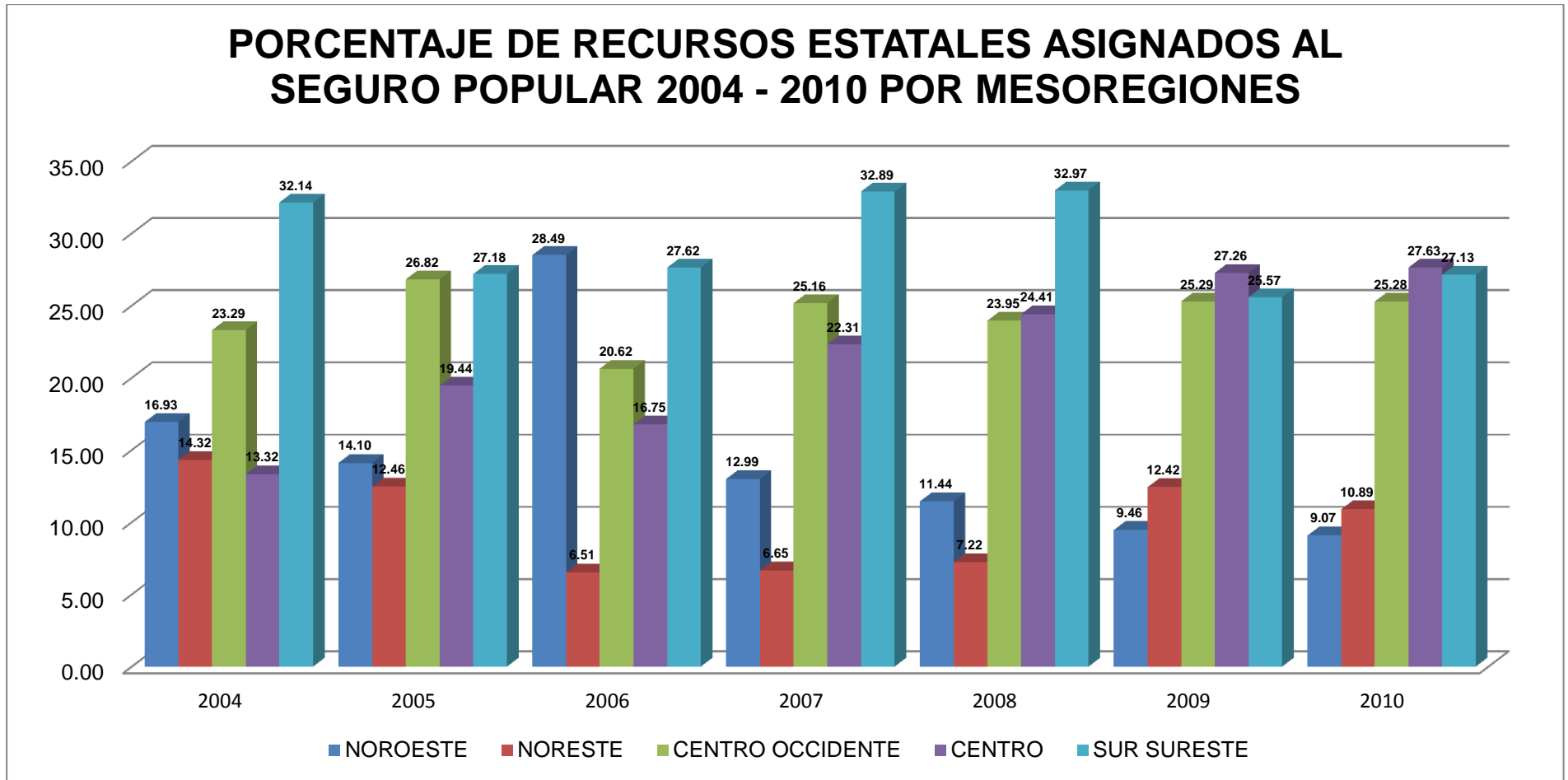
FUENTE: Elaboración propia con datos de SINAIS <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

A lo largo de los años las cinco entidades que más recursos estatales recibieron fueron: Estado de México, Veracruz, Guanajuato, Oaxaca y Tabasco; mientras que las cinco entidades que menos recibieron recursos fueron: Querétaro, Chihuahua, Nayarit, Quintana Roo y Baja California Sur.

En promedio, el Estado de México se le han asignado el 8.03% del total de los recursos estatales asignados, seguido de Veracruz con el 7.01% y ocupando el tercer lugar Guanajuato con el 6.83%; a diferencia con los estados de Nayarit con el 1.36%, Quintana Roo con el 1.17% y el último lugar lo ocupa Baja California Sur con tan sólo el 0.57% del total de los recursos.

Si analizamos la asignación de recursos estatales por mesoregiones podemos observar que los estados del Sur Sureste a lo largo del periodo analizado son los que más recursos se les asignaron, seguido del Centro Occidente y la región más baja en cuanto a recursos asignados fue el Noreste de la República Mexicana. (Gráfica 24)

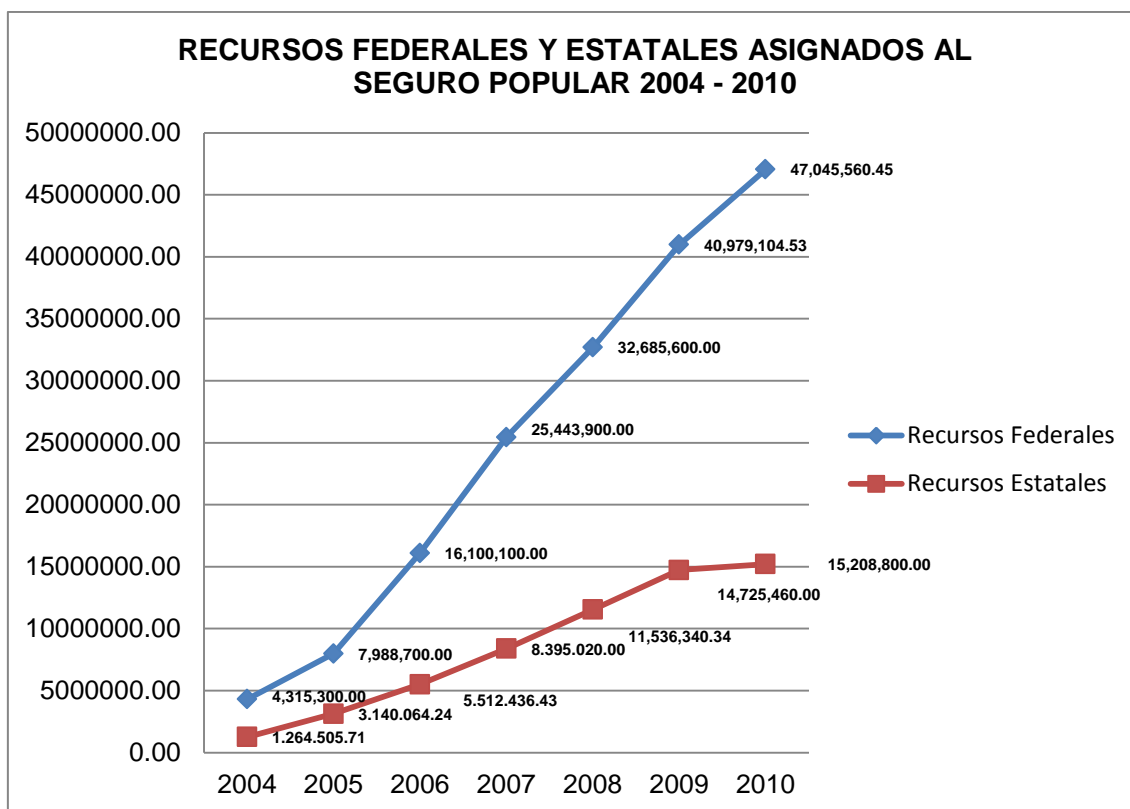
Gráfica 24



FUENTE: Elaboración propia con datos de SINAIS <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

Ahora, si comparamos los recursos federales con los recursos estatales observamos que hay una diferencia considerable, sin embargo ambos crecen progresivamente con el transcurso de los años. (Ver gráfica 25)

Gráfica 25



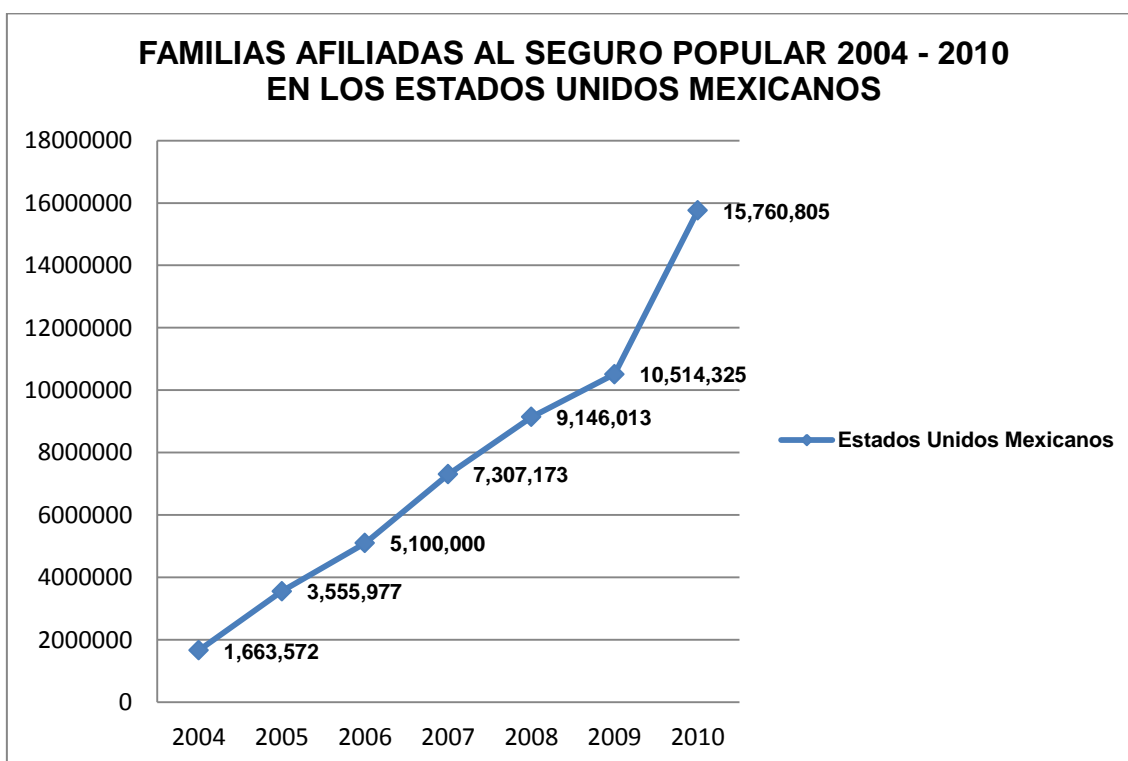
FUENTE: Elaboración propia con datos de SINAIS <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

2.1.2 Familias beneficiadas con el Seguro Popular 2004 – 2010

El objetivo del SPSS es brindar protección financiera a todos los mexicanos, ofreciendo una opción de aseguramiento público en materia de salud a todas las familias y ciudadanos que por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social. En este apartado se analizara el progreso de cobertura del Seguro Popular en cuanto a las familias beneficiadas por el programa en el periodo de 2004 al 2010; así como también las tasas de crecimiento. (Ver cuadro 9 en anexo)

Como se puede observar en el cuadro las familias beneficiadas han ido aumentando conforme pasa el tiempo, en el 2004 se tuvo un total de 1,663,572 familias y finalizando en el 2010 con un total de 15,760,805 familias. En cuanto a la tasa de crecimiento en cuanto a las familias beneficiadas ha ido disminuyendo con el paso de los años; del 2004 al 2005 se tuvo una tasa de crecimiento del 113.76% poco mas del doble con respecto al año anterior; y ya para el periodo 2009 – 2010 se tuvo tan sólo una tasa del 49.90%. (Ver gráfica 26)

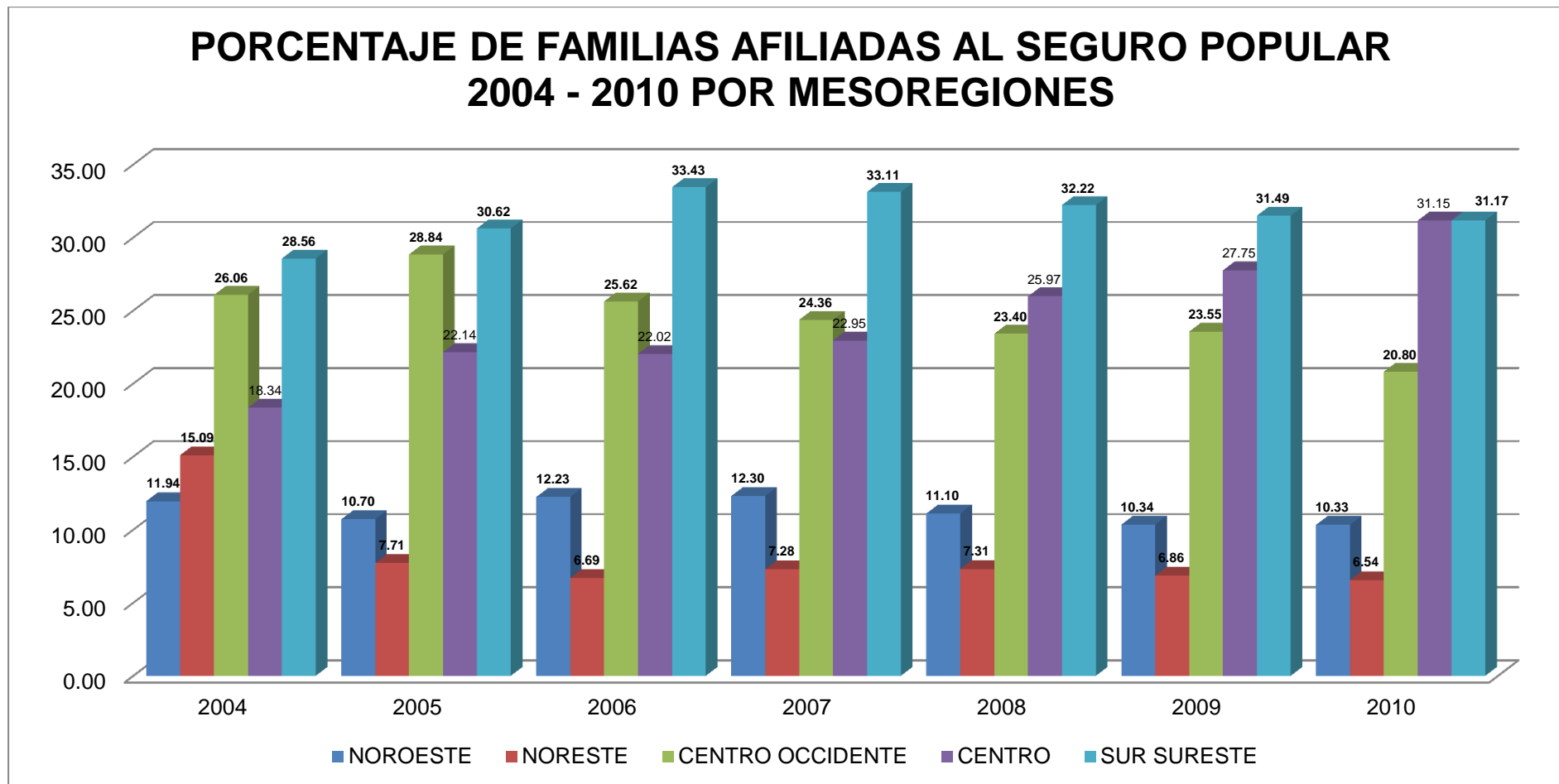
Gráfica 26



FUENTE: Elaboración propia con datos de SINAIS <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

Si revisamos el progreso de familias afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa se observa que el Estado de México es la entidad federativa que tiene el mayor número de familias afiliadas ya para el 2010 alcanzo un total de 2,115,527 familias y la entidad con menor número de afiliados es Baja California Sur con tan sólo 60,177 familias afiliadas. Las cinco entidades con mayor número de familias afiliadas para el 2010 son: Estado de México, Veracruz, Chiapas, Guanajuato y Puebla abarcando el 39.17% del total; las cinco entidades con menor número de familias afiliadas son: Durango, Campeche, Aguascalientes, Colima y Baja California Sur abarcando solamente el 4.14% del total de familias.

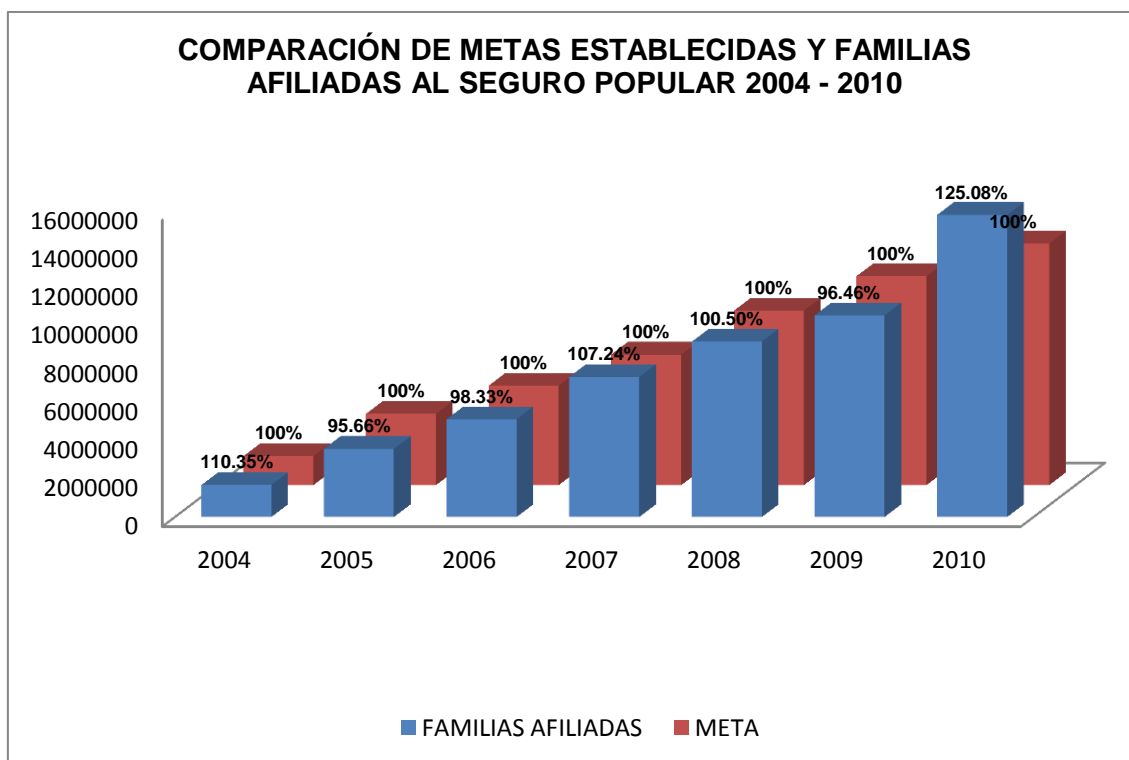
Gráfica 27



FUENTE: Elaboración propia con datos de SINAIS <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

Cada año se establecen metas de afiliación para el SPSS, en la mayoría de los años desde el 2004 se estuvo muy cerca de la meta planteada e inclusive en algunos años se superó. (Ver gráfica 28)

Gráfica 28



FUENTE: Elaboración propia con datos de SIN AIS <http://www.sin ais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

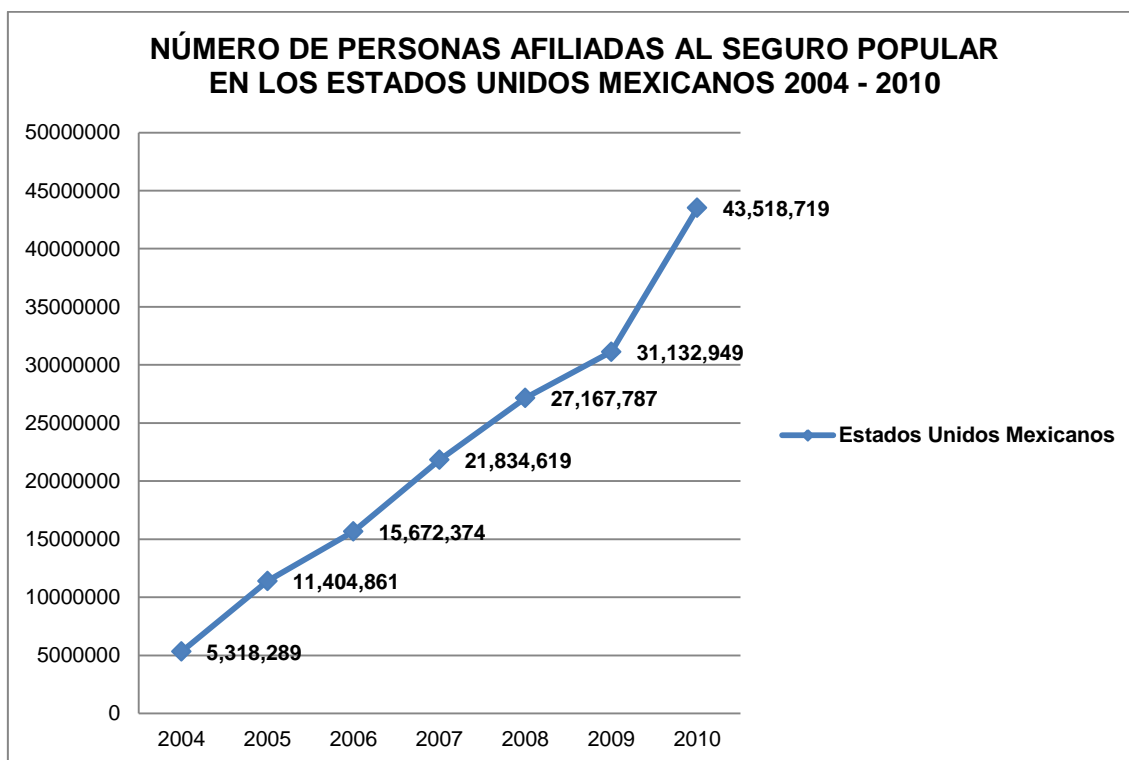
Como nos muestra la gráfica, en los años que no se llegó a la meta de afiliación fueron: 2005 con una diferencia porcentual del 4.34% con respecto a la meta, el 2006 con una diferencia porcentual del 1.67% conforme a la meta y el 2009 con una diferencia del 3.54%. Por otro lado, en los años que se superó la meta de afiliación fueron: 2004 con una diferencia de 10.35%, 2007 con 7.24% de diferencia, en el año 2008 se superó la meta sólo por 0.50% y en el 2010 se superó por un margen mayor del 25.08%.

2.1.3 Personas afiliadas al Seguro Popular 2004 – 2010

Si bien es cierto que ya se revisó el número de familias afiliadas al Seguro Popular, es pertinente revisar ahora el número de personas afiliadas al SPSS para medir realmente los habitantes que están afiliados al programa. (Ver cuadro 10)

De acuerdo al cuadro, en el año 2004 considerando que aún no se integraban al programa los estados de Chihuahua, Durango y el Distrito Federal se afilio un total de 5,318,289 de personas, finalizando en el año 2010 con un total de 43,518,719 de personas. Hablando de la tasa de crecimiento al inicio en el periodo 2004 – 2005 la tasa fue de 114.45% y para finalizar en el periodo 2009 – 2010 sólo fue del 39.78% (Ver gráfica 29).

