

Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

Análisis de Política Pública:  
El Seguro Popular

Tesis

Daniela Puente Mayagoitia

**Asesora de tesis:** Mtra. Claudia Bodek Stavenhagen

México, Distrito Federal, Abril 2013.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

# Agradecimientos

---



# Contenido

---

<b>Introducción</b>	<b>7</b>
<b>Capítulo 1: Sobre la Política Pública</b>	<b>11</b>
<b>Capítulo 2: Antecedentes del Seguro Popular</b>	<b>17</b>
a. Antecedentes del Sistema Nacional de Salud en México	
b. Antecedentes que le dieron origen al Sistema de Protección Social en Salud	
c. Implementación del Programa “Seguro Popular de Salud”	
<b>Capítulo 3: Sistema de Protección Social en Salud</b>	<b>37</b>
a. Fundamento Jurídico del Sistema de Protección Social en Salud	
b. Objetivos Institucionales del Sistema de Protección Social en Salud	
c. Diseño Institucional del Sistema de Protección Social en Salud	
d. Afiliación al Sistema de Protección Social en Salud	
e. Instrumentos de operación del Sistema de Protección Social en Salud	
• Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)	
• Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC)	
• Programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG)	
• Estrategia Embarazo Saludable (EES)	
• Componente de Salud, del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (Oportunidades)	
• Programa Nacional de Cirugía Extramuros (PNCE)	
• Sistema Nominal de Salud (SINOS)	
• Fondo de Previsión Presupuestal (FPP)	
f. Mecanismos de Financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud	
• Origen de los recursos Sistema de Protección Social en Salud	
• Aplicación de los recursos Sistema de Protección Social en Salud	
g. Resultados de la operación del Sistema de Protección Social en Salud al 2012	

<b>Capítulo 4: Análisis de Política Pública, Caso del Seguro Popular</b>	<b>72</b>
a. Cobertura en salud de la población Mexicana	
b. Salud Pública	
c. Daños a la salud	
d. Infraestructura, uso de servicios y recursos humanos	
e. Indicadores Financieros	
f. Programas Preventivos	
<b>Conclusiones</b>	<b>126</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>134</b>
<b>Anexos</b>	
1. Catálogo Universal de Servicios de Salud 2012	145
2. Enfermedades del FPGC con sus intervenciones	150
3. Número de prestadores de servicio del FPGC por Entidad Federativa	151
4. Enfermedades e intervenciones asociadas a gastos catastróficos	152
<b>Acrónimos</b>	<b>156</b>

# INTRODUCCIÓN

*“La salud es ámbito predilecto de la sociedad igualitaria. Poca importancia tiene la disminución de otras desigualdades sociales, sino se manifiesta en una vida sana y de mejor calidad”*

Guillermo Soberón Acevedo

De 1990 a la fecha, se observa un crecimiento sostenido en el gasto federal en salud destinado a la población abierta, el mayor porcentaje del presupuesto se ejerce en la población que cuenta con seguridad social<sup>1</sup>, no obstante, de 2006 al 2011 se ha disminuido la diferencia entre el gasto destinado a esta población y la abierta; en 2006, el 39.8% del presupuesto se ejercía en la población abierta, mientras que en 2011 aumentó a 45.6%.

## Presupuesto ejercido por las instituciones públicas de salud total, como porcentaje del PIB y por derechohabencia, 2006-2011

Año	Gasto en Salud como porcentaje del PIB	Total <sup>1/</sup>	Seguridad Social (% del total)	Población abierta (% del total)
2006	2.67	265,876.7	60.2	39.8
2007	2.73	296,165.6	58.9	41.1
2008	2.82	333,417.3	55.2	44.8
2009	3.24	367,898.3	54.6	45.4
2010	3.24	404,404.3	55.4	44.6
2011	3.40	448,098.7	54.4	45.6

1/ El Gasto Público Total en Salud = Gasto Público en Salud para la Población con Seguridad Social + Gasto Público en Salud para la Población sin Seguridad Social.

Fuente: SS, DGPOP, Cuenta de la Hacienda Pública Federal para los años 2006-2011 y para 2012 Presupuesto de Egresos de la Federación.

El crecimiento específico del presupuesto autorizado para las Instituciones Públicas de Salud para la población abierta se contempla en la Secretaría de Salud, dicho crecimiento de 2006 al 2012 ha sido de 116%, mientras que el crecimiento de Instituciones que concentran la mayor parte de la Seguridad Social en México ha sido inferior en un 66% para el IMSS y 77% para el ISSSTE.

1 Por seguridad social no referiremos a las siguientes instituciones: Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Secretaría de la Marina (SEMAR).

**Presupuesto autorizado a las instituciones públicas de salud, 2006-2012**

(Monto en millones de pesos)

Institución	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Crecimiento
<b>Nacional</b>	<b>236,286</b>	<b>268,861</b>	<b>305,091</b>	<b>349,322</b>	<b>368,381</b>	<b>406,493</b>	<b>435,491</b>	<b>84%</b>
Secretaría de Salud <sup>1/</sup>	81,336	97,156	113,422	133,654	142,993	161,013	175,431	<b>116%</b>
Ramo 12 "salud" <sup>2/</sup>	42,356	55,583	69,426	85,037	89,893	105,314	113,480	<b>168%</b>
Ramo "33" FASSA	38,981	41,573	43,995	48,618	53,100	55,699	61,951	<b>59%</b>
IMSS-Oportunidades <sup>3/</sup>	5,513	5,513	6,000	7,500	7,300	8,000	8,500	<b>54%</b>
IMSS	113,193	127,610	142,793	159,791	162,845	176,365	187,527	<b>66%</b>
ISSSTE	25,121	26,426	29,105	33,674	38,622	43,251	44,498	<b>77%</b>
PEMEX	8,322	9,134	9,825	10,569	11,369	12,229	13,158	<b>58%</b>
SEDENA	2,280	2,305	3,124	3,632	4,219	4,418	4,982	<b>119%</b>
SEMAR	521	718	823	501	1,034	1,217	1,395	<b>168%</b>

1/ Incluye el presupuesto de Ramo 12 y de FASSA del Ramo 33.

2/ Incluye el presupuesto del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

Nota: En las instituciones de seguridad social se incluye el presupuesto autorizado para la función salud (No incluye seguridad social).

Fuente: SS, DGPOP, Presupuestos de Egresos de la Federación para los años que se indican.

Dichas cifras nos dan como resultado un crecimiento importante en el Gasto Federal en Salud, el incremento del gasto que se otorga a la población abierta habla de la importancia que se le ha dado en los últimos tiempos a la cobertura universal<sup>2</sup>. Cuando nos referimos a la Población Abierta estamos enfocándonos en la población sin seguridad social o no asegurada por alguna de las Instituciones Públicas de Seguridad Social<sup>3</sup>. El crecimiento de los recursos de la población abierta se da a partir de la Implementación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), en este sentido, el incremento de los recursos está dirigido a la bolsa financiera del SPSS y dicha Institución está enfocada la cobertura universal mediante la afiliación de la población abierta, es por ello la importancia de dirigir la presente investigación al análisis de dicha Política Pública.

En el presente documento se analizará la implementación y sus resultados de la Política Pública en Salud más ambiciosa que se ha llevado a cabo en México. Se trata del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), mejor conocido como Seguro Popular. A través del

<sup>2</sup> Cobertura Universal implica la afiliación voluntaria al Seguro Popular de todos los mexicanos que, por su condición laboral, no cuentan con seguridad social en salud. "De forma concertada con las entidades federativas, la proyección de afiliación se definió en 51.3 millones de personas para llegar a la cobertura universal voluntaria (CUV). El avance a junio del 2011 es de 48.5 millones de afiliados, dada la capacidad operativa de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. Cabe señalar que estas proyecciones para la CUV se revisaron de acuerdo a los resultados del Censo de Población y Vivienda 2010 del INEGI, la disponibilidad presupuestal y en las estimaciones sobre la población susceptible de afiliarse al Sistema." Fuente: Informe de Resultados del SPSS enero – Junio 2011. Pág. 20.

<sup>3</sup> Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Secretaría de la Marina (SEMAR)

documento se revisaran los antecedentes del SPSS, para delimitar el fundamento de la implementación de esta política, así como las características del SPSS y sus resultados.

La investigación se desarrollará desde la perspectiva del Ciclo de las Políticas Públicas a través de un ordenamiento lógico de procesos para poder visualizar una realidad en constante movimiento, y con ello dar cuenta del desarrollo del SPSS y su impacto en el acceso a los servicios de Salud de la población mexicana.

Aguilar Villanueva dice “El ciclo es propiamente un dispositivo analítico, intelectualmente construido, para fines de modelación, ordenamiento, explicación y prescripción de una política. Como tal pertenece a un orden lógico más que al cronológico, por lo que no entiende ser la representación descriptiva de una secuencia de tiempos y sucesos que efectivamente suceden uno tras otro”<sup>4</sup>. En este sentido, el análisis a través del ciclo de las Políticas Públicas nos permitirá comprender el proceso de implementación de las mismas, abarcando el contexto de la formulación de las políticas, la implementación y su puesta en marcha, para comprender a las políticas mediante el análisis de sus elementos.

Se plantean dos tipos de análisis del SPSS, el primero es un análisis de las características de la Política Pública, si cumplió los objetivos planteados desde su implementación, así como, si ha mostrado avances y resultados significativos. El segundo análisis será externo, la comparación del SPSS en todo el Sistema Nacional de Salud, para poder analizar si ha existido un impacto real en toda la población mexicana.

Los objetivos que se plantearon conforme al Ciclo de las Políticas Públicas son los siguientes:

- Planteamiento conceptual y analítico sobre las Políticas Publicas (Capítulo 1)
- Descripción del contexto social que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud (Capítulo 2), se planteará los elementos por los cuales se pensó en la necesidad de una Política Pública en Salud, así como el diseño de la Política Pública y su implementación.
- Descripción del Sistema de Protección Social en Salud (Capítulo 3), en donde se desglosarán los elementos e instrumentos con los que el sistema opera desembocando en los resultados globales del SPSS.
- Presentar y analizar los resultados del Sistema de Protección Social en Salud al 2012. (Capítulo 4). Los resultados presentados se basaron en cada instrumento de operación con que cuenta el SPSS, además los resultados se pudieron obtener al mes de junio 2012.

Dichos objetivos de análisis fueron bajo la consideración de que para el año 2000, más del 50% de la población se encontraba fuera de la cobertura de las instituciones públicas de seguridad social, es decir 50 millones de personas<sup>5</sup> pertenecían al componente de población abierta o sin seguridad social. Para acceder a los servicios de salud, había que

<sup>4</sup> Aguilar Villanueva, Luis F. (1992) “*Estudio introductorio*” en Problemas Públicos y Agenda de Gobierno, Antologías de Política Pública Vol. 3; Luis F. Aguilar Villanueva (ed) México: Miguel Ángel Porrúa pp. 15- 72.

<sup>5</sup> Mauricio Ortiz, *El Seguro Popular, una crónica de la democracia mexicana*, Secretaria de Salud, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, y Fondo de Cultura Económica, 2006.

acudir a prestadores privados o a servicios de los estados mediante el pago del costo por el servicio. En este contexto el acceso a la salud para la población de escasos recursos era casi inaccesible, ya que representaba un desembolso significativo para la economía familiar y personal.

Con base en lo anterior, se plantea la hipótesis de que a 9 años de la implantación del Sistema de Protección Social en Salud, la ampliación del acceso a la salud en toda la población mexicana ha dado resultados positivos en los niveles de salud generales de la población.

En el Capítulo 4, se describan indicadores de salud nacionales. Se hace una comparación de los cambios en los indicadores de salud del año 2000, en donde no se encontraba aun el SPSS a las cifras más actualizadas encontradas a nivel Nacional, que en su mayoría fueron al año 2010, en donde el SPSS ya había sido implementado y consolidado como Política Pública.

Los resultados a encontrar en la investigación serán de un valor analítico importante, ya que se podrá conocer a nivel general, la situación real del Sistema Nacional de Salud, los límites y retos de la Política Pública del SPSS, así como obtener herramientas reales para hacer más eficiente la Política Pública y mejorar la salud de los mexicanos.

# Capítulo 1: Sobre la Política Pública

---

La ciencia de las Políticas Públicas ha tenido un contemporáneo desarrollo, en particular el análisis de los contextos sociales, coyunturales de la implementación de las mismas y los efectos que éstas tienen sobre la población a la que van dirigidas.

Las Políticas Públicas a nivel conceptual se definen de la siguiente manera:

- Se ocupan de estudiar y dilucidar las mejores estrategias para resolver problemas públicos<sup>6</sup>, el Estado a través del Gobierno es el responsable de generar las políticas públicas como estrategia de acción basadas en los problemas públicos y en las demandas sociales que se gesten dentro de la sociedad.
- Deberán observarse como una práctica y un proceso social que según Frohock, en donde la Política Pública está incentivada por la necesidad de reconciliar demandas conflictivas y el establecimiento de incentivos de acción colectiva entre individuos, comunidades, empresas o instituciones públicas<sup>7</sup>.
- Es así como los actos del gobierno se insertan en las relaciones sociales, entran en conflicto con las deficiencias del sistema, la Política Pública es la intervención del Estado en la esfera pública para la resolución del problema público, orientado por el gobierno para resolver el problema social.
- Su objetivo principal será: “Resolver problemas públicos a causa de diversas demandas sociales”, la Política Pública es el instrumento de acción del Estado para lograr el bienestar de la sociedad.

En este sentido, podemos afirmar que conceptualmente la Política Pública es un instrumento de acción del Estado en búsqueda del bienestar de la sociedad, sin embargo, en la práctica real pese a que su objetivo principal que es el “Resolver problemas públicos que aquejan a la sociedad”, la puesta en marcha de la Política Pública en México desde el Siglo XX, debería haber construido a lo largo del tiempo un México más justo y resolver los problemas públicos que aquejan a la sociedad, sin embargo, nos enfrentamos a un Sistema Gubernamental que abandera de manera predominante la creación de más y más Políticas Públicas en diversas esferas (social, económicas, educativas, culturales, salud etc.) para seguir resolviendo los problemas públicos que no se les ha encontrado solución.

---

<sup>6</sup> Giovanna Valenti Nigrini, Ulises Flores Llanos, *Ciencias Sociales y Políticas Públicas*, UNAM, en Revista Mexicana de Sociología, 71 Núm. Especial, (Dic 2009), 167- 191, México, DF 174.

<sup>7</sup> (Ruiz; 1996, p. 15) Allan Abarca Rodríguez, *Las políticas públicas como perspectiva de análisis*, en Políticas Públicas, Ciencias Sociales 97: 95- 103, 2002 (III) P. 2

Siguiendo el cuestionamiento: ¿La Política Pública es verdaderamente una herramienta de acción para resolver los problemas públicos? Al poner a la Política Pública en cuestionamiento sobre la veracidad de su objetivo (resolver problemas públicos) y aceptar que pese a los esfuerzos del Gobierno los Problemas Públicos siguen existiendo y acentuándose; y la Política Pública continua renovándose y concentrando cada vez más recursos para su eficacia. Es relevante preguntarnos si es realmente el instrumento de acción más efectivo del Estado para incidir en la sociedad, o cual será falla en común de las Políticas Públicas por lo que no han podido resolver las demandas de la sociedad.

Para discutir el cuestionamiento debemos enfocarnos en dos dimensiones:

- Sobre la Globalización de las Políticas Públicas y,
- El modelo elitista del proceso de las Políticas Públicas en la toma de decisiones.

### **Globalización de las Políticas Públicas**

Debemos plantearnos la noción de Política Pública no nada más desde una agenda particular la cual considera problemáticas desde un contexto social nacional, “uno de los cambios más importantes en la política de fines del siglo XX es el grado en que la agenda de la políticas publicas ya no se establece ni define dentro de las fronteras de lo nacional<sup>8</sup>”, en este sentido, la noción de globalización de las políticas públicas es un elemento clave a tomar en cuenta en la toma de decisiones sobre los intereses, presiones e influencias externas para la implementación de las mismas.

Las relaciones sociales están cada vez más influenciadas por acontecimientos que tienen lugar en otros lados del mundo, a lo que a Giddens caracteriza como globalismo:

- Corporaciones transnacionales.
- Creciente integración económica.
- Globalización de las comunicaciones y los medios de comunicación masiva.

En este contexto podemos enmarcar a la Política Pública de Salud en México la cual se desenvuelve desde un contexto internacional, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio a conocer en 2008 los resultados del Trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), demostrando que una persona puede tener una expectativa de vida de entre 50 a 70 años según el lugar de su nacimiento, uno de los determinantes sociales que esta Comisión señala es la infraestructura de acceso a la salud; la CDSS propone a nivel mundial la creación de políticas universales *versus* las políticas focalizadas, como una recomendación para revertir las desigualdades generadas por determinantes sociales. El acceso a la salud<sup>9</sup> será un determinante clave para alcanzar una

<sup>8</sup> Wayne Parsons, Políticas Públicas una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas, FLACSO, México 2007, Pág. 261. (Wallerstein 1994 1929)

<sup>9</sup> Como “Acceso a la salud” entenderemos el poder tener la oportunidad de acceder a servicios básicos de salud.

mejor calidad de vida de las personas y, por ello, del bienestar del conjunto de la sociedad. La inversión en la salud contribuye al crecimiento económico y a la productividad de un País, como resultado es la construcción de una sociedad más equitativa para el óptimo desarrollo humano<sup>10</sup>.

En este sentido, es que desde una perspectiva internacional las problemáticas nacionales de diversos países se discuten y se ponen a recomendación, debido a esta Globalización de las Políticas Publicas. Es por ello que las Políticas Públicas Mundiales de Salud durante la última década se han transformado relativas al acceso de la salud<sup>11</sup>. Sin embargo, la toma de decisiones y la implementación de las mismas siguen siendo ámbito exclusivo de cada nación.

Las influencias internacionales de dichas transformaciones en las Políticas Publicas de salud se vieron expresadas en México con la modificación del Sistema Nacional de Salud (SNS) con la Reforma a la Ley General de Salud en 2003, que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud, en 2004.

### **El modelo elitista del proceso de las Políticas Públicas en la toma de decisiones**

Hemos analizado como la toma de decisiones de las Políticas Publicas tienen una influencia importante desde el punto de vista internacional. La globalización de las Políticas Públicas influyen y definen en lo que deberían de ser las decisiones Nacionales, sin embargo, la implementación es una mera decisión Nacional, dentro de la cual se ve influenciada por otros intereses a tomar en cuenta.

La toma de decisiones en la formulación de las Políticas Públicas se define a partir de la valoración conceptual en la construcción de las mismas, por ejemplo: las decisiones en la construcción del problema, la elección de información en el diagnóstico, el enfoque de la valoración de los problemas, selección de estrategias a influir en la sociedad; en general los fines, medios y métodos a seleccionar para definir el Ciclo de las Políticas Públicas; sin embargo, debemos separar el análisis de la toma de decisiones en la Política Pública, y el Poder de la toma de decisión para la implementación de la Política Pública.

<sup>10</sup> El desarrollo humano consiste en la libertad que gozan los individuos para elegir entre distintas opciones y formas de vida. Los factores fundamentales que permiten a las personas ser libres en ese sentido, son la posibilidad de alcanzar una vida larga y saludable, poder adquirir conocimientos individual y socialmente valiosos, y tener la oportunidad de obtener los recursos necesarios para disfrutar un nivel de vida decoroso. En el núcleo del concepto de desarrollo humano se encuentran las personas y sus oportunidades, no la riqueza que poseen, el ingreso que devengan, o las mercancías y servicios que consumen.

Portal del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo ([http://www.undp.org.mx/spip.php?page=area&id\\_rubrique=5](http://www.undp.org.mx/spip.php?page=area&id_rubrique=5)) Consultado el 8 de noviembre del 2012.

<sup>11</sup> Durante la década de los 90's se experimentó un periodo de reformas sanitarias, dentro de un contexto marcado por una crisis económica seguida por políticas de ajuste estructural y transformaciones del papel en el Estado como en Bolivia, Cuba, Perú; Colombia, Ecuador, Venezuela, etc....

Fuente: Diana Gómez Camelo, *Análisis comparado de los Sistemas de Salud de la Región Andina y el Caribe*, en la Revista Salud Pública, número 7 (3): 305-316, 2005.

Dadas las características políticas en México es importante enmarcar el enfoque del poder ante la toma de decisiones, en donde los arreglos burocráticos y políticos son un factor decisivo de intereses en la toma de decisiones, donde los conocimientos técnicos y profesionales tienden someterse ante los grupos de presión y e intereses políticos, desde este punto de vista la Política Pública diverge de una de las principales definiciones enunciadas en la primer parte del capítulo en donde “Se ocupan de estudiar y dilucidar las mejores estrategias para resolver problemas públicos<sup>12</sup>”, el Estado a través del Gobierno es el responsable de generar las Políticas Públicas como estrategia de acción basadas en los problemas públicos y en las demandas sociales que se gesten dentro de la sociedad, pero también dichos enunciados a favor de la sociedad deben converger con los poderes políticos y de la burocracia, grupos de presión, intereses económicos, conflictos de clase y el elitismo político.

El modelo elitista de proceso de las políticas públicas sostiene que el poder se concentra en las manos de unos cuantos (grupos e individuos), la toma de decisiones será un proceso que funciona ventajosamente para las elites, “el elitismo, en tanto modelo de toma de decisiones, afirma fundarse en un análisis de la forma en que opera el mundo real... El argumento señala que en el mundo real ahí personas y grupos en la cima que gozan del poder y una “masa” carente de poder<sup>13</sup>, a través de este marco podemos contextualizar la toma de decisiones de la Política Pública en México.

“Si, Mosca, Pareto, Michels y Weber tenían razón, entonces la idea del gobierno del pueblo parece irreal e idealista<sup>14</sup> la Democracia<sup>15</sup> mexicana aún se encuentra como una forma de política en donde las elites de poder compiten por la obtención de votos de la población, en donde la legitimidad política en la sociedad cuenta mucho más que la rendición de cuentas durante la gestión del poder.

La Política Pública en México desde el enfoque del modelo elitista en la toma de decisiones, es un elemento clave a tomar en cuenta al analizar una Política Pública, la influencia de los influyentes en la toma de decisiones puede modificar el objetivo principal de incidir en la sociedad por medio de las Políticas Públicas si se afectan sus propios intereses.

“En el mundo de hoy, el Estado... es tanto indispensable como inadecuado. Es un instrumento indispensable para que se hagan las cosas y para enfrentar a muchos problemas reales; pero es inadecuado para lidiar con un creciente número de

<sup>12</sup> Giovanna Valenti Nigrini, Ulises Flores Llanos, *Ciencias Sociales y Políticas Públicas*, UNAM, en Revista Mexicana de Sociología, 71 Núm. Especial, (Dic 2009), 167- 191, México, DF 174.

<sup>13</sup> Wayne Parsons, *Políticas Públicas una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*, FLACSO, México 2007, Pág. 267.

<sup>14</sup> Wayne Parsons, *Políticas Públicas una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*, FLACSO, México 2007, Pág. 277.

<sup>15</sup> Nos referimos a una Democracia electoral por ejemplo: “para una gran mayoría de ciudadanos ni los senadores ni los diputados los toman en cuenta en las decisiones relacionadas con el país, El caso Mexicano se inscribe en el ambiente latinoamericano de desencanto ante la democracia electoral...” Alberto Aziz Nassif, *Democracia y Gobernabilidad, “Participación Cívica en Política, Jorge Alonso Sánchez” Miguel Ángel Porrúa*, Universidad Nacional Autónoma de México, Pág. 129.

problemas distintos, cuestiones de vida o muerte para muchos de sus habitantes.  
(Deutsch, 1981: 331)”

En este sentido, debemos enmarcar a la Política Pública como: la intervención del Estado en la esfera pública para la resolución de los problemas públicos, orientado a la búsqueda del bienestar social. Y en la puesta en marcha durante la implementación debemos de tomar en cuenta el conflicto de intereses que se llevan a cabo en la toma de decisiones de las mismas, así como la influencia internacional.

En conclusión, más allá del análisis de las Políticas Públicas conforme a su implementación, resultados, evaluación... es importante enmarcar el concepto de la función de la Política Pública, no nada más como instrumento de acción del gobierno en el entorno social, sino como un instrumento participe de la “Gestión” del sector público, en donde desde la cúpula política convergen poderes económicos, empresariales, internacionales, y desde la población objetivo de las Políticas Públicas se encuentra un elemento clave analizar que está tomando relevancia como poder de las masas y esto sería el “empoderamiento social”, que es uno de los principales impactos de la Política Pública dejando a un lado el beneficio que se le otorga.

El empoderamiento social a través de las Políticas Públicas es un eje de transformación político, cultural y social... en donde pese a que aun en México las elites políticas siguen siendo un poder decisivo para toma de decisiones en el país, influenciadas por poderes empresariales, internacionales etc. Uno de los resultados más satisfactorios de las Políticas Públicas hoy en día, no es su funcionamiento: satisfactorio, medio o nulo de las mismas, ya que los problemas permanecen estables aun con el paso del tiempo, pese al aumento de los recursos, modificaciones de la población objetivo, modificaciones internas del mismo etc. El resultado a largo plazo e inamovible es el empoderamiento social que convergen con los beneficios de la Política Pública que se le otorga.

En este sentido, el impulso de la Política Pública de Salud en México, no nada más ha traído beneficios en el otorgamiento del acceso a la salud, sino que está generando en la población mexicana la transformación conceptual desde un punto de vista de gratitud del estado a la concepción de la exigibilidad de un derecho constitucional que es la Salud.