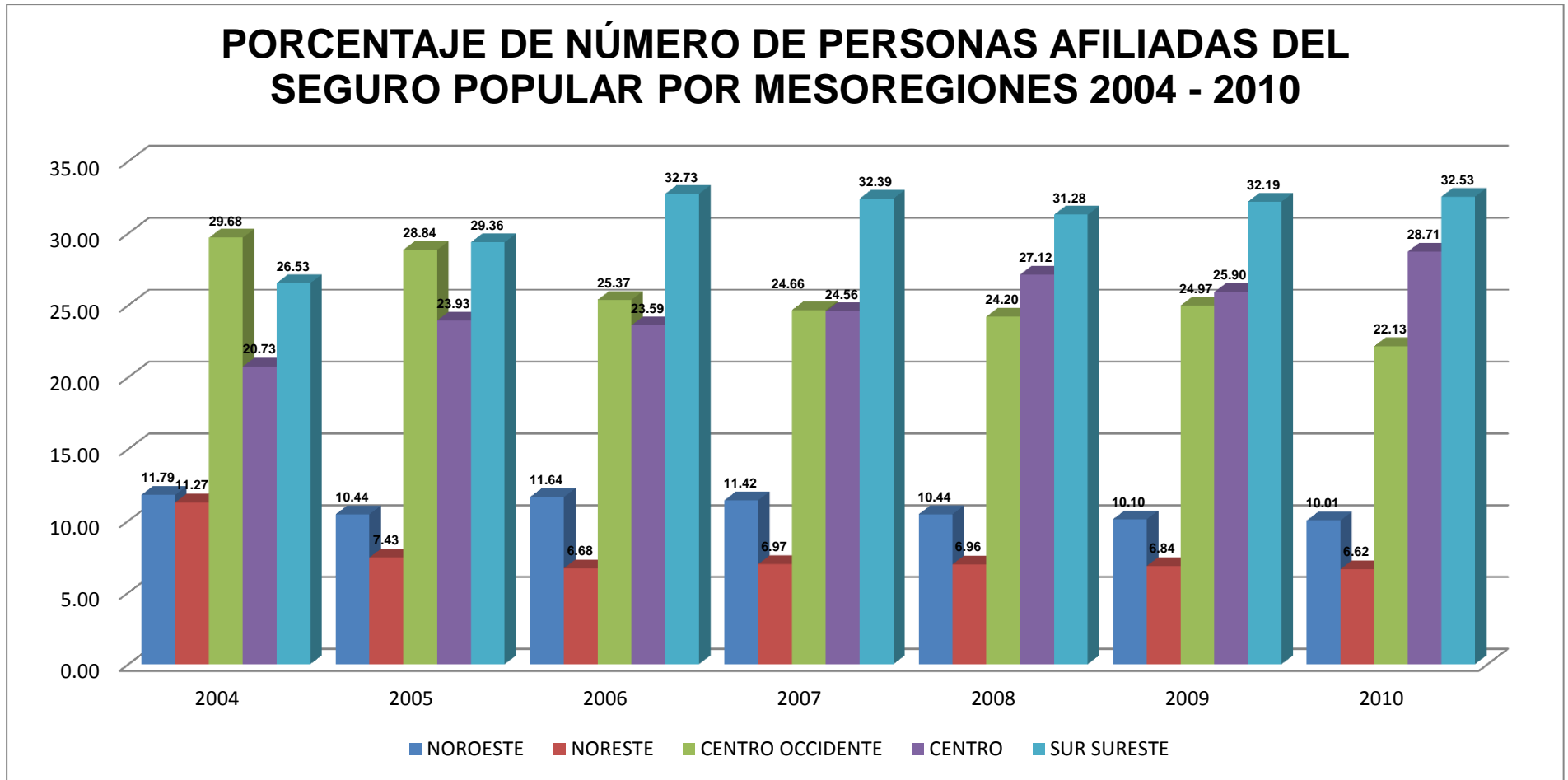
Gráfica 29



FUENTE: Elaboración propia con datos de SINAIS <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

Revisando el progreso de personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa se observa que ya en el 2010 el Estado de México es la entidad federativa que tiene el mayor número de personas afiliadas alcanzando un total de 5,826,998 de personas y la entidad con menor número de afiliados es Baja California Sur con tan sólo 164,181 de personas afiliadas. Las cinco entidades con mayor número de familias afiliadas para el 2010 son: Estado de México, Veracruz, Chiapas, Guanajuato y Oaxaca afiliando al 39.23% del total de personas; las cinco entidades con menor número de familias afiliadas son: Quintana Roo, Aguascalientes, Campeche, Colima y Baja California Sur con tan solo un 4.09% del total de personas.

Gráfica 30



FUENTE: Elaboración propia con datos de SINAIS <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

2.1.4 Número de familias afiliadas al Seguro Popular en municipios de muy alta marginación (menor índice de desarrollo humano)

Para éste análisis se tomarán los cincuenta municipios con menor índice de desarrollo humano²² en el país para analizar el progreso de afiliación de las familias en las zonas mas marginadas del país. (Ver cuadro 11, anexo)

Como se puede observar en el cuadro, ha habido un avance significativo en cuanto a la cobertura del Seguro Popular, en los cincuenta municipios analizados, la mayor parte de la población asegurada esta afiliada al Seguro Popular y un porcentaje mucho menor esta afiliado al IMSS o ISSSTE (Ver gráfica 31).

Los cinco municipios con mayor porcentaje de afiliación al Seguro Popular son: Santa María Temascaltepec (Oaxaca), San Lorenzo Texmelucan (Oaxaca), Xalpatláhuac (Guerrero), San Miguel Santa Flor (Oaxaca) y Alcozauca de Guerrero (Guerrero). En contraparte los municipios con mayor porcentaje de población sin acceso a servicios de salud son: Cochoapa El Grande (Guerrero), Metlatónoc (Guerrero), San Martín Itunyoso (Oaxaca), Tlacoachistlahuaca (Guerrero) y Santa María Tepantlali (Oaxaca).

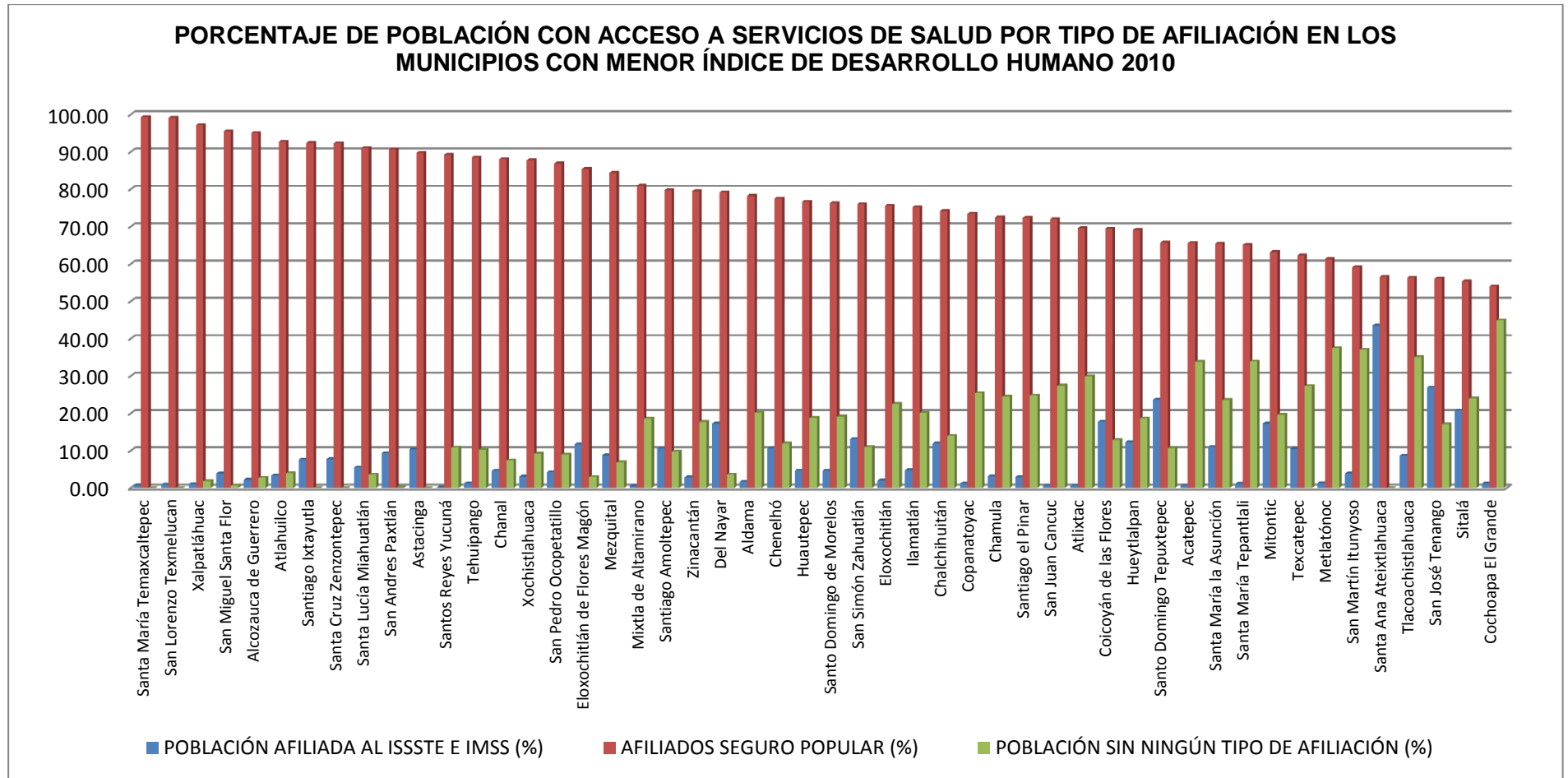
De los cincuenta municipios analizados sólo cinco municipios tienen al cien por ciento de la población con acceso a los servicios de salud los cuales son: Santa Ana Ateixtlahuaca (Oaxaca), Astacinga (Veracruz), Santa Cruz Zenzontepec (Oaxaca), San Lorenzo Texmelucan (Oaxaca) y Santa María Temascaltepec (Oaxaca). Podemos observar que en general la entidad que mejor ha trabajado en la cobertura del Seguro Popular en cuanto a los municipios más marginados es Oaxaca.

El porcentaje de afiliación a IMSS e ISSSTE es muy pequeño con respecto a los afiliados al Seguro Popular, los municipios con mayor afiliación a estas instituciones son: Santa Ana Ateixtlahuaca (Oaxaca), San José Tenango (Oaxaca), Santo Domingo Tepuxtepec (Oaxaca), Sitalá (Chiapas) y Coicoyán de las Flores (Oaxaca).

En general, se puede decir que el Seguro Popular ha ayudado a que la mayoría de la población cuente con acceso a los servicios públicos sin embargo hay que seguir avanzando porque existe aún un alto porcentaje de población desprotegida.

²² El índice de desarrollo humano (IDH) es una medida comparativa utilizada por la Organización de Naciones Unidas (ONU) que mide los niveles de vida correspondiente a países de todo el mundo, enfocándose en: la esperanza de vida, alfabetismo, educación, calidad de vida, protección de la infancia y salud.

Gráfica 30

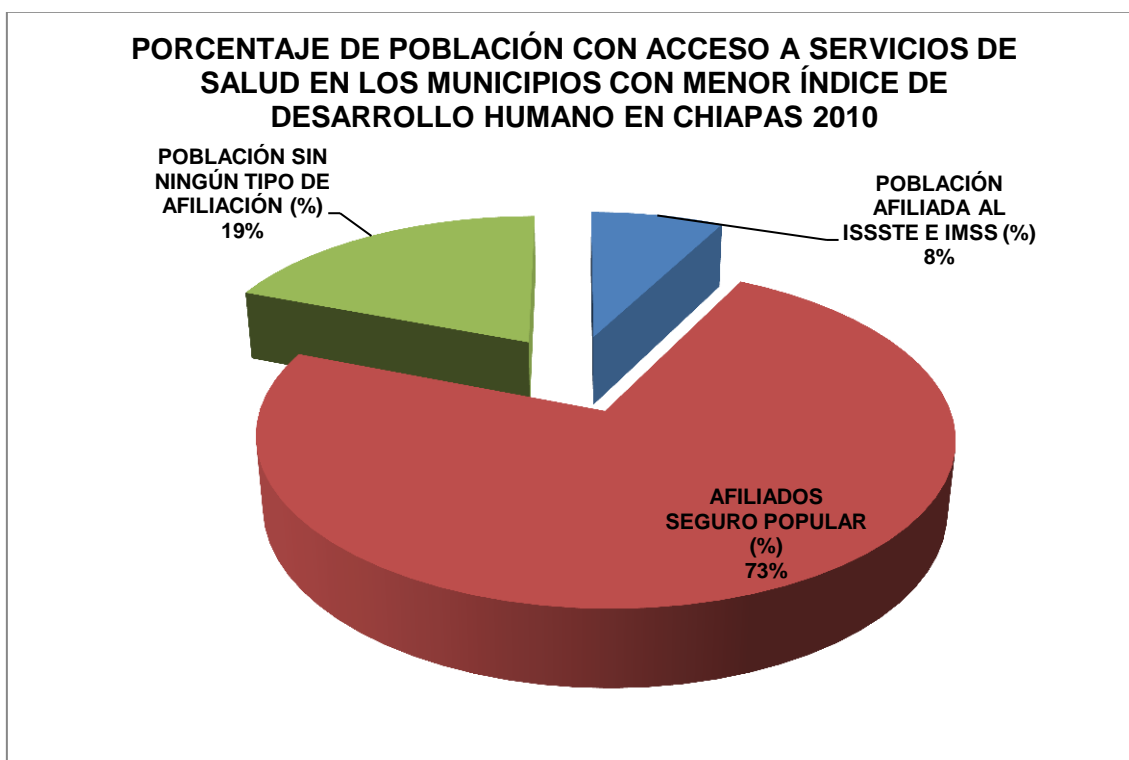


Fuente: Elaboración propia con datos tomados de http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=76&Itemid=106 y <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>

Las entidades con mayor número de municipios con un menor índice de desarrollo humano son: Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla y Veracruz.

En los municipios mas marginados de Chiapas el promedio de afiliados al Seguro Popular es del 73.26%, los afiliados al IMSS o ISSSTE son el 7.62% y la población desprotegida asciende al 19.12% del total. (Ver gráfica 31)

Gráfica 31

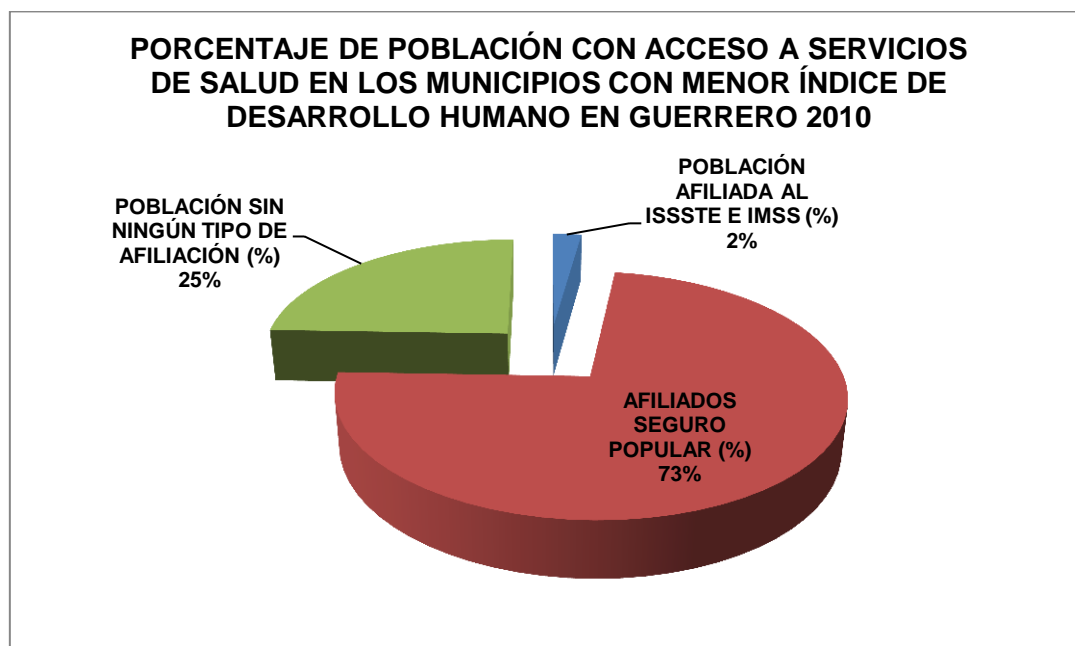


Fuente: Elaboración propia con datos tomados de http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=76&Itemid=106 y <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>

En lo que respecta al estado de Guerrero el promedio de afiliados al Seguro Popular es del 73.33%, los afiliados al IMSS o ISSSTE son el 2.21% y la población desprotegida asciende al 24.46% del total. (Ver gráfica 32)

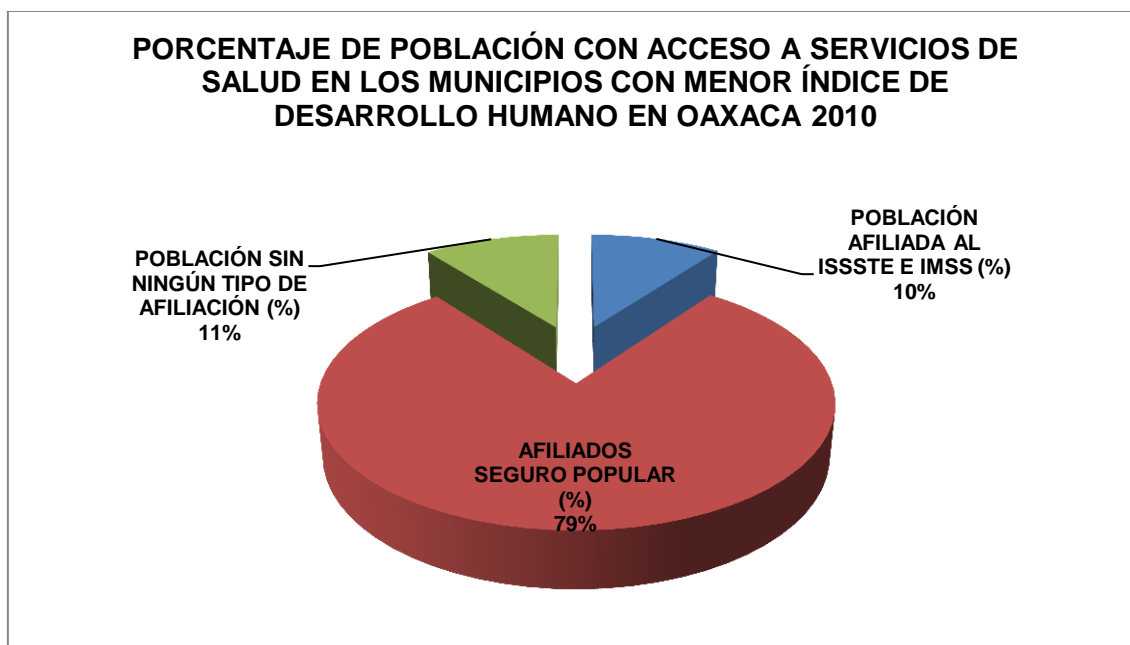
En el Estado de Oaxaca la cobertura del Seguro Popular en estos municipios es del 79.41%, los afiliados al IMSS o ISSSTE son el 10.10% y la población desprotegida asciende al 10.50% del total. (Ver gráfica 33)

Gráfica 32



Fuente: Elaboración propia con datos tomados de http://www.seguro-y-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=76&Itemid=106 y <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>

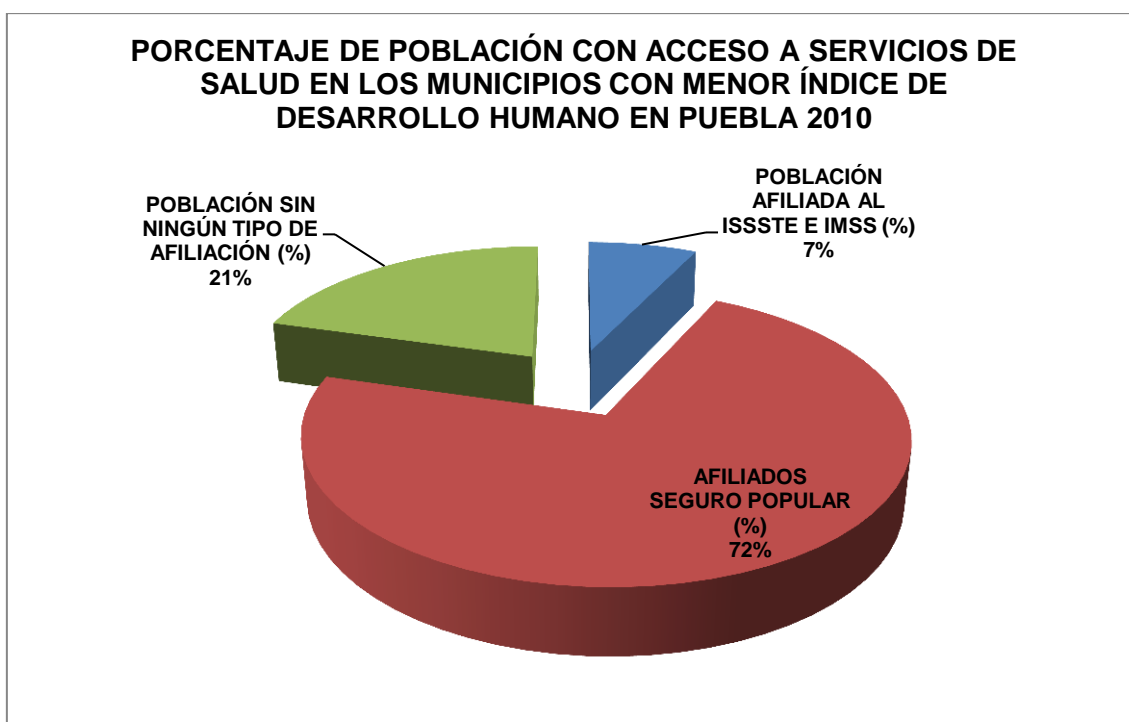
Gráfica 33



Fuente: Elaboración propia con datos tomados de http://www.seguro-y-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=76&Itemid=106 y <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>

En Puebla el promedio de afiliados al Seguro Popular es del 72.30%, los afiliados al IMSS o ISSSTE son el 7.14% y la población desprotegida asciende al 20.56% del total, siendo la entidad que tiene un mayor porcentaje de población sin ningún tipo de afiliación con respecto a este tipo de municipios. (Ver gráfica 34)

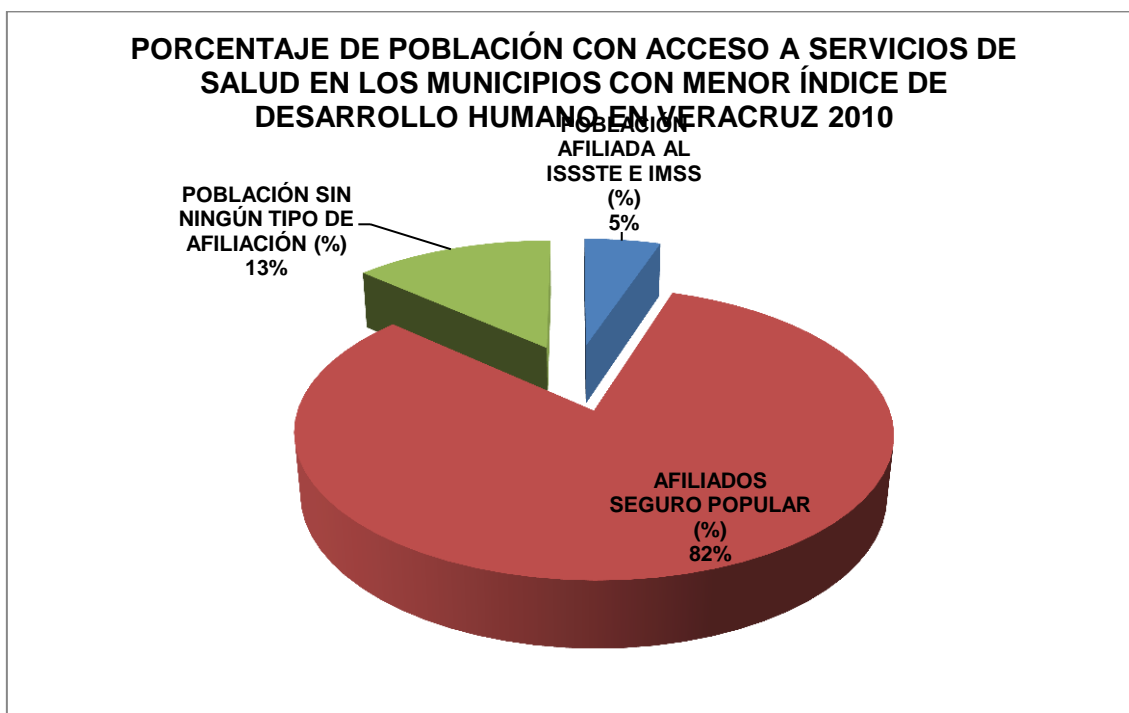
Gráfica 34



Fuente: Elaboración propia con datos tomados de http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=76&Itemid=106 y <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>

Por último el Estado de Veracruz es el que ha trabajado mejor con la cobertura del Seguro Popular en estos municipios alcanza un porcentaje de afiliación del 81.55%, la población afiliada a ISSSTE e IMSS es del 5.11% y la población desprotegida es el 13.34% del total de la población. (Ver gráfica 35)

Gráfica 35



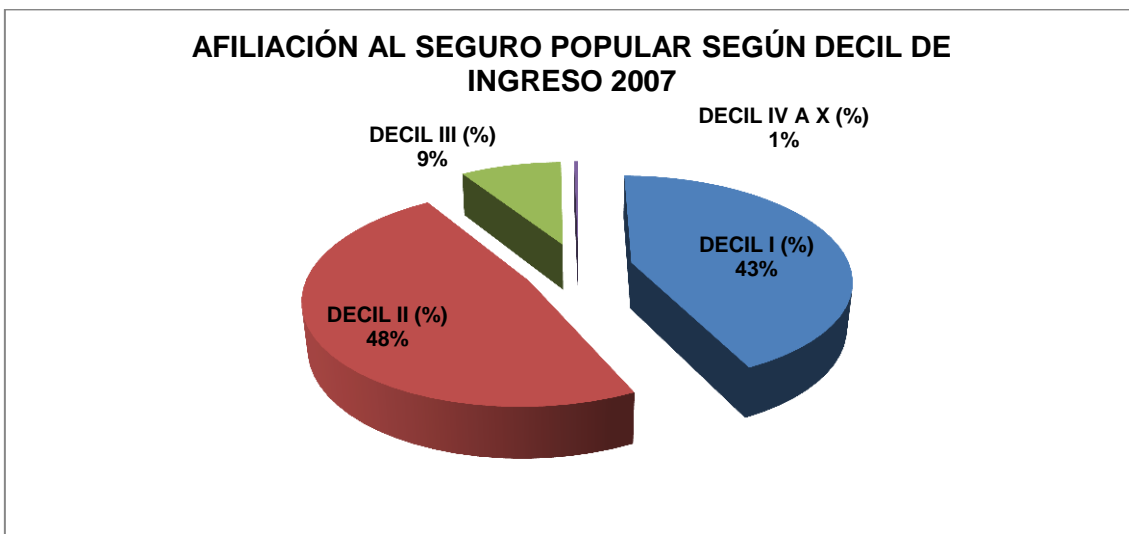
Fuente: Elaboración propia con datos tomados de http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=76&Itemid=106 y <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>