La Política Pública en México es un instrumento de acción del estado para intervenir en la sociedad, sin embargo, la influencia de la misma beneficia a unos cuantos en la sociedad y no ha llegado a la magnitud necesaria para poder erradicar los problemas públicos, sin embargo, la Política Pública a través de la información, los beneficios, etc.. Ha estado influyendo positivamente en la transformación del pensamiento colectivo de la población para que esta misma pueda exigir de manera independiente (sin que el estado lo prevea) beneficios necesarios para resolver los problemas Públicos.

En el desarrollo de la siguiente investigación tomaremos como tema a analizar la puesta en marcha del SPSS como Política Pública, ya que es indispensable realizar un análisis de los resultados y el alcance que ha tenido como la Política Pública en salud más ambiciosa e importante del País.

EL SPSS como Política Pública fue influenciada desde un punto de vista internacional como la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, así mismo, ha sido una Política Pública liderada desde un partido Político por lo que también el modelo elitista en la toma de decisiones es una parte importante en la influencia de toma de decisiones en la implementación, lo que tomaremos en cuenta para el análisis de la misma.

## Capítulo 2:

# Antecedentes del Seguro Popular

---

La salud<sup>16</sup> es entendida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de afecciones o enfermedades, lo que permite comprender a la salud no solo como un estado dicotómico entre salud y enfermedad sino como un recurso para la vida en donde estar sano es la capacidad de estar en equilibrio con las relaciones sociales; la salud no es una cuestión de hechos aislados o biológicos sino que tiene relación con el espacio, lo social, la política, la economía, por ello se debe afrontar desde la sociedad y no de forma individual.

Actualmente en México, la salud es considerada como un derecho social fundamental<sup>17</sup>, universalmente reconocido a todas las personas otorgando “Garantizar el derecho a la protección de la salud establecido en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”<sup>18</sup>. Dicha garantía constitucional ha sido posible gracias a la construcción del concepto de salud como un derecho para todos los mexicanos, y no como un sinónimo de asistencia pública que se había considerado en otros años.

El cumplimiento de la garantía del derecho a la salud es posible por la edificación del Sistema Nacional de Salud en México (SNS) por medio del cual se otorga el acceso a la salud, dicho Sistema ha sido un esfuerzo del Estado Mexicano a través de los años, a partir de la creación de infraestructura, recursos humanos, conocimiento, y la consolidación de un Sistema de Salud, el cual ha sufrido modificaciones importantes dando por resultado el Sistema con el que actualmente contamos.

---

<sup>16</sup> “Los derechos humanos son interdependientes, indivisibles e interrelacionados. Esto significa que una violación al derecho a la salud puede impedir el goce de otros derechos humanos, como por ejemplo los derechos a la educación o al trabajo. La importancia de las ‘determinantes básicas de la salud’, es decir, de los factores y condiciones que protegen y promueven el derecho a la salud más allá de los servicios de atención médica, los bienes y la infraestructura, es muestra de que el derecho a la salud depende y a la vez contribuye a la realización de muchos otros derechos humanos. Estos incluyen los derechos a la alimentación, al agua, a una vivienda adecuada, a no ser discriminado”. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, World Health Organization, The Right to Health, Fact Sheet No. 3, p. 6. <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf> Consultado el 6 de Julio del 2012.

<sup>17</sup> La salud es considerada como un derecho ciudadano fundamental, formando parte del derecho a la vida, desde el 10 de Diciembre de 1948, cuando se celebró en París la Asamblea General de la Naciones Unidas, aprobando la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

<sup>18</sup> Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *Informe de Resultados del SPSS 2011*, Sistema de Protección Social en Salud.

## a. Antecedentes del Sistema Nacional de Salud en México

Los antecedentes del Sistema Nacional de Salud Mexicano, pueden ubicarse desde la Colonia Española cuando existían los esquemas de caridad a través de instituciones hospitalarias, principalmente eclesiásticas, resultado de la hospitalidad de la Nueva España para extender la obra de la cristiandad; existía un interés por amparar huérfanos y asistir indigentes, a quienes socorrían para brindar ayuda espiritual o material.

En el Siglo XIX las instituciones de caridad fueron transformándose en organizaciones de beneficencia, de acuerdo con el Dr. Mauricio Ortiz: “Ya no era Dios a quien había que servir con actos piadosos; sin ideología definida, ahora le tocaba el turno a la bondad abstracta y desinteresada del estado, y a la simple y azarosa bonhomía de las personas altruistas”<sup>19</sup>, esto como resultado de la desamortización de los bienes de la iglesia, con lo cual los hospitales y orfanatos quedaron bajo el control del gobierno con una participación de la sociedad civil y no como obra de caridad de la iglesia.

La medicina empezó a practicarse en el ámbito hospitalario institucional hasta 1905 con la inauguración del Hospital General de México, el cual anunciaba el inicio vanguardista en el ámbito de la salud, ya que el Hospital estaba basado en modelos de modernos hospitales europeos.

En el Siglo XX con la creación de la Constitución de 1917, se dan los primeros pasos para la incorporación del tema de salud en el ámbito del derecho, al integrarla dentro del Artículo 123° Constitucional<sup>20</sup>, sin embargo, el derecho a la salud estaba ligado al status laboral por parte del empleador hacia el obrero contratado.

En 1922, se creó la Escuela de Salubridad, primera en América Latina, la cual tenía como misión formar los cuadros necesarios para las nuevas instituciones sanitarias.

En 1931, con el propósito de expandir los servicios de salud al medio rural se establecieron los Servicios de Higiene Rural, los cuales ofrecían servicios de vacunación, higiene escolar y materno- infantiles.

En 1937 se creó el Departamento de Salubridad Pública y el Departamento de Asistencia Social Infantil, que participó directamente en labores de asistencia médica y recogió atribuciones que le competían a la Secretaría de Gobernación, Educación Pública y Trabajo en materia de salubridad. Posteriormente pasó a ser la Secretaría de Asistencia Pública modificando el concepto de beneficencia por el de asistencia pública, ya que los servicios debían atender a la salud pública y no atender a través de la caridad.

<sup>19</sup> Julio Frenk y Octavio Gómez Dantés, *Para entender el Sistema de Salud de México*, Ediciones NOSTRA, 2008.

<sup>20</sup> Artículo 123 párrafo “XIV.- Los empresarios serán responsables de los accidentes del trabajo y de las enfermedades profesionales de los trabajadores, sufridas con motivo o en ejercicio de la profesión o trabajo que ejecuten; por lo tanto, los patronos deberán pagar la indemnización correspondiente, según que haya traído como consecuencia la muerte o simplemente incapacidad temporal o permanente para trabajar, de acuerdo con lo que las leyes determinen. Esta responsabilidad subsistirá aun en el caso de que el patrono contrate el trabajo por un intermediario” modificado por la reimpresión de la Constitución, publicada en el Diario Oficial De La Federación el 6 de octubre de 1986.

Dicha Secretaría de Asistencia Pública dio origen a la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1943, en donde se conformó la idea de que no se estaba ayudando a los desvalidos por una gracia altruista y desinteresada, sino que era una obligación del Estado que había que atender a su propia población.

En 1943, se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Hospital Infantil de México, un año más tarde se crea el Instituto Nacional de Cardiología, dos años más tarde el Hospital de Enfermedades de la Nutrición (hoy en día el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”); el objetivo principal de estas instituciones era atender las demandas de la industrialización y aprovechar el progreso tecnológico, principalmente de la medicina.

En 1960 se crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), fundando los primeros pilares Institucionales del Sistema Nacional de Salud en México (IMSS e ISSSTE).

Con estas Instituciones el sistema de seguridad social resultaba adecuado para cubrir los requerimientos de la población ya que el País mantenía un crecimiento económico sostenido dando como resultado empleos en el sector formal los cuales contaban con el servicio en salud por parte del IMSS.

El establecimiento de estas instituciones marcó el surgimiento de la primera generación de Reformas del Sistema Nacional de Salud en México, cuyos objetivos eran atender las demandas de la industrialización y aprovechar las ventajas del progreso tecnológico y el desarrollo económico.

La segunda generación de Reformas se dio en 1983, cuando se incorporó a la Constitución el “Derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos”; promulgando una nueva Ley General de Salud (LGS) que vino a sustituir la denominación de “Secretaría de Salubridad y Asistencia” por el de “Secretaría de Salud”; además, los servicios de salud se descentralizaron a los gobiernos estatales, dando origen a los Servicios Estatales de Salud (SESA).

La descentralización de los servicios de salud ocurrió bajo el mandato del sexenio de Miguel de la Madrid, fue parte de una nueva estrategia y modificación al marco legal en beneficio de la población abierta<sup>21</sup>, en donde se buscaba la ampliación de los servicios de salud a través de la descentralización a los gobiernos estatales.

Los convenios firmados para la formalización de la descentralización contenían características operativas de los servicios de salud, mediante el cual se otorgaba total

<sup>21</sup> Por población abierta se entiende a toda aquella población no asegurada que por ello no recibe servicios médicos en las instituciones de seguridad social del Sistema Nacional de salud. Esta población esta compuesta por trabajadores no asalariados, trabajadores de la economía informal, los desempleados, los subempleados... Generalmente población rural, grupos indígenas y población en marginación social y pobreza. Fuente: Evolución, Resultados y Perspectivas del Sistema de Protección Social en Salud, 2010. Pág. [http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/estudios\\_seguro\\_popular/evolucion\\_resultados\\_perspectivas\\_sistema\\_proteccion\\_social\\_salud\\_2010/2\\_3\\_Analisis\\_efectos\\_condiciones\\_salud.pdf](http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/estudios_seguro_popular/evolucion_resultados_perspectivas_sistema_proteccion_social_salud_2010/2_3_Analisis_efectos_condiciones_salud.pdf) Consultado el 6 de julio del 2012.

competencia administrativa a las entidades federativas. La descentralización se llevó a cabo en dos fases: en la primera entre 1984- 1988, en donde 14 estados firmaron convenio para poder responsabilizarse de la prestación de los servicios de salud, y en la segunda entre 1994- 2000 en donde se terminaron de incorporar todas las entidades federativas.

En este contexto el Sistema Nacional de Salud Mexicano en el año 2000 contaba con tres grupos de prestadores de servicio básicos:

1. Servicios de Seguridad Social para la población asegurada.

La seguridad social comprendía las siguientes instituciones: Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR) y Petroleros Mexicanos (PEMEX). Dichas instituciones daban cobertura a los trabajadores asalariados del sector privado y a los empleados del gobierno, así como a sus familias.

2. Servicios de salud para la población no asegurada

Este segmento incluía organizaciones gubernamentales que estaban encargadas de proporcionar servicios a la población abierta o no asegurada. Dentro de estas instituciones destacan: Programa IMSS- Solidaridad, Programa de Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud al Medio Rural y Urbano (PEC), Programa Comunitario Rural (PCR), Programa de Atención de Servicios de Salud para la Población Abierta (PASSPA), Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), Secretaría de Salud Federal y los SESA. El acceso a servicios de salud se proporcionaba a cambio de una cuota de recuperación al momento de recibir los servicios de salud. Esta población estaba compuesta por trabajadores no asalariados, trabajadores de la economía informal, los desempleados, los subempleados. Generalmente esta población se integraba por la población rural, grupos indígenas, etc.

3. Servicio del Sector Privado para la población asegurada y no asegurada con capacidad de pago

Se compone en proveedores de servicios que cobran por los servicios de salud brindados, se atiende principalmente a la población de clase media y alta con capacidad de pago y en algunos casos a la población no asegurada. Se incluyen las empresas que cuentan con condiciones generales de trabajo particulares en donde se incluye la atención médica, independientemente que algunos casos cuentan con convenios de subrogación y con el IMSS (como por ejemplo la Comisión Federal de Electricidad (CFE) banca de desarrollo...)

Con base en estos componentes, se estructuraron los servicios de salud en México hasta el 2003 cuando a través de la tercera generación de reformas al Sistema Nacional de Salud en México es que volvería a cambiar el esquema por medio del cual el Sistema proporcionaba sus servicios de salud.

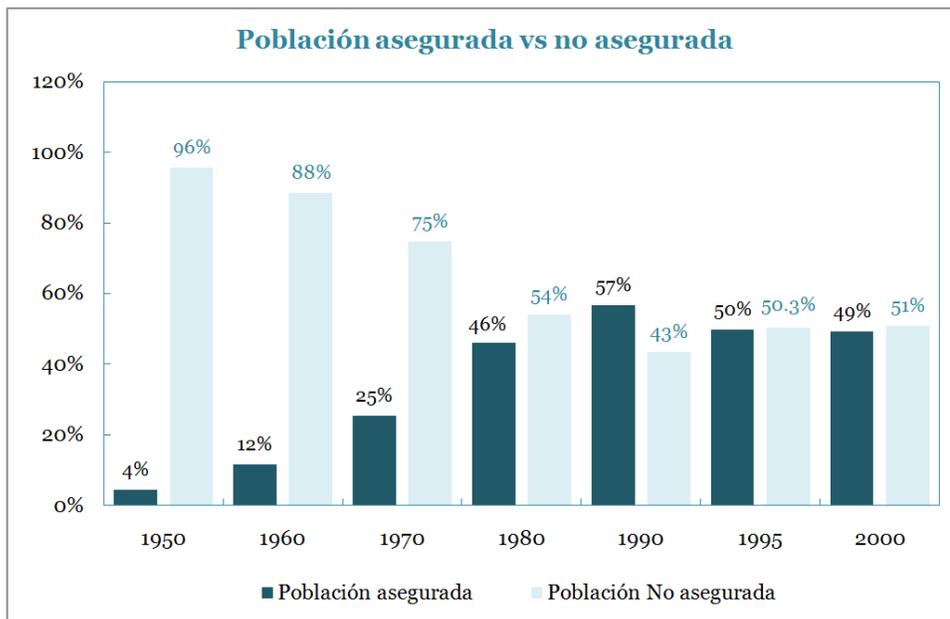
## b. Antecedentes que le dieron origen al Sistema de Protección Social en Salud

La creación del IMSS en 1943 sustentaba en la idea del Estado de bienestar, es decir, bajo la premisa de que el desarrollo económico iba a evolucionar de tal manera que la mayoría de la población iba a contar con seguridad social, en ese sentido, para el año 2000, la tesis mediante la cual se fundó el IMSS había caído debido a la fractura del modelo de desarrollo, en donde la creación de empleos formales para la población creciente anualmente no fue sustentable, así como la corrupción financiera interna y el crecimiento poblacional desmedido. En este sentido, las acciones de la SSa para beneficiar a la población no derechohabiente fueron insuficientes y ambas instituciones dejaron de ser alternativa para el nuevo contexto social.

Para el año 2000 el 51% de la población se encontraba fuera de la cobertura de las instituciones de seguridad social, es decir 49 millones de personas pertenecían al componente de población abierta o sin seguridad social. Para acceder a los servicios de salud, había que acudir a prestadores de servicios privados o a los servicios de los estados mediante el pago del costo por el servicio, al no ser derechohabiente.

En este contexto el acceso a la salud para la población abierta o sin seguridad social era casi inaccesible, ya que representaba un desembolso significativo para la economía familiar y personal.

**Población asegurada vs Población no asegurada de 1950 a 2000**



Fuente: INEGI. Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1950 a 1980, 2009, Secretaría de Salud/ Dirección General de Información en Salud 1990 a 2000, 2011. Y Evolución, Resultados y Perspectivas del Sistema de Protección Social en Salud, 2010. [http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/estudios\\_seguro\\_popular/evolucion\\_resultados\\_perspectivas\\_sistema\\_proteccion\\_social\\_salud\\_2010/2\\_3\\_Analisis\\_efectos\\_condiciones\\_salud.pdf](http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/estudios_seguro_popular/evolucion_resultados_perspectivas_sistema_proteccion_social_salud_2010/2_3_Analisis_efectos_condiciones_salud.pdf) Consultado el 3 de octubre del 2010, Pág. 50.

Por otra parte, existían diversos desequilibrios en el sector de la salud, como por ejemplo:

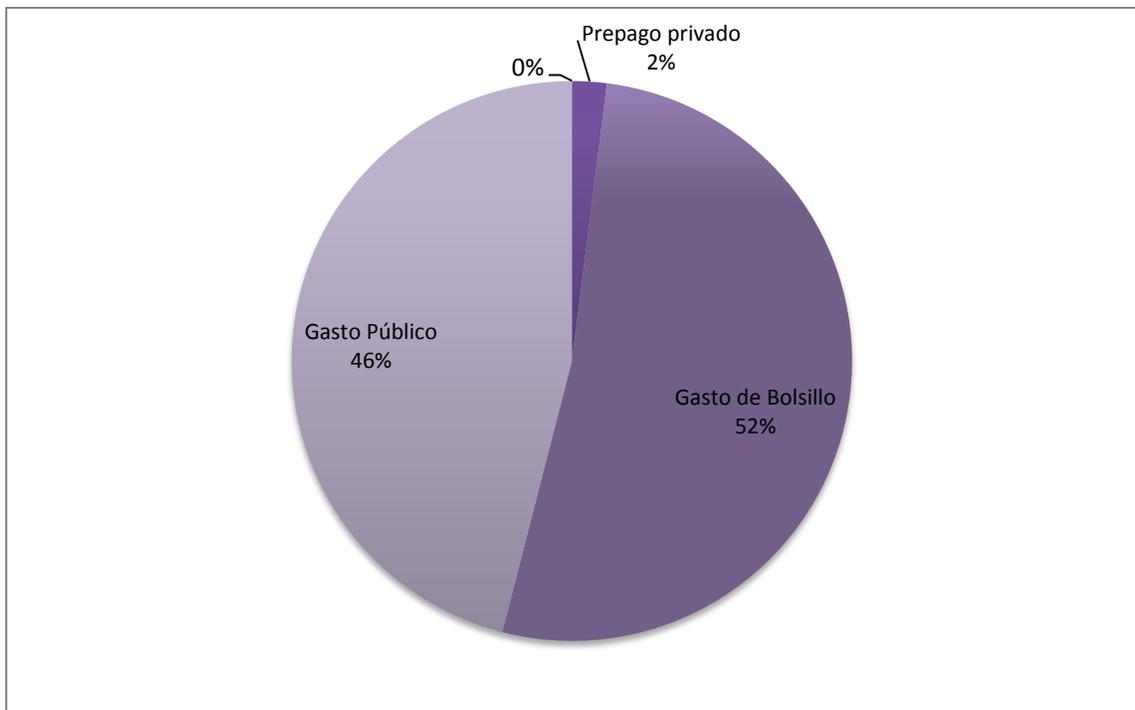
1. Bajo nivel de inversión en salud

A principios del 2000, México invirtió en salud 5.6% del Producto Interno Bruto (PIB), esta cifra resultaba menor al 6.6% del promedio en los países de América Latina. Incluso, países con un ingreso per cápita similar, como Chile, Costa Rica y Uruguay, promediaron en el mismo periodo, un nivel de gasto del 7.7% como proporción del PIB.<sup>22</sup>

2. Alto nivel de gasto de bolsillo en salud

En 2002 el gasto privado representó 52% del gasto total en salud. Por otro lado se estima que anualmente de 2 a 3 millones de familias mexicanas, sin seguridad social, incurrieron en gastos catastróficos<sup>23</sup> por motivos de atención médica, lo que frecuentemente provocaba su empobrecimiento.

**Gasto de bolsillo en salud, 2002**



Fuente: Programa de Acción Específico 2007- 2012 SPSS, CNPSS, SS Pág. 24.

<sup>22</sup> Organización Mundial de la Salud, World Health Statistics, 2008.

<sup>23</sup> Se entiende por gasto catastrófico aquellas erogaciones realizadas en caso de que una familia destine 30% o más de su ingreso disponible o capacidad de pago al financiamiento de la atención de su salud. El ingreso disponible es aquel con que se cuenta una vez descontados los recursos asociados al gasto en alimentos y vivienda. Fuente: Programa de Acción Específico 2007- 2012 SPSS, CNPSS. SS

3. Distribución no equitativa de recursos entre instituciones y entre áreas geográficas

En 2002 se estima que el gasto público para la población asegurada fue 2.3 veces mayor a aquel destinado para la población no cubierta por la seguridad social. Se observa también que una desigualdad en la asignación de recursos era resultado de una distribución histórica de recursos federales hacia las entidades federativas<sup>24</sup>.

4. Falta de corresponsabilidad en el financiamiento de la salud entre órdenes de gobierno

En la participación estatal en el financiamiento de la salud, el grado de corresponsabilidad de las entidades federativas era desigual. En cinco entidades, la participación del gasto estatal representó más del 30% con respecto al total de recursos (federales y estatales) destinados a la salud. En 14 entidades, esta participación fue menor al 10%, de las cuales, en 8 casos no rebasó el 5%.

5. Creciente destino del gasto público hacia la nómina

Los recursos destinados al fortalecimiento de la infraestructura han sido insuficientes y menores respecto al gasto de operación y en servicios personales, limitando de esta manera la capacidad de respuesta del sistema para hacer frente a los retos del sector salud.

En el año 2000 el modelo de Seguridad Social Mexicano estaba en un momento de agotamiento ya que la atención hospitalaria y la medicina de especialidad, empezó alcanzar sus límites, el sistema no estaba dando la cobertura necesaria que necesitaba el País, la organización en salud estaba siendo insuficiente; los cambios demográficos, epidemiológicos y económicos, modificaron sustancialmente la estructura poblacional, entre los cuales destacan:

1. Transición demográfica

En el aspecto demográfico México experimentó procesos de enorme trascendencia: la disminución de la mortalidad general (la tasa de mortalidad general descendió de 35 a 4.5 muertes anuales por 1,000 habitantes<sup>25</sup>) e infantil (la tasa de mortalidad infantil descendió de más de 200 decesos por 1,000 nacidos vivos registrados a solo 26<sup>26</sup>), que en combinación con un descenso acelerado de la fecundidad (número promedio de hijos por mujer en edad fértil se redujo de casi 6 en 1975 a 2.4 en el año 2000<sup>27</sup>, incluyendo el impacto de los programas de planificación familiar y el uso de anticonceptivos), incrementó la esperanza de vida al nacer (al pasar de 40 años en los hombres y 42 años en las mujeres en 1940 a 73

<sup>24</sup> Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2007- 2012; Sistema de Protección Social en Salud, Elementos conceptuales, financieros y operativos, Fondo de Cultura Económica.

<sup>25</sup> Programa Nacional de Salud 2001-2006, Pág. 28.

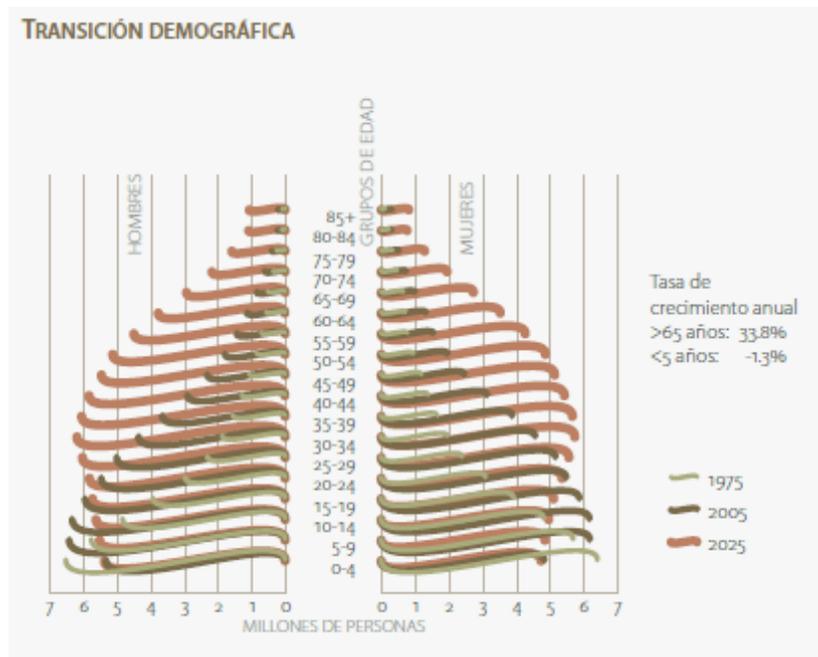
<sup>26</sup> *Ibidem* Pág. 28

<sup>27</sup> *Ibidem* Pág. 25

y 77 años en 2000 respectivamente<sup>28</sup>) la población de jóvenes y adultos en edad productiva se incrementará como resultado del crecimiento del segmento, para concentrar al 62% de la población en 2050.

Otro resultado demográfico son el incremento de personas de edad avanzada en la estructura poblacional, en otros términos, el envejecimiento y crecimiento de la población, muestra una tasa anual de crecimiento que llevará a concentrar el 12% de la población nacional en 2030 y el 21% en 2050; en este sentido a mediados del siglo XXI uno de cada 5 mexicanos será mayor de 65 años y además del aumento en la demanda de pensiones y servicios de salud, experimentarán enfermedades que requerirán de atención médica más compleja y como resultado se generará una gran presión en el Sistema de Salud.