2.1.5 Número de familias por decil de ingreso

En este apartado se tomó el periodo comprendido del año 2007 al año 2010. Se analizará la concentración de las familias según el decil de ingreso para verificar que decil es el que tiene más familias afiliadas al Seguro Popular. (Ver cuadro 12, anexo)

En el año 2007 el decil donde se concentró la afiliación al programa es el decil I, el porcentaje de afiliación en ese decil ascendió a 70.6% del total de las familias, mientras que el decil IV a X solo presenta 1% del total de familias afiliadas; esto se puede explicar debido a que las familias con menos recursos son las que realmente se favorecen con el Seguro Popular. (Ver gráfica 36)

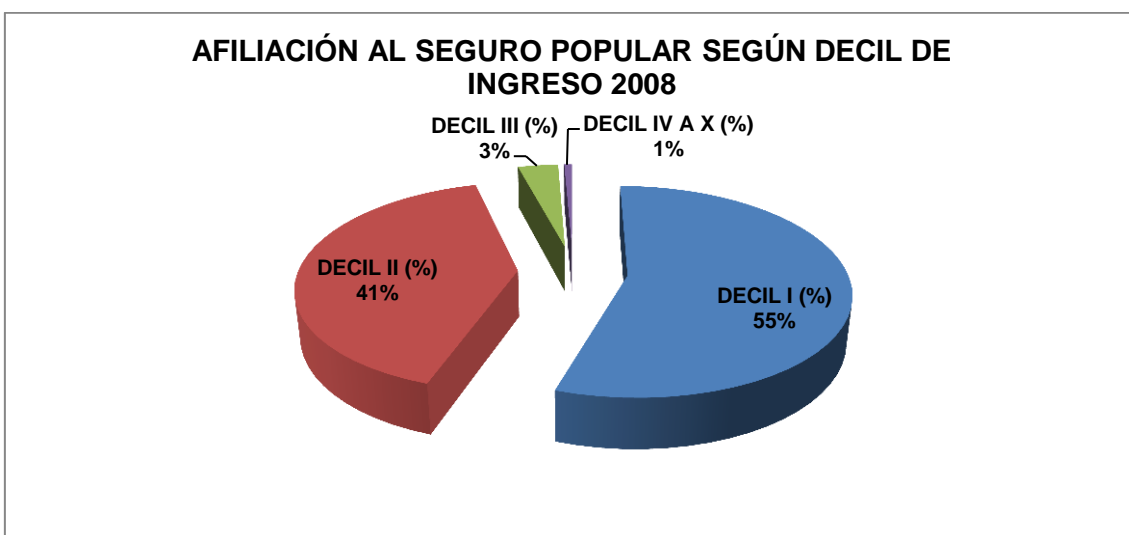
Grafica 36



FUENTE: Elaboración propia con datos de SINAIS <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

Ya para el año 2008 el decil I es nuevamente el que aporta la mayoría de las familias afiliadas con un total de 74.1% y el decil del IV a X aumento al 1.2%; se puede observar que mientras los deciles aumentan descende el porcentaje de afiliación. (Ver gráfica 37)

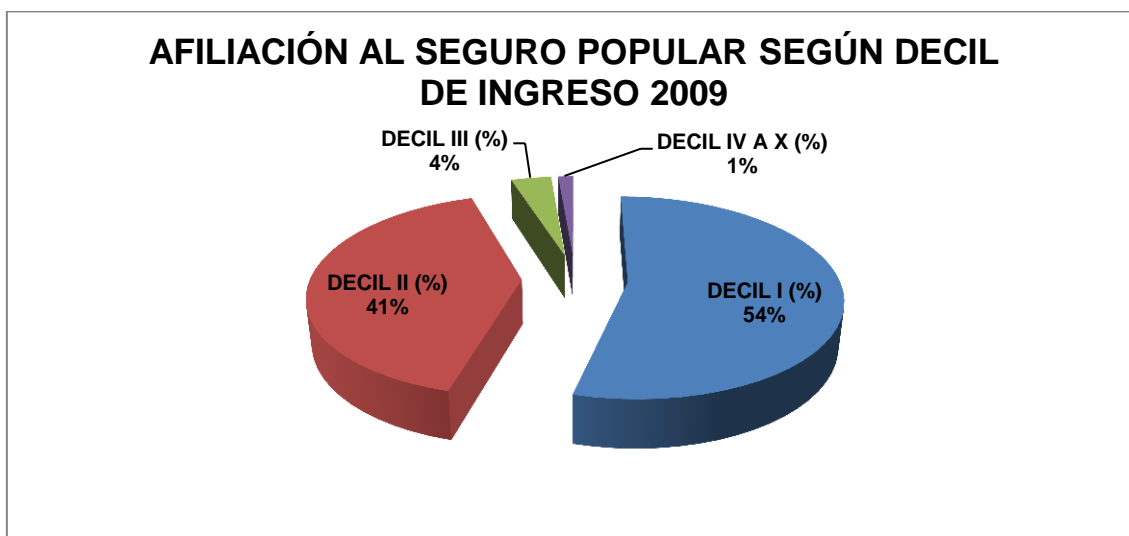
Gráfica 37



FUENTE: Elaboración propia con datos de SINAIS <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

Para el año 2009, el decil I bajo el porcentaje de afiliación equivalente a un 72.9% mientras que los deciles de IV a X aumentaron nuevamente al 1.6% del total de familias afiliadas. (Ver gráfica 38)

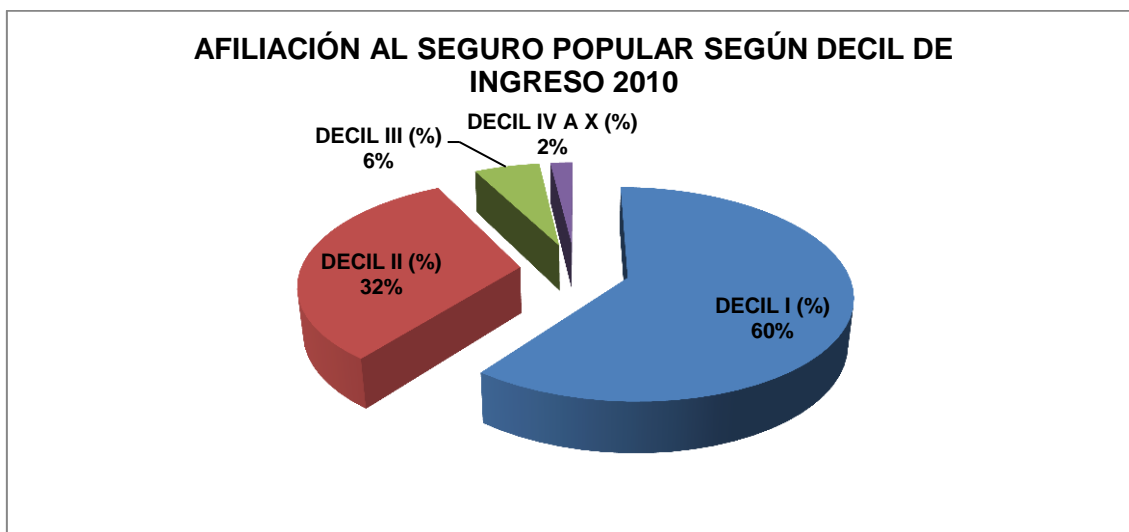
Gráfica 38



FUENTE: Elaboración propia con datos de SINAIS <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

En el año 2010, el decil I tuvo una afiliación del 77.2% y los deciles del IV al X afilio tan sólo al 1.4 del total de las familias. En general a lo largo de los años la afiliación de las familias según decil de ingreso tuvo un comportamiento similar. (Ver gráfica 39)

Gráfica 39



FUENTE: Elaboración propia con datos de SINAIS <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

CAPITULO III

ANÁLISIS DEL CATÁLOGO UNIVERSAL DE SERVICIOS DE SALUD



3.1 Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)

En éste capítulo se revisará el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), se analizarán las enfermedades que cubre el Seguro Popular y se confrontarán contra las principales causas de mortalidad en México.

El Catálogo Universal de Servicios de Salud 2011, es un documento básico que representa la herramienta indicativa e instrumental de lo que constituye la columna vertebral de la cartera y oferta de servicios del Sistema de Protección Social en Salud. Uno de los principales retos del Sistema de Protección Social en Salud es asegurar el financiamiento en la atención a la salud de los afiliados y, de esa forma, garantizar sus derechos. Por eso es preciso tener la certeza de que los avances científico-técnicos de la medicina estén debidamente reflejados en los procesos de atención que realizan los prestadores de servicios, los cuales deben de suministrarse de forma puntual, suficiente, documentada y equitativa. Sólo así podremos contar con las bases necesarias para lograr los estándares de calidad apropiados y el trato respetuoso y de servicio público que debe contener la oferta de servicios.

Para cumplir lo anterior, desde el período 2002-2003 se creó el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME), hoy Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) cuyo objetivo principal es definir y establecer las acciones integrales de salud, denominadas “intervenciones”, que agrupan a un conjunto de enfermedades y actividades de salud que deben ser cubiertas por el Sistema. Este trabajo contiene la visión de ir avanzando hacia la universalidad de la atención de los servicios médicos, procurando su calidad e integralidad.

El Catálogo es un documento indicativo y de referencia para orientar -en el proceso de separación de funciones- a las partes financiadoras y prestadoras de servicios de salud respecto a los servicios contenidos en la cartera que son elegibles. El Catálogo Universal de Servicios de Salud constituye el documento descriptivo de atención a la salud de la persona, mediante la definición de los servicios de salud de primero y segundo niveles de atención a los que, por ley, tienen derecho los afiliados al Sistema.

La elaboración de este Catálogo tuvo como base la visión preventivo-promocional y la metodología de la medicina basada en evidencias, incluida la valiosa experiencia de

todos aquellos profesionales comprometidos que contribuyeron a actualizar el presente documento.

El CAUSES, es el documento de referencia para la operación del Sistema de Protección Social en Salud. En él se definen y describen las patologías y servicios de salud de primero y segundo nivel de atención a los que tienen derecho los afiliados del Seguro Popular. Los principales aspectos que derivan del CAUSES son:

- 1) Servir de base para la estimación de costos y tarifas de las intervenciones médicas y nuevos servicios.
- 2) Determinar acciones que privilegian la detección y prevención de enfermedades mediante la realización de estudios de laboratorio y gabinete.
- 3) Enunciar los estudios para la detección de patologías malignas como cáncer cérvico – uterino y cáncer de mama, entre otros.

La integración del Catálogo se basa en criterios epidemiológicos, estimando que las intervenciones de primer nivel seleccionadas cubren cerca del 100% de la demanda de atención a la salud. La información derivada de dichas intervenciones quedará registrada en el Sistema de Información en Salud (SIS) y en el Sistema Único de Información para Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud.

En lo correspondiente a servicios de segundo nivel o de hospitalización y cirugía, se estima que en términos generales es posible cubrir el 85% de los principales procedimientos diagnósticos y terapéuticos reportados en el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).

La prestación de servicios de salud a través del CAUSES está considerada dentro de la conformación de intervenciones de salud, las cuales se definen como “servicios de atención médica agrupados de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10)²³, y describen acciones médico-hospitalarias de forma integral y multidisciplinaria, necesarias para la resolución terapéutica de una enfermedad”; esto incluye también a los procedimientos quirúrgicos

²³ La CIE-10 es el acrónimo de la Clasificación internacional de enfermedades, décima versión correspondiente a la versión en español de la (en inglés) ICD, siglas de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) y determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad

que se agregan bajo el acrónimo CIE-9 MC que constituye un anexo de la publicación CIE-10.

Cada una de estas intervenciones considera el manejo del padecimiento, desde la detección de la patología hasta la resolución o alta definitiva del paciente. El eje rector de cada intervención en el CAUSES es la promoción de la salud y la prevención de riesgos, para atender a las demandas de atención y fortalecer la capacidad de autocuidado de la salud de las personas y familias, en el marco de la estrategia de atención primaria a la salud.

De igual manera privilegia la prevención secundaria, atendiendo las principales patologías, y por último también considera la atención de las complicaciones generadas por las enfermedades crónico-degenerativas o padecimientos agudos. Todo esto con base en un enfoque integral que asegura la sustentabilidad de la intervención.

Para la actualización del CAUSES 2011, se creó el “Comité Asesor para la Definición y Actualización del Catálogo Universal de Servicios de Salud”, cuyos integrantes son los titulares de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, el de la Comisión de Bioética de la Secretaría de Salud, los representantes de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud de las Regiones Noroeste, Noreste, Occidente, Centro y Sureste, las Academias Mexicanas de Cirugía, Pediatría, Dermatología, Neurología y Medicina Prehospitalaria, la Academia Nacional de Medicina, los Colegios Mexicanos de Medicina Interna, de Ortopedia y Traumatología y de Reumatología, la Asociación Dental Mexicana, los Institutos Nacionales de Rehabilitación, Geriátría y Perinatología y la Sociedad Mexicana de Salud Pública.

Las funciones del Comité están encaminadas a homologar la atención médica de acuerdo a los programas de salud vigentes y a la normativa correspondiente, con equidad y ética, y considera criterios de la medicina basada en evidencias. Para el desarrollo de los contenidos fue indispensable la conformación de 9 subcomités asesores quienes, mediante el trabajo colaborativo en red, definieron y actualizaron cada uno de los grupos de especialidad del CAUSES, los cuales son:

GRUPOS DE ESPECIALIDADES DEL CAUSES	
1) Ortopedia, Traumatología, Reumatología y Rehabilitación.	6) Enfermedades Crónicas Degenerativas y Urgencias Hospitalarias
2) Estomatología	7) Transtornos de Salud Mental y Adicciones
3) Ginecología y Obstetricia	8) Enfermedades Dermatológicas
4) Prevención, Promoción de la Salud y Pediatría	9) Enfermedades Médico - Quirúrgicas
5) Enfermedades Transmisibles	

3.1.1 El CAUSES y la Clasificación Internacional de Enfermedades

La Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, es la más reciente de una serie de publicaciones que originalmente se formalizó en 1893 como Clasificación de Bertillon o Listas Internacionales de Causas de Defunción, en la actualidad se reconoce como Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Si bien el título se ha modificado para expresar con mayor claridad el contenido y finalidad de la obra, que va más allá de las enfermedades y traumatismos, la Organización Mundial de la Salud ha conservado la sigla “CIE” como acrónimo identificador genérico.

Cada una de las Intervenciones de Salud establecidas en el CAUSES 2010 tienen su base de integración en agrupaciones de categorías y subcategorías de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE - 10) lo que incluye también, cuando así es el caso, a las CIE-9 MC que son elegibles.

La Clasificación Internacional de Enfermedades es utilizada en el CAUSES debido a que contiene la información necesaria de la codificación de enfermedades y problemas de salud, ya que los diagnósticos quedan establecidos en el expediente clínico y deben ser reportados epidemiológicamente al Sistema de Información en Salud, lo que permite cuantificar el número de atenciones médicas generadas en una entidad federativa y a nivel nacional. Esto es fundamental para el análisis estadístico del país correspondiente a los servicios de salud prestados y a la demanda de la atención médica por entidad federativa. La importancia de la CIE – 10 en cada intervención radica en que determina el alcance de resolución clínica de cada enfermedad o problema de salud.

Cabe señalar que la incorporación en el CAUSES de la CIE 9 MC (Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Revisión Modificación Clínica) se correlaciona exclusivamente con aquellos procedimientos quirúrgicos más comunes que han podido ser estructurados para algunas intervenciones del CAUSES. De tal manera que se han incluido 237 codificaciones de CIE 9 MC en las intervenciones con resolución quirúrgica o para procedimientos de detección y prevención.

En las intervenciones señaladas en este Catálogo, es necesario considerar que pueden existir patologías que requieran de procedimientos quirúrgicos nuevos -de acuerdo al avance científico de la medicina-, por lo que existe la posibilidad de que no se encuentren mencionados pero que pueden ser cubiertos, siempre y cuando la patología mencionada en el expediente clínico esté plenamente identificada con la intervención correspondiente y se cuente con la justificación médica del especialista, lo cual no debe implicar el cobro extraordinario para el afiliado.

3.1.2 Vinculación con los Cuadros Básicos y Catálogos de Insumos del Sector Salud

La producción del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, coordinado por el Consejo de Salubridad General, constituye el referente esencial del Catálogo de Medicamentos del CAUSES 2010; esto quiere decir que la adquisición de medicamentos deberá estar plenamente ajustada a las disposiciones del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos (CByCM) definido por la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud.

Queda bajo la responsabilidad del médico tratante y de los prestadores de servicios, hacer un uso racional, en cada caso, de los medicamentos que recetan por cada intervención o patología a atender, considerando las líneas de prescripción de acuerdo a la medicina basada en evidencias y al criterio de individualidad clínica del paciente, con el propósito de observar las normas de atención de cada caso clínico y evitar un posible desajuste financiero.

Los medicamentos de este Catálogo pueden ser prescritos en las diferentes especialidades para las distintas intervenciones que conforman el Catálogo Universal

de Servicios de Salud, por tanto la clasificación de estos insumos en primero, segundo y tercer nivel de atención, no implica la única ubicación posible de los insumos, éstos podrán llegar a utilizarse sin distinción del nivel de atención, con base en las particularidades clínicas organizativas de cada entidad federativa y bajo su entera responsabilidad.

Es necesario tomar en cuenta que los insumos necesarios para la atención de un paciente, incluidos los materiales de curación, los requerimientos para el mantenimiento de vena permeable y el instrumental médico y/o quirúrgico desechable para la atención de cada una de las intervenciones de salud quedan también bajo la cobertura financiera del SPSS.

3.1.3 Prescripción y Participación del Gestor de Servicios de Salud

La determinación del alcance clínico de cada intervención y su correspondiente cobertura será definida por el médico tratante de acuerdo a la variabilidad clínica, estableciéndose en el expediente clínico los manejos terapéuticos, evolución clínica y tratamientos para justificar médicamente cada uno de los servicios o áreas de estancia intrahospitalaria, siempre y cuando los esquemas terapéuticos estén alineados a la cobertura del Catálogo de Medicamentos del CAUSES.

En la aplicación de estos criterios será oportuna la participación del Gestor de Servicios de Salud para verificar el uso racional y oportuno de los medicamentos y revisar el abasto de los mismos; de igual manera, deberá corroborar el apego de la prescripción con respecto al Catálogo de Medicamentos del CAUSES. Cabe destacar que el Catálogo de Medicamentos se anexa al documento con la finalidad de que, por determinación del médico tratante, sean indicados para la atención de cualquiera de las intervenciones, independientemente de los señalamientos particulares que se hacen al respecto de cada intervención.

Con respecto a los estudios de laboratorio y gabinete, su indicación es responsabilidad estricta del médico tratante, debiendo hacer las anotaciones respectivas en los expedientes clínicos, las que deberán estar sustentadas por el padecimiento o sospecha diagnóstica, dependiendo del nivel de atención en el que se soliciten y estén

autorizados, según la reglamentación estatal para la prestación de los servicios de salud.

Otro punto a aclarar es que el CAUSES no especifica días promedio de estancia hospitalaria en todas las intervenciones, ya que para su determinación es necesaria la evaluación de la situación clínica específica del paciente, bajo este contexto el Gestor deberá vigilar la correcta aplicación y entrega de los servicios establecidos en este Catálogo, manteniendo actualizado al prestador de servicios y a los afiliados con respecto al alcance de cada intervención, así como de nuevas incorporaciones y exclusiones que se presenten en el mismo.

Como parte de la tutela de los derechos de los afiliados, el Gestor tiene una participación fundamental en el otorgamiento de los servicios cubiertos en la cartera de servicios del SPSS, a fin de dar seguimiento a la atención médica, vigilando su calidad y participando en la correcta aplicación del esquema de referencia y contrarreferencia del afiliado. Asimismo, debe considerar el manejo adecuado del expediente clínico, tomando en cuenta sus atributos de privacidad y confidencialidad.

Se trata de enfocar el trabajo colaborativo y de producción en red bajo la premisa de que no hay enfermedades sino enfermos. Esto quiere decir que los afiliados ameritan ser atendidos en una red de servicios en la que el médico -con el apoyo del equipo de salud- es el responsable de la prescripción y la atención integral del paciente; en lo que concierne al gestor, le corresponde vigilar y apoyar el ejercicio efectivo de la tutela de derechos.

3.2 Cartera de Servicios del Sistema de Protección Social en Salud

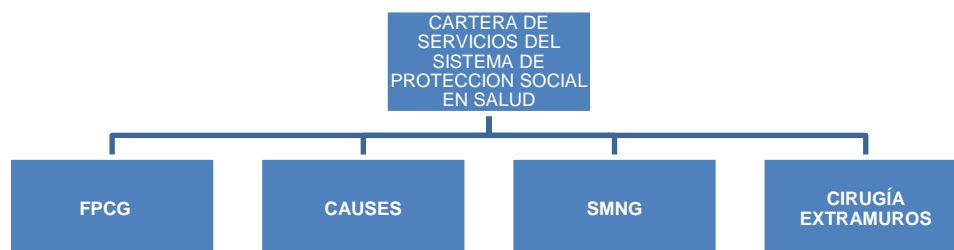
En forma complementaria a las intervenciones contenidas en el CAUSES, es necesario considerar aquéllas que por su complejidad y alto costo no son incluidas en el CAUSES y que son financiadas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), así como las 128 patologías cubiertas por el Programa del Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) que tiene el objetivo de garantizar mediante el Seguro Popular el acceso a servicios de salud a todos los niños nacidos a partir del 1º de diciembre de 2006, que no tengan vigente ningún tipo de

seguridad social. Asimismo, debe considerarse el Programa de Cirugía Extramuros que constituye un elemento auxiliar de la cartera de servicios y que tiene por objeto apoyar con algunos insumos no contemplados en el CAUSES y contribuir a la reducción del rezago quirúrgico en beneficio de la población más vulnerable.

La difusión del presente catálogo en las entidades federativas estará a cargo de los REPSS, quienes coordinarán su entrega a cada proveedor de servicios de salud para su conocimiento y realizarán las acciones de capacitación con la finalidad de brindar los servicios ofrecidos explícitamente y otorgar la atención alineada al CAUSES 2011.

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud, en coordinación con los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, es la instancia responsable de efectuar la supervisión de la operación del Catálogo y, por tanto, verificar que los prestadores de servicios de salud para CAUSES proporcionen la atención considerando su contenido y realicen el surtimiento de recetas al 100%, conforme al Catálogo de Medicamentos vigente y prescriban la realización de los estudios de laboratorio o gabinete que se requieran según cada caso.

CARTERA DE SERVICIOS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN DE SALUD



Fuente: Elaboración propia

Como puede apreciarse en la figura anterior, la Cartera de Servicios del Sistema de Protección Social en Salud está conformada, además del CAUSES como componente principal, por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, el Seguro Médico para una Nueva Generación y, de manera adicional, por el Programa de Cirugía Extramuros, esta última, como se puede observar, aparece con una línea punteada, en virtud de que constituye una oferta complementaria, al tiempo que es una estrategia cuya misión es abatir el rezago quirúrgico en la población beneficiaria del SPSS, todo ello enmarcado en el contexto de la meta de cobertura universal que se ha planteado el país para la protección financiera en salud de la población.

3.3 Intervenciones por conglomerado que son cubiertas por el Seguro Popular

A continuación se enlista las intervenciones que incluye el Seguro Popular para la salud pública:

SALUD PUBLICA
RECIÉN NACIDO Y MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD
1. Vacuna BCG.
2. Vacuna antihepatitis B.
3. Vacuna pentavalente con componente pertussis acelular (DpaT+VIP+Hib).
4. Vacuna triple viral SRP.
5. Vacuna contra rotavirus.
6. Vacuna anti influenza.
7. Vacuna DPT.
8. Vacuna anti poliomielítica oral trivalente tipo Sabin.
9. Acciones preventivas para recién nacido.
10. Acciones preventivas para menores de 5 años.
5 a 9 AÑOS
11. Acciones preventivas para niñas y niños de 5 a 9 años.
ADOLESCENTES
12. Detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria.
13. Acciones preventivas para adolescentes de 10 a 19 años.
14. Vacuna antihepatitis B.
ADULTOS
15. Vacuna doble viral SR (contra sarampión y rubéola).
16. Toxoide tetánico y diftérico (Td).
17. Acciones preventivas para la mujer de 20 a 59 años.
18. Acciones preventivas para el hombre de 20 a 59 años.
19. Examen médico completo para mujeres de 40 a 59 años.
20. Examen médico completo para hombres de 40 a 59 años.
21. Prevención y atención de la violencia familiar y sexual en mujeres.
ADULTOS MAYORES
22. Vacuna antineumocócica para el adulto mayor.
23. Vacuna anti influenza para el adulto mayor.
24. Acciones preventivas para el adulto mayor de 60 años en adelante.

El siguiente listado son las intervenciones por consulta familiar:

CONSULTA DE MEDICINA GENERAL
CONSULTA GENERAL /FAMILIAR
25. Diagnóstico y tratamiento de anemia ferroporiva y por deficiencia de vitamina B12.