### Transición demográfica en México



### Dinámica Demográfica en México

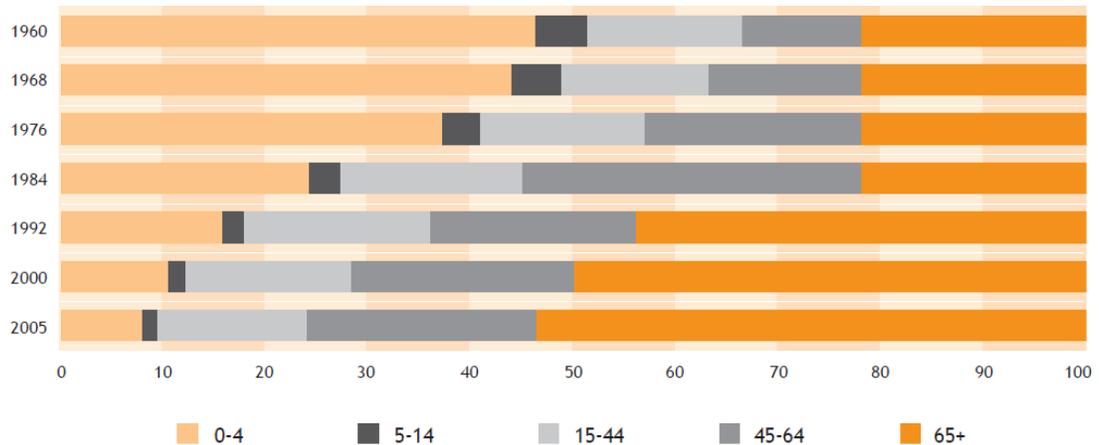
Indicadores	1970	1980	1990	2000	2006	2030
Población (Millones)	50.4	67.5	84.7	100.5	107.5	127.2
Crecimiento anual (%)	3.1	3.1	2.3	1.7	1.2	0.8
Grupos de edad						
0-14 (%)	48	45	40	33	29	20
15- 65 (%)	48	51	56	62	66	68
65- más (%)	4	4	4	5	5	12
Muertes (Miles)	485	434	422	460	505	810
Nacimientos (millones )	2.1	2.4	2.3	2.2	1.9	1.7

Fuente: CONAPO, y Programa de Acción Especifico 2007- 2012 SPSS, CNPSS, SS Pág. 24.

<sup>28</sup> Ibidem Pág. 28

### Contribución de los distintos grupos de edad a la mortalidad general, México 1960- 2005

Más de 50% de las muertes en el país se presentan en personas de 65 años y más, y menos de 10% en menores de 5 años.



Fuente: DGIS, Secretaría de Salud (datos propios no publicados)

Fuente: Programa Nacional de Salud 2007- 2012, Pág. 25 Por un México Sano: Construyendo alianzas para una mejor salud, Secretaría de Salud.

Otro proceso demográfico es la distribución espacial de la población ya que en las últimas décadas existe una acelerada y desorganizada urbanización, en donde el 35% de la población habita en las 9 urbes que cuentan con más de un millón de habitantes (D.F., Guadalajara, Monterrey, Puebla, Toluca, León, Tijuana, Ciudad Juárez y Torreón).

”La concentración de la población conduce al aumento y reorganización de la demanda de atención a la salud a través de dos mecanismos. Por un lado incrementa la exposición a los riesgos asociados con las enfermedades crónicas y las lesiones, más intensos en las áreas urbanas; por el otro, acerca a la población a los puntos en donde se concentran los servicios de salud.”<sup>29</sup>

Este fenómeno de urbanización ha producido una dispersión en la población rural, En 1970 había en México 54 mil localidades con menos de 100 habitantes en donde residía 3% de la población. En 2000 esa cifra se incrementó a más de 139

<sup>29</sup> Julio Frenk y Octavio Gómez Dantés, *Para entender el Sistema de Salud de México*, Ediciones NOSTRA, 2008, Pág. 33.

mil localidades, en donde residía 2.5 de la población. Esto limita el acceso a los servicios de salud de una población con grandes necesidades<sup>30</sup>.

## 2. Transición epidemiológica

La transición epidemiológica experimentada en México tiene características de padecimientos típicos de países en desarrollo tales como las enfermedades transmisibles, como las infecciones, desnutrición y problemas de salud reproductiva. Por otro lado, comienzan a tomar relevancia las enfermedades no transmisibles producidas por riesgos asociados a la industrialización como enfermedades crónico-degenerativas relacionadas con factores de riesgo como el tabaquismo, la obesidad, trastornos mentales, cáncer, entre otras, las cuales se hacen más caras y las vuelve más complejas para la atención.

La diabetes, las enfermedades isquémicas del corazón y las cerebrovasculares concentran un alto porcentaje de la mortalidad en México, ya que se trata de padecimientos asociados a estilos de vida poco saludables como mala alimentación y sedentarismo, así como el desarrollo en la genética. La diabetes es una enfermedad que se caracteriza por el aumento de los niveles de glucosa en la sangre debido a una baja producción o un uso inadecuado de insulina, hormona encargada de convertir la glucosa en energía. Dicha enfermedad es muy discapacitante ya que da origen a amputaciones de los miembros, ceguera, insuficiencia renal y favorece el desarrollo de enfermedades cardio y cerebrovasculares.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT), reveló que la obesidad se ha posicionado como un grave problema de salud pública, ya que es un factor de riesgo que se relaciona con el desarrollo de un gran número de enfermedades. Se han detectado aumentos generalizados en la obesidad en niños, adolescentes y adultos.

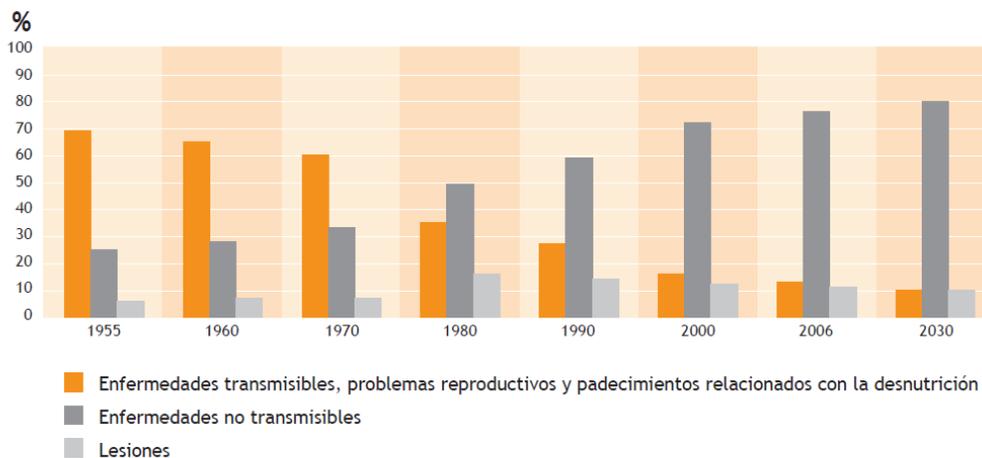
El rezago epidemiológico de enfermedades evitables y de bajo costo relacionado con la desnutrición, infecciones comunes, y algunos padecimientos vinculados con la actividad reproductiva es una característica de la población en vulnerabilidad, por ejemplo, se estima que los niños desnutridos pierden entre 12 y 15% de su potencial intelectual corriendo el riesgo de contraer enfermedades infecciosas de 8 a 12 veces más que un niño sano y son más propensos a padecer enfermedades crónico degenerativas.

El contraste epidemiológico que se observa entre estratos de la población, también está presente entre regiones del País. En ambos casos, los patrones epidemiológicos se encuentran correlacionados con el nivel de desarrollo, por lo que gran parte de la población sin seguridad social se encuentra en una situación económica desfavorable.

<sup>30</sup> Ibídem Pág. 35.

### Muertes por distintos tipos de padecimiento, México 1955, 2030

Las muertes por enfermedades no transmisibles y lesiones concentran casi 85% del total de muertes en el país.



uente: DGIS, Secretaría de Salud (datos propios no publicados)

Fuente: Programa Nacional de Salud 2007- 2012, Pág. 25 Por un México Sano:

Construyendo alianzas para una mejor salud, Secretaría de Salud.

### Diez Principales causas de muerte en México 1940- 2010

Orden	1940	1970	1990	2006	2010
1	Diarreas y enteritis	Neumonía e influenza	Enfermedades del corazón	Diabetes mellitus	Enfermedades del corazón
2	Neumonía e influenza	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	Tumores malignos	Enfermedades isquémicas del corazón	Diabetes mellitus
3	Paludismo	Accidentes	accidentes	Enfermedades cerebrovasculares	Tumores malignos
4	Sarampión	Enfermedades del corazón	Diabetes mellitus	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	Accidentes
5	Homicidios	Causas perinatales	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Enfermedades del hígado
6	Bronquitis	Tumores malignos	Neumonía e influenza	Infecciones respiratorias agudas	Enfermedades cerebrovasculares
7	Enfermedades del Hígado y Cirrosis	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades infecciosas intestinales	enfermedades hipertensivas	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma
8	Debilidad Congénita, vicios de conformación congénita	Sarampión	Enfermedades cerebrovasculares	Nefritis y nefrosis	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal
9	Enfermedades del corazón	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	Accidentes en vehículos motorizados	Agresiones (homicidios)
10	Tuberculosis pulmonar	Tuberculosos de todo tipo	Homicidios	Homicidios	Neumonía e influenza

Fuente: Elaboración propia con base en Consejo Nacional de Población, y Sistema Nacional de Información en Salud SINAIS , Secretaría de Salud <http://www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>.

### 3. Transición Socio-cultural

Principalmente en lo social, los estilos de vida poco saludables como la mala nutrición, consumo excesivo de calorías, sedentarismo, el consumo de sustancias adictivas, consumo excesivo de alcohol, tabaquismo etc... exponen a la salud a riesgos y diversos tipos de daños.

La creciente participación de la mujer en la fuerza laboral, ha desencadenado la ausencia de las figuras paternas en los hogares; en este contexto, las instituciones de salud hace pocos años contaban con el auxilio de una basta producción de servicios en el hogar, casi siempre a cargo de las mujeres, las nuevas sociedades hacen de la mujer participar del mercado laboral, reduciendo la disponibilidad del tiempo para atender a sus hijos y contar con un mayor apoyo de parte de las instituciones de salud.

En los últimos años se ha profundizado a nivel mundial el fenómeno de la migración, en donde el movimiento de las personas, de bienes y servicios de un país a otro, han ocasionado la transferencia personas, estilos de vida, ideas, variación ambiental, nuevas sustancias (como drogas sintéticas y medicamentos), tecnología etc, y por ende de nuevos riesgos. Un ejemplo de ello es el VIH/SIDA, tuberculosis, influenza aviar y A (H1N1), así como agentes patógenos resistentes a los antibióticos comunes

La aparición de nuevas dimensiones de vulnerabilidad asociados a procesos de discriminación, violencia y el fenómeno migratorio se ha acrecentado no sólo por las insuficiencias del sistema de protección institucional sino por la expansión de procesos de discriminación que, al ser una forma grave de exclusión, potencian y escalan la desigualdad y la fragmentación social.

Así es como se describe el panorama del Sistema Nacional de Salud en México, previo a la implementación del Seguro Popular.

### c. Implementación del Programa “Seguro Popular de Salud”

Durante la última década se han transformado las políticas públicas mundiales relativas al acceso de la salud<sup>31</sup>. Las reformas realizadas en los sistemas de salud buscan reorganizar el sistema por funciones; en este sentido, las soluciones para poder enfrentar las deficiencias del sistema van encaminadas a la separación de las funciones de:

1. Financiamiento de la provisión de servicios,
2. El aumento de la cobertura poblacional.
3. Mejoramiento de la calidad en la atención, y
4. Evaluación de las intervenciones de salud a partir de un esquema costo- beneficio.

A partir del contexto descrito se dan diversas investigaciones en las que resalta la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) (desde 1993 con Estudios de Economía y Salud) y el Informe sobre la Salud en el mundo 2001 de la OMS, entre otras; que concluyeron con la necesidad de transformar el Sistema Nacional de Salud en México para poder satisfacer las necesidades y demandas de salud que la población necesitaba.

Dichos estudios identificaron retos que enfrentaba el Sistema de Salud para poder mejorar las condiciones de la población, en donde destacan el “Sistema Universal”<sup>32</sup>, adjetivo que se usa en referencia a la democratización de la salud, en donde se incluya el derecho a la salud de todas las personas por igual sin discriminación o segmentación de grupos sociales, transitando a la concepción de un enfoque de “Nuevo universalismo” con el propósito de hacer llegar a todos una atención esencial de alta calidad definida fundamentalmente por criterios de eficiencia, costo y aceptabilidad social<sup>33</sup>.

Dichas investigaciones influyeron en el Programa Nacional de Salud (PRONASA) 2001-2006 en donde se identificaron tres retos para el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud:

- **Equidad**

Enfrentar la desigualdad social y regional que ha provocado la transición epidemiológica, ya que una parte de la población sigue padeciendo enfermedades del subdesarrollo como infecciones comunes, desnutrición, padecimientos ligados al embarazo y el parto. Así mismo también se están enfrentando problemas derivados del crecimiento industrial y urbano como las enfermedades del corazón, la diabetes, el cáncer, las enfermedades mentales y las adicciones.

<sup>31</sup> Durante la década de los noventa se experimentó un periodo de reformas sanitarias, dentro de un contexto marcado por una crisis económica seguida por políticas de ajuste estructural y transformaciones del papel del Estado como en los países de Bolivia, Cuba, Perú, Colombia, Ecuador, Venezuela etc..., Fuente: Diana Gómez Camelo, *Análisis comparado de los Sistemas de Salud de la Región Andina y el Caribe*, Revista Salud Pública 7 (3): 305-316, 2005.

<sup>32</sup> Evolución, Resultados y Perspectivas del Sistema de Protección Social en Salud, 2010. [http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/estudios\\_seguro\\_popular/evolucion\\_resultados\\_perspectivas\\_sistema\\_proteccion\\_social\\_salud\\_2010/2\\_3\\_Analisis\\_efectos\\_condiciones\\_salud.pdf](http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/estudios_seguro_popular/evolucion_resultados_perspectivas_sistema_proteccion_social_salud_2010/2_3_Analisis_efectos_condiciones_salud.pdf) Consultado el 3 de octubre del 20, Pág. 51.

<sup>33</sup> Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la Salud en el Mundo 2000, Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud, Ginebra, Suiza, P. xvi.

- **Calidad**

Mejorar los niveles de servicios de salud, enfrentando las desigualdades en las unidades de salud y el trato que éstas tienen con la población; las unidades suelen estar mal equipadas, mal atendidas por médicos no certificados, o contar con servicios de medio tiempo y las enfermeras, pasantes o auxiliares son los encargados de otorgar el servicio.

- **Protección Financiera**

Protección financiera a la población en riesgo de empobrecimiento por gastos catastróficos en salud. A pesar de los avances de la seguridad social, más de la mitad del gasto en salud proviene directamente del bolsillo de las personas, quienes deben de pagar por su atención en el momento de usar los servicios, dejando a millones de familias en riesgo de empobrecimiento ante una enfermedad y por falta de dinero.<sup>34</sup>

En el PRONASA se plantearon estrategias y acciones a seguir para una nueva construcción del Sistema Nacional de Salud en México, que contribuya a la garantía del derecho: "... a la protección de la salud establecido en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"<sup>35</sup>. Para México, la construcción de un nuevo sistema en salud contaba con diversos obstáculos a vencer:

- **Retos financieros**

Un sistema de salud debe garantizar que los esquemas de financiamiento sean más justos y que proteja a la población de gastos excesivos de bolsillo por motivos de salud. México cuenta con un sistema que ha sido inequitativo financieramente, el gasto general en salud del País era insuficiente ya que en el 2002 México gastaba 5.6% del Producto Interno Bruto (PIB) en salud, cifra que se encuentra muy por debajo del promedio de países latinoamericanos y de la OCDE (Casi 7% y 8.4% respectivamente).

La distribución inequitativa de los recursos de salud entre los estados y los grupos de población.

El gasto en salud provenía principalmente del gasto de bolsillo, la OCDE estima que para el 2002 el 53.2% del gasto total en salud de México era gasto de bolsillo. Se calcula que cada año entre dos y tres millones de hogares mexicanos se ven obligados a hacer uso de más de la tercera parte de su ingreso disponible para financiar la atención en salud, con lo que incurrir en gasto catastrófico.

Falta de inversión en infraestructura médica, así como equipamiento y fortalecimiento de las diversas unidades.

- **Retos operativos**

Se necesitaba una reforma integral al sistema de salud mexicano en donde se lograra el uso eficiente de recursos para mejorar el funcionamiento del sistema, así como, mejorar el rendimiento en la inversión a la salud. Es decir, separar las

<sup>34</sup> Programa Nacional de Salud (PRONASA) 2001-2006.

<sup>35</sup> Informe de Resultados del SPSS 2011, Sistema de Protección Social en Salud.

funciones de financiamiento y la prestación de servicios para la obtención de mejoras en los indicadores de salud.

A partir de las estrategias y acciones planteadas en el PRONASA, durante el 2001 se dan los primeros inicios de lo que posteriormente sería el Seguro Popular, mediante la instalación de un Programa Piloto al interior de la Secretaría de Salud de 2001 al 2003 al que se le denominó “Programa Salud para Todos”, mejor conocido como “Seguro Popular de Salud (SPS)”. En este programa participaban la Secretaría de Salud, el Congreso y los gobiernos estatales.

El objetivo del programa piloto fue construir la base para la implementación de lo que posteriormente se le denominaría Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), el Programa contenía tres objetivos fundamentales:

1. Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de la opción de aseguramiento público en materia de salud.
2. Crear una cultura de pago anticipado entre los beneficiarios del SPS , y
3. Disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos en salud.<sup>36</sup>

La población objetivo del Programa era aquella no derechohabiente de la seguridad social y de bajos ingresos, ubicada dentro de los seis primeros deciles<sup>37</sup> de la distribución del ingreso. Dirigido inicialmente a 5 entidades, al finalizar el programa estuvieron participando 25 entidades de la Republica.

El programa estaba ejecutado bajo un principio de federalismo, que otorga libertad y soberanía a cada entidad federativa, por lo que un programa federal no puede ejecutarse si previamente no se ha establecido un Acuerdo de Coordinación con la entidad federativa.

La afiliación al programa era a través de un centro de afiliación en donde al interesado se le aplicaba un estudio socioeconómico, firmaban una hoja en donde se comprometía a pagar la cuota de afiliación que le correspondía según su nivel de ingresos. El afiliado debía de declarar de buena fe si contaba con aseguramiento de alguna institución de seguridad social. El nivel de ingreso, la edad o estado de salud no era ningún limitante

<sup>36</sup> Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2007- 2012; Sistema de Protección Social en Salud, Elementos conceptuales, financieros y operativos, Fondo de Cultura Económica. Pág. 27.

<sup>37</sup> Decil de ingreso: Clasificación que ubica a los hogares del País conforme a su ingreso, que permite analizar su concentración de ingreso en una población para valorar equidad o inequidad conforme a la metodología que para el efecto haya realizado el INEGI para determinar el ingreso y gasto de los hogares. Fuente: LINEAMIENTOS para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud. Fecha de Publicación: 15 de abril de 2005.

para la afiliación, así como el afiliado elegía la periodicidad de pago para la cuota según el decil de ingreso.

La cuota de afiliación del SPS era progresiva según el nivel de ingreso de cada familia., la cuota se calculó por decil de ingreso tomando en consideración que fueran menores al gasto de bolsillo reportado en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares (ENIGH) 2000 del INEGI, como lo muestra la siguiente tabla:

**Cuota por familia según decil de ingreso, 2002**

Deciles de ingreso *	Ingreso trimestral promedio por hogar	Cuota semestral	Cuota anual
I	3,537	120	240
II	6,157	180	360
III	8,395	300	600
IV	10,707	540	1,080
V	13,284	900	1,800
VI	16,511	1,140	2,280
VII	20,611	1,500	3,000
VIII	26,209	1,800	3,600
IX	37,502	1,800	4,800
X	90,224	3,000	6,000

\*Agrupación del total de hogares en diez estratos con igual número de hogares en ordenados de menos a mayor de acuerdo a su ingreso corriente monetario trimestral (ENIGH, 2000)

Fuente: Diario oficial de la Federación, Secretaría de Salud, Reglas de Operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud, publicadas el 15 de marzo 2002.

El programa ofrecía un esquema de aseguramiento a través de una lista de beneficios denominada Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME<sup>38</sup>) el cual contenía 78 intervenciones con la posibilidad de que las entidades federativas añadieran intervenciones según el perfil epidemiológico estatal; a través del CABEME el afiliado tenía acceso a recibir atención gratuita de los beneficios enlistados siempre y cuando estuvieran vigentes sus derechos.

El CABEME contenía 78 intervenciones consideradas como los servicios de mayor demanda por la población, clasificadas en seis rubros:

1. Servicios de medicina preventiva
2. Servicios de consejería médica, psicológica, dieta y ejercicio
3. Servicios de consulta externa
4. Servicios de salud reproductiva
5. Servicios de odontología
6. Servicios de urgencias, hospitalización y cirugía.

La prestación de los servicios se daba a través de los servicios estatales de salud (SESA), mediante hospitales generales y centros de salud con capacidad para la prestación de las

<sup>38</sup> El CABEME eventualmente se transformó en Catálogo de Servicios Esenciales en Salud (CASES), y posteriormente en el Catálogo Universal de los Servicios de Salud (CAUSES).

intervenciones incluidas en el CABEME; el acceso a los beneficios del SPS en los hospitales era mediante la referencia de algún centro de salud, excepto en el caso de urgencias, cabe mencionar que dicho otorgamiento de servicios era adicional a lo que se otorgaba normalmente, eso produjo una sobredemanda de servicios por falta de infraestructura propia.

Como programa federal, el SPS contaba con Reglas de Operación y el costo del Programa estaba cubierto mediante un subsidio general del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) con un presupuesto independiente etiquetado al Programa que se negociaba de manera anual. Las Reglas de Operación del Programa especificaban un esquema bipartita de financiamiento en el que intervenía el gobierno federal mediante un subsidio transferido a través de la Secretaría de Salud, así como las familias afiliadas mediante el pago de cuotas de afiliación.

Al inicio de su operación se aplicó la prueba piloto en 5 estados: Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco. Los criterios de selección de dichas entidades fueron:

- “La existencia de alta cobertura para la seguridad social,
- La capacidad para ofrecer servicios,
- Grandes concentraciones urbanas y semiurbanas;
- La existencia de grupos beneficiarios de programas sociales del gobierno”<sup>39</sup>

Se enfatizó en la afiliación en familias no derechohabientes de la seguridad social pertenecientes a los primeros seis deciles de la distribución del ingreso.

En su segunda etapa 2002, se incorporaron 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 consideradas en las Reglas de Operación<sup>40</sup> 2002.

Para el 2003, en la tercera etapa del programa se incrementó la afiliación a 21 entidades federativas las cuales adicionaban los estados de Baja California Sur, Michoacán, Nuevo León, Tlaxcala, y Veracruz.

Las entidades federativas restantes (Querétaro, Nayarit, Puebla, Yucatán, Chihuahua, Distrito Federal y Durango) se sumarían al Sistema de Protección Social en Salud a partir del 2004 y 2005.

<sup>39</sup> 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 Seguro Popular, 15 marzo 2002.

<sup>40</sup> Las reglas de Operación de Programas Gubernamentales, son un conjunto de disposiciones que precisan la forma de operar de un programa, con el propósito de lograr los niveles esperados de eficacia, eficiencia, equidad y transparencia.

Fuente: <http://www.funcionpublica.gob.mx/scagp/dgorcs/reglas/index.htm> consultada 28 junio del 2012.

Durante el Programa Salud para Todos participaron de 25 entidades federativas, en las cuales se afiliaron 614 mil familias, cubiertas con un paquete de 78 intervenciones que se encontraban en el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME).

Los recursos para el programa comenzaron en 2001 con 250 millones de pesos, los cuales terminaron en 2003 con 293 millones de pesos, con un incremento de 17.2% en recursos como lo muestra el siguiente cuadro:

**Estadística básica del Programa Seguro Popular de Salud durante 2001- 2003**

Año	Entidades incorporadas al SPS	Número de familias afiliadas	Recursos etiquetados para el SPS (pesos)	Costo promedio nacional por persona (pesos)
2001	1. Aguascalientes 2. Campeche 3. Colima 4. Jalisco y 5. Tabasco	59,484	250,000,000	n.d.
2002	6. Baja California, 7. Chiapas, 8. Coahuila, 9. Edo México, 10. Guanajuato 11. Guerrero 12. Hidalgo 13. Morelos 14. Oaxaca 15. Quintana Roo 16. San Luis Potosí 17. Sinaloa 18. Sonora 19. Tamaulipas 20. Zacatecas	296,000	202,618,000	1,411
2003	21. Baja California Sur, 22. Michoacán, 23. Nuevo León, 24. Tlaxcala, 25. Veracruz	614,000	293,530,000	1,572

N.d. no disponible

Fuente: Elaboración propia con información de:

Unidad de análisis económico con base en la página web del SPS ([www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)); Reglas de Operación del SPS 2002 y 2003, y Presupuesto de Egresos de la Federación para los ejercicios fiscales 2001, 2002, y 2003 Ramo 12 Salud.

Sistema de Protección Social en Salud, elementos conceptuales financiero y operativos, segunda edición, Secretaría de Salud, FCE, Biblioteca de la salud lecturas, Pág. 29.

Ante esta situación el Estado buscó el proteger a la población que no contaba con seguridad social en salud. El 12 de noviembre de 2002 el Poder Ejecutivo envió una iniciativa de Reforma a la Ley General de Salud al Senado de la República, mediante la cual se incorpora en materia de salubridad, la protección social en salud creando el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS); el resultado fue la Tercera Generación de Reformas al Sistema de Salud, dando lugar al Sistema de Protección Social en Salud, como una respuesta de Política Pública ante la problemática social.