26. Diagnóstico y tratamiento de deficiencia de vitamina A.
27. Diagnóstico y tratamiento de rubéola.
28. Diagnóstico y tratamiento de sarampión.
29. Diagnóstico y tratamiento de varicela.
30. Diagnóstico y tratamiento de faringoamigdalitis aguda.
31. Diagnóstico y tratamiento de tos ferina.
32. Diagnóstico y tratamiento de otitis media no supurativa.
33. Diagnóstico y tratamiento de rinofaringitis aguda (resfriado común).
34. Diagnóstico y tratamiento de conjuntivitis.
35. Diagnóstico y tratamiento de rinitis alérgica.
36. Diagnóstico y tratamiento de dengue clásico.
37. Diagnóstico y tratamiento ambulatorio de diarrea aguda.
38. Diagnóstico y tratamiento de fiebre paratifoidea y otras salmonelosis.
39. Diagnóstico y tratamiento de fiebre tifoidea.
40. Diagnóstico y tratamiento del herpes zoster.
41. Diagnóstico y tratamiento de candidiasis.
42. Diagnóstico y tratamiento de gonorrea.
43. Diagnóstico y tratamiento de infecciones por Clamidia -incluye tracoma-.
44. Diagnóstico y tratamiento de infecciones por Trichomona.
45. Diagnóstico y tratamiento de sífilis.
46. Diagnóstico y tratamiento de cistitis.
47. Diagnóstico y tratamiento de vaginitis aguda.
48. Diagnóstico y tratamiento de vulvitis aguda.
49. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de amebiasis intestinal.
50. Diagnóstico y Tratamiento farmacológico de anquilostomiasis y necatoriasis.
51. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de ascariasis.
52. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de enterobiasis.
53. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de equinococosis.
54. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de equistosomiasis (bilharziasis).
55. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de estrongiloidiasis.
56. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de filariasis.
57. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de giardiasis.
58. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de teniasis.
59. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de tricuriasis.
60. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de triquinosis.
61. Diagnóstico y tratamiento de escabiasis.
62. Diagnóstico y tratamiento de pediculosis y phthiriasis.
63. Diagnóstico y tratamiento de micosis superficiales.
64. Diagnóstico y tratamiento de onicomicosis.
65. Diagnóstico y tratamiento de celulitis infecciosa.
66. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis alérgica de contacto.
67. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis atópica.
68. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis de contacto por irritantes.
69. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis del pañal.

70. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis exfoliativa.
71. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis seborreica.
72. Diagnóstico y tratamiento de verrugas vulgares.
73. Diagnóstico y tratamiento del acné.
74. Diagnóstico y tratamiento de hepatitis A.
75. Diagnóstico y tratamiento de gastritis aguda.
76. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de colon irritable.
77. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de diabetes mellitus 2.
78. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de hipertensión arterial.
79. Diagnóstico y tratamiento de osteoartritis.
80. Diagnóstico y tratamiento de lumbalgia.
81. Otras atenciones de medicina general.
82. Métodos temporales de planificación familiar: anticonceptivos hormonales (AH).
83. Métodos temporales de planificación familiar: preservativos.
84. Métodos temporales de planificación familiar: dispositivo intrauterino.
85. Atención prenatal en embarazo.

Las intervenciones por especialidad:

CONSULTA DE ESPECIALIDAD
86. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos por déficit de atención e hiperactividad.
87. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos generalizados del desarrollo (Autismo).
88. Diagnóstico y tratamiento de dismenorrea.
89. Atención del climaterio y menopausia.
90. Diagnóstico y tratamiento de mastopatía fibroquística.
91. Diagnóstico y tratamiento de hiperplasia endometrial.
92. Diagnóstico y tratamiento de vaginitis subaguda y crónica.
93. Diagnóstico y tratamiento de endometriosis.
94. Diagnóstico y tratamiento de uretritis y síndrome uretral.
95. Diagnóstico y tratamiento de lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado.
96. Diagnóstico y tratamiento de lesiones escamosas Intraepiteliales de alto grado.
97. Diagnóstico y tratamiento de la desnutrición y obesidad en niños y adolescentes.
98. Diagnóstico y tratamiento de Kwashiorkor.
99. Diagnóstico y tratamiento de marasmo nutricional.
100. Diagnóstico y tratamiento de secuelas de desnutrición.
101. Diagnóstico y tratamiento de laringotraqueítis agudas.
102. Diagnóstico y tratamiento de otitis media supurativa.
103. Diagnóstico y tratamiento de sinusitis aguda.
104. Diagnóstico y tratamiento del asma en adultos.
105. Diagnóstico y tratamiento del asma en niños.
106. Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis (TAES).
107. Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis fármacorresistente.

108. Prevención, diagnóstico y tratamiento de psoriasis.
109. Diagnóstico y tratamiento de esofagitis por reflujo.
110. Diagnóstico y tratamiento de úlcera péptica.
111. Diagnóstico y tratamiento de la dislipidemia.
112. Diagnóstico y tratamiento del hipertiroidismo.
113. Diagnóstico y tratamiento del hipotiroidismo congénito y en adultos.
114. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de diabetes mellitus 1.
115. Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica.
116. Diagnóstico y tratamiento de osteoporosis.
117. Diagnóstico y tratamiento de gota.
118. Diagnóstico y tratamiento de artritis reumatoide.
119. Diagnóstico y tratamiento de trastornos afectivos (Distimia, depresión y trastorno afectivo
120. Diagnóstico y tratamiento de trastornos de ansiedad (Ansiedad generalizada, crisis de angustia y pánico y reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación [trastorno de estrés posttraumático y trastorno adaptativo]).
121. Diagnóstico y tratamiento de trastornos psicóticos (Esquizofrenia, ideas delirantes, psicóticos y Esquizotípico).
122. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de epilepsia.
123. Diagnóstico y tratamiento de enfermedad de Parkinson.
124. Diagnóstico y tratamiento de luxación congénita de cadera.
125. Rehabilitación de fracturas.
126. Rehabilitación de parálisis facial.
127. Prevención selectiva e indicada de adicciones (Consejería).
128. Diagnóstico y tratamiento de adicciones.
ODONTOLOGÍA
129. Prevención de caries y enfermedad periodontal.
130. Sellado de fosetas y fisuras dentales.
131. Eliminación de caries y restauración de piezas dentales con amalgama, resina o ionómero de vidrio.
132. Eliminación de focos de infección, abscesos (incluye drenaje y farmacoterapia).
133. Extracción de piezas dentarias, incluye restos radiculares y erupcionados (no incluye tercer molar no erupcionado).
134. Diagnóstico y tratamiento de pulpitis y necrosis pulpar.
135. Diagnóstico y tratamiento de absceso maxilar.
136. Extracción de tercer molar.
URGENCIAS
137. Estabilización en urgencias por crisis hipertensiva.
138. Estabilización de urgencia del paciente diabético.
139. Manejo de urgencia del síndrome hiperglucémico no cetósico.
140. Estabilización en urgencias por angina de pecho.
141. Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por fenotiazinas.
142. Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por álcalis.
143. Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda alimentaria.
144. Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda por salicilatos.
145. Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación agu0064a por alcohol metílico.

146. Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por organofosforados.
147. Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por monóxido de carbono.
148. Diagnóstico y tratamiento de mordedura de serpiente.
149. Diagnóstico y tratamiento del alacranismo.
150. Diagnóstico y tratamiento de picaduras de abeja, araña y otros artrópodos.
151. Manejo de mordedura y prevención de rabia en humanos.
152. Extracción de cuerpos extraños.
153. Manejo de lesiones traumáticas de tejidos blandos (curación y suturas).
154. Diagnóstico y tratamiento del traumatismo craneoencefálico leve (Glasgow 14-15).
155. Manejo en urgencias de quemaduras de primer grado.
156. Diagnóstico y tratamiento de esguince cervical.
157. Diagnóstico y tratamiento de esguince de hombro.
158. Diagnóstico y tratamiento de esguince de codo.
159. Diagnóstico y tratamiento de esguince de muñeca y mano.
160. Diagnóstico y tratamiento de esguince de la rodilla.
161. Diagnóstico y tratamiento de esguince de tobillo y pie.

Intervenciones por hospitalización:

HOSPITALIZACIÓN
162. Diagnóstico y tratamiento de pielonefritis
163. Diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis
164. Diagnóstico y tratamiento de bronquitis aguda.
165. Diagnóstico y tratamiento de meningitis.
166. Diagnóstico y tratamiento de mastoiditis.
167. Diagnóstico y tratamiento de osteomielitis.
168. Diagnóstico y tratamiento de neumonía en niños.
169. Diagnóstico y tratamiento de neumonía en el adulto y adulto mayor.
170. Diagnóstico y tratamiento del absceso hepático amebiano.
171. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria.
172. Diagnóstico y tratamiento de amenaza de aborto
173. Diagnóstico y tratamiento del parto pretérmino.
174. Atención del parto y puerperio fisiológico.
175. Pelvipéritonitis.
176. Endometritis puerperal.
177. Diagnóstico y tratamiento del choque séptico puerperal.
178. Atención del recién nacido.
179. Ictericia neonatal.
180. Diagnóstico y tratamiento del prematuro sin complicaciones.
181. Diagnóstico y tratamiento del prematuro con hipotermia.
182. Diagnóstico y tratamiento del recién nacido con bajo peso al nacer.
183. Diagnóstico y tratamiento de preeclampsia.

184. Diagnóstico y tratamiento de preeclampsia severa.
185. Diagnóstico y tratamiento de eclampsia.
186. Hemorragia obstétrica puerperal.
187. Hemorragia por placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
188. Infección de episiorrafía o herida quirúrgica obstétrica.
189. Diagnóstico y tratamiento de la litiasis renal y ureteral.
190. Diagnóstico y tratamiento de la litiasis de vías urinarias inferiores.
191. Diagnóstico y tratamiento de dengue hemorrágico.
192. Diagnóstico y tratamiento del traumatismo craneoencefálico moderado (Glasgow 9-13).
193. Diagnóstico y tratamiento conservador de pancreatitis aguda.
194. Manejo hospitalario de crisis convulsivas.
195. Manejo hospitalario de hipertensión arterial.
196. Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda (edema pulmonar).
197. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
198. Diagnóstico y tratamiento de neuropatía periférica secundaria a diabetes.
199. Manejo hospitalario de quemaduras de segundo grado.
200. Diagnóstico y tratamiento de hemorragia digestiva.
201. Diagnóstico y tratamiento de síndrome de HELLP.
202. Diagnóstico y tratamiento de corioamniotitis.
203. Diagnóstico y tratamiento de embolias obstétricas.
204. Diagnóstico y tratamiento de diabetes gestacional.
205. Diagnóstico y tratamiento de cardiopatía funcional en la mujer embarazada.
206. Diagnóstico y tratamiento de trombosis venosa profunda en la mujer embarazada
CIRUGÍA
207. Laparotomía exploradora.
208. Apendicectomía..
209. Esplenectomía.
210. Tratamiento quirúrgico de enfermedad diverticular.
211. Tratamiento quirúrgico de isquemia e infarto intestinal.
212. Tratamiento quirúrgico de obstrucción intestinal.
213. Tratamiento quirúrgico de perforación gástrica e intestinal.
214. Tratamiento quirúrgico de vólvulo colónico.
215. Tratamiento quirúrgico del absceso rectal.
216. Tratamiento quirúrgico de fístula y fisura anal.
217. Hemorroidectomía.
218. Tratamiento quirúrgico de hernia hiatal
219. Tratamiento quirúrgico de hipertrofia congénita de píloro.
220. Hernioplastía crural.
221. Hernioplastía inguinal.
222. Hernioplastía umbilical.
223. Hernioplastía ventral.
224. Colectomía abierta.

225. Colectomía laparoscópica.
226. Tratamiento quirúrgico de condilomas.
227. Tratamiento quirúrgico de fibroadenoma mamario.
228. Tratamiento quirúrgico de quistes de ovario.
229. Tratamiento quirúrgico de torsión de anexos.
230. Salpingoclasia (Método definitivo de planificación familiar)
231. Atención quirúrgica de la enfermedad trofoblástica.
232. Tratamiento quirúrgico de embarazo ectópico.
233. Legrado uterino terapéutico por aborto incompleto.
234. Atención de cesárea y puerperio quirúrgico.
235. Reparación uterina.
236. Ablación endometrial.
237. Laparoscopia por endometriosis.
238. Miomectomía.
239. Histerectomía abdominal.
240. Histerectomía vaginal.
241. Colpoperineoplastia.
242. Vasectomía (Método definitivo de planificación familiar).
243. Circuncisión.
244. Orquidopexia.
245. Prostatectomía abierta.
246. Resección transuretral de próstata.
247. Extirpación de lesión cancerosa de piel (no incluye melanoma).
248. Extirpación de tumor benigno en tejidos blandos.
249. Amigdalectomía con o sin adenoidectomía.
250. Escisión de papiloma faríngeo juvenil.
251. Palatoplastia.
252. Reparación de labio hendido.
253. Cirugía de acortamiento muscular para estrabismo.
254. Cirugía de alargamiento muscular para estrabismo.
255. Tratamiento quirúrgico de glaucoma.
256. Escisión de pterigión.
257. Tratamiento quirúrgico de hidrocefalia.
258. Colocación y retiro de diversos catéteres.
259. Disección radical de cuello.
260. Toracotomía, pleurotomía y drenaje de tórax.
261. Tratamiento quirúrgico de la luxación congénita de cadera.
262. Tratamiento quirúrgico del pie equino en niños.
263. Safenectomía.
264. Reducción quirúrgica por luxaciones.
265. Reducción quirúrgica de fractura de clavícula.
266. Reducción quirúrgica de fractura de húmero (incluye material de osteosíntesis).
267. Reducción quirúrgica de fractura de cúbito y radio (incluye material de osteosíntesis).
268. Reducción quirúrgica de fractura de mano.

269. Reducción quirúrgica de fractura de cadera (incluye hemiprótosis con acetábulo).
270. Reducción quirúrgica de fractura de fémur (incluye material de osteosíntesis).
271. Reducción quirúrgica de fractura de tibia y peroné (incluye material de osteosíntesis).
272. Reducción quirúrgica de fractura de tobillo y pie.
273. Artroplastía de rodilla (incluye cirugía artroscópica)
274. Amputación de miembro inferior secundaria a pie diabético
275. Tratamiento de quiste sinovial.

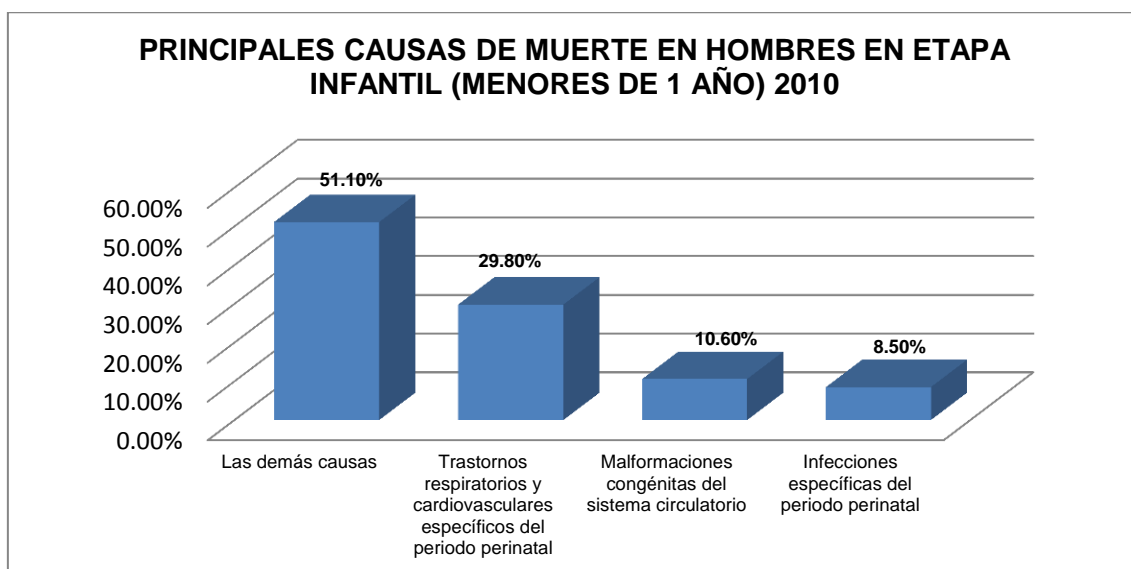
En total, el CAUSES cubre 275 padecimientos con sus respectivos tratamientos.

3.4 Principales causas de mortalidad en México

En éste apartado se exponen las principales causas de muerte en México y se verifica si son o no cubierta por el CAUSES en el Seguro Popular. (Ver cuadro 13, anexo)

Con respecto a la población masculina, en primer lugar tenemos el rango de edad infantil (menores de 1 año), donde la principal causa de muerte son los trastornos respiratorios y cardiovasculares del periodo perinatal con el 29.8% el cual está cubierto por el Seguro Popular, en segundo lugar están las malformaciones congénitas del sistema circulatorio con el 10.6% también cubierta por el Seguro Popular; por último están las infecciones específicas del periodo perinatal con un 8.5% igualmente cubierta por el programa. (Ver gráfica 40)

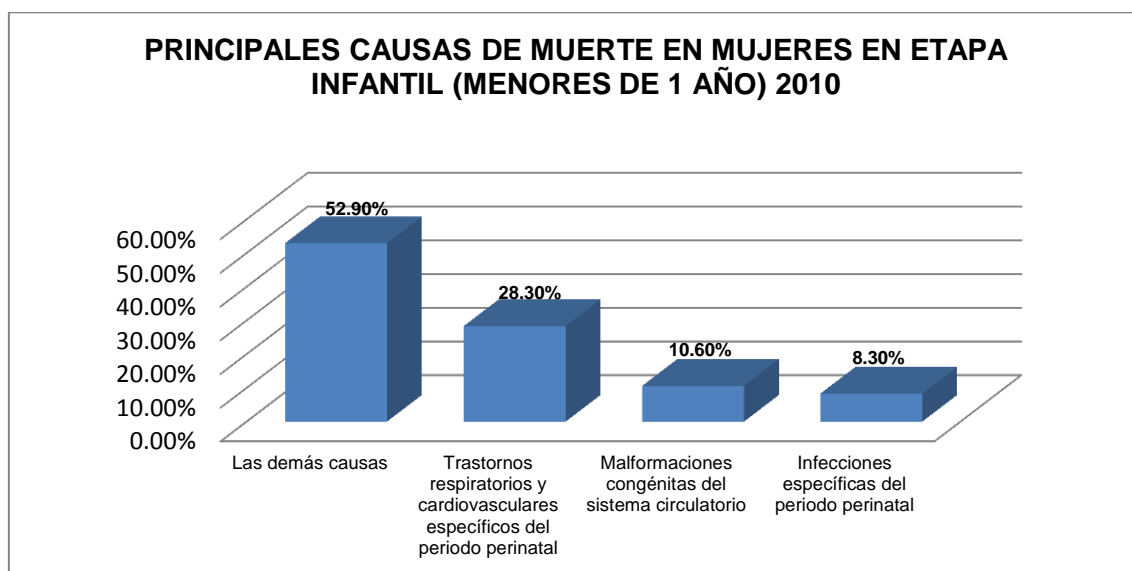
Gráfica 40



FUENTE: Elaboración propia con datos tomados de <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>

En cuanto a la población femenina se tiene como principal causa de muerte en el rango de edad infantil (menores de 1 año) los trastornos respiratorios y cardiovasculares del periodo perinatal con el 28.3% cubierta por el Seguro Popular, lo sigue las malformaciones congénitas del sistema circulatorio con el 10.6% y por último las infecciones específicas del periodo perinatal con un 8.3% también cubierta por el programa. (Ver gráfica 41). En general, en este grupo de edad todas las principales causas de muerte están cubiertas por el Seguro Popular con el rubro de atención prenatal del embarazo y las acciones preventivas para recién nacidos.

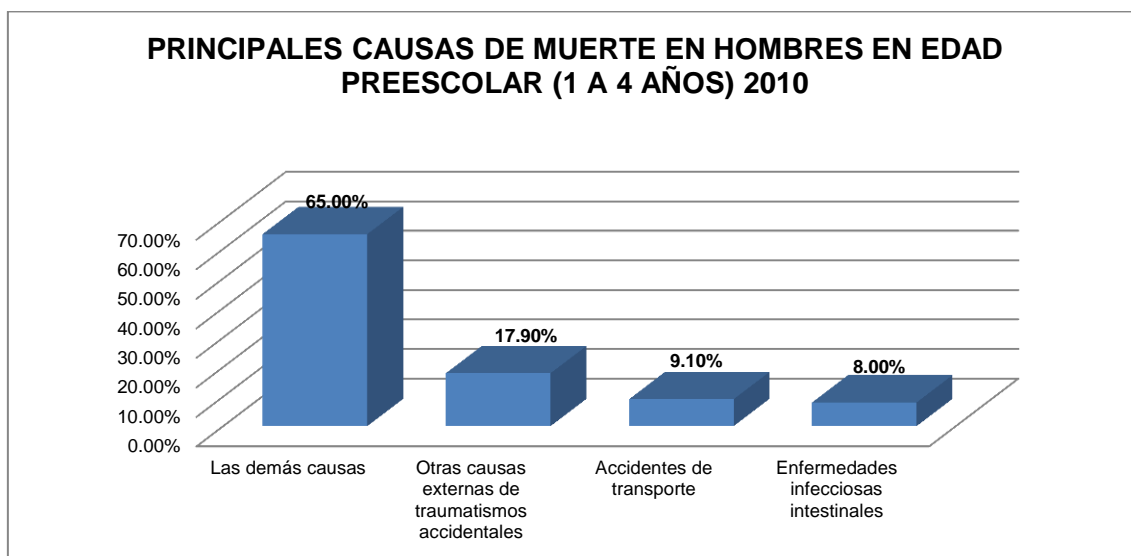
Gráfica 41



FUENTE: Elaboración propia con datos tomados de <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>

Con lo que respecta al grupo de edad preescolar (1 a 4 años) en hombres la principal causa de mortalidad son las causas externas de traumatismos accidentales con un 17.9% que no están cubiertos por el Seguro Popular, en segundo término están los accidentes de transporte con un 9.10% los cuales el Seguro Popular tampoco los cubre, y en tercer lugar están las enfermedades infecciosas intestinales con un 8.0% siendo el único de los rubros en este rango de edad que está cubierto por el Seguro Popular. (Ver gráfica 42)

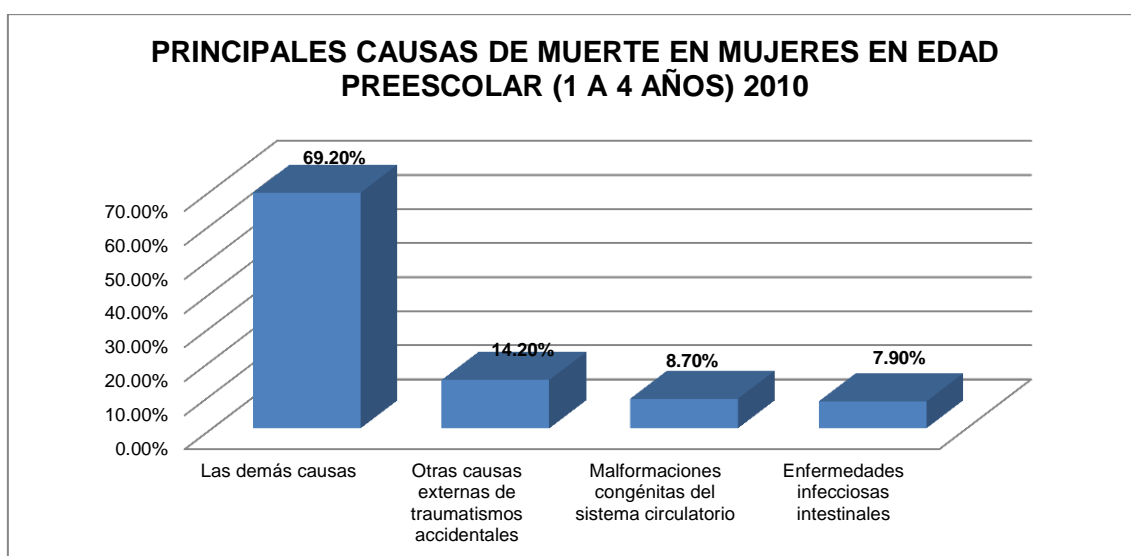
Gráfica 42



FUENTE: Elaboración propia con datos tomados de <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>

En cuanto a las mujeres en edad preescolar la principal causa de mortalidad son las causas externas de traumatismos accidentales con un 14.2% no cubiertas por el Seguro Popular, en segundo lugar están las malformaciones congénitas del sistema circulatorio con un 8.7% las cuales si son cubiertas por el Seguro Popular, y por último las enfermedades infecciosas intestinales con un 7.9% las cuales están cubiertas por el Seguro Popular (Ver gráfica 43)

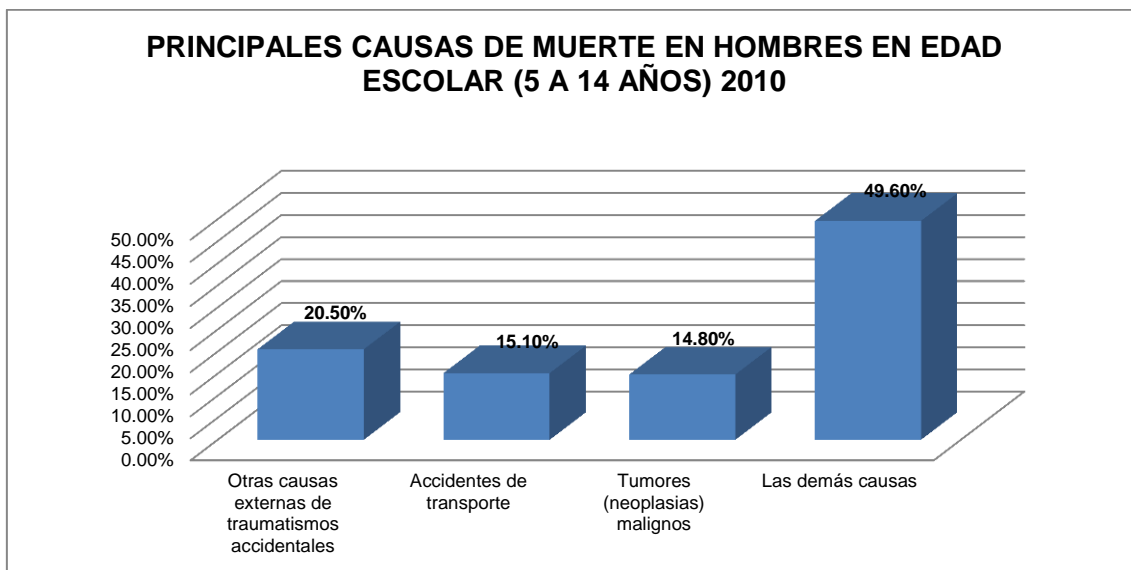
Gráfica 43



FUENTE: Elaboración propia con datos tomados de <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>

En el grupo de edad escolar (5 a 14 años) en hombres las causas externas de traumatismos accidentales son la primer causa de mortalidad con un 20.5% el cual no está cubierta por el Seguro Popular, le siguen los accidentes de transporte con un 15.1% el cual no está cubierto en su totalidad por el Seguro Popular y en tercer lugar están los tumores malignos con un 14.8% los cuales si cubre el programa. (Ver gráfica 44)

Gráfica 44



FUENTE: Elaboración propia con datos tomados de <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>

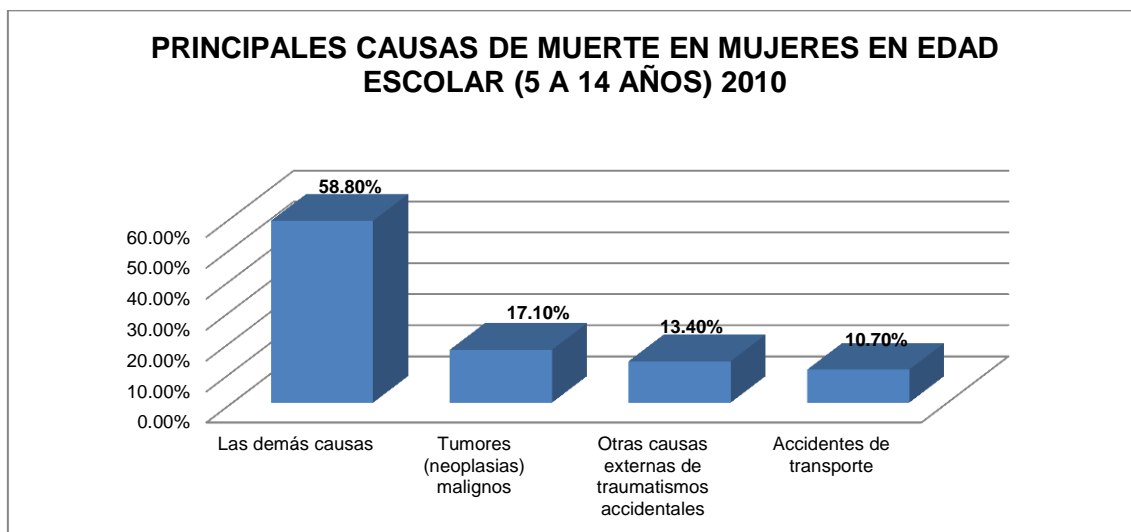
En cuanto a las mujeres en edad escolar (5 a 14 años), los tumores son la principal causa de mortalidad con un 17.1% el cual está cubierto por el Seguro Popular, le siguen las causas externas de traumatismos accidentales con el 13.4% que no están cubiertas por el programa y en tercer lugar están los accidentes de transporte con el 10.7% los cuales no están cubiertos en su totalidad por el Seguro Popular. (Ver gráfica 45)

En general este grupo de edad tanto en hombres como mujeres es el más desprotegido por el Seguro Popular debido a que sólo cubre los tumores y dejando de lado los accidentes de transporte y las causas externas de traumatismos accidentales.