La justificación para la construcción del SPSS como Política Pública en Salud del Estado Mexicano para reducir la tensión entre las desigualdades en materia de salud fue la siguiente:

Justificación:

### **Política**

“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”<sup>41</sup>

### **Jurídica**

Se sustenta en los siguientes ordenamientos: el artículo 4° 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.

### **Social**

La existencia de rezagos y desigualdad social en materia de salud, la transición demográfica, así como la desigualdad en la prestación de los servicios y el gasto de bolsillo por parte de las familias.

Atender a la población excluida de las Instituciones de Salud, así como alcanzar la universalidad de la protección social.

### **Económica**

Reducir el empobrecimiento de las familias por causa de gastos catastróficos en salud, y la búsqueda en la equidad de asignación de recursos para las entidades federativas en el gasto de salud.

---

<sup>41</sup> Presidencia de la República, Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. México, Pág., 82.

Cabe diferenciar los distintos esquemas de acceso a la salud: el esquema de “seguridad social” el cual consiste en proveer acceso a la salud, pensiones, créditos de distintas especies entre otros beneficios ligados al status laboral; el esquema de “protección social” cumple con la obligación del estado de proveer protección de los derechos sociales. En la seguridad social el acceso a los servicios de salud está asociada al estatus laboral en tanto que la protección social reconoce a la salud como un derecho social. En este sentido, la creación del SPSS es mediante una Política Pública que brinda protección financiera a todas las personas que no tienen acceso a otro sistema de salud, como una garantía que la sociedad y el estado otorga para que una persona pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud al obtener el acceso a los servicios del sistema de salud existentes en el País, sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo.

La justificación es robusta para la creación del Sistema de Protección Social en Salud, como Política Pública del Estado Mexicano, para solventar desigualdades sociales en salud, así como subsanar el rezago histórico y social en continua construcción con un sistema de salud más incluyente para todos los mexicanos.

## Capítulo 3: Sistema de Protección Social en Salud

---

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) se construye como parte de un proceso de evolución y reforma del Sistema Nacional de Salud en México, en la búsqueda de mecanismos organizativos e institucionales que permitiesen una mejor especialización e integración entre diferentes funciones del Sistema como son las de rectoría, financiamiento y prestación propiamente dicha de los servicios de salud a una población creciente y cada vez más compleja y diversificada.

En 2004 se estableció el Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como “Seguro Popular”, como un mecanismo de aseguramiento público para aproximadamente el 50% de la población del País que no contaba con derechohabencia en algún sistema de seguridad social (IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMAR entre otros) posibilitando el acceso a servicios de salud a cualquier mexicano que lo requiera.

A partir de la implementación del SPSS, el Estado otorgará servicios de salud a toda la población mexicana, sin importar su status laboral, haciendo realidad la garantía Constitucional a lo establecido en el artículo 4° en donde *“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”*<sup>42</sup>.

El SPSS complementa al Sistema Nacional de Salud en México ya que la afiliación al SPSS se caracteriza por el sustento en la cobertura universal de salud<sup>43</sup>, ampliando el acceso a los servicios de salud a cualquier mexicano que así lo solicite, sin tener que poner en riesgo su patrimonio individual o familiar al momento de enfrentar necesidades de gasto ante una enfermedad; así como, para combatir los desequilibrios del sector salud.

El siguiente capítulo explicaran las características del Sistema de Protección Social en Salud a partir del fundamento jurídico que le dio origen, los objetivos institucionales del SPSS, el diseño institucional por el cual se conforma el SPSS, el procedimiento de afiliación al SPSS, la operación del SPSS a partir de sus instrumentos, el mecanismo de financiamiento del SPSS y por último se expondrá la evolución de los resultados del SPSS que ha tenido desde su creación en el 2003, hasta el primer semestre del 2012.

<sup>42</sup> Fuente: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Última Reforma DOF 25-06-2012 (<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf> Consultado el 13 de julio del 2012 )

<sup>43</sup> Cobertura Universal implica la afiliación voluntaria de todos los mexicanos que, por su condición laboral, no cuentan con seguridad social en salud. “De forma concertada con las entidades federativas, la proyección de afiliación se definió en 51.3 millones de personas para llegar a la cobertura universal voluntaria (CUV). El avance a junio del 2011 es de 48.5 millones de afiliados, dada la capacidad operativa de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. Cabe señalar que estas proyecciones para la CUV se revisaron de acuerdo a los resultados del Censo de Población y Vivienda 2010 del INEGI, la disponibilidad presupuestal y en las estimaciones sobre la población susceptible de afiliarse al Sistema.”

Fuente: Informe de Resultados del SPSS enero – Junio 2011. Pág. 20.

## a. Fundamento Jurídico del Sistema de Protección Social en Salud

La Constitución Mexicana contempla el derecho a la “Protección de la salud” desde la reforma de 1983 al artículo 4° de la Ley General de Salud (LGS). En dicha reforma, no era explícito como se podían tener acceso a dicho derecho, ni cual era la vía financiera para hacerlo efectivo<sup>44</sup>. Dicho artículo, constituía un reto desde el punto de vista legal e institucional para poder otorgar garantía del derecho a la “Protección de la salud”.

Con fecha de 15 de mayo de 2003, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Decreto por el que se Reforma y adiciona la LGS, con lo cual se crea el Sistema de Protección Social en Salud. El artículo 77 Bis 1 de la LGS, dentro de su Título Tercero Bis y de conformidad con el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece lo siguiente:

*“Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social.”*

Por protección social en salud se entenderá:

*“La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas y profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.”<sup>45</sup>*

<sup>44</sup> Mauricio Ortiz, *El Seguro Popular, una crónica de la democracia mexicana*, Secretaría de Salud, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, y Fondo de Cultura Económica, 2006, Pág. 55.

<sup>45</sup> Compilación jurídica 2012, Artículo 77 bis 2 de la Ley General de Salud, Sistema de Protección Social en Salud. Pág. 8.

El 5 de abril de 2004 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, el cual tiene por objetivo la regulación institucional del SPSS.

En síntesis con las disposiciones jurídicas previamente mencionadas se fundamenta el Sistema de Protección Social en Salud, sentado bases sólidas para su operación institucional y administrativa como Política Pública en salud.

El marco jurídico que sustenta el SPSS va desde el rango Constitucional, hasta el ámbito reglamentario y administrativo para su operación como a continuación se presenta:

**Marco Jurídico e Institucional del Sistema de Protección Social en Salud**

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4°
Ley de Planeación Ley Orgánica de la Administración Pública Federal Ley General de Salud
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud
Plan Nacional de Desarrollo Programa Sectorial de salud (PROSESA) 2007- 2012
Programa de Acción Específico (PAE) Protección Social en Salud 2007- 2012

Fuente: *Programa de Acción Específico 2007- 2012*, Sistema de Protección Social en Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Secretaría de Salud. Pág. 15

## b. Objetivos Institucionales del Sistema de Protección Social en Salud

Los tomadores de decisiones del SPSS, con el fin de garantizar el cumplimiento de sus metas para el 2012, planifican sus acciones a través del “Programa de Acción Específico Sistema de Protección Social en Salud” donde se define la Misión, Visión y Objetivos del SPSS; en este contexto los retos planteados son los siguientes<sup>46</sup>:

### *Misión*

- ✓ Proteger el patrimonio de la población que carece de seguridad social contra gastos en salud, mediante su incorporación voluntaria y equitativa al Sistema de Protección Social en Salud; misma que le permitirá acceder de manera efectiva a servicios médicos quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan sus necesidades de salud. La Comisión Nacional de Protección Social en Salud tiene como misión proveer, coordinar y supervisar las acciones de protección social en salud de los 31 estados de la República y el Distrito Federal.

### *Visión*

- ✓ En el 2012 México tendrá un Sistema de Protección Social en Salud que le brinde a la población, sin seguridad social, el acceso a un sistema de protección financiera que resguarde el patrimonio de las familias contra gastos de salud.
- ✓ El Sistema será financieramente sustentable y permitirá el acceso efectivo a servicios de salud con recursos humanos y físicos suficientes para una atención oportuna, con calidad e incluyente. Para ello, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud será el organismo rector que cuente con personal calificado, así como con capacidad técnica, operativa y de gestión para una administración efectiva del sistema.

### *Objetivos*

#### General

- Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud

#### Específicos

- Contribuir al logro de la cobertura universal en salud.
- Lograr que la población afiliada al SPSS tenga acceso efectivo a servicios de salud.
- Fortalecer y consolidar la operación y la sustentabilidad financiera del SPSS.

<sup>46</sup> Programa de Acción Específico 2007- 2012, Sistema de Protección Social en Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Secretaría de Salud.

### c. Diseño Institucional del Sistema de Protección Social en Salud

Los elementos por medio de los cuales se opera el Sistema son: la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) y los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS).

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) es administrado mediante la Institución de nombre Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). La CNPSS es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, con autonomía técnica, administrativa cuya función consiste en realizar labores de coordinación para la operación del Sistema de Protección Social en Salud.

En este marco se establecieron los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) como las instancias responsables en las 31 Entidades Federativas y el Distrito Federal de operar el SPSS. Estos últimos son los responsables de promover y gestionar los servicios de protección en salud, administrar los recursos, supervisar a los prestadores de servicios, así como de la afiliación en los estados.

#### Elementos Sustanciales que componen el Sistema de Protección Social en Salud



Fuente: Elaboración propia.

La CNPSS es encabezada por la oficina del Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, cuenta con una Coordinación de Asesores y siete Direcciones Generales que se describen en el siguiente cuadro:

Área	Función
Dirección General de Administración y Finanzas (DGAF)	Aplicar medidas operativas y administrativas para la organización y funcionamiento de la CNPSS.
Dirección General de Afiliación y Operación (DGAO)	Encargada de la promoción y operación de la afiliación. Administración del padrón de afiliados.
Dirección General de Financiamiento (DGF)	Programación y planeación financiera del Sistema de Protección Social en Salud.
Dirección General de Coordinación con Entidades Federativas (DGCEF)	Actuar como enlace de la CNPSS para la participación con las entidades federativas.
Dirección General de Gestión de Servicios de Salud (DGGSS)	Gestionar los servicios médicos del SPSS, así como coordinar actividades de incorporación y estimación de costos de intervenciones.
Dirección General de Procesos y Tecnología (DGPT)	Administrar la infraestructura telecomunicaciones de la CNPSS.
Dirección General del Programa Oportunidades (DGPO)	Administrar la programación y distribución de los recursos presupuestales para la operación del Componente Salud y alimentación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

Fuente: Elaboración propia, en base al Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de febrero de 2004, Última reforma publicada DOF 28/11/06 [http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Normateca/compilacion\\_juridica\\_2009/fscommand/03.pdf](http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Normateca/compilacion_juridica_2009/fscommand/03.pdf) (Consultado el 7 de julio del 2012)

## d. Afiliación al Sistema de Protección Social en Salud

El SPSS es un mecanismo de aseguramiento público voluntario, para contar con los beneficios que el SPSS proporciona, las personas deben afiliarse de manera voluntaria.

De acuerdo a lo que establece la Ley General de Salud, en el Artículo 77 Bis 4, la unidad de protección es el núcleo familiar, aunque se contabiliza de manera independiente a cada integrante<sup>47</sup>. Para afiliarse al SPSS se necesita cumplir con los siguientes requisitos<sup>48</sup>:

- I. *Ser residentes en el territorio nacional*  
La residencia podrá demostrarse con la presentación de por lo menos un comprobante de domicilio.
- II. *No ser derechohabientes de la seguridad social*  
La no derechohabencia a las instituciones de seguridad social se acreditará con la mera manifestación del solicitante.
- III. *Contar con Clave Única de Registro de Población (CURP)*  
A falta de dicho documento se podrá entregar el acta de nacimiento, los REPS serán los encargados de la gestión a las autoridades de facilitar la obtención del CURP a los afiliados que lo necesiten.
- IV. *Cubrir las cuotas familiares correspondientes*  
En caso de recaer en un decil del ingreso contributivo (la cuota familiar se aplica tanto a la afiliación por familia como a la afiliación individual)<sup>49</sup>.

<sup>47</sup> Inicialmente el financiamiento a los estados se determinaba con base en el número de familias afiliadas, no importando el número de miembros por familia, sin embargo, en el 2009 se llevó a cabo una Reforma a la Ley General de Salud que modifica el financiamiento a partir de la persona afiliada.

<sup>48</sup> Ley General de Salud, en el Artículo 77 Bis 7

<sup>49</sup> La cuota familiar se determinará dependiendo de la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH), según su nivel de ingresos, la cuota familiar deberá ser significativamente menor al considerado como gasto catastrófico, que para los efectos de la determinación se considerará como un 30% del ingreso disponible de la familia, congruente con la capacidad de aportación determinada a partir de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, Dicha cuota será aplicada a las familias afiliadas de manera colectiva y uniforme, las personas mayores de 18 años que deseen afiliarse de manera individual aportarán el equivalente al 50% del monto de la cuota familiar que corresponda al decil de ingresos en el que se ubique.

Los afiliados al SPSS deben pagar una cuota familiar que se determina conforme a su nivel de ingreso familiar, el pago de la cuota puede ser trimestral, semestral y anual conforme lo decida el titular. Las cuotas vigentes durante el 2011 al decil de ingreso en el que se ubican las familias, fueron las siguientes:

**CUOTA FAMILIAR SEGÚN DECIL DE INGRESO EN 2012 (Cifras en pesos)**

Decil de ingreso	Cuota anual por familia
I	0.0
II	0.0
III	0.0
IV	0.0
V	2,075.0
VI	2,833.6
VII	3,647.9
VIII	5,650.4
IX	7,519.0
X	11,378.9

Fuente: Informe de Resultados, enero- junio 2012, Sistema de Protección Social en Salud, Pág. 8.

El proceso de afiliación inicia cuando el titular de la familia acude a un Módulo de Afiliación y Operación (MAO) a manifestar su voluntad de pertenecer al SPSS, el MAO aplicará la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH)<sup>50</sup> al interesado con la finalidad de determinar el nivel de ingreso familiar y definir si debe o no cubrir una Cuota Familiar<sup>51</sup>. El titular deberá de presentar original y copia de los siguientes documentos:

1. Comprobante de domicilio;
2. Identificación oficial con fotografía del titular de la familia;
3. CURP o algún documento oficial que la contenga, de cada uno de los integrantes de la familia;

<sup>50</sup> Instrumento estandarizado por la Secretaría que es aplicado por los REPSS para la determinación del nivel socioeconómico de la familia que solicita su afiliación al SPSS y sirve para la identificación del núcleo familiar y sus integrantes, así como para la determinación de la cuota familiar correspondiente.

Fuente Compilación jurídica 2012, Sistema de Protección Social en Salud, Pág. 142.

<sup>51</sup> El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, en el Artículo 127 se establece que “Serán sujetos del régimen no contributivo aquellas familias ubicadas en los deciles I y II de la distribución de ingreso, conforme lo determine la comisión en los lineamientos correspondientes”. En el 2008 se incluyó dentro del régimen no contributivo a aquellas familias que al momento de incorporarse se encuentren integradas con al menos un niño mexicano nacido a partir del 1 de diciembre de 2006 y/o por al menos una mujer con diagnóstico de embarazo y se ubiquen en los deciles I a VII de la distribución de ingreso. En el 2010 se determinó ampliar los supuestos del régimen no contributivo y se incluyó a las familias ubicadas en los deciles III y IV.

4. Si es el caso, comprobante de ser beneficiario de algún programa de apoyo o subsidio del Gobierno Federal<sup>52</sup>.

El MAO es el responsable de entregar la Carta de Derechos y Obligaciones, un Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), así como la Póliza de Afiliación. Esta última contiene la información acerca del titular, los integrantes de la familia, la vigencia de sus derechos, y la unidad médica que les corresponde, para poder ser atendido en el primer nivel de atención. Al término de la vigencia de los derechos, que es de 3 años conforme a la vigencia de la CECASOEH, el titular debe pasar por un proceso de reafiliación. Una vez formalizado el proceso de afiliación, se lleva a cabo el procedimiento de Registro Biométrico y Consulta Segura de cada uno de sus integrantes en el Sistema Nominal de Salud (SINOS).

El SINOS, es una estrategia que busca reforzar los esquemas de prevención y detección temprana de enfermedades en los afiliados al Seguro Popular y/o beneficiarios del Programa Oportunidades, a partir del perfil inicial de riesgo en salud de cada uno de los afiliados. Esta estrategia consta de cuatro componentes:

1. Un registro protegido de las huellas dactilares de los afiliados a partir de los diez años de edad,
2. Un tamizaje básico de los riesgos de salud de los afiliados (Consulta Segura), dicho tamiz consiste en la aplicación de pruebas con variables como: peso, talla, glucosa en sangre, presión arterial, y perímetro abdominal entre otros,
3. Atención médica que toma como punto de partida los resultados del tamizaje, y
4. Un sistema integrado de información en salud.

El proceso descrito es el procedimiento mediante el cual se puede incorporar cualquier persona al SPSS; el inicio de la vigencia de derechos de los afiliados es a partir del mismo día de su incorporación. La reafiliación se da a partir de los 12 meses del inicio de la vigencia de los derechos si se es contribuyente de la cuota de afiliación, si se es del régimen no contributivo se tomará como base que la CECASOEH que tiene una validez de tres años; al término del plazo se deberá ir a aplicar nuevamente la Encuesta Socioeconómica y la Consulta Segura para su reafiliación.

---

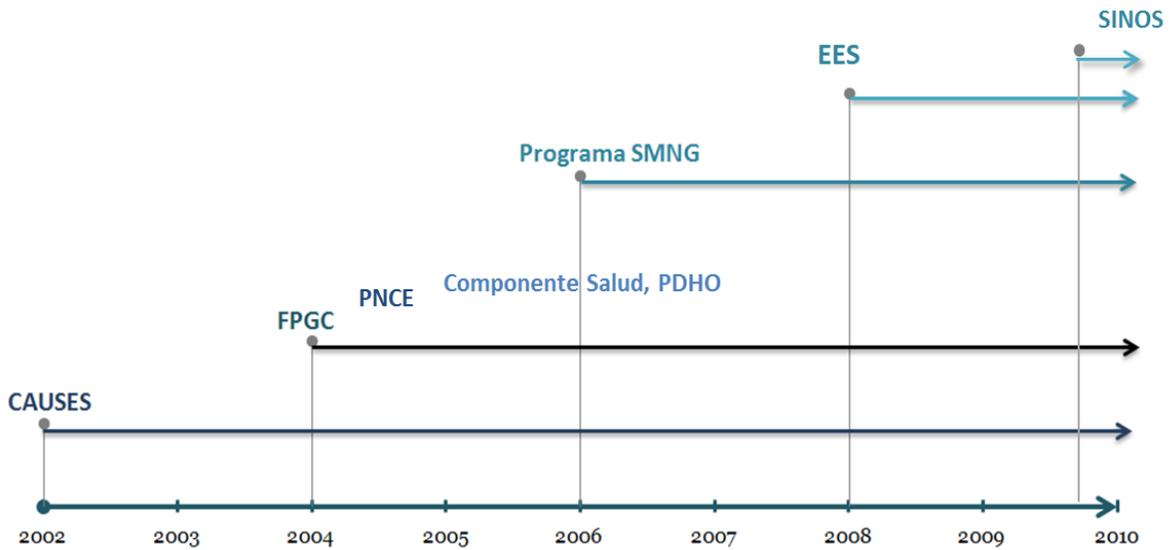
<sup>52</sup> Se podrán considerar sujetos de incorporación al régimen no contributivo las familias que: sean beneficiarias de los programas de combate a la pobreza extrema del Gobierno Federal, residentes en localidades rurales; residentes en localidades de muy alta marginación con menos de doscientos cincuenta habitantes; y las que determine la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS).

Fuente Art. 127 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Sistema de Protección Social en Salud.

### e. Instrumentos de operación del Sistema de Protección Social en Salud

El SPSS cuenta con distintos instrumentos de operación mediante los cuales se ofrecen los beneficios a los afiliados. Los instrumentos son: el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), el Fondo contra Gastos Catastróficos (FPGC), el Programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), la Estrategia Embarazo Saludable (EES), el Componente de Salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (Componente Salud, PDHO), el Programa Nacional de Cirugía Extramuros (PNCE) y el Sistema Nominal de Salud/Consulta Segura (SINOS). Por otro lado, existe el Fondo de Previsión Presupuestal (FPP), cuya finalidad es por un lado atender los imprevistos en la demanda por alguna situación extraordinaria, y por el otro, financiar obras de infraestructura y equipamiento de las unidades médicas.

#### Evolución de la incorporación de los instrumentos de operación del SPSS



Fuente: Elaboración propia en base al Estudio de Evolución, Resultados y Perspectivas del Sistema de Protección Social en Salud, 2010. [http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/estudios\\_seguro\\_popular/evolucion\\_resultados\\_perspectivas\\_sistema\\_proteccion\\_social\\_salud\\_2010/2\\_3\\_Analisis\\_efectos\\_condiciones\\_salud.pdf](http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/estudios_seguro_popular/evolucion_resultados_perspectivas_sistema_proteccion_social_salud_2010/2_3_Analisis_efectos_condiciones_salud.pdf) Consultado el 3 de octubre del 2012. Pág. 57.

### ***Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)***

El CAUSES es un catálogo de servicios médicos que cubre el 100% de la demanda de atención en la salud de los padecimientos tratados en el primer nivel<sup>53</sup> de atención médica; y los principales padecimientos, diagnósticos y terapéuticos registrados por la Secretaría de Salud como egresos hospitalarios del segundo nivel de atención. Éste se actualiza de manera anual mediante el Comité Asesor para la Definición y Actualización del CAUSES, el cual tuvo como base la visión preventivo-promocional y la metodología de la medicina basada en evidencias.

Durante el 2012 se conforma el CAUSES de 284 servicios de salud con sus respectivos medicamentos, los cuales consisten en un catálogo de 522 medicamentos. Las intervenciones se pueden clasificar en seis conglomerados:

- I. Salud pública con 27 intervenciones dirigidas a los servicios de detección y prevención de enfermedades durante la línea de vida, considerando una serie de acciones detalladas en las Cartillas Nacionales de Salud, que incluyen los servicios de vacunación, detección de diabetes, hipertensión arterial y tuberculosis.
- II. Atención ambulatoria, Consulta de medicina general o familiar y de especialidad, a este grupo el corresponden 110 intervenciones sobre el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades presentadas en niños y adultos, tanto infecciosas como crónicas.
- III. Odontología, a este grupo considera 7 intervenciones de salud indispensables para mantener una óptima salud bucal.
- IV. Urgencias, se contemplan 25 intervenciones que ponen en peligro la vida e incluyen servicios de atención médica, otorgando la estabilización, el diagnóstico y manejo terapéutico en la sala de urgencias; así también, aquellas que no ponen en riesgo la vida, órgano o sistema, pero que por ser un evento traumático requieren la pronta intervención médica para generar bienestar y estabilidad para el paciente.
- V. Hospitalización, se incluyen 49 intervenciones de aquellas patologías que requieren estancia hospitalaria, del manejo multidisciplinario de especialistas médicos y de enfermería; así como de los insumos médicos indispensables para su control y estabilización.
- VI. Cirugía general, para su integración se consideran 66 intervenciones que atienden tanto problemas agudos como crónicos, incluyendo diagnósticos de mayor

<sup>53</sup> Por Primer nivel de atención entenderemos lo que se clasifica por medicina general y preventiva, por Segundo nivel de atención entenderemos hospitalización u operaciones ambulatorias y por Tercer nivel de atención será la medicina de alta especialidad.

frecuencia quirúrgica de patologías digestivas, ginecológicas, obstétricas, genito urinario masculino, oftalmológicas, dermatológicas y ortopédicas, lo que permite manejar hospitalizaciones programadas, con estancia hospitalaria larga o corta, y que por su naturaleza requieren de intervención quirúrgica; incluyendo previamente la confirmación del diagnóstico o bien la programación de los estudios o cirugía que correspondan.<sup>54</sup>

El financiamiento para otorgar los servicios incluidos en el CAUSES se da mediante una cápita<sup>55</sup> por persona afiliada en las Entidades Federativas. (Anexo 1 Catalogo Universal de Servicios de Salud 2012.)

### ***Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC)***

El FPGC tiene como finalidad apoyar el financiamiento de enfermedades cuyo tratamiento es de alto costo que provocan gasto catastrófico<sup>56</sup> para las familias. A diferencia del CAUSES, el financiamiento de las intervenciones cubiertas por el FPGC se realiza por caso. En el 2012 se cubren 58 intervenciones (Anexo 2) que atienden a 17 enfermedades de alto costo:

<sup>54</sup> Catalogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES 2010) Pág. 25-26 e Informe de Resultados del SPSS, Primer semestre enero junio 2012.

<sup>55</sup> Por cápita entenderemos el costo que se brinda mediante la Aportación federal y estatal, por persona al SPSS para su atención.

<sup>56</sup> Un hogar con gastos catastróficos por motivos de salud se define como todo aquel que está destinando más del 30% de su capacidad de pago al financiamiento de la salud de sus miembros. En el gasto en salud se incluyen: el gasto de bolsillo, las contribuciones a la seguridad social y el gasto gubernamental en salud transferido a los hogares.