En el grupo de edad de jóvenes (15 a 29 años) en los hombres la principal causa de muerte son las causas externas de traumatismos accidentales con un 20.3% el cual no está cubierta por el Seguro Popular, le siguen los accidentes de transporte con un

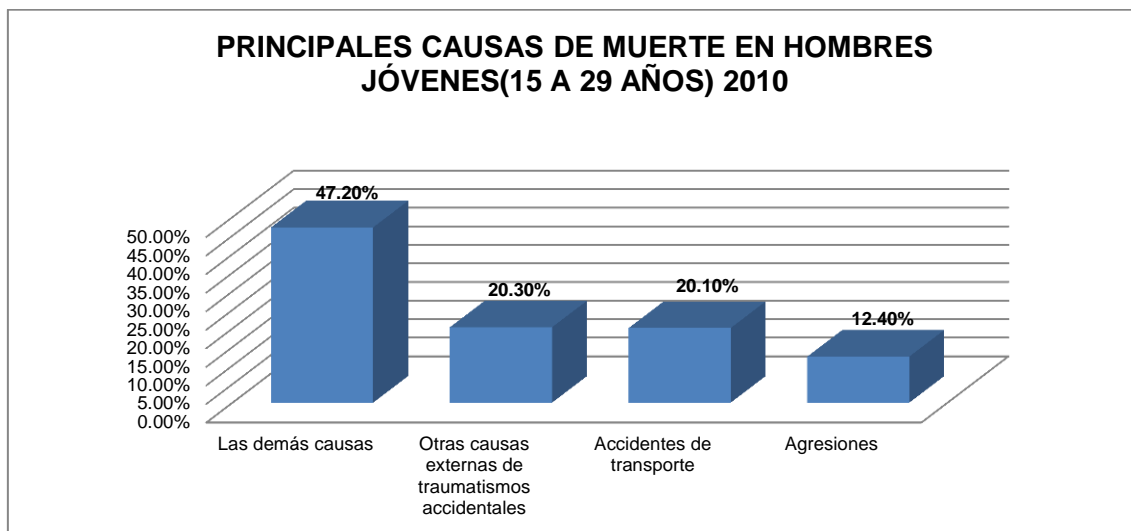
20.1% tampoco cubiertos en su totalidad por el Seguro Popular y en tercer lugar se encuentran las agresiones con un 12.4% tampoco cubiertas. (Ver gráfica 46)

Gráfica 45



FUENTE: Elaboración propia con datos tomados de <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>

Gráfica 46

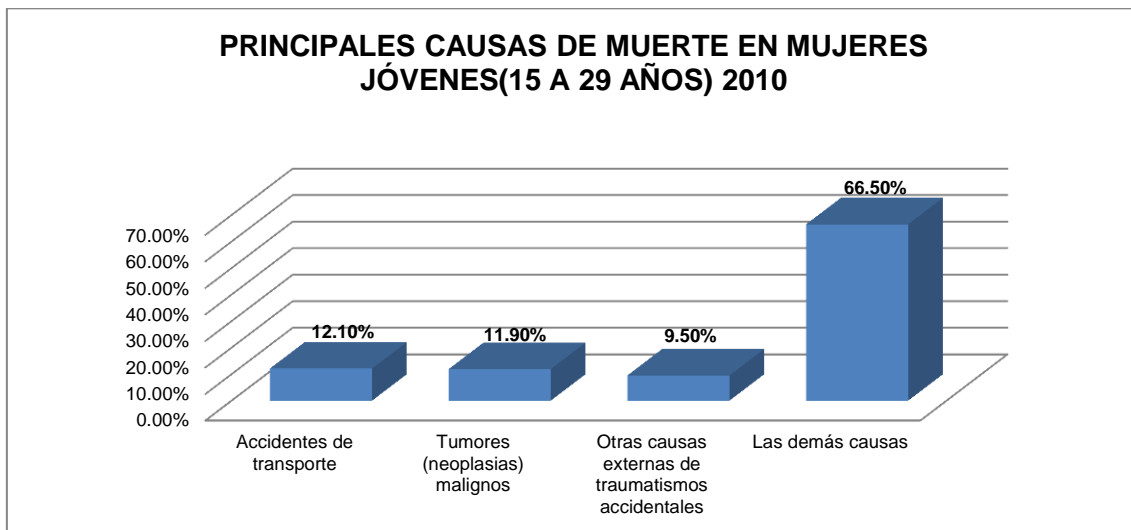


FUENTE: Elaboración propia con datos tomados de <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>

Con respecto a las mujeres del grupo de edad jóvenes (15 a 29 años) la principal causa de muerte con los accidentes de transporte con un 12.1% no cubierto por el Seguro Popular, los tumores son la segunda causa con un 11.9% cubierto por el

programa y el tercer lugar son las causas externas de traumatismos accidentales con un 9.5% no cubiertos por el Seguro Popular (Ver gráfica 47)

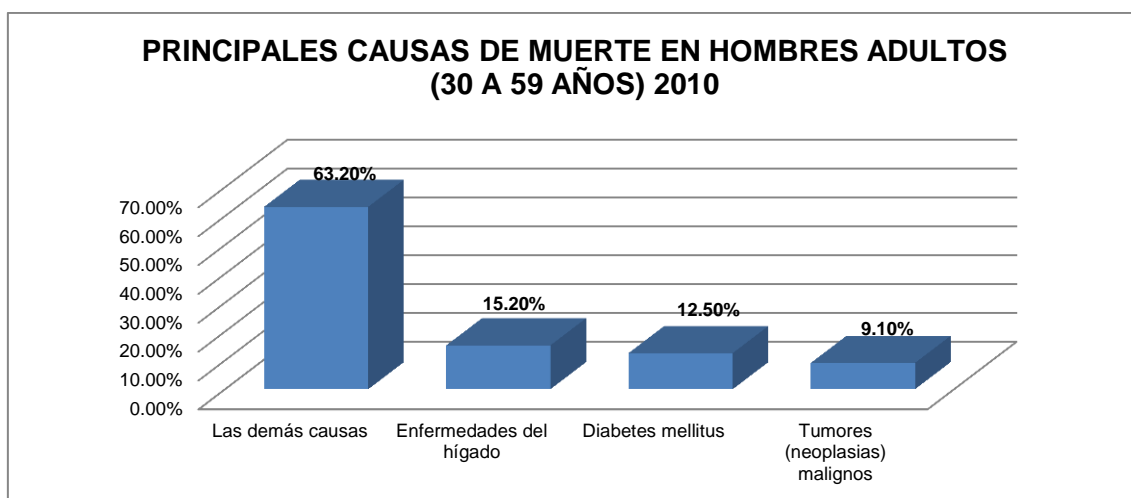
Gráfica 47



FUENTE: Elaboración propia con datos tomados de <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>

En el grupo de edad adultos (30 a 59 años) en cuanto a los hombres la primer causa de mortalidad son las enfermedades del hígado con el 15.20% todas cubiertas por el Seguro Popular, en segundo lugar tenemos a la Diabetes Mellitus con el 12.5% también cubierta por el Seguro Popular y en tercer lugar están los tumores malignos con un 9.10% cubiertos por el programa. (Ver gráfica 48)

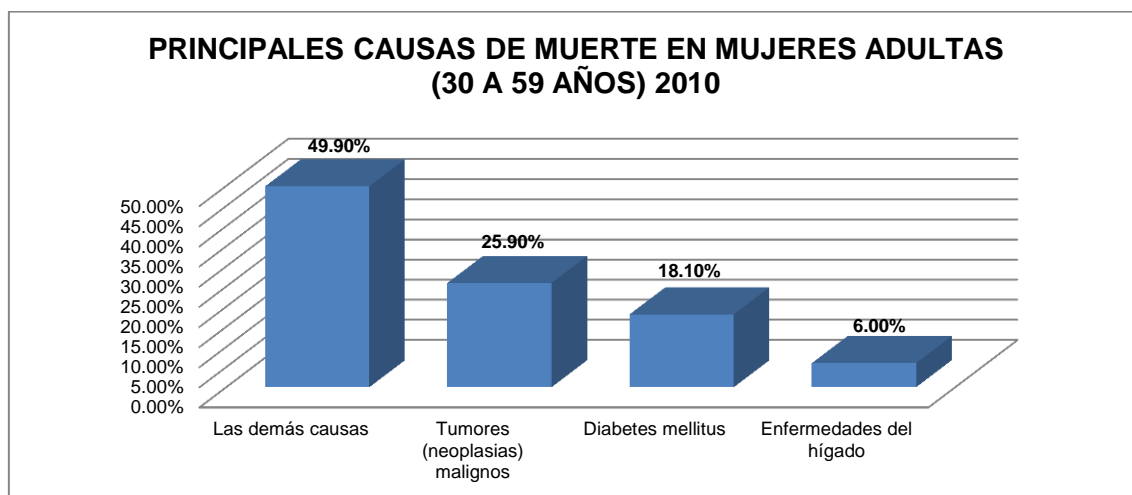
Gráfica 48



FUENTE: Elaboración propia con datos tomados de <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>

Con las mujeres en el grupo de edad adultos la primer causa de muerte son los tumores malignos con el 25.9% todos cubiertos por el Seguro Popular, seguido de la Diabetes Mellitus con el 18.1% cubierta por el programa, y en tercer lugar están las enfermedades del hígado con el 6.0% cubiertas por el Seguro Popular (Ver gráfica 49)

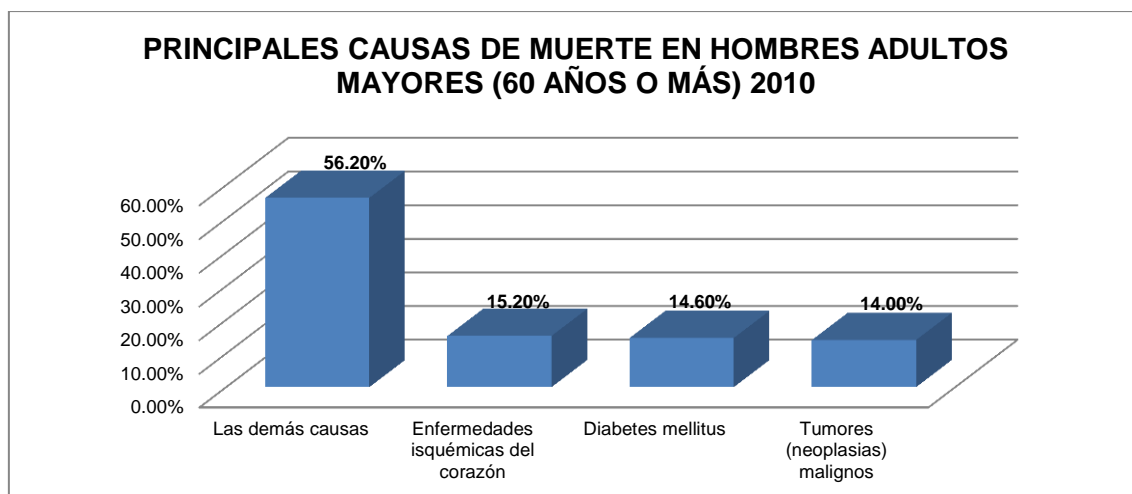
Gráfica 49



FUENTE: Elaboración propia con datos tomados de <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>

En los adultos mayores (60 años o más) en cuanto a los hombres las enfermedades isquémicas del corazón son la principal causa de muerte con el 15.2% todas cubiertas por el Seguro Popular, la segunda causa es la Diabetes Mellitus con el 14.6% también cubierta por el programa y en tercer lugar están los tumores malignos con el 14.0% todos cubiertos por el Seguro Popular (Ver gráfica 50)

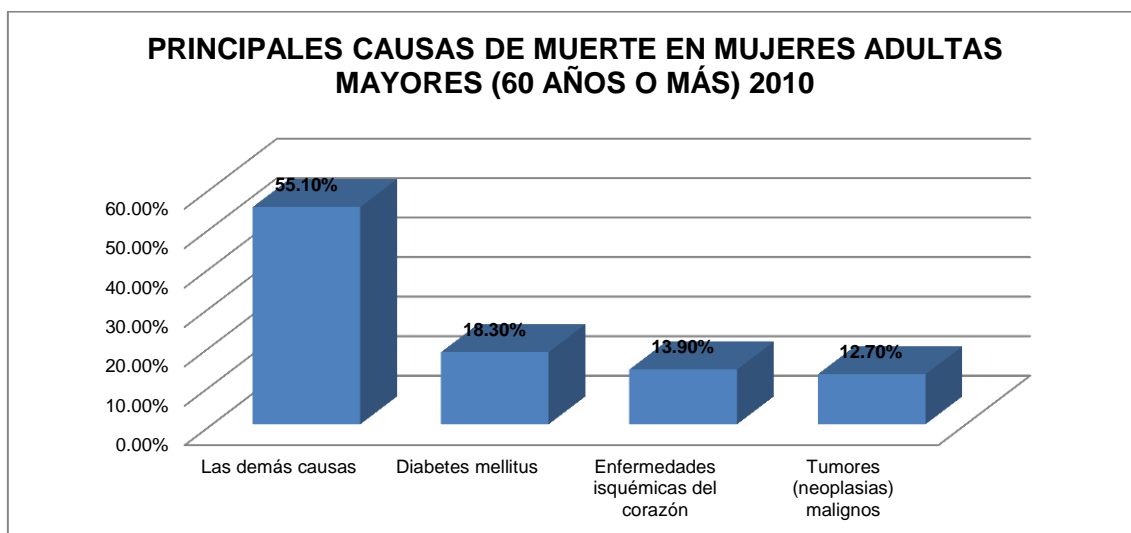
Gráfica 50



FUENTE: Elaboración propia con datos tomados de <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>

En las mujeres del grupo de adultos mayores la principal causa es la Diabetes Mellitus con el 18.3% cubierta por el programa, enseguida de las enfermedades isquémicas del corazón con el 13.9% todas cubierta por el Seguro Popular y en tercer lugar están los tumores malignos con el 12.7% todos cubiertos por el programa (Ver gráfica 51)

Gráfica 51



FUENTE: Elaboración propia con datos tomados de <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>

CAPITULO IV

PERSPECTIVAS DEL SEGURO POPULAR



4.1 Encuesta de satisfacción del Seguro Popular 2011

En el 2011 se llevó a cabo una encuesta de satisfacción, la medición de la percepción de los servicios recibidos por los afiliados al Seguro Popular se realizó mediante la aplicación de cuestionarios.

Se eligieron 761 centros de atención: 451 unidades de primer nivel, 279 unidades de segundo nivel y 103 unidades de tercer nivel. El levantamiento de la información se hizo en las unidades prestadoras de servicio, se llevaron a cabo en 32 entidades y 237 jurisdicciones sanitarias. Las entrevistas se llevaron a cabo a la salida de las Unidades Médicas: centros de salud, hospitales y centros regionales de alta especialidad; cabe mencionar que se levantaron alrededor de 22,000 encuestas.

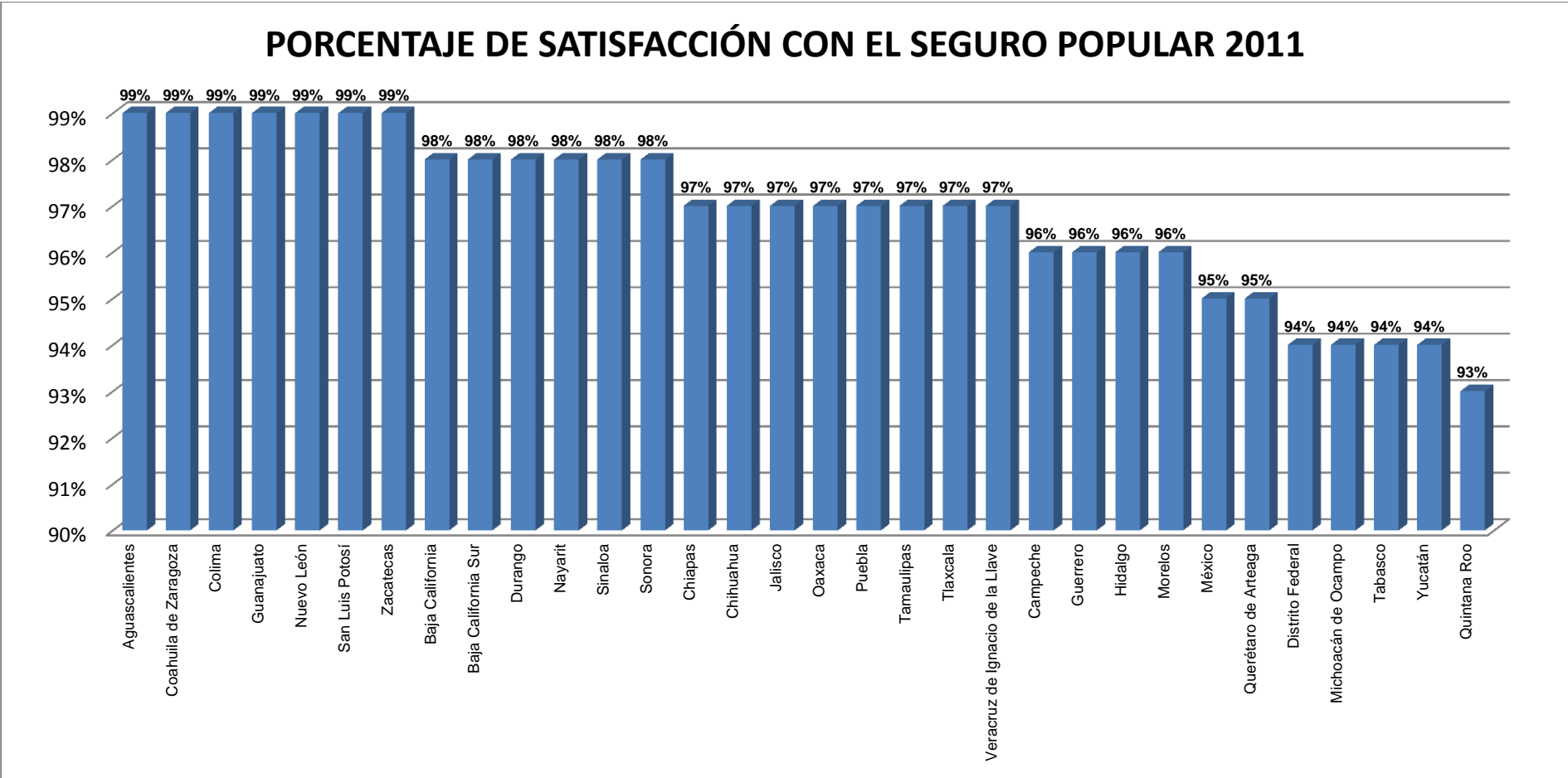
4.1.1 Satisfacción con el Seguro Popular

La encuesta de satisfacción con el programa del Seguro Popular arrojó que el promedio de satisfacción en porcentaje es del 97% a nivel nacional. Los estados con el mayor porcentaje de satisfacción alcanzaron el 99% son: San Luis Potosí, Colima, Nuevo León, Aguascalientes, Guanajuato, Zacatecas y Coahuila. Los estados con un promedio del 98% fueron: Baja California, Baja California Sur, Sonora, Durango, Sinaloa y Nayarit. Las entidades con el 97% de satisfacción son: Tamaulipas, Tlaxcala, Chihuahua, Puebla, Oaxaca, Jalisco, Veracruz y Chiapas. Con el 96% de satisfacción están los estados de Morelos, Campeche, Guerrero e Hidalgo. Los estados con la satisfacción del 94% son: Estado de México, Tabasco, Distrito Federal, Yucatán y Michoacán. Por último el único estado que obtuvo un 93% de satisfacción fue el estado de Quintana Roo. (Ver gráfica 51)

4.1.2 Satisfacción de los usuarios por componente

En este apartado los rubros que se calificaron en la encuesta fueron: Proceso de inscripción, atención en general, Atención del médico, Desempeño del médico, Servicio que recibió y Satisfacción general.

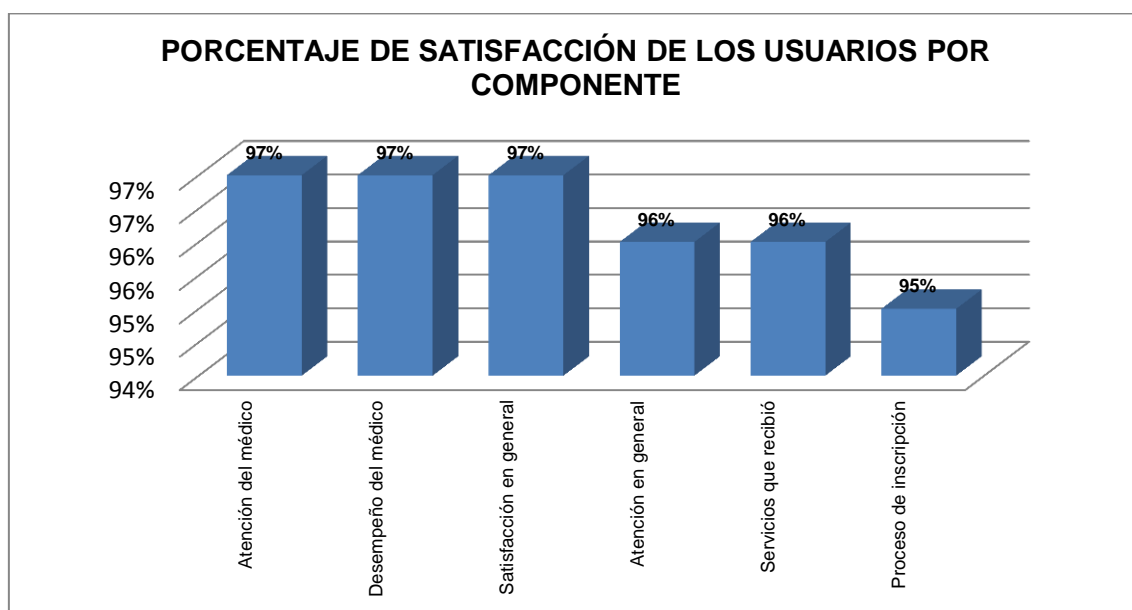
Gráfica 52



FUENTE: Elaboración propia con datos tomados de : http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=189:pef-2011&catid=27:transparenciayrendiciondecuentas&Itemid=253

La encuesta arrojó a los usuarios a nivel nacional en promedio los siguientes resultados: en el proceso de inscripción los usuarios los calificaron con un 95% de satisfacción; en cuanto a la atención en general los usuarios lo calificaron con un 96%, la atención del médico fue el rubro calificado mas alto con un 97% de satisfacción, por otra parte el desempeño del médico lo calificaron también con un 97%; en cuanto a los servicios que recibió le dieron en promedio el 96% de satisfacción, ya para finalizar calificaron con un 97% a la satisfacción en general. (Ver gráfica 53)

Gráfica 53



Fuente: Elaboración propia con datos tomados de http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=189:pef2011&catid=27:transparenciayrendiciondecuentasm3

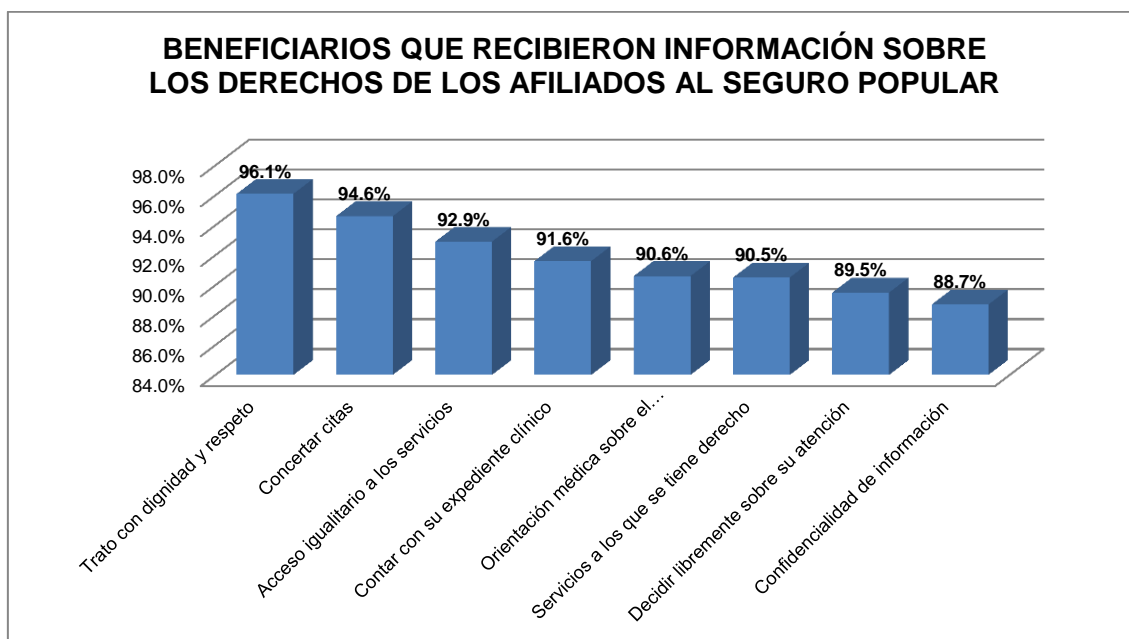
4.1.3 Beneficiarios que recibieron información sobre los derechos de los afiliados al Seguro Popular al momento de su inscripción

En este apartado se calificaron siete rubros los cuales son: Trato con dignidad y respeto, Concertar citas, Acceso igualitario a los servicios, Contar con su expediente clínico, Orientación médica sobre el tratamiento, Servicios a los que tiene derecho, Decidir libremente sobre su atención y Confidencialidad de la información.

Después de la encuesta se obtuvieron los siguientes resultados: en cuanto al Trato con dignidad y respeto la fue el rubro mejor calificado con un 96.1%, para Concertar citas la gente lo calificó con el 94.6%, en cuanto al Acceso igualitario a los servicios la gente lo calificó con el 92.9%, en el rubro de Contar con su expediente clínico obtuvo

un porcentaje del 91.6%, con un porcentaje del 90.6% calificaron a la Orientación médica sobre el tratamiento, en cuanto a los Servicios a los que tiene derecho le dieron un porcentaje del 90.5 de satisfacción, el Decidir libremente sobre su atención lo calificaron con un 89.5% y por último el rubro con menor calificación fue Confidencialidad de la información alcanzando apenas el 88.7% de satisfacción. (Ver gráfica 54)

Gráfica 54

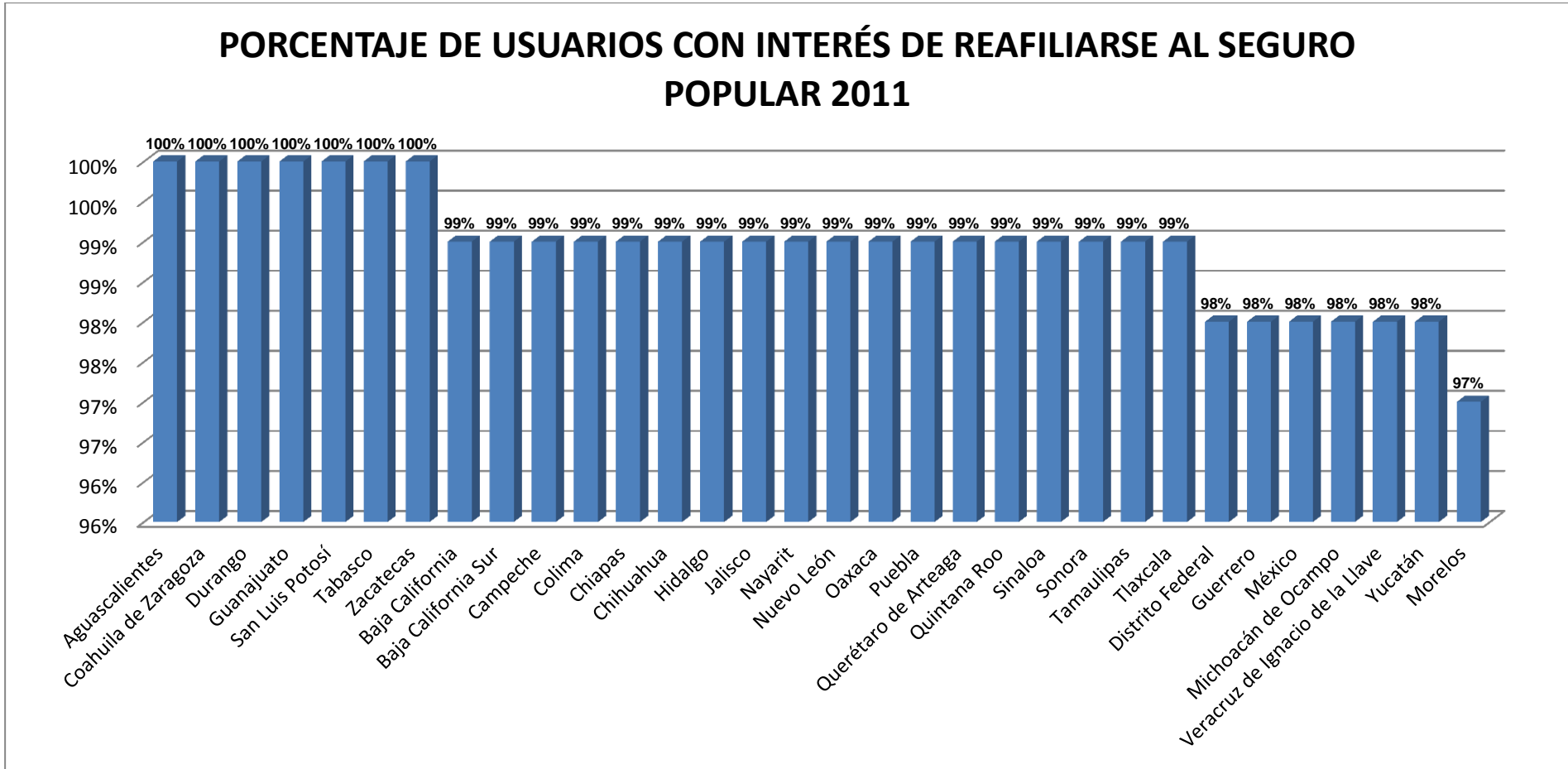


Fuente: Elaboración propia con datos tomados de http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=189:pef2011&catid=27:transparenciayrendiciondecuentasm3

4.1.4 Interés en reafiliarse

El interés de los usuarios del Seguro Popular por reafiliarse también es muy importante ya que muestra que tan convencida esta la población con respecto al programa. En la encuesta que se realizó, mostró que solo en siete entidades el 100% de los usuarios están dispuestos a reafiliarse las cuales son: Tabasco, Coahuila, Durango, Guanajuato, San Luis Potosí, Zacatecas y Aguascalientes; las entidades que el 99% de sus beneficiarios están dispuestos a reafiliarse son: Chiapas, Colima, Chihuahua, Nayarit, Tamaulipas, Baja California, Campeche, Nuevo León, Baja California Sur, Hidalgo, Oaxaca, Quintana Roo, Sonora, Sinaloa, Puebla, Querétaro y Tlaxcala; las entidades de Veracruz, Yucatán, México, Michoacán, Guerrero y Distrito Federal el 98% de sus beneficiarios quieren reafiliarse. (Ver gráfica 55)

Gráfica 55



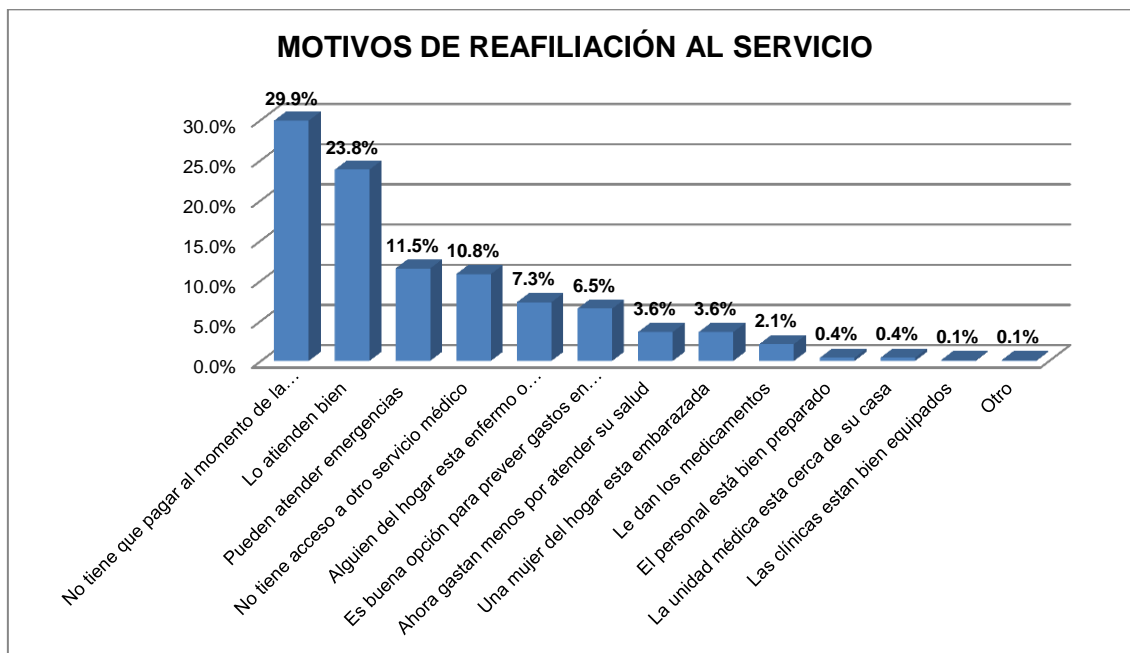
Fuente: Elaboración propia con datos tomados de http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=189:pef2011&catid=27:transparenciayrendiciondecuentasm3

4.1.5 Motivos de reafiliación del servicio

Ya visto el porcentaje de población que desea reafiliarse ahora tenemos que revisar las razones que motivan a la gente a reafiliarse.

Con el 29.9% del total de los beneficiarios esta el deseo de reafiliarse debido a que no tiene que pagar al momento de la atención, el 23.8% desea reafiliarse debido a que lo atienden bien, el 11.5% quiere reafiliarse porque pueden atender emergencias, el 10.8% es debido a que no tiene acceso a otro servicio médico, el 7.3% de los usuarios se quiere reafiliar ya que alguien del hogar esta enfermo o necesita cirugía, el 6.5% piensa que es buena opción para preveer gastos en salud, el 3.6% desea reafiliarse debido a que una mujer esta embarazada y necesita atención, el 2.1% recibe medicamentos y por eso necesita reafiliarse, sólo el 0.4% piensa que debe reafiliarse porque el personal esta bien preparado, el 0.4% se reafilia porque la unidad médica esta cerca de su casa; y con tan sólo el 0.1% piensa que debe reafiliarse porque los hospitales están bien equipados. (Ver gráfica 56)

Grafica 56



Fuente: Elaboración propia con datos tomados de http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=189:pef2011&catid=27:transparenciayrendiciondecuentasm3

4.1.6 Usuarios que regresarían a la misma unidad médica

El porcentaje de usuarios que regresarían a la misma unidad médica también es un rubro muy importante ya que refleja de una forma veraz la calidad con que atendieron al paciente.

Sólo hay dos entidades con el 97% de los usuarios que regresarían a la misma unidad médica que son Baja California y Durango. Los estados de Chihuahua y Coahuila el 96% de los usuarios regresarían a la misma unidad médica, con el 94% de los usuarios están San Luis Potosí, Nayarit, Sonora, Tamaulipas y Nuevo León, las entidades de Baja California Sur y Jalisco el 93% de sus usuarios regresarían a la misma unidad médica, Aguascalientes y el Distrito Federal están con el 92% de sus usuarios, Guanajuato tiene el 91%, Colima e Hidalgo tienen el 90% de los usuarios convencidos de regresar a la misma unidad médica, con el 89% están Guerrero y Zacatecas, ya con el 88% están las entidades de Morelos, Sinaloa y Michoacán; Querétaro tiene el 87% de los usuarios que regresarían a la misma unidad y con el 86% esta Campeche; el 85% de los usuarios en Puebla estarían dispuestos a regresar y de los usuarios de Veracruz tan sólo el 84%, con el 83% está Oaxaca y con el 82% las entidades de México, Tlaxcala y Yucatán; Tabasco y Quintana Roo tienen el 81% de los usuarios dispuestos a regresar a la misma unidad médica y por último está Chiapas con tan sólo el 74%.

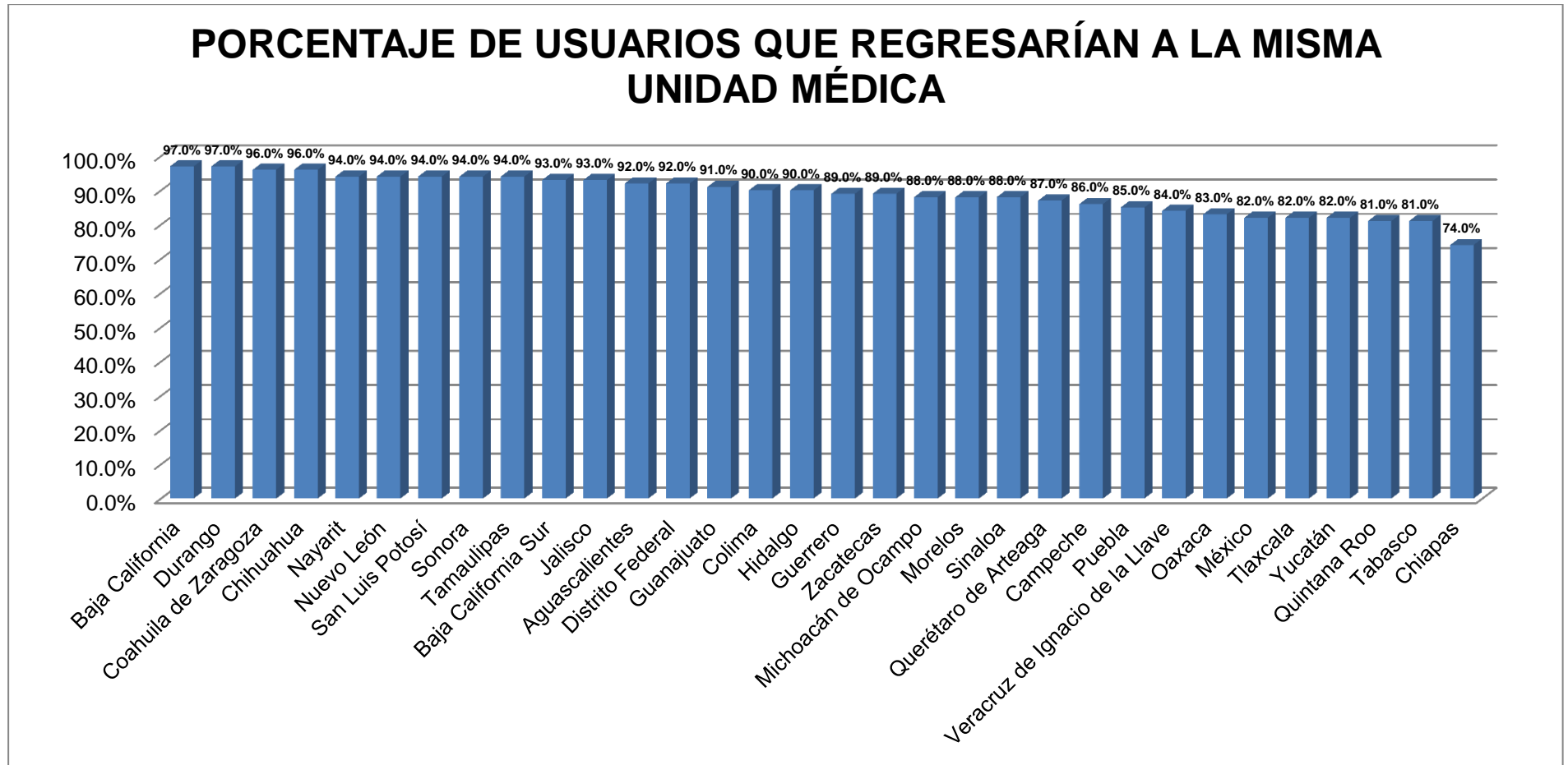
A nivel nacional se alcanza un porcentaje del 89% que realmente es bajo y habría que trabajar en él. (Ver gráfica 57)

4.2 Impacto del Seguro Popular en el gasto particular en medicamentos

En México los particulares gastan más en medicinas que las instituciones públicas de salud.

De acuerdo con la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica (CANIFARMA), mientras el sector público de salud gasta alrededor de 30 mil millones de pesos en medicamentos anualmente, los particulares erogan 162 mil millones. Ello a pesar de que las instituciones gubernamentales de salud compran más unidades de medicamentos.

Gráfica 57



Fuente: Elaboración propia con datos tomados de http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=189:pef2011&catid=27:transparenciayrendiciondecuentasm3

Los volúmenes para casi 90 millones de afiliados en las diferentes instituciones (públicas) son muy altos, pero los precios son muy bajos. En el gobierno hay productos claves que tienen muchos millones de unidades pero los compra en dos o tres pesos, pero hay productos innovadores que cuestan 20 mil pesos.

La diferencia es abismal a pesar de que las compras del gobierno no se realizan sólo en las industrias afiliadas a la CANIFARMA. Según la Secretaría de Salud, en 2010 las instituciones públicas gastaron 44 mil millones de pesos en medicamentos.

Datos de la Comisión Federal para Prevenir Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) indican que México es el segundo país de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) con el mayor gasto en medicamentos como porcentaje del gasto en salud, con 28 por ciento, en contraste con el promedio de la organización, en donde la cifra es inferior al 20 por ciento.

Una explicación para entender la brecha entre las inversiones que hacen en medicamentos sectores público y privado es que las instituciones públicas compran más genéricos en comparación con los particulares y los precios entre ambos productos tienen importantes variaciones.

Mientras que a nivel privado el 72 por ciento de los medicamentos que se consumen son genéricos, en el público la cifra llega a 82 por ciento.

4.3 Desabasto de medicinas en el Seguro Popular

Salomón Chertorivski, comisionado nacional de Protección Social en Salud hasta 2011 ya después Secretario de Salud, reconoció que hay un desabasto de medicinas de 30% en el Seguro Popular.

Comentó que hay estados como Hidalgo que tienen apenas 50% de surtido en farmacias, por lo que llamó a las entidades a alcanzar el 100% de abasto.

Explicó que los medicamentos que se prescriben son para más de 45.3 millones de afiliados al Seguro Popular.

En el foro nacional “Salud a Farmacias II”, que organizó la Asociación Nacional de Farmacias de México, A.C. (ANAFARMEX), el funcionario comentó que uno de los retos principales del Seguro Popular es abatir este rezago.

Dijo que se espera que a principios de 2012 se alcance la cobertura universal en salud a través del Seguro Popular, y que el DF y Puebla son las entidades con menos afiliados a este programa.

Durante el foro, dio a conocer el convenio suscrito entre fabricantes, distribuidores y farmacias para que los establecimientos puedan devolver, en un plazo establecido, los medicamentos caducos, que podrán ser canjeados.

Con ello, se evitará que medicamentos en mal estado caigan en el mercado negro y se haga mal uso de ellos.

4.4 Seguro Popular, problema financiero en 5 años

Raúl Murrieta, secretario de Finanzas de la entidad, indicó que "no está llegando el dinero suficiente para soportar el aparato; eso es algo que no se nota porque lleva pocos años"

Raúl Murrieta Cummings, secretario de Finanzas del gobierno del estado de México, comentó que en unos cuatro o cinco años el programa del Seguro Popular va a ser un problema de finanzas públicas bastante severo.

Murrieta Cummings destacó que se tiene un problema enorme en los temas de salud pero no un tema exclusivo del estado, sino es un tema de diseño, por ejemplo el Seguro Popular, lo que está pasando es que a todo ciudadano por el simple hecho de serlo, se le está prometiendo atención médica gratuita.

El funcionario advirtió que a la larga el diseño del Seguro Popular puede convertirse en un problema para las finanzas públicas ya que no está llegando el dinero suficiente para soportar el aparato, eso es algo que no se nota porque lleva pocos años que empezó y aún se está en la etapa de afiliación.

A decir del secretario en esta etapa del Seguro Popular "lo único que hace es registrar a las personas".

Para soportar este programa se debe tener una planeación y se debe buscar que a nivel nacional se generen los recursos para solventar la inversión que implica el Seguro Popular.

El titular de las Finanzas del Estado de México señaló que el tema es cómo les vas a dar servicio y cómo va a soportar la infraestructura y es ahí donde se está empezando a generar una cuestión que en cuatro o cinco años va a ser un problema de finanzas públicas bastante severo.

Al respecto mencionó el ejemplo de la educación, donde también enfatizó hace falta generar recursos. “También pasa en otros temas como educación; a nadie nos gusta ver una escuela rural pobre, qué es lo que está pasando, que hay una promesa histórica en este país de dar educación gratuita pero no estamos generando como país el recurso que se necesita para honrar ese compromiso”, puntualizó.

5. CONCLUSIONES

El Seguro Popular surge a razón de que según la Ley General de Salud vigente, la protección social en salud debe permitir al Estado garantizar a toda la población el acceso a los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios para cubrir sus necesidades de salud mediante intervenciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación.

El Seguro Popular se implanta en 2004 para ampliar la cobertura de aseguramiento público, reducir el pago de bolsillo y fomentar una atención oportuna de salud de quienes, por su condición laboral y socioeconómica, no están cubiertos por las instituciones de seguridad.

Analizando los indicadores que miden los avances del Seguro Popular según la Secretaría de Salud, se pueden llegar a las siguientes conclusiones: con respecto al presupuesto ejercido se divide en dos, los recursos federales y los recursos estatales; ambos recursos presentan un incremento a los largo de los años analizados. Al realizar el análisis de los recursos federales por mesoregiones se puede observar que el sur sureste es al que se le asignan mayores recursos. En cuanto a los recursos estatales también es el sur sureste la mesoregión a la que más se le asignan recursos. Comparando los recursos estatales con los recursos federales hay un sesgo importante entre ellos, en el último año analizado 2010 hay una diferencia del 313.3% de los recursos federales contra los estatales.

En cuanto al número de las familias beneficiadas, ha ido aumentando conforme el paso del tiempo, en el 2004 se tuvo un total de 1,663,572 familias y finalizando en el 2010 con un total de 15,760,805 familias. En cuanto a la tasa de crecimiento en cuanto a las familias beneficiadas ha ido disminuyendo con el paso de los años; del 2004 al 2005 se tuvo una tasa de crecimiento del 113.76% poco más del doble con respecto al año anterior; y ya para el periodo 2009 – 2010 se tuvo tan sólo una tasa del 49.90%. Con respecto al análisis por mesoregiones se puede concluir que el sur sureste del país es la mesoregión que más familias beneficiadas tiene. En la comparación de las metas establecidas en afiliación por familia se pudo verificar que en la mayoría de los años analizados no se llegó a la meta establecida; sin embargo ya en el último año 2010 se superó la meta con un 125.08%.

El número de personas afiliadas permitió analizar el alcance real del Seguro Popular, en el año 2004 considerando que aún no se integraban al programa los estados de

Chihuahua, Durango y el Distrito Federal se afilio un total de 5,318,289 de personas, finalizando en el año 2010 con un total de 43,518,719 de personas. Hablando de la tasa de crecimiento al inicio en el periodo 2004 – 2005 la tasa fue de 114.45% y para finalizar en el periodo 2009 – 2010 sólo fue del 39.78%. En el análisis por mesoregiones se concluyó que el sur sureste del país también es el que tiene a la mayoría de los usuarios afiliados.