### Enfermedades del FPGC por año de inclusión

Año	Enfermedades	Enfermedades incluidas por año
2006	7	1. Cáncer cérvico uterino 2. VIH SIDA 3. Cuidados intensivos neonatales 4. Cataratas 5. Cáncer de niños y adolescentes* 6. Trasplante de médula ósea 7. Trastornos quirúrgicos congénitos adquiridos
2007	8	8. Cáncer de mama
2008	8	9. Se complementa la cobertura de Cáncer de niños y adolescentes
2009	8	10. Se complementa la cobertura de Cáncer de niños y adolescentes
2010	8	11. Se complementa la cobertura de Cáncer de niños y adolescentes
2011	16	12. Trasplante de córnea 13. Tumor testicular 14. Tumor de próstata 15. Hemofilia 16. Trasplante de médula ósea (Mayores de 18) 17. Enfermedades lisosomales 18. Linfoma No Hodgkin 19. Infarto Agudo al Miocardio
2012	17	20. Trasplante de Riñón

\*El cáncer en niños y adolescentes, fue incorporando diversas patologías durante el 2004 hasta el 2010 en donde se integraron todos los cánceres de niños y adolescentes en el FPGC para su atención.

Fuente: Elaboración propia, en base a los Informes de Resultados del SPSS 2004- 2012.

En el caso del VIH/SIDA, sólo cubre el tratamiento ambulatorio de acuerdo a la Normativa del Centro Nacional para la Prevención y el Control de VIH/SIDA (CENSIDA).

Para incorporar un padecimiento al FPGC se requiere que el Consejo de Salubridad General lo defina como una enfermedad catastrófica, es decir que genere un gasto en salud para las familias mayor al 30% de sus ingresos. Posteriormente, la CNPSS propone su inclusión como una enfermedad susceptible a ser financiada por el FPGC de acuerdo a características como prevalencia, aceptabilidad social y viabilidad financiera<sup>57</sup>.

Los prestadores de servicio<sup>58</sup> para el FPGC están sujetos a la acreditación de sus servicios<sup>59</sup> ya que por cuestiones de alta especialidad necesitan garantizar que cumplan los requisitos necesarios como seguridad, calidad, infraestructura, recursos médicos, infraestructura física, medicamentos etc. La atención a los afiliados del FPGC la proporcionan 327 prestadores de servicios registrados al 2012, en donde el 63.6% de ellos se concentran en 12 entidades federativas: Aguascalientes, Baja California, Chihuahua, Coahuila, Distrito

<sup>57</sup> Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados, 2011 Pág. 38.

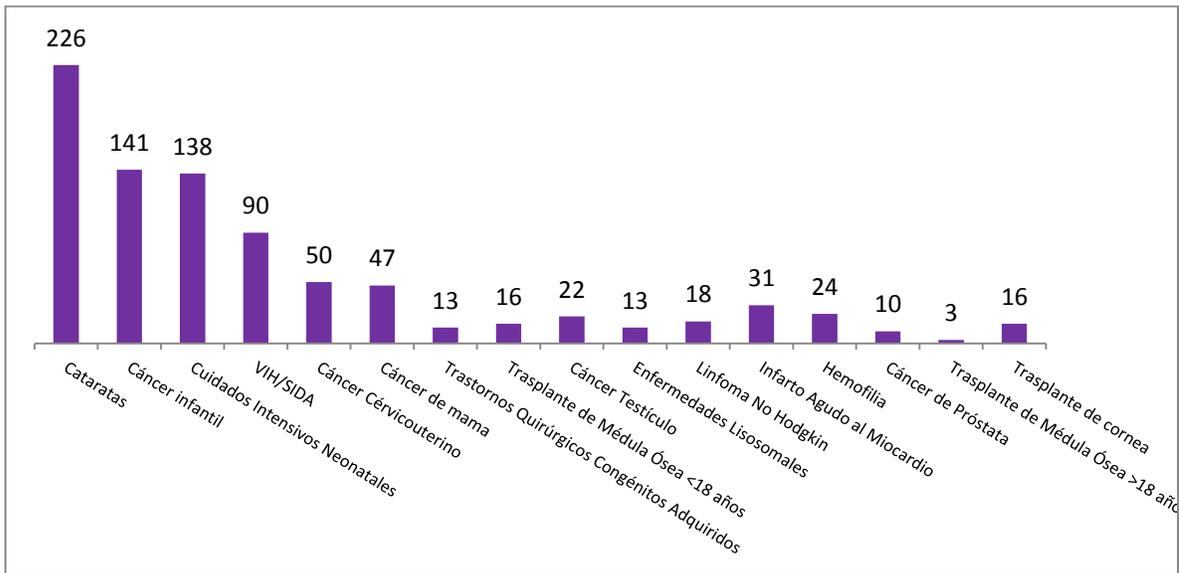
<sup>58</sup> Por prestadores de servicio para el FPGC se refiere a Hospitales o Institutos de Alta Especialidad.

<sup>59</sup> El SPSS es un sistema financiador de servicios mediante su cartera de servicios, lo que significa que no cuenta con infraestructura propia, sin embargo, para que se paguen los servicios se necesita estar acreditado bajo un sistema de calidad regulado por la Secretaría de Salud.

Federal, Guanajuato, Jalisco, Estado de México, Nuevo León, Sinaloa, Tamaulipas y Veracruz. (Anexo 3, Número de prestadores de servicio del FPGC por Entidad Federativa)

El FPGC, cuenta con 858 servicios acreditados al 2012. Las cifras entre los prestadores de servicio, y la acreditación por tipo de padecimiento no coinciden debido a que dentro de los 327 prestadores de servicio se puede estar acreditado a más de un tipo de padecimiento atendido por el FPGC.

**Acreditación por tipo de padecimiento del FPGC 2012**



Fuente: Informe de Resultados del SPSS 2012 pp 71 en base a la Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Dirección de Evaluación de la Calidad.

**Programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG)**

El SMNG brinda cobertura integral de cualquier padecimiento a los menores de 5 años de edad, es decir, cubre todas las enfermedades infantiles que se puedan presentar en los menores de edad; dichas enfermedades son adicionales a las cubiertas por el CAUSES y el FPGC. Además del financiamiento de las intervenciones, el Programa otorga apoyos económicos a las entidades federativas por el concepto de:

1. Apoyo económico por incremento en la demanda de servicios  
Se les transfiere a las entidades federativas una cápita de 210 pesos anuales, por una sola ocasión, por cada niño mexicano nacido a partir del 1 de diciembre del 2006 cuya familia se incorpore al SPSS.

2. Pago de intervenciones cubiertas por el SMNG  
Las intervenciones cubiertas por el SMNG son acciones de segundo y tercer nivel de atención a la salud de los niños las cuales no se encuentran contempladas en el CAUSES o en el FPGC.
3. Pago de vacunas  
Se apoya al esquema de vacunación universal de la Secretaría de Salud mediante el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (CENSIA) para la adquisición de vacunas contra rotavirus y neumococo, las cuales se aplican a los menores de un año independientemente de su afiliación al SPSS.
4. Tamiz auditivo para la detección de niños con hipoacusia severa y profunda  
Se apoya económicamente al Programa de Tamiz Auditivo Neonatal e Intervención Temprana (TANIT) para la aplicación de pruebas a los recién nacidos de tamiz auditivo neonatal en recién nacidos.
5. Implantes cocleares para niños con hipoacusia severa y profunda.  
Se apoya a niños con sordera neurosensorial severa y profunda, mediante tratamientos iniciales de prótesis auditivas externas y rehabilitación, en caso de que la sordera siga persistiendo, la colocación de implante cocleares y la rehabilitación.
6. Fortalecimiento de la red de frío  
Apoyo en la infraestructura necesaria para la conservación de las vacunas.
7. Tamiz metabólico semi-ampliado  
A través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, se adquirieron los reactivos para el tamiz y diagnóstico de enfermedades (galactosemia, fenilcetonuria e hiperplasia suprarrenal congénita, hipotiroidismo). La detección de dichas enfermedades evitará la muerte o la discapacidad de cerca de 200 niños afectados por alguna de estas enfermedades, mediante su diagnóstico temprano y tratamiento.
8. Equipamiento en los bancos de leche humana  
De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica del 2009, sólo el 43.2% de los recién nacidos recibieron lactancia materna exclusiva en sus primeros tres días de vida, la duración promedio en meses de la lactancia materna fue de

8.8 para áreas rurales y de 5.7 para zonas urbanas. Lo que hace necesario fortalecer las intervenciones para proteger y fomentar la práctica de la lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida y en forma complementada hasta los 2 años de edad, el impacto de la intervención estará representado por el mejor estado nutricional de todos los recién nacidos, no solo los sanos, sino también aquellos en condición de riesgo, la reducción de la enfermedad y de las estancias hospitalarias prolongadas, además de todos los beneficios que la leche materna otorga, servirá para fortalecer y posicionar esta práctica a nivel nacional, el Programa SMNG financia por mediación del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva el equipamiento de seis Bancos de Leche Humana en las siguientes entidades federativas: en el Distrito Federal (Instituto Nacional de Perinatología “Dr Isidro Espinosa de los Reyes”), Tabasco (Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer Villahermosa Tabasco), Jalisco (Hospital Materno infantil “Esperanza López Mateos”), Veracruz (Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz “Dr Rafael Lucio”) y Zacatecas (Hospital de la Mujer Zacatecana y Hospital General de Fresnillo).

9. Apoyo a los talleres comunitarios para el autocuidado de la salud y apoyar la instrumentación de los mismos.<sup>60</sup>

Los talleres para el autocuidado de la salud, se basan en el Modelo de capacitación para el fomento de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, la prevención de la muerte de cuna y el desarrollo cognitivo del niño. Brinda herramientas para que las personas cambien su conducta y enfrenten los retos del contexto social, al hacerse cargo de su vida y salud convirtiéndose en agentes de cambio en su familia y comunidad orientados a empoderar acciones de prevención en salud. Busca incidir en conductas del personal de salud así como en mujeres embarazadas, destacando que el diseño del Modelo tiene dos características, la primera es que se aplica una metodología vivencia y participativa y la segunda es la sostenibilidad del modelo, ya que una vez que se han implementado todas las fases que lo componen en cada entidad federativa, puede ser aplicado en todos los temas de prevención.

<sup>60</sup> Informe de Resultados, Sistema de Protección Social en Salud, 2011 y 2012, Pág. 46 y 57.

### ***Estrategia Embarazo Saludable (EES)***

La Estrategia Embarazo Saludable, es una estrategia de afiliación que tiene como finalidad garantizar la incorporación inmediata al SPSS a todas las mujeres con diagnóstico de embarazo que no cuenten con seguridad social. Lo anterior sin considerar el tiempo de gestación que se tenga, a fin de proteger la salud de la mujer durante todo su embarazo, desde la concepción.

### ***Componente de Salud, del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (Componente Salud, PDHO)***

El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, se concibió como un instrumento de política pública que al propiciar el incremento de las capacidades en educación, salud y alimentación en los hogares más necesitados, genera incentivos para que las familias y las personas, mediante su esfuerzo, superen su situación precaria, accedan a mejores niveles de bienestar y se incorporen al desarrollo nacional. El Programa Oportunidades es operado desde la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), sin embargo, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud es responsable de coordinar la operación y financiamiento del Componente de Salud del Programa Oportunidades, así como de impulsar las acciones para una mejor nutrición incluyendo la suplementación a niños y mujeres embarazadas.

El Componente de Salud proporciona atención básica para todos los miembros de la familia, con base en el paquete básico garantizado de salud que incluye 13 intervenciones de carácter preventivo, no incluidas en el CAUSES ni el FPGC. Asimismo, apoya la prevención y disminución de la desnutrición desde la etapa de gestación, a través de la entrega de suplementos alimenticios a niños de 6 a 59 meses de edad, mujeres embarazadas y mujeres en lactancia.

La Estrategia Integral de Atención a la Nutrición (EslAN), busca ampliar el efecto de nutrición y alimentación saludable en la población beneficiaria de Oportunidades, a través del uso de nuevos suplementos alimenticios apoyados en un modelo de comunicación educativa que promueve: la lactancia materna y alimentación complementaria de acuerdo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el uso apropiado de nuevos suplementos alimenticios para mujeres y niños, alimentación saludable durante el embarazo y el período de lactancia, recomendaciones para la ganancia de peso de acuerdo al estado de peso de la mujer al inicio del embarazo, y la identificación y control de riesgos durante el embarazo.

El Plan de Comunicación Indígena (PCI) tiene como objetivo fortalecer las actitudes y aptitudes de los beneficiarios en torno al autocuidado de la salud bajo un esquema de

sensibilidad intercultural, equidad y respeto a sus usos y costumbres. El PCI pretende contribuir a la disminución de la maternidad a través de la promoción y difusión de materiales educativos en salud en trece lenguas indígenas, contando con la participación comunitaria y utilizando los medios de comunicación locales disponibles, mediante impresos y audiovisuales en su lengua materna.

### ***Programa Nacional Cirugía Extramuros (PNCE)***

El PNCE ofrece cirugía general y especializada a la población marginada con alto grado de dispersión geográfica. Las cirugías se clasifican en cuatro especialidades básicas: cirugía general, reconstructiva, oftálmica y ortopédica. Estas especialidades inciden en la calidad de vida de la población ya que atienden enfermedades que marginan al paciente socialmente y limitan su capacidad de desarrollo personal, su desempeño escolar y laboral. Algunos ejemplos de las cirugías realizadas por este programa son: labio y paladar hendido, cataratas, estrabismo, malformaciones de las extremidades, secuelas de quemaduras y de otros accidentes, entre otras.

El Programa opera mediante la participación monetaria o en especie de instituciones del sector salud federal y estatal, academias y organizaciones de profesionales, universidades, así como organizaciones públicas y privadas. La atención se otorga mediante equipos multidisciplinarios de médicos y paramédicos de dichas organizaciones e instituciones. Los equipos se trasladan a los lugares donde se practican las intervenciones quirúrgicas, que deben ser cerca del lugar de residencia del paciente, aprovechando la infraestructura gubernamental y privada existente, bajo la supervisión del personal de la CNPSS.

### ***Sistema Nominal de Salud (SINOS)***

Como describimos anteriormente, el SINOS, es una estrategia que busca reforzar los esquemas de prevención y detección temprana de enfermedades en los afiliados al SPSS y/o beneficiarios del Programa Oportunidades, a partir del perfil inicial de riesgo en salud de cada uno de los afiliados. Esta estrategia consta de cuatro componentes:

1. Un registro protegido de las huellas dactilares de los afiliados a partir de los diez años de edad,
2. Un tamizaje básico de los riesgos de salud de los afiliados (Consulta Segura), dicho tamiz consiste en la aplicación de pruebas con variables como: peso, talla, glucosa en sangre, presión arterial, y perímetro abdominal entre otros,
3. Atención médica que toma como punto de partida los resultados del tamizaje, y

#### 4. Un sistema integrado de información en salud.

Se concibió como una nueva modalidad de corresponsabilidad de los afiliados, por lo que es obligatorio para cualquier nuevo afiliado o re-afiliado realizar la consulta segura y de esta forma se incentiva a los afiliados a invertir en el mantenimiento de su propia salud, así como al fortalecimiento de una base epidemiológica de datos sobre los afiliados al SPSS.

#### ***Fondo de Previsión Presupuestal (FPP)***

El Fondo de Previsión Presupuestal (FPP), es una bolsa de recursos el cual debe destinarse al desarrollo de infraestructura médica y de especialidades básicas en zonas de mayor marginación social, dicho instrumento es elemental para el fortalecimiento de la infraestructura necesaria para poder garantizar el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud de los afiliados al SPSS.

## **f. Mecanismo de Financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud**

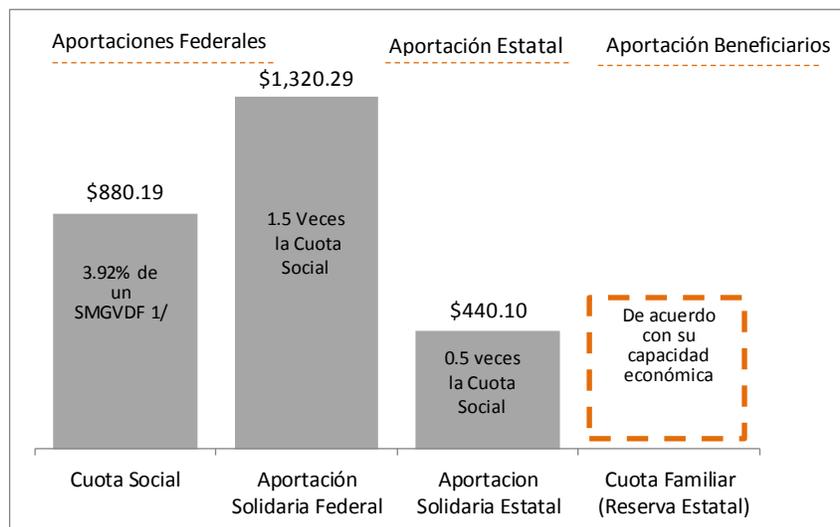
### ***Origen de los recursos del Sistema de Protección Social en Salud***

El modelo de financiamiento del SPSS se sustenta en un esquema tripartito por diseño con aportaciones por persona afiliada donde participa el Gobierno Federal, los Gobiernos Estatales y las familias, dependiendo de su nivel de ingreso. Las aportaciones del Gobierno Federal se integran por dos conceptos: la Cuota Social (CS) y la Aportación Solidaria Federal (ASF); los Gobiernos Estatales participan con la Aportación Solidaria Estatal (ASE) y finalmente, las familias aportan una cuota dependiendo del decil del ingreso al que pertenecen de acuerdo a la Cedula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH).

Cabe mencionar que el 99.4% de los afiliados se encuentran ubicados en los primeros cuatro deciles de ingreso, considerados no contributivos. El 0.6% restante incluye familias que también pertenecen a deciles no contributivos por que al momento de la afiliación contaban con un miembro de la familia menor de cinco años o con diagnóstico de embarazo. En este sentido, es posible aseverar que el financiamiento proviene principalmente de las aportaciones federales y estatales, ya que la cuota familiar no es representativa.

El financiamiento del SPSS para la atención de la salud de la persona, está establecido a partir del número de afiliados en cada Entidad Federativa; las aportaciones al SPSS y el mecanismo de actualización están contenidos en la Ley General de Salud (LGS) vigente durante 2012, en sus artículos 77 bis 11 al 13, bis 21 y 25. Para el 2012, el monto por persona asciende en promedio a 2,640.58 pesos como lo muestra el siguiente Cuadro:

### Aportación anual por persona, para el 2012



<sup>1/</sup> SMGVDF: Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal de 2009 actualizado en enero de 2011 con base en el Índice Nacional de Precios al Consumidor.

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud. Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Aalud 2012 Pág. 6.

La Cuota Social (CS) equivale al 3.92% del Salario Mínimo General vigente diario en el Distrito Federal del 2009 ajustado a la inflación<sup>61</sup>.

La Aportación Solidaria Federal (ASF) equivale a 1.5 veces el monto de la Cuota Social (CS), sin embargo, para no duplicar los recursos que se envían a las entidades federativas asociados a otros programas de salud, conforme a los criterios de alineación del presupuesto federal se contabilizan a aquellos recursos de programas federales dirigidos a la población no derechohabiente de las instituciones de seguridad social que se destinan a la prestación de servicios de salud<sup>62</sup>. Es decir, a la ASF a transferir por ley se le deben restar los recursos alineados para evitar duplicidades. De esta forma, el SPSS transfiere por concepto de ASF a las entidades federativas únicamente la parte complementaria que resta luego de considerar los presupuestos alineados. Es importante señalar que de la totalidad de cada presupuesto alineado, el SPSS contabiliza sólo la parte proporcional que corresponde al número de personas asegurables.

<sup>61</sup> La CS se calculó por primera vez el 1 de enero del 2009, se actualiza anualmente con base en el Índice Nacional de Precios del Consumidor (INPC)

<sup>62</sup> Los recursos alineados pertenecen al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSA-P, Ramo 33); el presupuesto de Oportunidades dirigido al cuidado de la salud (Ramo 12); Programas Nacionales, equipamiento, modernización y obra pública de Unidades Médicas; homologación del personal; y, gasto operativo de Unidades Médicas.

## Determinación de la Aportación Solidaria Federal (ASF) a Transferir



Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud. Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud 2012 Pág. 7.

La Aportación Solidaria Estatal (ASE) deber ser equivalente a la mitad de la CS por persona afiliada. Es un mecanismo de corresponsabilidad entre los Gobiernos Estatales y el Gobierno Federal para la atención de la salud de aquellas familias que por su condición laboral no pertenecen a ningún sistema de seguridad social.

### ***Aplicación de los Recursos del Sistema de Protección Social en Salud***

Los recursos canalizados por las aportaciones generan una bolsa cuyo destino y aplicación se determinan en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) del siguiente modo:

- El 89% se transfiere a la atención y prestación de servicios de salud contenidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y los medicamentos asociados.
- El 11% restante forma parte del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS), que a su vez se destina el 8% al financiamiento de casos cubiertos por el FPGC, y el 3% restante al Fondo de Previsión Presupuestal (FPP). De este último, 2/3 deben destinarse al desarrollo de infraestructura médica y de especialidades básicas en zonas de mayor marginación social y 1/3 a la cobertura de las diferencias imprevistas en la demanda de servicios esenciales en el nivel estatal.<sup>63</sup>

<sup>63</sup> El FPP a través de 1/ del Fondo contra coberturas de las diferencias imprevistas en las demanda de servicios, únicamente ha utilizado sus recursos con la participación en la contingencia sanitaria en el 2009 por el virus de la influenza A (H1N1). Se autorizó el monto de 2,840.35 millones de pesos para la adquisición

El Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud, cuenta con un patrimonio el cual está conformado por los recursos del Fondo de Previsión Presupuestal (FPP) y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Para la constitución del fideicomiso del SPSS se requiere de la creación de un Comité Técnico, el cual es el órgano de toma de decisiones del fideicomiso. La Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) será el fideicomitente con la capacidad de afectar el patrimonio del fideicomiso. Por lo anterior la SHCP es quien entrega dichos recursos a la fiduciaria para el cumplimiento de un fin lícito. La fiduciaria es la institución de crédito autorizada por ley quien recibe derechos del fideicomitente. La fiduciaria se encarga de administrar los bienes, de cumplir los objetivos del fideicomiso y de seguir las instrucciones del Comité Técnico. En el caso del fideicomiso del SPSS, la fiduciaria es el Banco Nacional de Obras y Servicios Públicos, S.N.C. Los fideicomisarios cuentan con la capacidad jurídica necesaria para recibir el beneficio que resulta del fin del fideicomiso. En el caso del FPGC, los fideicomisarios serán los prestadores de servicios de gastos catastróficos de la red del SPSS. Para el FPP los fideicomisarios serán las entidades federativas adheridas al SPSS a través de sus Regímenes Estatales de Salud.<sup>64</sup>

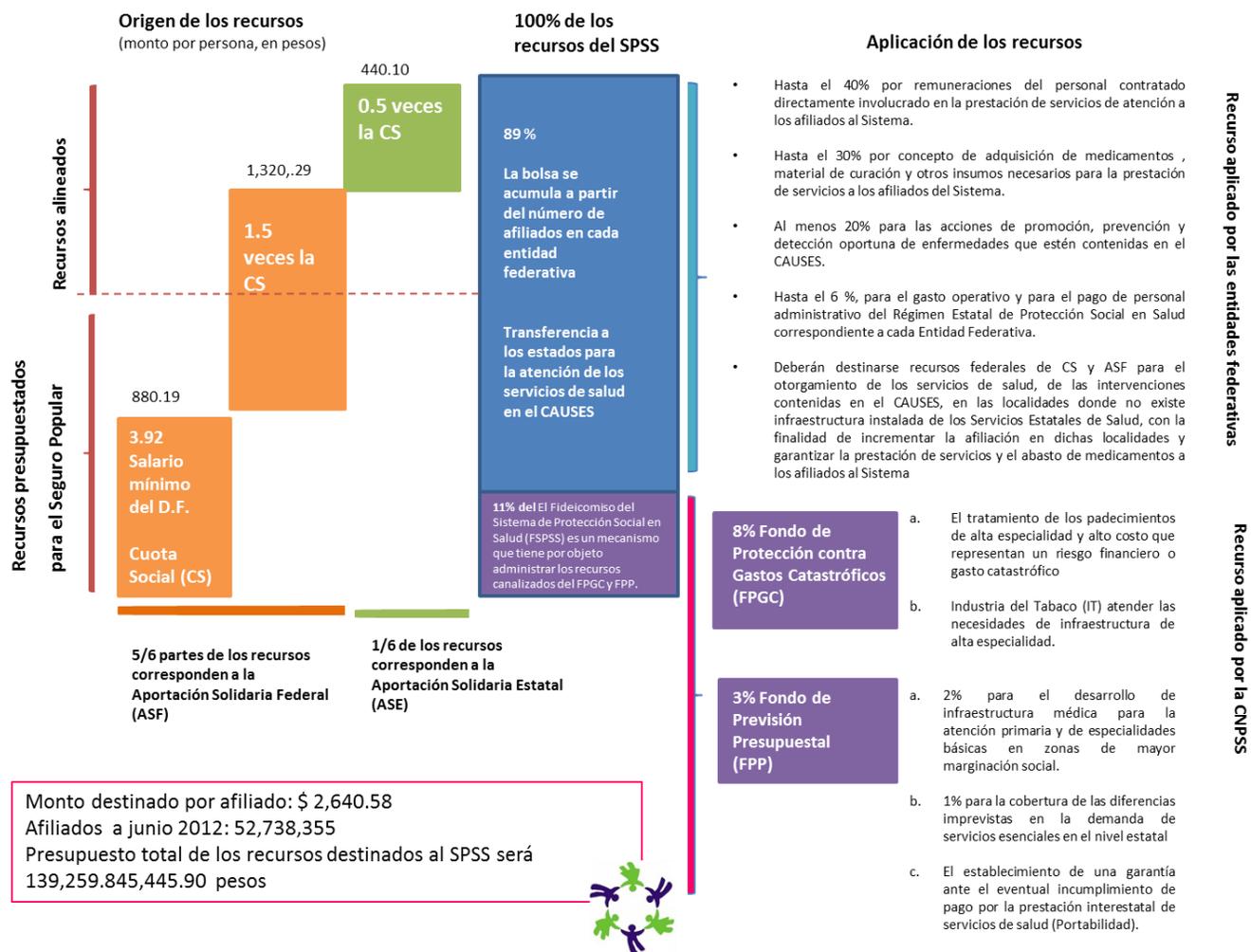
Con el propósito de sintetizar el mecanismo de financiamiento del SPSS el cual se conforma a partir del origen del financiamiento así como la aplicación del mismo, es indispensable esquematizarlo con el siguiente cuadro:

---

de servicios, insumos y medicamentos requeridos para la atención de la epidemia. Los recursos autorizados para la atención de esta epidemia fueron transferidos al Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE), unidad responsable de la adquisición y distribución de los servicios, medicamentos e insumos adquiridos para la atención de la epidemia. Los recursos autorizados fueron ejercidos en su mayor parte en los ejercicios 2009 y 2010. Fuente informe de resultados 2010.