Con respecto al número de familias afiliadas al Seguro Popular en municipios de alta y muy alta marginación se concluye que aún falta aumentar el porcentaje de afiliados, ya que existe aún un alto porcentaje de población desprotegida. Las entidades con mayor número de municipios con un menor índice de desarrollo humano son: Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla y Veracruz. En los municipios mas marginados de Chiapas el promedio de afiliados al Seguro Popular es del 73.26%, los afiliados al IMSS o ISSSTE son el 7.62% y la población desprotegida asciende al 19.12% del total. En lo que respecta al estado de Guerrero el promedio de afiliados al Seguro Popular es del 73.33%, los afiliados al IMSS o ISSSTE son el 2.21% y la población desprotegida asciende al 24.46% del total. En el Estado de Oaxaca la cobertura del Seguro Popular en estos municipios es del 79.41%, los afiliados al IMSS o ISSSTE son el 10.10% y la población desprotegida asciende al 10.50% del total. En Puebla el promedio de afiliados al Seguro Popular es del 72.30%, los afiliados al IMSS o ISSSTE son el 7.14% y la población desprotegida asciende al 20.56% del total, siendo la entidad que tiene un mayor porcentaje de población sin ningún tipo de afiliación con respecto a este tipo de municipios. Por último el Estado de Veracruz es el que ha trabajado mejor con la cobertura del Seguro Popular en estos municipios alcanza un porcentaje de afiliación del 81.55%, la población afiliada a ISSSTE e IMSS es del 5.11% y la población desprotegida es el 13.34% del total de la población.

Con respecto al número de familias por decil de ingreso se analizó la concentración de los usuarios con respecto a sus ingresos. En general el decil I y II son los que más afiliados tienen con respecto a los otros deciles de ingreso, ya en el año 2010 el decil I tuvo una afiliación del 77.2% y los deciles del IV al X afilio tan sólo al 1.4% del total de las familias.

Se observó durante el estudio que al ir incrementando los recursos asignados al programa también fue incrementando la afiliación de familias al programa.

Se analizó el Catálogo Universal de Servicios de Salud 2011, se confrontaron las causas de muerte con mayor índice de mortalidad contra las enfermedades cubiertas por el CAUSES en el Seguro Popular. En general la mayoría de las principales causas

de mortalidad en el país están cubiertas por el programa, sin embargo los accidentes son el punto débil del Seguro Popular ya que en algunos rangos de edad, sobre todo en niños y jóvenes son las principales causas de muerte y no están cubiertas por el programa.

En el 2011 se realizó una encuesta de satisfacción del programa del Seguro Popular, en general el promedio de satisfacción a nivel nacional es del 97%. Se tiene que trabajar más para mejorar la satisfacción de los usuarios para brindar un servicio de calidad.

En cuanto al desabasto en medicinas en el 2011 alcanzó el 30% a nivel nacional y estados como Hidalgo alcanzaron apenas el 50% de surtido en farmacias; uno de los retos principales del Seguro Popular es abatir este rezago.

6. RECOMENDACIONES

Una situación que casi no se ha tomado en cuenta en los análisis del Seguro Popular son los factores geográfico y demográfico. En las zonas de alta y muy alta marginación las distancias que tienen que trasladarse las familias a las unidades de salud para recibir atención médica son muy grandes; es un factor que se tendría que tener más en cuenta ya que el traslado de las familias a las unidades de salud implica un gasto adicional. Este factor es importante y se debe tener en cuenta en un futuro para la construcción de infraestructura que esté al alcance de estas zonas y que no implique un gasto mayor al traslado de las unidades médicas.

Es posible también mejorar la operación del programa Seguro Popular examinando detalladamente los costos económicos generados en cada centro y unidad de salud afiliado teniendo en cuenta la zona geográfica en la que se ubica de acuerdo a las necesidades de cada unidad médica. Con ello se podría solucionar el problema del desabasto en medicinas ya que se enfocarían en los medicamentos más solicitados en cada unidad médica, y por lo tanto se mejoraría la calidad del servicio que reciben los usuarios.

En cuanto al problema financiero para soportar el programa del Seguro Popular, se debe tener una planeación y se debe buscar que a nivel nacional se generen los recursos para solventar la inversión que implica el Seguro Popular. El punto medular del problema es que seguirán aumentando los afiliados y se debe de contar con la infraestructura necesaria para atender a todos los usuarios. La idea del Seguro Popular es que se convierta en la herramienta para llegar a la cobertura universal de salud, y no a futuro en un problema de finanzas públicas para el país

Con el tema de la afiliación en las zonas de alta y muy alta marginación se deben incorporar campañas que informen a la población sobre el programa del Seguro Popular y estimularlos a la afiliación ya que en el análisis en los municipios con mayor índice de marginación es donde se tiene un rezago importante y en el papel son las personas que más necesitan de este servicio por el nivel de ingreso que manejan estas familias.

Con respecto al nivel de satisfacción del servicio recibido en el Seguro Popular se debe de trabajar para que incremente ese nivel de satisfacción y con ello incremente también el índice de reafiliación al programa. Se debe tener al personal en constante

capacitación para que estén aptos y calificados para brindar un servicio responsable, eficiente y de calidad de acuerdo a los estándares internacionales.

7. FUENTES DE INFORMACION

7.1 BIBLIOGRAFÍA

AGUILAR, Ana Mylena, et al; ***Desperdicio de recursos en el sistema de salud: El caso de la profesión médica y la enfermería***, en Caleidoscopio de la salud, México. pp. 157

BRUGADA MOLINA, Clara (coordinadora), ***Seguro Popular, ideas para el debate***, Grupo parlamentario del PRD, Cámara de Diputados, Congreso de la Unión, LXI Legislatura; OECD (2005), p. 160.

GÓMEZ DANTÉS, Octavio, ***Seguro Popular de salud, sienta perspectivas***, en Salud Pública de México, Vol. 46, Núm. 6, noviembre – diciembre 2004. Pp. 79

LEAL, Gustavo, ***Tres momentos en la política de salud y seguridad social en México, en Papeles de Población***, No. 34, Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco, México, Octubre – Noviembre 2002. Pp. 17

MIRANDA OCAMPO, Raúl. ***Inequidad de los servicios de salud a población abierta en México***, en Salud Pública de México, Octubre – Diciembre de 1993, Vol. 35, No. 6. Pp. 56

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. ***Informe sobre la salud en el Mundo 2000***, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud, Ginebra, Suiza, 2000. pp. 38

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. ***La garantía de prestaciones en salud en América Latina***. Equidad y reorganización de los cuasimercados a inicios del milenio. Chile, 2005. P. 33.

7.2 DOCUMENTOS OFICIALES

Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Indicadores de Resultados, primer semestre año fiscal 2004, julio, 2004.

Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002 (ENED 2002). Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño (DGIE), Secretaría de Salud.

Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2001*, Funciones de Desarrollo Social, Salud, México.

Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2002*, Funciones de Desarrollo Social, Salud, México.

Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2003*, Funciones de Desarrollo Social, Salud, México.

Secretaría de Salud, Dirección General de Protección Financiera en Salud, *Lineamientos generales para el ejercicio de los recursos transferidos a los Estados participantes en el Programa del Seguro Popular de Salud*, Glosario de términos.

Presidencia de la República, *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*, México.

CONAPO, *Índices de marginación 2000*, México 2001.

7.3 LEYES Y REGLAMENTOS

Ley General de Salud

Ley de Coordinación Fiscal

Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, (Vigente al 10 de noviembre de 2004)

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

Reglamento del Seguro de Salud para la Familia

7.4 PÁGINAS ELECTRÓNICAS

<http://evaluacion.salud.gob.mx/ened2002/ENED.htm>

<http://www.dif.gob.mx/dif/interior/dif.html>

<http://www.diputados.gob.mx/inicio.htm>

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

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

<http://www.who.int/es/>

<http://www.seguro-popular.gob.mx/>

<http://www.inegi.org.mx>

<http://www.conapo.gob.mx/>

ANEXO

Cuadro 1

GASTO EN SALUD PER CÁPITA POR CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO POR ENTIDAD FEDERATIVA AL CIERRE DE 2001. (Pesos)

ENTIDAD FEDERATIVA	GASTO EN POBLACIÓN ASEGURADA (Pesos)	VARIACION PORCENTUAL CON RESPECTO AL TOTAL EUM (%)	GASTO EN POBLACION NO ASEGURADA (Pesos)	VARIACION PORCENTUAL CON RESPECTO AL TOTAL EUM (%)	GASTO TOTAL (Pesos)	VARIACION PORCENTUAL CON RESPECTO AL TOTAL EUM (%)
EUM	2732.96	100.00	1120.31	100.00	1851.59	100.00
Aguascalientes	2,394.58	87.62	1,668.71	148.95	2,086.78	112.70
Baja California	2,265.93	82.91	796.01	71.05	1,686.61	91.09
Baja California Sur	3,680.36	134.67	2,208.74	197.15	3,095.75	167.19
Campeche	3,123.47	114.29	1,718.83	153.42	2,323.25	125.47
Coahuila	2,416.24	88.41	1,329.61	118.68	2,122.89	114.65
Colima	2,876.13	105.24	1,943.21	173.45	2,409.12	130.11
Chiapas	1,863.22	68.18	844.69	75.40	1,027.08	55.47
Chihuahua	2,146.77	78.55	1,278.01	114.08	1,816.32	98.10
Distrito Federal	7,046.21	257.82	2,272.13	202.81	4,923.19	265.89
Durango	2,185.41	79.96	1,380.81	123.25	1,797.02	97.05
Guanajuato	2,165.59	79.24	638.45	56.99	1,214.87	65.61
Guerrero	2,337.78	85.54	852.11	76.06	1,194.78	64.53
Hidalgo	2,098.84	76.80	1,039.28	92.77	1,360.71	73.49
Jalisco	2,449.53	89.63	1,101.87	98.35	1,758.55	94.98
México	1,214.73	44.45	744.57	66.46	958.39	51.76
Michoacán	2,071.08	75.78	645.85	57.65	1,051.57	56.79
Morelos	2,570.96	94.07	861.11	76.86	1,498.50	80.93
Nayarit	2,667.93	97.62	1,154.96	103.09	1,759.63	95.03
Nuevo León	2,620.08	95.87	973.58	86.90	2,136.16	115.37
Oaxaca	1,771.51	64.82	886.40	79.12	1,081.65	58.42
Puebla	2,446.05	89.50	608.25	54.29	1,119.57	60.47
Querétaro	1,991.11	72.86	1,029.34	91.88	1,501.90	81.11
Quintana Roo	2,367.18	86.62	1,335.51	119.21	1,849.48	99.89
San Luis Potosí	2,136.78	78.19	866.98	77.39	1,381.98	74.64
Sinaloa	2,234.56	81.76	1,243.94	111.04	1,789.53	96.65
Sonora	2,346.07	85.84	1,633.98	145.85	2,075.01	112.07
Tabasco	3,051.44	111.65	1,810.31	161.59	2,212.44	119.49
Tamaulipas	2,552.85	93.41	1,338.58	119.48	2022.81	109.25
Tlaxcala	2,127.34	77.84	877.18	78.30	1,304.38	70.45
Veracruz	2,914.51	106.64	847.46	75.65	1,546.74	83.54
Yucatán	3,005.49	109.97	1,206.55	107.70	2,081.90	112.44
Zacatecas	2,170.61	79.42	1,027.75	91.74	1,409.73	76.14

FUENTE: <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/estandar.html>

Cuadro 7

RECURSOS FEDERALES ASIGNADOS AL SEGURO POPULAR 2004 – 2010 (Millones de Pesos)

ENTIDAD	2004	TASA DE CRECIMIE NTO 04 - 05 (%)	2005	TASA DE CRECIMIE NTO 05 - 06 (%)	2006	TASA DE CRECIMIE NTO 06 - 07 (%)	2007	TASA DE CRECIMIE NTO 07 - 08 (%)	2008	TASA DE CRECIMIE NTO 08 - 09 (%)	2009	TASA DE CRECIMIE NTO 09 - 10 (%)	2010
Estados Unidos Mexicanos	4,315,300.00	85.13	7,988,700.00	101.54	16,100,100.00	58.04	2,544,390.00	28.46	32,685,600.00	25.37	40,979,104.53	14.80	47,045,560.45
Aguascalientes	91,820.88	188.63	265,022.56	6.06	281,086.85	25.55	352,906.99	-0.10	352,542.35	-10.45	315,697.19	-5.47	298,417.37
Baja California	208,090.05	18.32	246,221.86	24.97	307,696.65	250.07	1,077,151.78	-25.61	801,318.92	38.29	1,108,104.97	-13.18	962,032.61
Baja California Sur	24,743.95	40.41	34,742.90	235.75	116,649.56	-28.05	83,929.10	-17.00	69,659.93	47.82	102,972.39	-1.40	101,530.09
Campeche	69,833.48	59.80	111,597.11	32.31	147,650.21	69.12	249,703.05	50.47	375,726.52	-18.95	304,524.54	-9.34	276,089.52
Coahuila de Zaragoza	44,781.62	688.59	353,145.28	-57.78	149,106.38	33.49	199,044.16	70.34	339,057.88	24.03	420,524.36	4.55	439,645.21
Colima	76,691.88	17.52	90,130.74	415.91	464,997.77	-45.64	252,786.34	-15.58	213,402.99	10.90	236,665.54	-15.57	199,815.72
Chiapas	124,439.63	-54.61	56,482.07	335.91	246,208.74	463.01	1,386,186.54	19.81	1,660,829.54	72.63	2,867,106.95	19.09	3,414,341.94
Chihuahua	N/A	N/A	181,410.52	49.67	271,512.11	125.23	611,532.62	-13.00	532,042.59	40.74	748,778.83	30.71	978,705.06
Distrito Federal	N/A	N/A	88249.41	244.24	303,787.14	128.64	694,574.63	65.77	1,151,411.48	67.31	1,926,477.94	15.22	2,219,613.25
Durango	N/A	N/A	28,504.12	2872.33	847,235.93	-79.13	176,815.22	48.52	262,602.69	16.39	305,644.23	5.47	322,358.52
Guanajuato	172,957.24	160.27	450,147.52	211.05	1,400,181.06	45.44	2,036,363.58	48.44	3,022,691.08	27.27	3,846,896.25	1.85	3,918,081.62
Guerrero	61,828.34	26.43	78,171.42	241.78	267,177.95	125.21	601,722.95	75.54	1,056,283.98	-50.26	525,379.22	300.76	2,105,498.61
Hidalgo	103,971.22	92.60	200,249.54	94.22	388,915.86	51.26	588,270.18	39.98	823,440.30	21.32	999,018.22	-4.02	958,885.52
Jalisco	196,216.16	65.38	324,504.89	197.96	966,909.57	27.30	1,230,859.58	15.77	1,424,952.73	68.84	2,405,886.94	3.46	2,489,082.41
México	201,372.53	138.72	480,722.17	78.72	859,154.41	205.59	2,625,460.57	53.01	4,017,184.57	23.63	4,966,538.38	28.35	6,374,398.64
Michoacán de Ocampo	19,402.20	142.30	47,011.66	450.90	258,988.50	116.56	560,865.11	57.72	884,594.64	88.96	1,671,568.53	20.52	2,014,599.25
Morelos	93,653.50	84.52	172,811.92	113.87	369,586.13	91.46	707,605.38	13.32	801,831.74	-2.48	781,953.91	28.63	1,005,824.66

Nayarit	46,210.96	324.49	196,162.21	8.74	213,298.49	51.00	322,082.75	4.11	335,322.46	9.27	366,411.07	-3.77	352,585.00
Nuevo León	31,931.21	180.46	89,555.38	239.68	304,200.38	-0.93	301,361.00	84.34	555,542.54	2.43	569,023.36	53.37	872,721.26
Oaxaca	180,289.33	72.10	310,272.10	136.97	735,248.51	54.64	1,136,965.79	57.79	1,794,043.36	26.97	2,277,849.46	7.48	2,448,154.74
Puebla	157,474.36	208.53	485,848.86	27.43	619,135.04	152.76	1,564,905.13	42.74	2,233,716.75	25.97	2,813,713.33	11.65	3,141,470.01
Querétaro de Arteaga	5,099.53	710.74	41,343.96	48.53	61,407.38	241.44	209,672.02	118.73	458,612.92	-7.18	425,698.66	8.83	463,299.59
Quintana Roo	26,826.77	55.51	41,717.79	503.46	251,751.62	-45.54	137,111.46	57.57	216,053.05	15.71	249,999.74	20.63	301,571.01
San Luis Potosí	244,879.69	37.72	337,257.51	66.61	561,917.82	26.43	710,456.13	34.20	953,416.54	-14.62	813,990.63	49.61	1,217,790.34
Sinaloa	429,487.23	-2.41	419,153.98	-8.37	384,090.37	88.13	722,599.80	-7.28	669,970.42	2.30	685,365.52	-7.15	636,346.69
Sonora	70,656.60	139.96	169,548.14	422.40	885,712.97	-39.39	536,827.55	9.03	585,301.59	-13.95	503,630.62	1.28	510,084.86
Tabasco	883,577.09	57.26	1389,551.48	38.96	1930,956.77	18.72	2,292,371.01	16.18	2,663,358.97	-32.06	1,809,528.28	4.33	1,887,844.86
Tamaulipas	399,704.93	41.81	566,813.42	-28.80	403,580.73	122.60	898,372.90	10.31	991,035.88	-4.63	945,172.79	32.30	1,250,432.47
Tlaxcala	30,505.21	67.53	51,104.69	837.98	479,350.32	-51.30	233,433.99	67.50	391,010.41	77.76	695,051.26	21.37	843,577.23
Veracruz de Ignacio de la Llave	205,713.08	140.12	493,948.51	150.38	1236,747.85	81.07	2,239,360.89	4.39	2,337,727.57	82.37	4,263,388.90	-6.52	3,985,349.99
Yucatán	14,718.47	352.67	66,626.38	135.09	156,633.29	149.55	390,879.63	-5.49	369,402.53	40.49	518,972.79	12.03	581,417.12
Zacatecas	98,421.89	22.40	120,470.24	14.09	137,439.76	126.81	311,721.87	9.56	341,508.87	48.63	507,569.73	-6.61	473,995.27

FUENTE: Elaboración propia con datos de SINAIS <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

Cuadro 8

RECURSOS ESTATALES ASIGNADOS AL SEGURO POPULAR 2004 – 2010 (Millones de Pesos)

ENTIDAD	2004	TASA DE CRECIMIE ENTO 04 - 05 (%)	2005	TASA DE CRECIM IENTO 05 - 06 (%)	2006	TASA DE CRECIM IENTO 06 - 07 (%)	2007	TASA DE CRECIMIE ENTO 07 - 08 (%)	2008	TASA DE CRECIMIE ENTO 08 - 09 (%)	2009	TASA DE CRECIM IENTO 09 - 10 (%)	2010
Estados Unidos Mexicanos	1,264,505.71	148.32	3,140,064.24	75.55	5,512,436.43	52.29	8,395,020.00	37.42	11,536,340.34	27.64	14,725,460.00	3.28	15,208,800.00
Aguascalientes	38,637.48	171.66	104,961.13	16.12	121,877.46	26.18	153,780.00	7.75	165,695.96	9.49	181,420.00	5.02	190,523.00
Baja California	50,677.87	50.32	76,177.53	-63.30	27,960.63	960.31	296,470.00	15.00	340,927.14	13.71	387,670.00	-14.67	330,789.00
Baja California Sur	12,756.86	38.17	17,625.80	407.16	89,391.70	-44.25	49,840.00	8.05	53,850.56	9.95	59,210.00	3.81	61,467.00
Campeche	32,214.31	89.98	61,201.13	396.27	303,722.23	-64.15	108,880.00	33.16	144,987.57	20.74	175,060.00	4.97	183,765.00
Coahuila de Zaragoza	32,214.31	306.20	130,854.97	-26.00	96,835.07	-8.28	88,820.00	70.46	151,401.86	559.44	998,400.00	-9.24	906,157.00
Colima	12,756.86	155.30	32,568.00	37.05	44,633.31	152.41	112,660.00	7.73	121,367.17	175.90	334,850.00	-16.95	278,095.00
Chiapas	56,849.01	-60.75	22,313.64	329.75	95,893.14	533.48	607,460.00	24.55	756,569.82	-68.34	239,540.00	6.88	256,012.00
Chihuahua	0.00		89,371.80	33.67	119,466.04	51.97	181,550.00	30.73	237,346.66	-43.18	134,860.00	-23.29	103,450.00
Distrito Federal	0.00		30,939.60	21.21	37,502.68	358.39	171,910.00	88.14	323,424.56	66.22	537,600.00	12.93	607,132.00
Durango	0.00		13,026.22	5025.70	667,685.68	-88.42	77,320.00	70.95	132,178.12	32.29	174,860.00	12.49	196,704.00
Guanajuato	53,344.36	417.09	275,839.89	-62.45	103,576.11	614.59	740,140.00	13.69	841,429.26	18.43	996,490.00	8.05	1,076,743.00
Guerrero	13,283.53	137.63	31,565.88	339.74	138,808.15	89.22	262,650.00	71.75	451,096.30	-37.30	282,820.00	4.94	296,789.00
Hidalgo	35,152.96	112.33	74,641.95	200.18	224,060.36	9.65	245,680.00	40.93	346,226.64	37.47	475,960.00	11.28	529,634.00
Jalisco	77,487.37	94.68	150,852.37	169.89	407,131.53	-11.02	362,250.00	53.76	556,998.63	43.71	800,490.00	12.10	897,341.00
México	53,399.79	288.97	207,709.91	-59.00	85,154.62	629.04	620,810.00	49.99	931,165.91	56.51	1457,410.00	-0.58	1,448,901.00
Michoacán de Ocampo	8,077.81	256.81	28,822.03	326.24	122,849.80	65.49	203,310.00	69.82	345,251.37	46.97	507,430.00	6.61	540,956.00
Morelos	21,374.65	159.83	55,537.88	82.84	101,545.41	80.01	182,790.00	34.39	245,658.94	20.35	295,660.00	1.25	299,345.00
Nayarit	15,473.20	362.84	71,615.73	20.22	86,098.58	45.50	125,270.00	34.41	168,374.60	24.21	209,130.00	-35.88	134,098.00

Nuevo León	16,100.50	193.18	47,203.08	344.03	209,596.86	-39.37	127,080.00	86.64	237,175.90	36.81	324,490.00	7.45	3,486,71.00,
Oaxaca	43,608.51	115.03	93,770.76	244.52	323,061.31	35.25	436,930.00	44.49	631,337.17	27.38	804,210.00	25.68	1,010,763.00,
Puebla	45,482.98	321.11	191,533.39	-73.44	50,875.18	847.40	481,990.00	27.03	612,289.87	22.59	750,580.00	7.59	807,561.00,
Querétaro de Arteaga	3,018.53	654.92	22,787.50	48.16	33,761.98	156.92	86,740.00	109.74	181,931.76	31.30	238,870.00	28.47	30,6871.00
Quintana Roo	9,863.10	62.48	16,026.06	1089.4	190,615.61	-69.04	59,020.00	71.64	101,299.43	40.35	142,170.00	28.41	182,560.00
San Luis Potosí	63,413.68	99.31	126,386.64	45.46	183,835.87	49.58	274,980.00	26.67	348,319.49	16.04	404,180.00	5.14	424,970.00
Sinaloa	116,836.99	24.04	144,920.11	5.17	152,405.44	56.79	238,950.00	22.52	292,752.84	19.21	349,000.00	6.07	370,189.00
Sonora	33,779.47	201.10	101,710.19	383.30	491,568.01	-49.93	246,110.00	6.75	262,713.66	9.28	287,090.00	10.45	317,100.00
Tabasco	197,455.91	122.81	439,958.51	-38.40	270,992.81	98.97	539,190.00	8.70	586,081.54	7.00	627,100.00	5.05	658,741.00
Tamaulipas	132,763.48	60.68	213,320.40	-77.83	47,284.79	624.33	342,500.00	29.88	444,837.26	13.79	506,170.00	-20.80	400,897.00
Tlaxcala	10,004.91	172.04	27,217.73	1287.7	377,719.92	-78.02	83,040.00	111.28	175,449.29	47.30	258,440.00	-21.53	202,789.00
Veracruz de Ignacio de la Llave	46,292.96	237.23	156,115.03	-44.13	87,221.90	558.34	574,220.00	55.95	895,511.62	33.77	1197,930.00	3.24	1236,765.00
Yucatán	6,856.34	374.09	32,505.47	180.12	91,054.24	89.58	172,620.00	37.12	236,688.33	25.43	296,870.00	1.50	301,321.00
Zacatecas	25,327.94	101.30	50,983.90	0.00	50,983.90	174.71	140,060.00	54.22	216,001.13	34.03	289,500.00	4.21	301,701.00

FUENTE: Elaboración propia con datos de SINAIS <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos>

Cuadro 9

FAMILIAS BENEFICIADAS POR EL SEGURO POPULAR 2004 – 2010

ENTIDAD	2004	TASA DE CRECIMIE ENTO 04 - 05 (%)	2005	TASA DE CRECIMIE TO 05 - 06 (%)	2006	TASA DE CRECIMIE NTO 06 - 07 (%)	2007	TASA DE CRECIMIE NTO 07 - 08 (%)	2008	TASA DE CRECIMIE NTO 08 - 09 (%)	2009	TASA DE CRECIMIE TO 09 - 10 (%)	2010
Estados Unidos Mexicanos	1,663,572	113.76	3,555,977	43.42	5,100,000	43.28	7,307,173	25.16	9,146,013	14.96	10,514,325	49.90	15,760,805
Aguascalientes	64,234	32.44	85,071	26.17	107,335	6.95	114,796	1.70	116,748	7.98	126,070	11.32	140,341
Baja California	50,000	60.00	80,000	51.01	120,807	90.34	229,946	5.57	242,755	1.70	246,872	42.14	350,898
Baja California Sur	12,674	22.73	15,555	125.47	35,072	4.35	36,597	11.92	40,960	3.87	42,545	41.44	60,177
Campeche	35,000	85.71	65,000	8.69	70,646	35.56	95,769	12.32	107,569	10.89	119,281	25.58	149,795
Coahuila de Zaragoza	60,000	-57.41	25,555	90.46	48,673	89.67	92,320	58.16	146,016	10.92	161,955	39.74	226,324
Colima	9,769	606.10	68,979	14.50	78,979	3.92	82,073	4.23	85,544	5.52	90,270	25.52	113,310
Chiapas	67,479	164.37	178,397	105.91	367,337	32.98	488,502	22.61	598,969	13.81	681,711	55.55	1060,403
Chihuahua	NA	NA	40,000	145.54	98,214	52.69	149,966	36.91	205,316	19.89	246,155	66.13	408,934
Distrito Federal	NA	NA	65,000	53.85	100,000	70.85	170,846	65.59	282,901	47.70	417,834	73.05	723,066
Durango	NA	NA	20,000	114.19	42,838	99.10	85,291	17.35	100,091	22.02	122,133	54.78	189,035
Guanajuato	119,888	228.67	394,031	27.96	504,209	12.77	568,573	9.10	620,299	9.14	676,987	29.74	878,324
Guerrero	12,000	339.57	52,748	156.22	135,150	106.89	279,618	26.99	355,086	0.49	356,840	77.09	631,935
Hidalgo	43,838	98.04	86,815	63.41	141,861	46.40	207,678	35.02	280,399	19.73	335,729	43.00	480,108
Jalisco	94,825	62.18	153,783	31.09	201,592	58.10	318,726	47.78	471,002	22.69	577,856	23.71	714,850
México	78,425	245.52	270,975	42.26	385,486	37.36	529,518	56.93	830,986	28.70	1069,509	97.80	2115,527
Michoacán de Ocampo	10,000	399.74	49,974	90.03	94,967	123.19	211,961	34.29	284,638	35.58	385,906	44.66	558,252
Morelos	24,997	233.58	83,384	27.01	105,902	55.60	164,786	16.41	191,825	13.79	218,286	35.08	294,856
Nayarit	34,974	114.37	74,974	2.26	76,668	45.80	111,783	16.53	130,256	7.60	140,160	52.00	213,046

Nuevo León	26,000	124.82	58,453	25.24	73,204	98.28	145,151	35.25	196,323	13.94	223,682	57.98	353,369
Oaxaca	52,530	118.98	115,030	141.72	278,053	39.03	386,585	27.40	492,503	14.25	562,692	31.68	740,970
Puebla	112,912	91.88	216,651	37.03	296,869	31.38	390,029	22.98	479,667	11.32	533,985	46.54	782,510
Querétaro de Arteaga	9,749	234.03	32,565	51.39	49,299	127.66	112,235	30.66	146,642	11.43	163,407	54.09	251,794
Quintana Roo	7,976	172.03	21,697	54.69	33,564	84.17	61,816	30.77	80,837	34.45	108,683	82.96	198,847
San Luis Potosí	52,211	158.50	134,964	21.40	163,843	41.47	231,794	9.76	254,421	10.95	282,282	47.68	416,882
Sinaloa	95,000	33.41	126,740	28.63	163,022	14.90	187,317	18.45	221,875	9.70	243,386	43.05	348,173
Sonora	29,038	238.07	98,169	66.79	163,737	28.05	209,672	-2.57	204,280	-8.76	186,385	45.35	270,919
Tabasco	187,726	94.68	365,464	2.74	375,464	9.98	412,942	0.45	414,797	7.50	445,920	16.45	519,253
Tamaulipas	150,000	26.67	190,000	15.48	219,407	34.35	294,772	10.52	325,792	3.06	335,759	34.51	451,640
Tlaxcala	16,855	88.77	31,817	37.47	43,738	132.43	101,661	59.85	162,506	10.24	179,147	46.05	261,638
Veracruz de Ignacio de la Llave	73,836	219.39	235,824	45.81	343,861	57.09	540,183	33.25	719,806	15.86	833,966	60.43	1,337,960
Yucatán	10,000	445.37	54,537	85.39	101,106	52.41	154,099	15.19	177,509	13.85	202,097	35.47	273,781
Zacatecas	21,636	194.99	63,825	23.93	79,097	77.21	140,168	26.77	177,695	10.77	196,835	23.90	243,888

FUENTE: Elaboración propia con datos de SINAIS <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

Cuadro 10

NÚMERO DE PERSONAS AFILIADAS AL SEGURO POPULAR 2004 – 2010

ENTIDAD	2004	TASA DE CRECIMIE ENTO 04 - 05 (%)	2005	TASA DE CRECIMIE NTO 05 - 06 (%)	2006	TASA DE CRECIMIE NTO 06 - 07 (%)	2007	TASA DE CRECIMIE NTO 07 - 08 (%)	2008	TASA DE CRECIMIE NTO 08 - 09 (%)	2009	TASA DE CRECIMIE NTO 09 - 10 (%)	2010
Estados Unidos Mexicanos	5,318,289	114.45	11,404,861	37.42	15,672,374	39.32	21,834,619	24.43	27,167,787	14.60	31,132,949	39.78	43,518,719
Aguascalientes	228,353	22.70	280,192	14.72	321,447	4.57	336,132	9.87	369,308	6.35	392,765	6.16	416,961
Baja California	148,107	46.03	216,283	41.13	305,248	76.12	537,602	8.14	581,370	2.33	594,928	34.01	797,261
Baja California Sur	39,989	21.64	48,641	108.78	101,553	4.43	106,053	12.88	119,709	2.76	123,015	33.46	164,181
Campeche	105,427	96.26	206,906	4.92	217,096	34.11	291,158	12.61	327,861	10.63	362,705	14.78	416,328
Coahuila de Zaragoza	29,867	152.74	75,487	106.82	156,125	83.40	286,327	46.01	418,077	12.26	469,323	34.24	630,000
Colima	185,691	2.50	190,338	8.14	205,838	0.63	207,140	9.74	227,308	3.22	234,625	17.42	275,487
Chiapas	203,331	173.12	555,331	89.81	1,054,081	35.21	1,425,262	23.22	1,756,234	17.85	2,069,736	44.84	2,997,900
Chihuahua	NA	NA	133,802	114.23	286,644	48.72	426,301	30.73	557,314	19.38	665,328	55.27	1,033,038
Distrito Federal	NA	NA	209,056	51.92	317,608	64.39	522,108	48.11	773,288	43.34	1,108,461	57.37	1,744,419
Durango	NA	NA	65,168	116.74	141,244	90.13	268,543	18.23	317,493	20.66	383,101	40.59	538,607
Guanajuato	408,101	203.79	1,239,768	23.84	1,535,359	11.46	1,711,300	10.61	1,892,816	9.89	2,080,049	23.12	2,560,975
Guerrero	37,504	371.60	176,869	254.86	627,635	62.79	1,021,709	5.08	1,073,577	6.77	1,146,246	72.20	1,973,798
Hidalgo	152,525	88.93	288,170	61.30	464,805	46.16	679,347	35.69	921,839	16.32	1,072,325	30.89	1,403,601
Jalisco	339,193	52.24	516,398	22.84	634,346	54.65	981,036	48.33	1,455,133	17.55	1,710,472	15.04	1,967,804
México	307,325	201.44	926,409	36.80	1,267,317	40.51	1,780,727	52.61	2,717,544	24.05	3371,043	72.85	5,826,998
Michoacán de Ocampo	40,131	335.76	174,876	77.59	310,566	128.70	710,266	32.06	937,955	31.28	1231,370	33.80	1,647,610
Morelos	83,877	212.73	262,305	21.54	318,816	50.65	480,289	12.49	540,258	11.70	603,442	29.37	780,672
Nayarit	106,012	114.55	227,446	-3.98	218,386	45.93	318,696	16.09	369,960	8.05	399,759	37.58	550,000

Nuevo León	93,360	101.45	188,077	26.18	237,311	61.03	382,140	35.75	518,765	17.81	611,148	54.88	946,529
Oaxaca	155,249	112.07	329,233	113.98	704,487	36.61	962,426	34.14	1,290,997	19.86	1,547,336	33.78	2,069,971
Puebla	452,949	77.17	802,485	24.77	1,001,267	22.27	1,224,245	18.69	1,453,058	-57.94	611,148	54.88	946,529
Querétaro de Arteaga	42,916	214.51	134,975	41.93	191,564	92.99	369,702	27.14	470,055	9.76	515,916	37.86	711,236
Quintana Roo	30,371	144.96	74,397	50.28	111,801	73.24	193,689	29.43	250,690	25.94	315,719	61.26	509,134
San Luis Potosí	202,921	122.19	450,871	9.65	494,378	37.23	678,423	12.62	764,040	12.76	861,518	40.61	1,211,402
Sinaloa	345,559	31.75	455,273	21.35	552,485	13.60	627,637	15.36	724,060	6.37	770,155	30.88	1,007,979
Sonora	93,552	190.26	271,547	60.89	436,886	20.52	526,551	1.95	536,823	-4.78	511,152	34.93	689,720
Tabasco	586,022	82.12	1,067,273	-1.32	1,053,229	9.59	1,154,195	3.29	1,192,112	5.61	1,259,003	9.75	1,381,712
Tamaulipas	476,098	22.58	583,618	12.01	653,719	30.46	852,841	11.75	953,063	3.21	983,673	24.05	1,220,269
Tlaxcala	62,821	68.09	105,598	28.05	135,216	127.09	307,068	60.49	492,819	8.17	533,082	36.09	725,497
Veracruz de Ignacio de la Llave	252,729	196.89	750,329	37.86	1,034,438	49.89	1,550,518	32.65	2,056,838	16.33	2,392,627	51.30	3,620,147
Yucatán	40,178	369.58	188,666	73.05	326,493	45.28	474,338	15.83	549,439	12.49	618,059	26.75	783,368
Zacatecas	68,131	206.87	209,074	21.96	254,986	72.89	440,850	26.57	557,984	11.64	622,934	16.79	727,543

FUENTE: Elaboración propia con datos de SINAIS <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

Cuadro 11

NÚMERO DE PERSONAS AFILIADAS AL SEGURO POPULAR EN LOS CINCUENTA MUNICIPIOS CON MENOR ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO 2008 - 2010

ESTADO	MUNICIPIO	AFILIADOS 2008	TASA DE CRECIMIENTO 08 - 09 (%)	AFILIADOS 2009	TASA DE CRECIMIENTO 09 - 10 (%)	AFILIADOS 2010	POBLACIÓN TOTAL 2010	AFILIADOS ISSSTE E IMSS	POBLACIÓN SIN NINGÚN TIPO DE AFILIACIÓN	POBLACIÓN SIN NINGÚN TIPO DE AFILIACIÓN (%)
Guerrero	Cochoapa El Grande	3,673	89.84	6,973	45.25	10,128	18,778	221	8,429	44.89
Guerrero	Metlatónoc	13,454	-51.26	6,558	77.33	11,629	18,976	245	7,102	37.43
Oaxaca	Coicoyán de las Flores	6,019	-13.61	5,200	13.92	5,924	8,531	1,513	1,094	12.82
Veracruz	Tehuipango	18,079	2.36	18,505	12.28	20,778	23,479	295	2,406	10.25
Veracruz	Mixtla de Altamirano	7,392	2.33	7,564	11.13	8,406	10,387	54	1,927	18.55
Oaxaca	San Simón Zahuatlán	1,723	11.03	1,913	52.22	2,912	3,833	502	419	10.93
Chiapas	Sitalá	6,924	-13.72	5,974	13.59	6,786	12,269	2,540	2,943	23.99
Oaxaca	Santa Lucía Miahuatlán	1,273	15.16	1,466	108.32	3,054	3,356	183	119	3.55
Chiapas	Santiago el Pinar	1,781	9.83	1,956	19.99	2,347	3,245	94	804	24.78
Oaxaca	Santa María la Asunción	1,305	-8.35	1,196	77.93	2,128	3,252	358	766	23.55
Chiapas	Aldama	2,622	5.91	2,777	42.85	3,967	5,072	84	1,021	20.13
Oaxaca	Santiago Ixtayutla	5,602	62.01	9,076	21.26	11,006	11,917	908	3	0.03
Chiapas	Chalchihuitán	8,140	5.98	8,627	20.57	10,402	14,027	1,671	1,954	13.93
Oaxaca	Huautepec	4,598	-7.72	4,243	8.30	4,595	5,995	276	1,124	18.75
Oaxaca	Santo Domingo Tepuxtepec	1,659	11.51	1,850	84.43	3,412	5,194	1,228	554	10.67
Chiapas	Mitontic	5,702	5.02	5,988	17.70	7,048	11,157	1,924	2,185	19.58
Oaxaca	Santiago Amoltepec	9,081	-4.10	8,709	12.72	9,817	12,313	1,295	1,201	9.75
Chiapas	Chamula	36,068	16.42	41,990	32.75	55,742	76,941	2,387	18,812	24.45
Oaxaca	Santa María Temascaltepec	1,877	15.40	2,166	18.98	2,577	2,595	18	0	0.00

Nayarit	Del Nayar	22,121	6.16	23,483	15.61	27,148	34,300	5,918	1,234	3.60
Guerrero	Xochistlahuaca	20,297	-2.63	19,764	24.74	24,653	28,089	856	2,580	9.19
Guerrero	Atlixac	17,185	-45.07	9,439	94.06	18,317	26,341	152	7,872	29.88
Chiapas	San Juan Cancuc	14,730	-5.11	13,977	49.47	20,891	29,016	179	7,946	27.38
Veracruz	Astacinga	5,423	0.20	5,434	-1.05	5,377	5,995	618	0	0.00
Oaxaca	San Miguel Santa Flor	,383	83.29	702	8.97	765	801	31	5	0.62
Guerrero	Copanatoyac	12,725	-19.98	10,182	35.98	13,845	18,855	224	4,786	25.38
Veracruz	Texcatepec	2,642	29.03	3,409	94.13	6,618	10,627	1,112	2,897	27.26
Guerrero	Alcozauca de Guerrero	16,359	-29.26	11,573	55.83	18,034	18,971	420	517	2.73
Guerrero	Tlacoachistlahuaca	8,926	-19.47	7,188	66.83	11,992	21,306	1849	7,465	35.04
Oaxaca	San Lorenzo Texmelucan	5,971	3.08	6,155	13.50	6,986	7,048	62	0	0.00
Oaxaca	Eloxochitlán de Flores Magón	2,390	4.85	2,506	45.29	3,641	4,263	498	124	2.91
Oaxaca	San José Tenango	10,078	17.79	11,871	-12.75	10,358	18,478	4,968	3,152	17.06
Guerrero	Xalpatláhuac	11,025	-18.72	8,961	32.67	11,889	12,240	128	223	1.82
Veracruz	Atlahuilco	8,312	2.37	8,509	7.03	9,107	9,824	330	387	3.94
Puebla	Eloxochitlán	6,398	15.85	7,412	28.13	9,497	12,575	249	2,829	22.50
Oaxaca	Santos Reyes Yucuná	,639	44.44	923	28.71	1,188	1,332	2	144	10.81
Puebla	Hueytlalpan	1,567	98.28	3,107	27.49	3,961	5,734	705	1,068	18.63
Oaxaca	Santa María Tepantlali	1,829	3.17	1,887	20.83	2,280	3,505	39	1,186	33.84
Veracruz	Ilamatlán	3,763	0.74	3,791	169.22	10,206	13,575	646	2,723	20.06
Oaxaca	San Martín Itunyoso	1,266	-16.03	1,063	36.78	1,454	2,460	95	911	37.03
Guerrero	Acatepec	18,923	-22.74	14,620	47.10	21,506	32,792	213	11,073	33.77
Oaxaca	Santo Domingo de Morelos	6,357	19.02	7,566	6.29	8,042	10,547	487	2,018	19.13
Oaxaca	Santa Cruz Zenzontepec	15,675	-7.29	14,533	13.63	16,514	17,897	1,383	0	0.00
Durango	Mezquital	25,967	-5.11	24,640	14.35	28,177	33,396	2,918	2,301	6.89
Chiapas	Chanal	6,725	15.57	7,772	22.53	9,523	10,817	498	796	7.36
Chiapas	Chenelhó	19,574	17.32	22,964	21.85	27,981	36,111	3,826	4,304	11.92
Chiapas	Zinacantán	21,828	5.38	23,002	26.03	28,989	36,489	1,049	6,451	17.68

Oaxaca	San Andres Paxtlán	2,315	2.07	2,363	52.98	3,615	3,990	372	3	0.08
Oaxaca	Santa Ana Ateixtlahuaca	165	10.91	183	69.95	311	550	239	0	0.00
Oaxaca	San Pedro Ocopetatlillo	813	-14.15	698	10.03	768	884	37	79	8.94

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=76&Itemid=106 y <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>

Cuadro 12

PORCENTAJE DE FAMILIAS POR DECIL DE INGRESO AFILIADAS AL SEGURO POPULAR 2007 - 2010

	2007				2008				2009				2010			
	DECIL I (%)	DECIL II (%)	DECIL III (%)	DECIL IV A X (%)	DECIL I (%)	DECIL II (%)	DECIL III (%)	DECIL IV A X (%)	DECIL I (%)	DECIL II (%)	DECIL III (%)	DECIL IV A X (%)	DECIL I (%)	DECIL II (%)	DECIL III (%)	DECIL IV A X (%)
Estados Unidos Mexicanos	70.6	26.3	2.2	1.0	74.1	22.8	2.0	1.2	72.9	23.8	2.2	1.6	77.2	18.9	2.5	1.4
Aguascalientes	42.9	48.0	8.8	0.3	55.1	40.7	3.5	0.7	54.2	40.9	3.6	1.3	60.4	32.0	5.7	1.9
Baja California	64.6	32.1	3.0	0.2	64.9	30.7	3.1	1.4	62.7	28.8	4.6	3.9	71.5	20.9	4.4	3.2
Baja California Sur	59.2	26.1	10.8	3.9	51.0	27.1	14.2	7.7	46.4	27.2	14.4	11.9	49.0	24.8	14.6	11.6
Campeche	68.7	30.3	0.9	0.2	71.3	27.3	1.0	0.3	70.0	28.1	1.2	0.7	77.0	20.9	1.4	0.7
Coahuila de Zaragoza	65.9	31.6	2.1	0.5	66.0	31.0	2.4	0.5	65.1	32.4	2.0	0.5	73.2	24.6	1.8	0.4
Colima	48.7	44.9	5.7	0.7	50.8	41.3	6.8	1.1	56.6	37.2	5.2	0.9	66.3	28.2	4.6	0.9
Chiapas	84.2	15.7	0.0	0.0	87.4	12.4	0.1	0.1	88.0	11.8	0.1	0.0	91.3	8.5	0.2	0.0
Chihuahua	61.0	36.4	2.2	0.4	60.9	36.1	2.7	0.3	63.6	33.8	2.4	0.2	74.4	23.5	2.0	0.1
Distrito Federal	92.9	7.1	0.0	0.0	89.0	11.0	0.0	0.0	88.0	12.0	0.0	0.0	92.3	7.7	0.0	0.0
Durango	65.3	31.9	2.4	0.4	67.5	29.5	2.5	0.4	63.9	32.2	3.1	0.7	68.7	27.8	2.9	0.6
Guanajuato	62.5	35.4	2.0	0.1	74.2	24.7	0.9	0.2	72.6	25.6	1.3	0.5	74.2	22.5	2.4	0.9
Guerrero	90.8	8.0	1.1	0.1	88.5	10.5	0.8	0.2	84.1	14.3	1.0	0.6	88.7	10.3	0.8	0.2
Hidalgo	80.0	19.9	0.1	0.0	82.0	17.8	0.2	0.1	77.3	22.0	0.4	0.3	80.4	18.7	0.6	0.3
Jalisco	57.7	35.7	5.7	0.9	62.1	30.6	5.5	1.8	56.4	34.1	6.4	3.0	60.1	28.7	7.7	3.5
México	77.0	22.7	0.2	0.0	80.9	18.6	0.4	0.1	76.9	22.5	0.5	0.2	79.3	20.2	0.4	0.1
Michoacán de Ocampo	81.4	18.4	0.2	0.0	83.0	15.7	0.9	0.4	78.9	19.7	0.9	0.5	83.4	15.0	1.1	0.5
Morelos	75.8	23.9	0.3	0.0	81.7	17.9	0.3	0.1	80.6	18.7	0.5	0.2	85.1	13.8	0.8	0.3
Nayarit	60.5	37.3	2.1	0.1	65.8	32.1	1.8	0.3	64.1	33.3	2.2	0.4	71.9	25.0	2.6	0.5
Nuevo León	62.4	36.0	1.4	0.2	64.0	33.1	2.1	0.9	60.2	33.8	3.9	2.1	55.6	33.3	8.0	3.1
Oaxaca	85.9	14.1	0.0	0.0	86.7	13.3	0.0	0.0	89.2	10.6	0.1	0.1	92.1	7.6	0.2	0.1

Puebla	76.7	22.7	0.6	0.0	75.1	23.5	1.2	0.2	70.8	27.0	1.5	0.7	75.7	22.0	1.6	0.7
Querétaro de Arteaga	73.1	23.1	3.3	0.4	66.0	28.9	3.9	1.3	62.3	30.1	4.1	3.5	69.9	23.9	3.6	2.6
Quintana Roo	72.4	25.6	1.7	0.3	70.7	25.8	2.1	1.4	66.5	27.3	2.9	3.3	70.9	18.4	8.7	2.0
San Luis Potosí	69.5	29.7	0.8	0.1	73.3	24.3	1.4	0.9	68.9	26.2	2.5	2.4	70.7	22.3	4.2	2.8
Sinaloa	64.9	26.8	5.6	2.7	62.0	27.4	6.3	4.3	79.9	27.6	7.0	6.4	63.7	23.4	7.0	5.9
Sonora	57.9	36.1	5.7	0.4	60.1	32.2	6.4	1.3	54.8	33.7	7.7	3.9	57.4	30.3	8.8	3.5
Tabasco	39.2	35.9	11.8	13.0	41.1	35.0	9.7	14.2	41.6	32.9	11.0	14.6	44.8	25.4	12.7	17.1
Tamaulipas	70.9	28.7	0.4	0.0	75.6	23.9	0.5	0.0	76.9	21.9	1.1	0.2	85.5	13.4	0.9	0.2
Tlaxcala	72.0	27.9	0.1	0.0	79.4	20.6	0.1	0.0	80.0	20.0	0.0	0.0	85.3	14.2	0.4	0.1
Veracruz de Ignacio de la Llave	76.4	23.5	0.1	0.0	81.0	18.7	0.2	0.1	79.2	20.2	0.4	0.1	83.2	16.3	0.4	0.1
Yucatán	79.0	20.8	0.2	0.0	80.3	19.3	0.3	0.1	77.1	22.1	0.7	0.1	82.8	16.0	1.0	0.2
Zacatecas	63.6	32.7	3.5	0.3	65.3	31.1	3.2	0.5	66.0	30.6	2.7	0.7	63.8	30.5	4.5	1.2

FUENTE: Elaboración propia con datos de SINAIS <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

Cuadro 13

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS DEFUNCIONES POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO SEGÚN PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MÉXICO 2010

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN HOMBRES		CUBI ERT O SPS	PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN HOMBRES		CUBI ERT O SPS
Infantil (menores de 1 año)	100%		Infantil (menores de 1 año)	100%	
Trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del periodo perinatal	29.80%	Sí	Trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del periodo perinatal	28.30%	Sí
Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	10.60%	Sí	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	10.60%	Sí
Infecciones específicas del periodo perinatal	8.50%	Sí	Infecciones específicas del periodo perinatal	8.30%	Sí
Las demás causas	51.10%		Las demás causas	52.90%	
Preescolar (1 a 4 años)	100%		Preescolar (1 a 4 años)	100.00%	
Otras causas externas de traumatismos accidentales	17.90%	No	Otras causas externas de traumatismos accidentales	14.20%	No
Accidentes de transporte	9.10%	No	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	8.70%	Sí
Enfermedades infecciosas intestinales	8.00%	Sí	Enfermedades infecciosas intestinales	7.90%	Sí
Las demás causas	65.00%		Las demás causas	69.20%	
Escolar (5 a 14 años)	100%		Escolar (5 a 14 años)	100.00%	
Otras causas externas de traumatismos accidentales	20.50%	No	Tumores (neoplasias) malignos	17.10%	Sí
Accidentes de transporte	15.10%	No	Otras causas externas de traumatismos accidentales	13.40%	No
Tumores (neoplasias) malignos	14.80%	Sí	Accidentes de transporte	10.70%	No
Las demás causas	49.60%		Las demás causas	58.80%	
Jóvenes (15 a 29 años)	100%		Jóvenes (15 a 29 años)	100%	
Otras causas externas de traumatismos accidentales	20.30%	No	Accidentes de transporte	12.10%	No
Accidentes de transporte	20.10%	No	Tumores (neoplasias) malignos	11.90%	No
Agresiones	12.40%	No	Otras causas externas de traumatismos accidentales	9.50%	No
Las demás causas	47.20%		Las demás causas	66.50%	
Adultos (30 a 59 años)	100%		Adultos (30 a 59 años)	100%	
Enfermedades del hígado	15.20%	Sí	Tumores (neoplasias) malignos	25.90%	Sí
Diabetes mellitus	12.50%	Sí	Diabetes mellitus	18.10%	Sí
Tumores (neoplasias) malignos	9.10%	Sí	Enfermedades del hígado	6.00%	Sí
Las demás causas	63.20%		Las demás causas	49.90%	
Adultos mayores (60 años y más)	100.00%		Adultos mayores (60 años y más)	100.00%	
Enfermedades isquémicas del corazón	15.20%	Sí	Diabetes mellitus	18.30%	Sí
Diabetes mellitus	14.60%	Sí	Enfermedades isquémicas del corazón	13.90%	Sí
Tumores (neoplasias) malignos	14.00%	Sí	Tumores (neoplasias) malignos	12.70%	Sí
Las demás causas	56.20%		Las demás causas	55.10%	

FUENTE: Elaboración propia con datos tomados de <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>