<sup>64</sup> Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2007- 2012; Sistema de Protección Social en Salud, *Elementos conceptuales, financieros y operativos*, Fondo de Cultura Económica. Pág. 60.

### Origen, destino y uso de los Recursos del Sistema de Protección Social en Salud



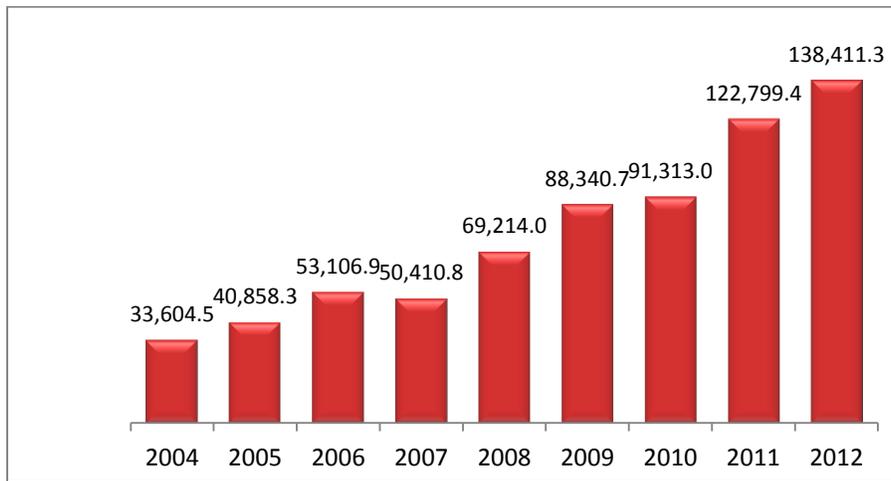
Fuente: Elaboración propia, en base al PEF, Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud, 2012, y Compilación Jurídica del SPSS 2012.

## g. Resultados de la operación del Sistema de Protección Social en Salud al 2012

### Financiamiento

El total de los recursos asignados al SPSS para los años 2004- 2012 han tenido un crecimiento exponencial desde el origen hasta el año 2012 lo representa que ha crecido más de 4 veces el presupuesto original como lo muestra la siguiente gráfica:

### Evolución del presupuesto asignado al Sistema de Protección Social en Salud del 2004 al 2012\*



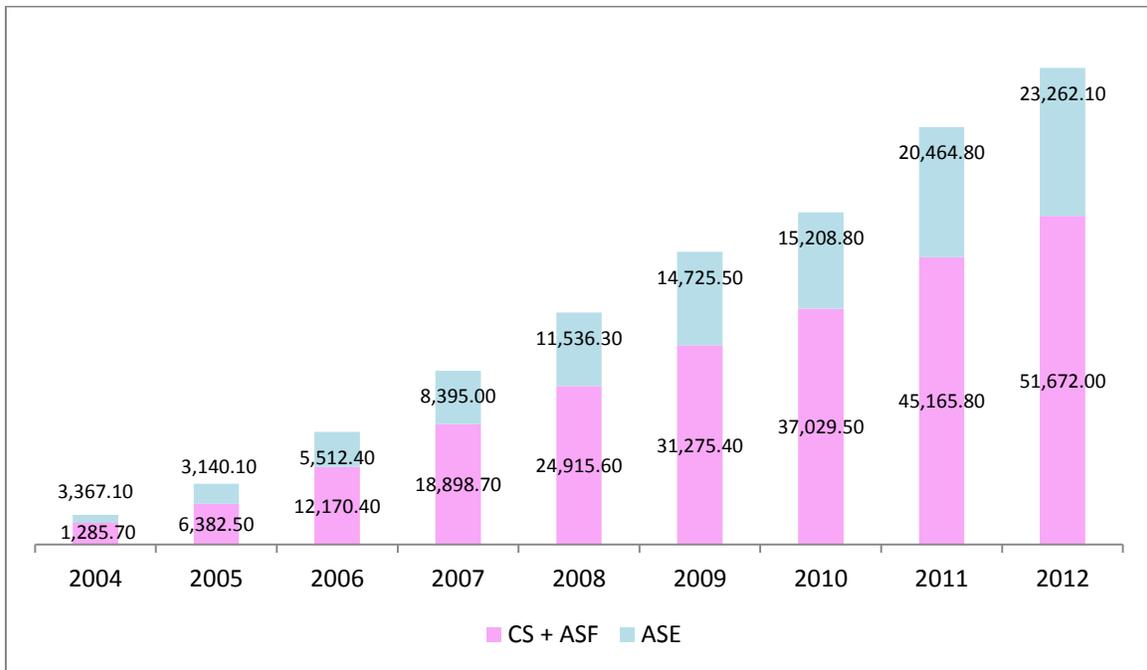
**Nota:** El presupuesto total del 2012, no coincide con el presupuesto total asignado al SPSS 2012 enunciado en la el cuadro de “Origen, destino y uso de los Recursos del Sistema de Protección Social en Salud” (Página anterior), ya que se consideró para el cálculo la afiliación al mes de junio del 2012, y en el cuadro presente se utilizó la proyección de afiliación al 2012 según la CNPSS.

\* Para los años 2004-2006, se incluyen los presupuestos totales de los programas alineables; en los del periodo 2007-2012 solamente la parte proporcional de esos presupuestos, conforme a la afiliación observada en esos años.

Fuente: Informe de Resultados, Sistema de Protección Social en Salud, enero junio 2012, Pág. 11.

El diseño del financiamiento del SPSS entre las Entidades Federativas y el Gobierno Federal ha generado corresponsabilidad entre ambos participantes en lo que respecta a la protección social en salud. Por un lado el Gobierno Federal aporta la Cuota Social (CS) y la Aportación Solidaria Federal (ASF) que corresponde a 5/6 partes del financiamiento total del sistema; por otro lado las Entidades Federativas contribuyen con la Aportación Solidaria Estatal (ASE) que corresponde a 1/6 parte del financiamiento del sistema. Lo anterior implica que el crecimiento del padrón de afiliación exige a ambos órdenes de Gobierno el incremento en la aportación para contribuir al financiamiento necesario en la protección de la salud de los mexicanos.

**Evolución de los Recursos Transferidos por el Gobierno Federal (CS+ASF) y el Gobierno Estatal (ASE) 2004- 2012**

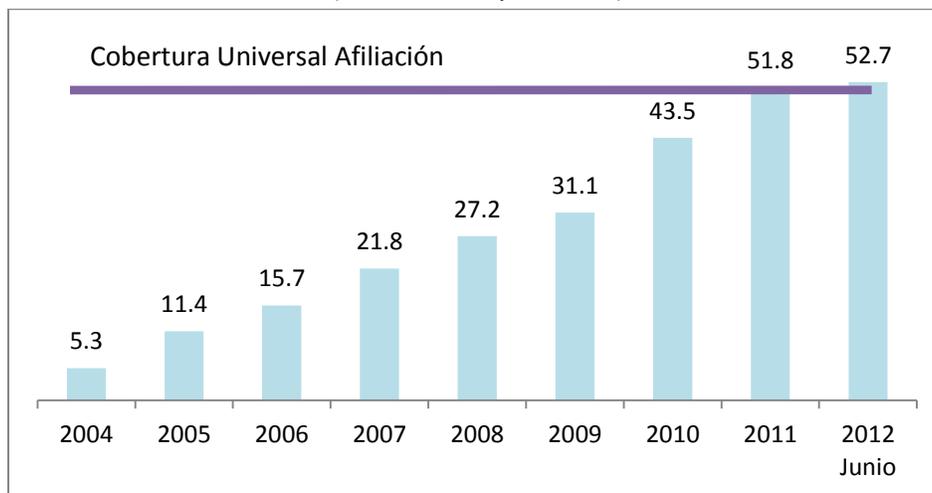


Fuente: Informe de Resultados, Sistema de Protección Social en Salud, enero junio 2012.

## Afiliación

Dadas las condiciones a principios de siglo, donde más de la mitad de la población no contaba con mecanismos de protección financiera contra gastos en salud, a través del Seguro Popular se ha logrado la afiliación a la Cobertura Universal Voluntaria al SPSS. En el 2004 se contaba con un padrón de afiliados de 5.3 millones de personas, y para junio del 2012 ya se tiene un padrón de 52.7 millones de afiliados.

**Evolución de la Afiliación al Seguro Popular 2004- 2012**  
(Millones de personas)



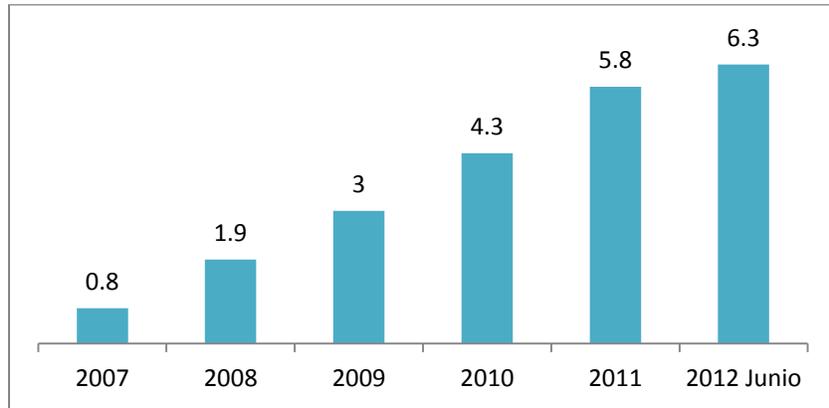
Fuente: Informes de Resultados 2004- 2012 Sistema de Protección Social en Salud.

Las reformas a los artículos 77 Bis 12 y 77 Bis 13 de la Ley General de Salud, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de diciembre de 2009, a partir del 2010 se modificó el pago de la cápita por familia a una por persona, lo que dio un importante impulso a la afiliación al fortalecer al SPSS y canalizar a las entidades federativas los recursos financieros de una manera más equitativa, eficiente y justa ya que la composición de los miembros de las familias era variable dependiendo de cada Entidad Federativa y los montos programados eran inequitativos.

A partir del 2012, debido al cumplimiento de la meta de Cobertura Universal en Afiliación, la incorporación de nuevas personas será de acuerdo al crecimiento natural de la población, la afiliación mantendrá tasas de crecimiento menores a las observadas en años anteriores, dado que la afiliación no exigirá un esfuerzo operativo mayor, y la prioridad del SPSS será transitar de lo curativo a lo preventivo para la sustentabilidad del Sistema.

El Programa Seguro Médico para una Nueva Generación, cuyo objetivo se centra en los niños nacidos a partir del 1 de diciembre del 2006, alcanza un total de 6.3 millones de niños. El SMNG inició en el 2007 con un total de 0.8 millones de niños, lo que implica que ha crecido casi 8 veces.

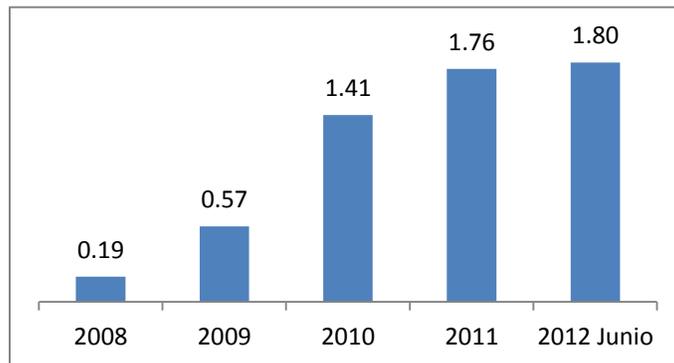
**Evolución de la Afiliación al SMNG**  
(Millones de niños)



Fuente: Informes de Resultados 2004- 2012 Sistema de Protección Social en Salud.

Como complemento del cuidado de los menores, la Estrategia Embarazo Saludable protege a la mujer desde el embarazo hasta el parto, inició en 2008 con un total de 0.2 millones de mujeres embarazadas y actualmente se contabilizan 1.8 millones de mujeres, es decir, 9 veces más que en el 2008.

**Evolución de la Afiliación a la Estrategia Embarazo Saludable**  
(Millones de mujeres)

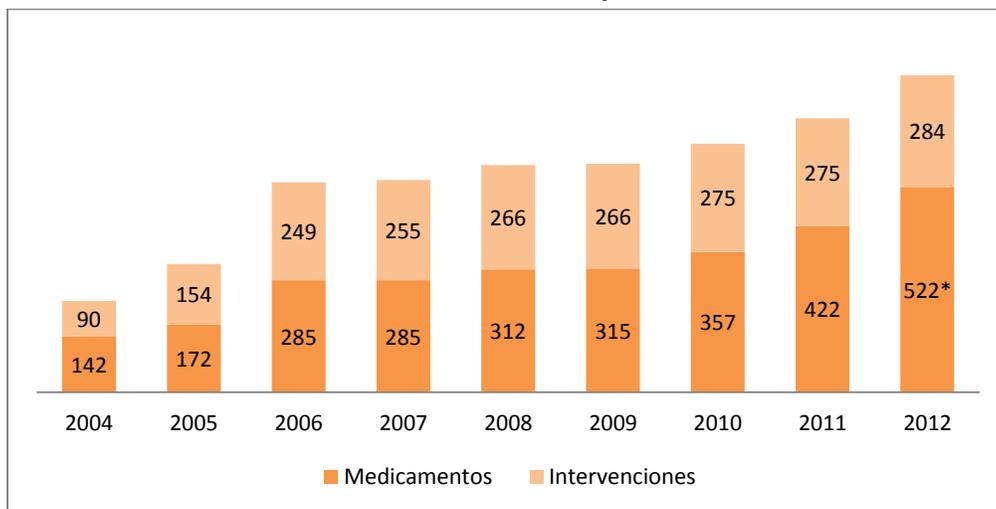


Fuente: Informes de Resultados 2004- 2012 Sistema de Protección Social en Salud.

### Catálogo de servicios (CAUSES, FPGC y SMNG)

Con la finalidad de que el CAUSES sea un seguro universal para todos los mexicanos, es decir, un seguro que cubra los principales padecimientos de la población, se actualiza de manera constante. Desde la implementación del Programa Piloto Seguro Popular de Salud el catálogo de servicios de salud se ha más que triplicado las intervenciones cubiertas, y los medicamentos asociados se han casi cuadruplicado.

**Evolución de las intervenciones del CAUSES y los medicamentos asociados**

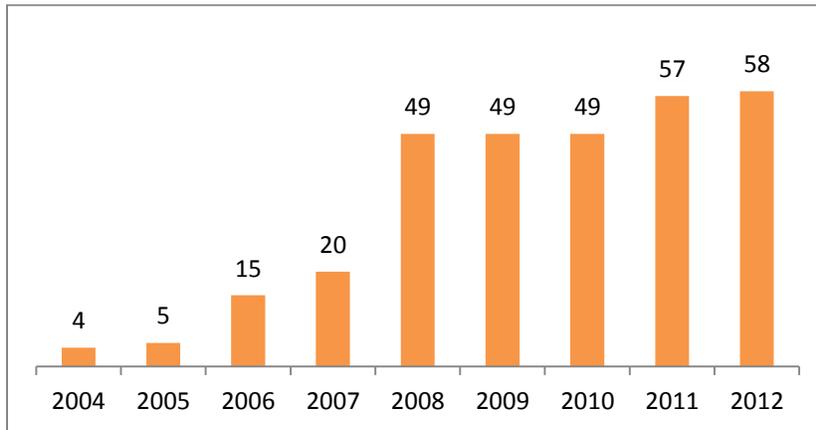


\*No incluye 19 insumos del CAUSES.

**Fuente:** Informes de Resultados 2004- 2012 Sistema de Protección Social en Salud.

La evolución de la cobertura de las intervenciones del FPGC presenta un avance representativo en la cobertura universal de los servicios de salud, por la importancia de que cubre tratamientos de alta especialidad y por ende de alto costo dirigidos a tanto a mujeres y hombres, así como niños y adolescentes. En el 2004 se cubrían únicamente cuatro intervenciones, para el 2012 la cobertura ha crecido 14.5 veces alcanzando un total de 58 intervenciones, cuya cobertura ha evitado que las familias incurran en gastos catastróficos por motivos de salud.

**Evolución de las intervenciones del FPGC**



**Fuente:** Informes de Resultados 2004- 2012 Sistema de Protección Social en Salud.

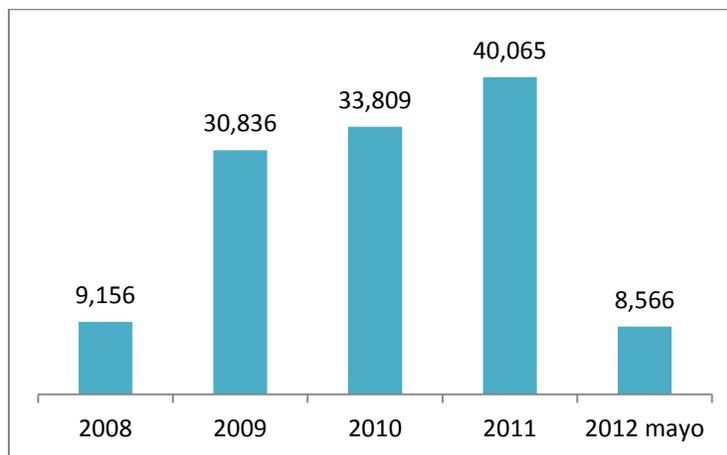
### **Evolución de casos atendidos del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG)**

A diferencia de la atención del CAUSES que se financia a través de las transferencias a las entidades federativas por persona afiliada; las intervenciones del FPGC y SMNG se cubren a través de un reembolso de cada intervención realizada a un afiliado del SPSS, por las unidades médicas acreditadas.

El monto a cubrir por cada intervención del Programa SMNG se determina conforme a la tarifa del tabulador establecido por la CNPSS, para aquellos casos que no cuentan con un tabulador asociado, la tarifa será como máximo la cuota de recuperación del tabulador más alto aplicable a la población sin seguridad social que tenga la institución que haya realizado la intervención.

A través del Programa SMNG desde la publicación en el Diario Oficial de la Federación de las Primeras Reglas de Operación el 31 de marzo del 2008, se han atendido 122,432 casos a niños menores de 5 años de edad, lo que muestra un crecimiento de casi 3 veces más de 2008 a 2011.

**Evolución de casos atendidos del SMNG 2008- 2012**



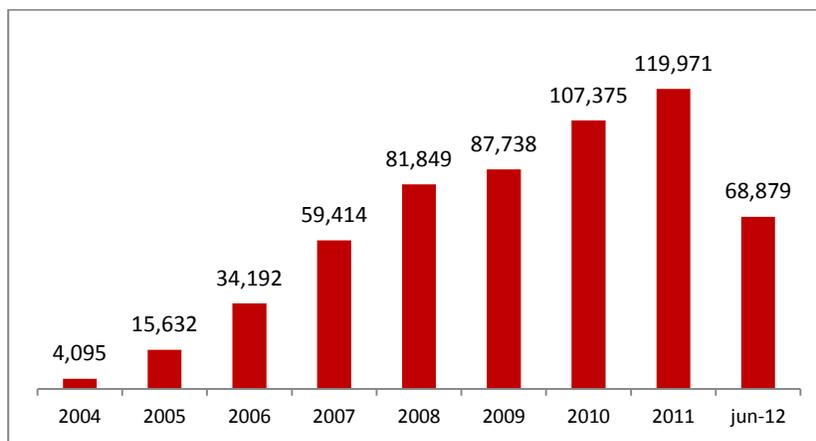
**Fuente:** Informe de Resultados 2012 Sistema de Protección Social en Salud. Pág. 52.

### **Evolución de casos atendidos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC)**

Las intervenciones del FPGC se pagan a través de un reembolso de cada intervención realizada a un afiliado del SPSS, por las unidades médicas acreditadas.

Los casos atendidos por el FPGC, han representado un crecimiento de más de 30 veces de los casos<sup>65</sup> atendidos durante 2004. Cabe mencionar que todas intervenciones cubiertas por el FPGC son de alto costo y compleja especialidad, por lo que dichas intervenciones únicamente pueden ser atendidas en unidades de tercer nivel especializadas en el padecimiento.

**Evolución de casos validados por FPGC 2004- 2012**



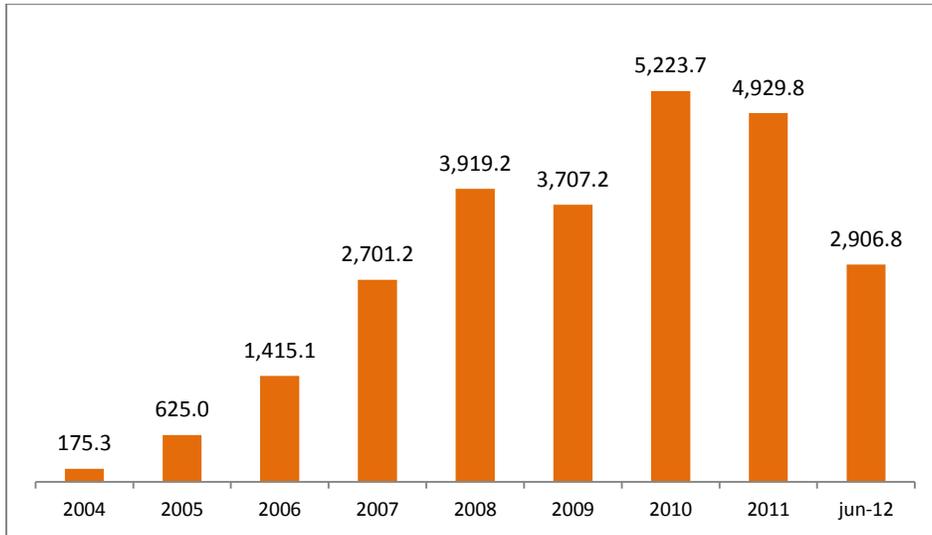
**Fuente:** Informe de Resultados 2012 Sistema de Protección Social en Salud, Pág. 43

<sup>65</sup> A las intervenciones y seguimiento de un gasto catastrófico se le denomina "Caso". Una persona puede requerir más de una intervención y su seguimiento. Fuente: Informe de Resultados 2012 Sistema de Protección Social en Salud Pág.43.

El monto de recursos validado para los casos del FPGC ha tenido un crecimiento de más de 17 veces del 2004 al 2011.

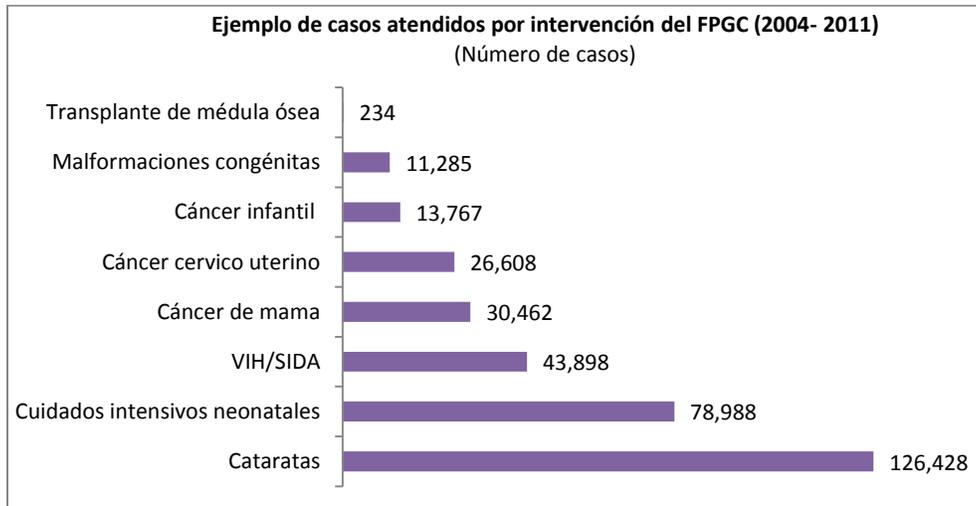
### Evolución del monto de recursos validados por el FPGC de 2004 al 2012

(Monto en millones de pesos)



Fuente: Informe de Resultados 2012 Sistema de Protección Social en Salud Pág.43.

Los casos del FPGC por intervención suman un total de 579,145 mil casos atendidos durante el 2004 al 2012, por un monto de 25,603 millones de pesos del 2004 al 2012. En la siguiente gráfica se muestran el ejemplo del número de casos atendidos de algunas de las patologías atendidas por el FPGC. El VIH/SIDA es administrado por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), es decir, el SPSS transfiere los recursos a CENSIDA para que se atienda a los afiliados con VIH. Sin embargo, dada la complejidad del padecimiento se requieren múltiples tratamientos anuales a partir de que se detecta el VIH, en este sentido, se reportan 190,525 casos que corresponden en promedio a 43,898 pacientes atendidos.



Nota: las cifras en la gráfica no coinciden con al suma total de casos atendidos (579,145 casos) mencionados previamente ya que la fecha de corte de la presente gráfica corresponde a cifras del 2004 2011, y las cifras mencionadas previamente son de 2004-2012 tomadas del Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud, 2012. Fuente: Revista: Líderes Mexicanos, Edición especial: Salud, infraestructura y atención, Exhibida hasta 5 de agosto del 2012, año 21, Tom 204, Julio 5 del 2012, Pág. 35.

Actualmente, el FPGC cubre 29 patologías de las 53 enfermedades definidas como catastróficas por el Consejo de Salubridad General, como resumen se presenta el Anexo 4 que permite identificar las intervenciones catastróficas cubiertas por el FPGC y aquellas pendientes de incorporar en la cartera de servicios del FPGC.

## Evolución de recursos autorizados para Infraestructura y equipamiento del Fondo de Previsión Presupuestal (FPP)

A través del Fondo de Previsión Presupuestal se han autorizado el financiamiento de 3,266 acciones de infraestructura y equipamiento por un monto de 7,624.5 millones de pesos. Las acciones de infraestructura incluyen obras nuevas, remodelación y fortalecimiento. La distribución de estos apoyos por año, se detallan a continuación:

**Recursos autorizados para infraestructura y equipamiento 2006, 2011**  
(monto en millones de pesos)

Año	Obra		Equipamiento		Total	
	Acciones	Monto	Acciones	Monto	Acciones	Monto
2006	178	370.3	172	326.5	350	696.8
2007	1,154	317.6	28	183.3	1,182	500.8
2008	291	820.3	281	482.1	572	1,302.4
2009	219	471.8	313	248.5	532	720.3
2010	103	923.3	142	598.6	245	1,818.9
2011	87	1,000.5	298	1,584.8	385	2,585.3
<b>Total</b>	<b>2,032</b>	<b>3,903.9</b>	<b>1,234</b>	<b>3,423.7</b>	<b>3,266</b>	<b>7,624.5</b>

Fuente: Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006- 2012. Comisión Nacional de Protección Social en Salud, <http://www.seguro-popular.gob.mx/images/pdf/informes/inf2012.pdf> Consultado el 24 de septiembre del 2012.

Los resultados ilustrados en este último apartado representan un crecimiento exponencial en la atención de la salud en México, ya que previo a la implementación del SPSS, las personas que no contaban con seguridad social, se veían en la necesidad de financiar los gastos de salud del ingreso familiar, lo cual muchas veces provocaba costos insostenibles para la familia o personas, el SPSS ha logrado garantizar el financiamiento de los servicios de salud a todos los mexicanos que no contaban con seguridad social.

La evolución de los diferentes instrumentos de operación muestra un crecimiento sostenido lo que corresponde al incremento del presupuesto anual del SPSS, así como a la afiliación de las personas recae directamente en el aumento de la atención de los servicios de salud, lo cual debería de dar como resultado mayores niveles positivos en la salud de la población mexicana, lo que se demostrara en el capítulo siguiente.

# Capítulo 4: Análisis de Política Pública, Caso del Seguro Popular

---

Durante la última década se han transformado las políticas públicas mundiales relativas al acceso de la salud<sup>66</sup>. Dichas transformaciones se expresaron en la modificación del Sistema de Salud en México con la Reforma a la Ley General de Salud (LGS) en 2003 que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), en este sentido, el SPSS es la política pública medular para poder consolidar el Sistema de Salud Contemporáneo, el cual se caracteriza por el sustento en la cobertura universal de salud<sup>67</sup>, ampliando el acceso a los servicios de salud a cualquier mexicano que así lo solicite, otorgando “Garantizar el derecho a la protección de la salud establecido en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”<sup>68</sup>.

En este marco, la importancia del análisis de los contextos sociales y coyunturales de la Política Pública son relevantes para poder comprender los efectos que tienen sobre la población a la que van dirigidas con la necesidad de reconciliar demandas y solucionar problemas. Hemos visto a partir del segundo capítulo de la investigación los problemas públicos y demandas sociales que se gestaron para la implementación del SPSS, en el tercer capítulo de la investigación se revisaron elementos e instrumentos que conforman al SPSS así como los avances y resultados que ha brindado el sistema desde su creación hasta los últimos datos al 2012; en este cuarto capítulo se realizará un ejercicio analítico para la comprobación de la hipótesis de la investigación en donde se plantea que a 9 años de la implementación del SPSS como Política Pública, se ha ampliado el acceso a la salud en toda la población mexicana y por ende ha dado resultados positivos en los niveles de salud en la población.

---

<sup>66</sup> Durante la década de los 90’s se experimentó un periodo de reformas sanitarias, dentro de un contexto marcado por una crisis económica seguida por políticas de ajuste estructural y transformaciones del papel en el Estado como en Bolivia, Cuba, Perú; Colombia, Ecuador, Venezuela, etc....

Fuente: Diana Gómez Camelo, *Análisis comparado de los Sistemas de Salud de la Región Andina y el Caribe*, en la Revista Salud Pública, número 7 (3): 305-316, 2005.

<sup>67</sup> Cobertura Universal implica la afiliación voluntaria de todos los mexicanos que, por su condición laboral, no cuentan con seguridad social en salud. “De forma concertada con las entidades federativas, la proyección de afiliación se definió en 51.3 millones de personas para llegar a la cobertura universal voluntaria (CUV). El avance a junio del 2011 es de 48.5 millones de afiliados, dada la capacidad operativa de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. Cabe señalar que estas proyecciones para la CUV se revisaron de acuerdo a los resultados del Censo de Población y Vivienda 2010 del INEGI, la disponibilidad presupuestal y en las estimaciones sobre la población susceptible de afiliarse al Sistema.”

Fuente: Informe de Resultados del SPSS enero – Junio 2011. Pág. 20.

<sup>68</sup> Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *Informe de Resultados del SPSS 2011*, Sistema de Protección Social en Salud.

Es importante señalar que el análisis del SPSS como Política Pública se enfoca en los objetivos principales del Sistema los cuales son:

**Objetivos**<sup>69</sup>

**General**

- Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud

**Específicos**

- Contribuir al logro de la cobertura universal en salud.
- Lograr que la población afiliada al SPSS tenga acceso efectivo a servicios de salud.
- Fortalecer y consolidar la operación y la sustentabilidad financiera del SPSS.

En este sentido, el análisis del SPSS como Política Pública se enfocó en su principal objetivo “Evitar el empobrecimiento de salud por motivos de salud”. Es importante diferenciar que los servicios de salud otorgados a la población afiliada del SPSS no es competencia ni responsabilidad del mismo Sistema, ya que únicamente se financia los servicios de salud, mas no los otorga, dicha competencia es responsabilidad de las entidades federativas a través de la infraestructura propia de salud.

Dado que el SPSS no tiene como objetivo mejorar las condiciones de salud, ni es el encargado directo de la prestación de los servicios; los logros en la salud no están vinculados directamente a los objetivos del SPSS, sin embargo, el SPSS como Política Pública en Salud, pese a que funciona como un financiador de enfermedades, para poder determinar si ha sido efectiva su implementación y ha tenido un impacto positivo en los indicadores de salud, es necesario hacer un análisis en las condiciones de la población en salud para poder determinar si existe un impacto debido a la implementación del SPSS.

Para el presente ejercicio analítico se revisará la evolución de los indicadores que impactan de manera directa al SPSS, de tal manera demostrar que la implementación de la Política Pública afecta de manera positiva en los niveles de salud en la población mexicana, dichos indicadores a analizar los clasificaremos de la siguiente manera:

---

<sup>69</sup> Programa de Acción Específico 2007- 2012, Sistema de Protección Social en Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Secretaria de Salud. Cap. 2.

**a. Cobertura en salud de la población Mexicana**

- Cobertura en salud con respecto a la afiliación nacional 2000, 2005 y 2010
- Afiliación del SPSS con respecto al Censo de población 2010

**b. Salud Pública**

- Esperanza de vida al nacimiento, 2001- 2010.
- Esperanza de vida al nacimiento de hombres y mujeres, del 2001- al 2010
- Tasa de mortalidad general por año de registro, 2001- 2008
- Principales causas de mortalidad general nacional, 2000- 2008
- Clasificación de las principales 20 enfermedades, 2000- 2008
- Causas de morbilidad nacional
- Mortalidad materna 2001- 2010
- Mortalidad infantil. 2001- 2010
- Mortalidad en menores de 5 años del 2001- 2010
- Principales causas de mortalidad en edad preescolar 2008
- Indicadores de salud infantil del 1990- 2011

**c. Daños a la salud**

- Enfermedades transmisibles
- Mortalidad por VIH/SIDA de 2001- al 2010
- Principales enfermedades transmisibles
- Enfermedades no transmisibles
- Mortalidad por Cáncer cérvico uterino 2001 al 2010
- Principales tumores malignos en menores de 20 años 2009.
- Defunciones por tumores malignos en población menor de 20 años, 2000-2008.
- Defunción por tumor maligno de mama del 2000 al 2010
- Tasa de mortalidad por tumor maligno de mama en mujeres de 2000 al 2010

**d. Infraestructura, uso de servicios y recursos humanos**

- Fondo de Previsión Presupuestal, recursos autorizados para infraestructura y equipamiento 2006 al 2011
- Total de unidades hospitalarias 2002 al 2010
- Población usuaria de los servicios de salud del 2000 al 2011
- Total de consultas externas en población asegurada y no asegurada de 2000 al 2011
- Total de consultas externas de la Seguridad Social y Seguro Popular entre 2000 y 2011

- Indicadores de calidad, Satisfacción de los usuarios en el primer nivel de atención en las entidades federativas del Sector Salud, del 2000 al 2011.
- Satisfacción de los usuarios en el segundo nivel de atención en las entidades federativas del Sector Salud, del 2000 al 2011.
- Recursos humanos, médicos especialistas por mil habitantes de 2001 al 2010

**e. Indicadores Financieros**

- Composición del Gasto en salud en México
- Gasto Público en salud del 2000 al 2010
- Gasto público en salud como Porcentaje del PIB del 2000 al 2010
- Gasto público en salud entre población con seguridad social y población sin seguridad social del 2000 al 2010
- Gasto en la población no asegurada; dividido en gasto estatal y gasto federal, del 2000 al 2010
- Gasto catastrófico del 2002 al 2010
- Gasto Empobrecedor del 2002 al 2010

**f. Programas Preventivos**

- 5 Pasos por tu salud
- PrevenIMSS
- PrevenISSSTE
- Consulta Segura
- Salud por mi
- Modelo de habilidades para la vida

## a. Cobertura en salud de la población Mexicana

La cobertura del Sistema de Salud en México para otorgar los servicios de salud se encuentra dividida en dos esquemas de acceso a la salud:

- **Seguridad Social**  
Cuyo objetivo es proveer acceso a la salud, pensiones, créditos de distinta especie entre otros beneficios ligados al estatus laboral.
- **Protección Social**  
Cuyo objetivo es cumplir con la obligación del estado de proveer protección de los derechos sociales.

En México, la evolución del acceso a la salud se fragmentó en principalmente tres instituciones proveedoras de servicios de salud: Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Sistema de Protección Social en Salud (SPSS); consolidando un Sistema de Salud en México, en el que conviven la seguridad social y la protección social en salud, otorgando cobertura en el derecho a la salud a toda la población mexicana sin importar el estatus laboral.

La evolución de la cobertura en salud con respecto a la afiliación a algún sistema de salud ha ido en crecimiento, en el año 2000 se contaba con el 38.2% de la población con seguridad social, al 2010 el 76.6% de la población se encuentra cubierta por algún esquema de acceso a la salud en México.

**Cobertura en salud con respecto a la afiliación nacional 2000, 2005 y 2010**

	2000	%	2005	%	2010	%
<b>Población nacional INEGI</b>	<b>97,483,412</b>	<b>100.0</b>	<b>103,263,388</b>	<b>100.0</b>	<b>112,336,538</b>	<b>100.0</b>
<b>Población con protección en salud</b>	37,274,796	38.2	49,272,028	47.7	86,089,234	76.6
IMSS	31,523,279		32,087,547		35,380,021	
ISSSTE	5,751,517		5,779,620		7,190,494	
SP			11,404,861		43,518,719	
<b>Población Abierta</b>	<b>60,208,616</b>	<b>61.8</b>	<b>53,991,360</b>	<b>52.3</b>	<b>26,247,304</b>	<b>23.4</b>

Fuente: Elaboración propia en base a: INEGI <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx> (consultado el 18 julio del 2012).

En el caso específico del SPSS al mes de junio del 2012, la afiliación a dicho Sistema con respecto a la población nacional según el censo de población 2010 INEGI, se encuentra cubiertas por el

**Afiliación del SPSS con respecto al Censo de población 2010**

Entidad federativa	Censo de Población 2010	Afiliación al SPSS al mes de junio del 2012	Cobertura de afiliación Seguro Popular / Censo
Aguascalientes	1,184,996	503,450	42.5%
Baja California	3,155,070	1,145,958	36.3%
Baja California Sur	637,026	204,501	32.1%
Campeche	822,441	475,362	57.8%
Coahuila de Zaragoza	2,748,391	683,869	24.9%
Colima	650,555	295,186	45.4%
Chiapas	4,796,580	3,402,703	70.9%
Chihuahua	3,406,465	1,231,065	36.1%
Distrito Federal	8,851,080	2,460,145	27.8%
Durango	1,632,934	728,617	44.6%
Guanajuato	5,486,372	3,066,793	55.9%
Guerrero	3,388,768	2,284,898	67.4%
Hidalgo	2,665,018	1,574,746	59.1%
Jalisco	7,350,682	2,763,091	37.6%
México	15,175,862	6,588,989	43.4%
Michoacán de Ocampo	4,351,037	2,334,904	53.7%
Morelos	1,777,227	958,430	53.9%
Nayarit	1,084,979	632,499	58.3%
Nuevo León	4,653,458	1,149,820	24.7%
Oaxaca	3,801,962	2,625,440	69.1%
Puebla	5,779,829	3,130,064	54.2%
Querétaro	1,827,937	847,431	46.4%
Quintana Roo	1,325,578	602,613	45.5%
San Luis Potosí	2,585,518	1,428,034	55.2%
Sinaloa	2,767,761	1,097,230	39.6%
Sonora	2,662,480	855,290	32.1%
Tabasco	2,238,603	1,550,339	69.3%
Tamaulipas	3,268,554	1,395,623	42.7%
Tlaxcala	1,169,936	852,113	72.8%
Veracruz de Ignacio de la Llave	7,643,194	4,098,486	53.6%
Yucatán	1,955,577	928,449	47.5%
Zacatecas	1,490,668	842,217	56.5%
<b>Total</b>	<b>112,336,538</b>	<b>52,738,355</b>	<b>46.9%</b>

Fuente: Elaboración propia en base a INEGI <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx>, (Consultado el 18 julio del 2012) y en base al Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados, enero- junio 2012.

## b. Salud Pública

En México, como en diversas sociedades, existe el interés de conocer el estado de salud de la población y causas que lo determinan, dicha información es relevante para la construcción de la Política Pública en Salud. Los indicadores de salud serán los mecanismos con los que se podrá cuantificar y evaluar las dimensiones en el estado de salud de la población. Los indicadores a analizar son importantes dado su relación directa con el SPSS y su impacto con los niveles de salud en la población mexicana.

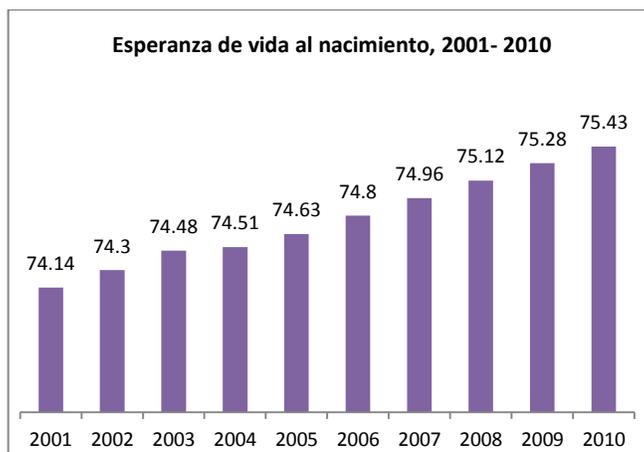
La definición de los indicadores a analizar en este apartado será necesaria para establecer la relevancia del mismo como elemento de información para poder incidir en la Política Pública de Salud.

Los indicadores de salud pública a analizar serán:

### Esperanza de vida al nacimiento

Es el número de años que en promedio podría esperar vivir una persona a partir de su nacimiento si se mantuvieran constantes a lo largo de su vida las condiciones de mortalidad que prevalecía al momento de nacer. A nivel mundial este indicador es utilizado para valorar el nivel de desarrollo de las naciones y regiones del planeta<sup>70</sup>.

La esperanza de vida al nacimiento en México tuvo un crecimiento de 1.29 años, al pasar de 74.14 años en 2001 a 75.43 años al 2010. Lo que significa un aumento en los años de vida, para el estado significa años de vida saludable y productiva, consecuencia de estilos de vida, medicamentos, tecnología entre otros elementos.



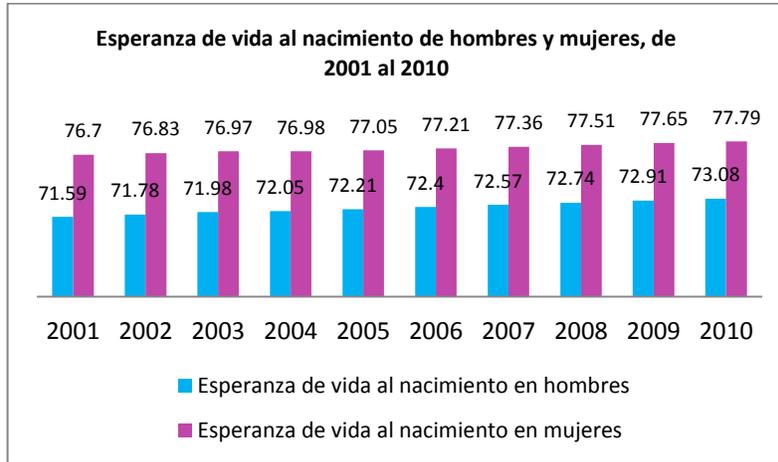
Fuente: DGIS- SS, con base en las proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO, Consultado en la Dirección General de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud, Indicadores de resultado. <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/ir.html/> (consultada 24 de julio del 2012).

<sup>70</sup> Rendición de Cuentas en Salud 2010, Secretaría de Salud, Pág. 20.

### Esperanza de vida al nacimiento en hombres y mujeres

La esperanza de vida al nacimiento en mujeres aumentó en 1.09 años, pasando de 76.7 años en 2001 a 77.79 años en 2010. La esperanza de vida al nacimiento en los hombres aumento en 1.49 años, pasando de 71.59 años en 2001 a 73.08 años en 2010.

De 2001 al 2010 se ha tenido un aumento importante en la esperanza de vida, se observa que las mujeres viven más años que los hombres, sin embargo, las mujeres presentan un crecimiento menor en años de vida que los hombres, disminuyendo la brecha de esperanza de vida entre hombres y mujeres, a solo 4.7 en el 2010.



Fuente: DGIS- SS, con base en las proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO, Consultado en la Dirección General de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud, Indicadores de resultado.  
<http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/ir.html/> (Consultada el 24 de julio del 2012).

## Mortalidad General

Acorde a la Secretaría de Salud en México la mortalidad es el indicador que mejor describe la situación de la salud de la población<sup>71</sup>. Los datos de mortalidad indican el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa. Los datos de mortalidad de la OMS reflejan las defunciones recogidas en los sistemas nacionales de registro civil, con las causas básicas de defunción codificadas por las autoridades nacionales.

La tasa de mortalidad general por año de registro aumento en 14.25% de 2001 al 2008. En 2008 se registraron 5.1 defunciones por cada mil habitantes, mientras que en 2001 se registraban 4.42 por cada mil habitantes, dicho crecimiento tiene una estrecha relación con las causas de muerte que se han posicionado enfermedades no transmisibles de alta complejidad y alto costo, por lo que la atención de las mismas es más complejo, y la detección de dichas enfermedades no se cuenta con la cultura necesaria para la prevención ya que se detecta en etapas avanzadas de dicha enfermedad y la atención es meramente paliativa y no curativa.



<sup>1/</sup> Tasa por 1,000 habitantes.

No se incluyen las defunciones de residentes en el extranjero.

Fuente: SINAIS Información tabular, mortalidad, Consultado en <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>, Consultado el 31 de julio del 2012. En base a: INEGI. Compendio Histórico de Estadísticas Vitales 1893-1993, para los datos de 1955 a 1978, Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud. Elaborado a partir de la base de datos de defunciones 1979-2008 INEGI/SS y de las Proyecciones de la Población de México 2005 - 2050, y proyección retrospectiva 1990-2004. CONAPO 2006.

<sup>71</sup> Estadísticas por tema: <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/> consultado el 2 de agosto del 2012.

## Causas de muerte

Es importante mencionar la transición en las causas de mortalidad, pasado de causas asociadas con enfermedades infecciosas a mortalidad generada por enfermedades no transmisibles como la diabetes, las enfermedades del corazón y los cánceres. Este fenómeno se conoce como transición epidemiológica e implica retos importantes en materia de atención a la salud.

El siguiente cuadro describe las 20 principales causas de mortalidad general nacional del 2000 al 2008. El cuadro se encuentra coloreado según cada enfermedad para cada año; dicha distinción facilita gráficamente la evolución en los principales 20 lugares de la enfermedad por mortalidad como se muestra:

Principales causas de mortalidad general nacional, 2000-2008																		
2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		
Descripción	%	Descripción	%	Descripción	%	Descripción	%	Descripción	%	Descripción	%	Descripción	%	Descripción	%	Descripción	%	
1	Diabetes mellitus	10.7	Diabetes mellitus	11.3	Diabetes mellitus	12.0	Diabetes mellitus	12.6	Diabetes mellitus	13.2	Diabetes mellitus	13.6	Diabetes mellitus	13.9	Diabetes mellitus	13.7	Diabetes mellitus	14.0
2	Enfermedades isquémicas del corazón	10.0	Enfermedades isquémicas del corazón	10.3	Enfermedades isquémicas del corazón	10.5	Enfermedades isquémicas del corazón	10.8	Enfermedades isquémicas del corazón	10.7	Enfermedades isquémicas del corazón	10.8	Enfermedades isquémicas del corazón	10.9	Enfermedades isquémicas del corazón	10.9	Enfermedades isquémicas del corazón	11.1
3	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	5.8	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	5.8	Enfermedad cerebrovascular	5.8	Enfermedad cerebrovascular	5.7	Enfermedad cerebrovascular	5.7	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	5.6	Enfermedad cerebrovascular	5.5	Enfermedad cerebrovascular	5.7	Enfermedad cerebrovascular	5.6
4	Enfermedad cerebrovascular	5.8	Enfermedad cerebrovascular	5.8	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	5.7	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	5.7	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	5.7	Enfermedad cerebrovascular	5.5	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	5.4	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	5.4	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	5.3
5	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	4.4	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	4.1	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	4.1	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3.8	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	4.0	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	4.1	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3.9	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3.8	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3.8
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3.7	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3.6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3.7	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	3.6	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	3.5	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	3.3	Accidentes de vehículo de motor	3.4	Accidentes de vehículo de motor	2.9	Accidentes de vehículo de motor	3.1
7	Infecciones respiratorias agudas bajas	3.3	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	3.1	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	3.1	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	3.1	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	3.1	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	3.2	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	3.1	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	2.9	Enfermedades hipertensivas	2.9
8	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	3.2	Infecciones respiratorias agudas bajas	3.0	Infecciones respiratorias agudas bajas	3.0	Infecciones respiratorias agudas bajas	2.9	Infecciones respiratorias agudas bajas	3.0	Infecciones respiratorias agudas bajas	3.0	Infecciones respiratorias agudas bajas	3.1	Infecciones respiratorias agudas bajas	2.8	Infecciones respiratorias agudas bajas	2.8
9	Agresiones (homicidios)	2.4	Nefritis y nefrosis	2.4	Enfermedades hipertensivas	2.3	Enfermedades hipertensivas	2.4	Enfermedades hipertensivas	2.6	Enfermedades hipertensivas	2.6	Enfermedades hipertensivas	2.6	Enfermedades hipertensivas	2.8	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	2.7
10	Nefritis y nefrosis	2.2	Enfermedades hipertensivas	2.3	Nefritis y nefrosis	2.2	Nefritis y nefrosis	2.2	Nefritis y nefrosis	2.3	Nefritis y nefrosis	2.3	Nefritis y nefrosis	2.4	Nefritis y nefrosis	2.3	Agresiones (homicidios)	2.6
11	Enfermedades hipertensivas	2.2	Agresiones (homicidios)	2.3	Agresiones (homicidios)	2.2	Agresiones (homicidios)	2.1	Agresiones (homicidios)	2.0	Agresiones (homicidios)	2.0	Agresiones (homicidios)	2.1	Agresiones (homicidios)	1.7	Nefritis y nefrosis	2.3
12	Desnutrición calórico protéica	2.0	Desnutrición calórico protéica	2.0	Desnutrición calórico protéica	1.9	Desnutrición calórico protéica	1.9	Desnutrición calórico protéica	1.8	Desnutrición calórico protéica	1.7	Desnutrición calórico protéica	1.6	Desnutrición calórico protéica	1.7	Desnutrición calórico protéica	1.5
13	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	1.4	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	1.5	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	1.5	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	1.4	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	1.4	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	1.4	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	1.4	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	1.3	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	1.2
14	Enfermedades infecciosas intestinales	1.2	Tumor maligno del estómago	1.1	Tumor maligno del estómago	1.0												
15	Tumor maligno del estómago	1.1	Enfermedades infecciosas intestinales	1.1	Enfermedades infecciosas intestinales	1.0	Tumor maligno del hígado	1.0	VIH/SIDA	1.0								
16	Tumor maligno del cuello del útero	1.1	Tumor maligno del cuello del útero	1.0	VIH/SIDA	1.0	VIH/SIDA	1.0	VIH/SIDA	1.0	Tumor maligno de la próstata	1.0	VIH/SIDA	1.0	VIH/SIDA	1.0	Tumor maligno de la próstata	1.0
17	VIH/SIDA	1.0	VIH/SIDA	1.0	Tumor maligno del hígado	1.0	Tumor maligno de la próstata	1.0	Tumor maligno de la próstata	1.0	VIH/SIDA	0.9	Tumor maligno de la próstata	1.0	Tumor maligno de la próstata	0.9	Tumor maligno del hígado	0.9
18	Uso de alcohol	1.0	Uso de alcohol	1.0	Tumor maligno del cuello del útero	0.9	Enfermedades infecciosas intestinales	1.0	Tumor maligno del cuello del útero	0.9	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	0.9	Tumor maligno de la mama	0.9	Tumor maligno de la mama	0.9	Tumor maligno de la mama	0.9
19	Tumor maligno del hígado	1.0	Tumor maligno del hígado	1.0	Tumor maligno de la próstata	0.9	Tumor maligno del cuello del útero	0.9	Tumor maligno de la mama	0.9	Tumor maligno del cuello del útero	0.9	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	0.9	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	0.9	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	0.9
20	Tumor maligno de la próstata	0.9	Tumor maligno de la próstata	0.9	Uso de alcohol	0.9	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	0.9	Enfermedades infecciosas intestinales	0.9	Enfermedades infecciosas intestinales	0.9	Tumor maligno del cuello del útero	0.8	Tumor maligno del cuello del útero	0.8	Tumor maligno del cuello del útero	0.7
	Causas mal definidas	2.0	Causas mal definidas	2.1	Causas mal definidas	2.0	Causas mal definidas	2.1	Causas mal definidas	2.0	Causas mal definidas	1.9	Causas mal definidas	1.9	Causas mal definidas	2.1	Causas mal definidas	2.0
	Las demás	33.6	Las demás	33.4	Las demás	33.1	Las demás	32.7	Las demás	32.3	Las demás	32.4	Las demás	32.2	Las demás	33.3	Las demás	32.5

Fuente SINAIS <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/> Consultado el 30 de julio 2012)

Las siguientes categorías engloban el status de movilidad que las principales causas de mortalidad en enfermedades han tenido del 2000 al 2008:

Clasificación de las principales 20 enfermedades, 2000- 2008						
Enfermedades constantes	Enfermedades que no figuran mas dentro de las primeras 20	Nuevas enfermedades	Enfermedades que han ascendido moderadamente	Enfermedades que han ascendido radicalmente	Enfermedades que han descendido moderadamente	Enfermedades que han descendido proporcionalmente
Diabetes mellitus	Enfermedades infecciosas intestinales	Lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios)	Enfermedad cerebrovascular	Enfermedades hipertensivas	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal
Enfermedades isquémicas del corazón	Uso de alcohol	Tumor maligno de la mama	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Tumor maligno del hígado	Infecciones respiratorias agudas bajas	Accidentes de tráfico de vehículo de motor
Desnutrición calórico proteica			Tumor maligno del estómago	Tumor maligno de la próstata	Agresiones (homicidios)	Tumor maligno del cuello del útero
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón			VIH/SIDA		Nefritis y nefrosis	

Fuente: Elaboración propia, en base a SINAIS <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/> Consultado el 30 de julio 2012).

Las enfermedades que han permanecido constantes del 2000 al 2008, son enfermedades que están relacionadas con la obesidad y estilos de vida no saludables, enfermedades que en los últimos años se han mantenido en los primeros 4 lugares en las principales causas de mortalidad.

Las enfermedades que del 2000 al 2008 ya no figuran en la lista de las principales 20, una de ellas (enfermedades infecciosas intestinales) tiene la característica de ser una enfermedad transmisible que probablemente descendió al ser una enfermedad que con la prevención adecuada evite la muerte, el abuso del alcohol como causa de muerte se basa su consumo en creencias, tradiciones, modas y mercadotecnia para incrementar su uso en la sociedad mexicana. Existen diversos Programas preventivos que pueden ser causa de su descenso en la lista de la mortalidad, ya que es un problema público en donde tanto hombres y mujeres participan.

Las dos nuevas enfermedades que han aparecido en la lista de las primeras 20 causas de mortalidad de 2000 al 2008, una de ellas está relacionada con las enfermedades no transmisibles ya que el cáncer de mama desde el 2006 es la primer causa de muerte por tumores malignos en mujeres, en donde se calcula que una mujer muere cada dos horas, cada año se detectan 14 mil nuevos casos, y tan solo en 2011 más de 5 mil mujeres perdieron la vida por esta causa debido a la detección tardía de la enfermedad; es por ello la importancia de la prevención del cáncer ya que se ha convertido en un problema de vital importancia principalmente en las mujeres. La segunda nueva enfermedad son las lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios) están relacionadas con los países que se encuentran en crisis económica y México es un país que no se escapa de dicha

problemática, es una situación seria y se debe de resolver de manera integral ya que las determinantes involucradas es todo el sistema Mexicano.

Las enfermedades que han ascendido radicalmente son enfermedades hipertensivas, tumor maligno de próstata y tumor maligno de hígado, enfermedades que son consecuencia de la mala alimentación y de los estilos no saludables de vida, enfermedades que forman parte de la transición epidemiológica y que se necesita la prevención y mejores estilos de vida para prevenirlas.

Las enfermedades que han descendido moderadamente son: Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, infecciones respiratorias agudas bajas, agresiones (homicidios), y Nefritis y nefrosis, dichas enfermedades corresponden padecimientos que pueden ser detectados y prevenibles. En cuanto a los homicidios son consecuencia de una Política de Estado violenta que debe de considerar si la sociedad merece sufrir dichas medidas al “combate” del narcotráfico y que se duda de su transparencia, cuestionándose los intereses económicos que existen detrás.

Las enfermedades que han descendido son ciertas afecciones originadas en el período perinatal, accidentes de tráfico de vehículo de motor y tumor maligno del cuello del útero, las cuales en el primer caso existe un esfuerzo del estado en atender a los menores de edad desde su nacimiento, por ejemplo el Programa Seguro Médico para una Nueva Generación que atiende a los menores de edad de cualquier enfermedad que se presente; en los accidentes de tráfico de vehículo de motor, son causas de mortalidad en las cuales se han aplicado acciones de prevención como el “Alcoholímetro” para reducir dichos incidentes, pero sigue siendo una interrogante, si han reducido realmente la causa de mortalidad u otras enfermedades han aumentado y simplemente descendió de lugar; sobre el tumor maligno del cuello del útero se han aplicado acciones desde el estado para reducir la incidencia de dicho cáncer en las mujeres.

## Causas de morbilidad

Conocer el comportamiento de las diferentes enfermedades en la población, permite poder obtener una base de datos actualizada para poder otorgar una vigilancia epidemiológica adecuada, que permita identificar de manera temprana la presencia de un aumento inusual de casos o la aparición de nuevas enfermedades.... De esta manera permite poder realizar diversas políticas de salud en base a factores de riesgo de las enfermedades.

La transición epidemiológica en México ha incidido con la presencia de un número mayor de enfermedades crónico no transmisibles, aunque aún persiste un rezago de enfermedades como las infecciones respiratorias agudas, diarreas amebiasis, enfermedades transmitidas por vectores y parasitarias; a este fenómeno se le conoce como doble carga de enfermedad.

Las dos causas de enfermedad con mayor incidencia son enfermedades del corazón y la diabetes mellitus mismas que son las principales causas de mortalidad en México durante el 2008; cabe destacar que dichas enfermedades son consecuencia de malos hábitos de alimentación y enfermedades prevenibles en la vida.

Las enfermedades de morbilidad sombreadas en el 2010 son enfermedades que se encuentran cubiertas por el SPSS al 2012.

Orden	1940	1970	1990	2006	2010
1	Diarreas y enteritis	Neumonía e influenza	Enfermedades del corazón	Diabetes mellitus	Enfermedades del corazón
2	Neumonía e influenza	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	Tumores malignos	Enfermedades isquémicas del corazón	Diabetes mellitus
3	Paludismo	Accidentes	accidentes	Enfermedades cerebrovasculares	Tumores malignos
4	Sarampión	Enfermedades del corazón	Diabetes mellitus	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	Accidentes
5	Homicidios	Causas perinatales	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Enfermedades del hígado
6	Bronquitis	Tumores malignos	Neumonía e influenza	Infecciones respiratorias agudas	Enfermedades cerebrovasculares
7	Enfermedades del Hígado y Cirrosis	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades infecciosas intestinales	enfermedades hipertensivas	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma
8	Debilidad Congénita, vicios de conformación congénita	Sarampión	Enfermedades cerebrovasculares	Nefritis y nefrosis	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal
9	Enfermedades del corazón	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	Accidentes en vehículos motorizados	Agresiones (homicidios)
10	Tuberculosis pulmonar	Tuberculosos de todo tipo	Homicidios	Homicidios	Neumonía e influenza

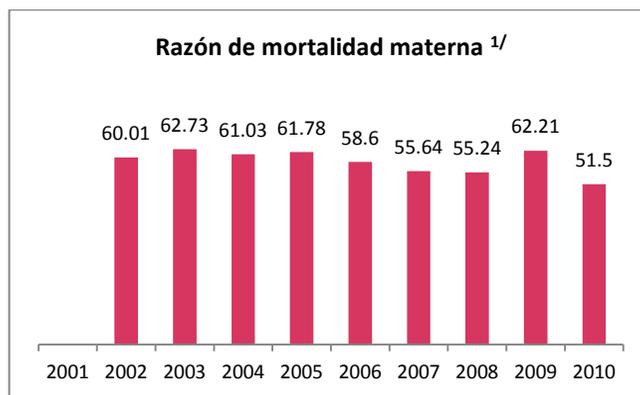
Fuente: Elaboración propia con base en Consejo Nacional de Población, y Sistema Nacional de Información en Salud SINAIS , Secretaría de Salud <http://www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>

## Mortalidad materna

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la mortalidad materna como la causa de defunción de la mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales<sup>72</sup>. Para su análisis se utilizan dos formas de medición de la mortalidad materna: la razón de muerte materna (RMM), y la tasa de mortalidad materna (TMM). La RMM relaciona el número de defunciones debidas a complicaciones del embarazo, parto o puerperio durante un año con el número total de nacidos vivos para el año o periodo de estudio. La TMM mide el riesgo obstétrico y la frecuencia con la cual las mujeres están expuestas al riesgo y se calcula con el número de muertes maternas por cien mil mujeres en edad reproductiva, usualmente de 15-49 años, durante un periodo estipulado.

La Razón de mortalidad materna de 2002 al 2004 previo al inicio del SPSS aumentó en un 1.7%; sin embargo, del 2002 al 2010 se redujo en un 14.18%. Cabe mencionar que en 2009 se observó un aumento en el número de muertes maternas, asociado a la pandemia de la influenza (AH1N1)<sup>73</sup>.

El SPSS apoya directamente a las mujeres embarazadas a través de la Estrategia Embarazo Saludable, mediante el cual garantiza la incorporación inmediata al Sistema a todas las mujeres con diagnóstico de embarazo que no cuenten con seguridad social, sin considerar el tiempo de gestación que se tenga, a fin de proteger la salud de la mujer durante todo su embarazo, hasta la concepción. De la misma manera el CAUSES cubre la totalidad de los gastos que se pudieran presentar en el embarazo.



1/ Razón de mortalidad materna por cien mil nacidos vivos estimados.

CIE 10: 000-099;A34;D392; F53; M830 y embarazadas con VIH/SIDA (B20-B24). Excluye muertes maternas tardías o por secuelas (096 y 097), así como defunciones por coriocarcinoma (C58).

Fuente: DGIS- SS, Consultado en la Dirección General de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud, Indicadores de resultado. <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/ir.html/> consultada 24 de julio del 2012.

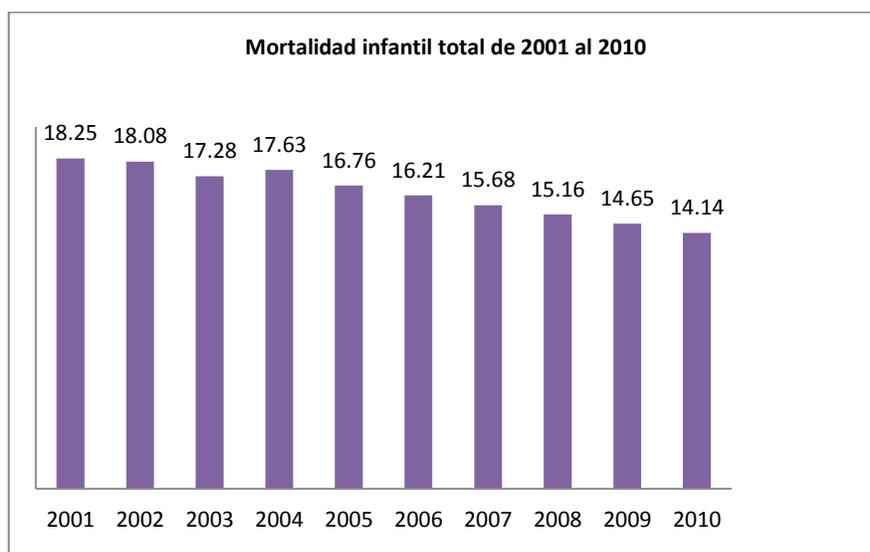
<sup>72</sup> Observatorio de la Mortalidad materna <http://www.omm.org.mx/index.php/defs.html> (consultado el 13 agosto 2012).

<sup>73</sup> Rendición de Cuentas en Salud 2010, Secretaría de Salud.

## Mortalidad infantil

La mortalidad infantil, permite conocer el grado en que se satisfacen necesidades individuales y colectivas básicas, las que destacan las relacionadas con el papel que juega la formación e información de los padres para la toma de decisiones en la atención materno-infantil con respecto a la alimentación, salud etc...<sup>74</sup> La Mortalidad infantil total, a analizar se refiere a la probabilidad de morir por cada mil habitantes menores de 1 año.

La mortalidad infantil total ha tenido un decrecimiento de 22.52% del 2001 al 2010, mayor al de 2001 al 2004 que fue de 1.91%. Dicha disminución de mortalidad ha sido constante y significativa desde la instauración del SPSS, ya que a través del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), se brinda cobertura integral de cualquier padecimiento a todos los recién nacidos a partir del 1° de diciembre del 2006, así como a los menores de 5 años de edad, es decir, cubre todas las enfermedades infantiles que se puedan presentar en los menores de edad; dichas enfermedades son adicionales a las cubiertas por el Catalogo del CAUSES y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

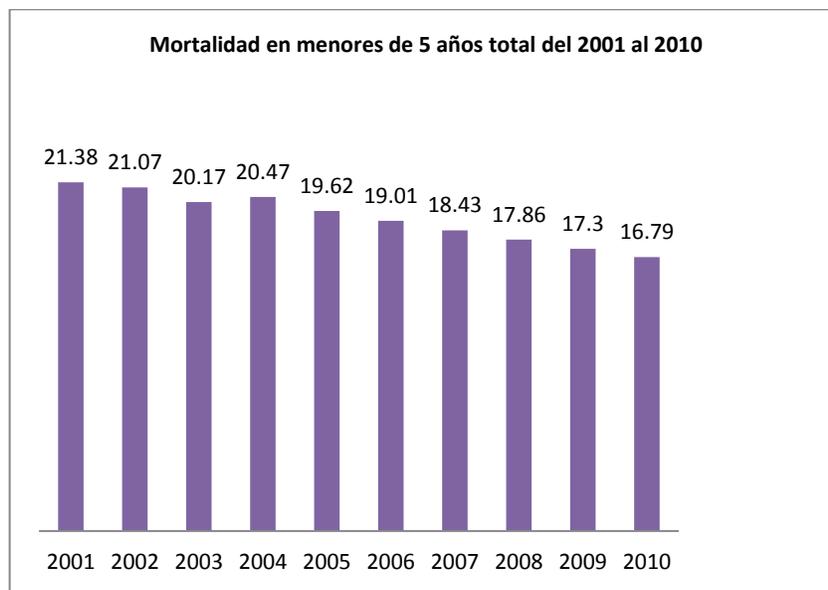


Fuente: DGIS- SS, con base en las proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO, Consultado en la Dirección General de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud, Indicadores de resultado. <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/ir.html/> consultada 24 de julio del 2012.

<sup>74</sup> Fuente: [http://www.inegi.gob.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/mortalidadinfantil/00/mortalidadinfantil00.pdf](http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/mortalidadinfantil/00/mortalidadinfantil00.pdf) (Consultado el 13 agosto del 2012.)

### Mortalidad en menores de 5 años total

El indicador se refiere a la probabilidad de morir por cada mil habitantes menores de cinco años. De 2004 al 2010 ha tenido un decrecimiento de 18%, mayor al de 2001 al 2004 que fue de 4.26%. Como anteriormente mencionamos dicha disminución de mortalidad ha sido constante y significativa desde la instauración del SPSS, ya que a través del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), se brinda cobertura integral de cualquier padecimiento a todos los recién nacidos menores de 5 años de edad; dichas enfermedades son adicionales a las cubiertas por el Catálogo del CAUSES y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).



Fuente: DGIS- SS, con base en las proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO, Consultado en la Dirección General de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud, Indicadores de resultado. <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/ir.html/> consultada 24 de julio del 2012.

## Causas de muerte en edad preescolar

A pesar de que se ha reducido la mortalidad infantil, en México las principales causas de muerte entre los menores de cinco años en el 2008 a nivel nacional, están asociadas a la mal nutrición.

Entre las tres principales causas de muerte suman el 23.2%, de las cuales dos de ellas (Enfermedades infecciosas intestinales e infecciones respiratorias agudas bajas) son enfermedades prevenibles que pueden ser atendidas con una adecuada prevención para el cuidado de los infantes.

Cabe destacar que a pesar de que el Programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), parte del SPSS; brinda cobertura integral de cualquier padecimiento a todos los recién nacidos menores de 5 años de edad, adicionales a las cubiertas por el Catalogo del CAUSES y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), y que la mortalidad infantil ha disminuido en un 22.52% del 2001 al 2010, se sigue presentando en la mortalidad enfermedades prevenibles a pesar del acceso prioritario que se tiene para el cuidado de la salud en los infantes, lo que nos puede indicar que los servicios no están llegando a todos los lugares donde se necesita la atención.

Principales causas de mortalidad en edad preescolar (de 1 a 4 años), 2008. (Nacional)				
Orden	Descripción	Defunciones	Tasa <sup>1/</sup>	%
	Total	5 720	73.6	100.0
1	Enfermedades infecciosas intestinales	460	5.9	8.0
2	Infecciones respiratorias agudas bajas	448	5.8	7.8
3	Accidentes de vehículo de motor	425	5.5	7.4
4	Malformaciones congénitas del corazón	391	5.0	6.8
5	Ahogamiento y sumersión accidentales	291	3.7	5.1
6	Desnutrición calórico protéica	234	3.0	4.1
7	Leucemia	189	2.4	3.3
8	Epilepsia	102	1.3	1.8
9	Agresiones (homicidios)	84	1.1	1.5
10	Caidas accidentales	60	0.8	1.0
11	Nefritis y nefrosis	54	0.7	0.9
12	Demencia y otros trastornos degenerativos y hereditarios del Sist. Nervioso Cent	53	0.7	0.9
13	Asma	50	0.6	0.9
14	Anemia	49	0.6	0.9
15	Enfermedad cerebrovascular	48	0.6	0.8
16	Exposición al fuego, humo y llamas	47	0.6	0.8
17	Envenenamiento accidental	43	0.6	0.8
18	Enfermedades inflamatorias del corazón (excluye Fiebre reumática)	35	0.5	0.6
19	Infecciones respiratorias agudas altas	33	0.4	0.6
20	Síndrome de Down	27	0.3	0.5
	Causas mal definidas	97	1.2	1.7
	Las demás	2 500	32.2	43.7

<sup>1/</sup> Tasa por 100,000 habitantes

No se incluyen defunciones de residentes en el extranjero

<sup>2/</sup> V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86(.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0

Las principales causas de mortalidad están basadas en la lista GBD de 165

Fuente: SINAISS <http://sinaiis.salud.gob.mx/mortalidad/> Consultado el 30 de julio 2012, en base a Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud. Elaborado a partir de la base de datos de defunciones 1979-2008 INEGI/SS y de las Proyecciones de la Población de México 2005 - 2050, y proyección retrospectiva 1990-2004. CONAPO 2006.

## c. Daños a la Salud

### Enfermedades transmisibles

En los últimos 60 años las enfermedades transmisibles, junto con las de la nutrición y de la reproducción, han disminuido del 49.8% en 1950 al 14.0% en 2000.<sup>75</sup> Los padecimientos transmitidos por vector<sup>76</sup>, están relacionados con el medio ambiente ya que es a través del mismo que se reproducen y protegen los vectores. No existen fronteras para las enfermedades transmitidas por vector ya que pueden ser introducidas desde otros países a través de personas, animales, alimentos etc... La importancia de las enfermedades transmisibles es que son detectables y prevenibles con una adecuada detección y tratamiento oportuno de casos, así como la prevención de los mismos en su lugar de propagación.

---

<sup>75</sup> Programa de Acción: Enfermedades transmitidas por Vector, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, Secretaría de Salud, 2001. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/vectores.pdf> (consultado en 15 agosto 2012)

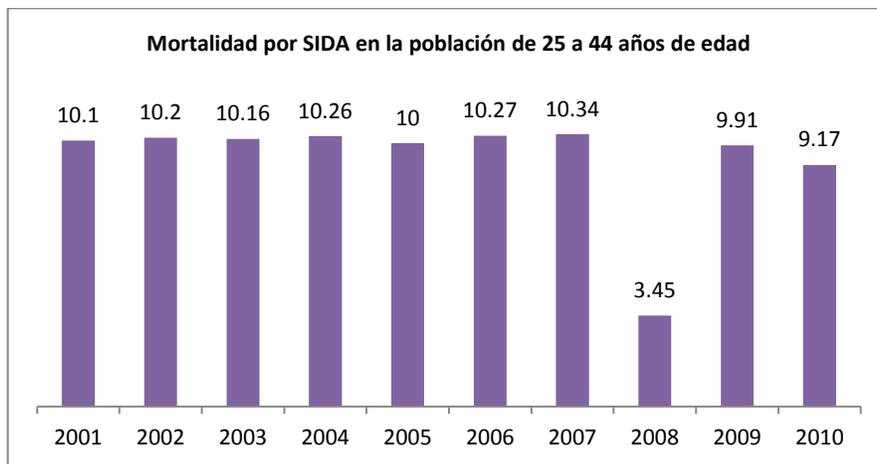
<sup>76</sup> En términos biológicos, un vector es un agente generalmente orgánico que sirve como medio de transmisión de un organismo a otro. Los vectores biológicos se estudian por ser causas de enfermedades, pero también como posibles curas para el ser humano.

## VIH / SIDA

La epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es uno de los desafíos más importantes de enfermedades infecciosas a combatir para la salud pública, por lo que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) como ONUSIDA señalan la necesidad de fortalecer los programas nacionales para combatir esta enfermedad, ya que se estima que diariamente se registran más de 7 mil nuevas infecciones por el VIH SIDA en el mundo, principalmente entre jóvenes de 15 y 24 años de edad, en general entre la población femenina.<sup>77</sup>

La mortalidad por SIDA ha decrecido en un 9.2% en la población de 25 a 44 años de edad, los asuntos prioritarios para dicha enfermedad es un mayor uso de los servicios preventivos, así como concientizar acerca de la transmisión sexual y evitar la discriminación.

El SPSS a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos desde el 2004 se financia la atención del tratamiento médico antiretroviral del VIH/SIDA, del 2006 al 2012 se tienen registrados 190,525 casos, dichos casos son atendidos por CENSIDA dada la complejidad del padecimiento, el número de casos reportados corresponden en promedio a 43,000 pacientes atendidos ya que muchos de ellos son casos en seguimiento anual<sup>78</sup>.



Tasa de mortalidad observada por cien mil habitantes de 25 a 44 años de edad.

La cifra reportada en 2008 no cuenta con una explicación en la base de datos de dicha baja en la mortalidad.

Fuente: DGIS- SS, con base en las proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO, Consultado en la Dirección General de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud, Indicadores de Resultado. <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/ir.html/> consultada 24 de julio del 2012.

<sup>77</sup> Informe de Rendición de Cuentas en Salud 2010, Secretaría de Salud. Pág. 107

<sup>78</sup> Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006- 2012. Comisión Nacional de Protección Social en Salud, <http://www.seguro-popular.gob.mx/images/pdf/informes/inf2012.pdf> Consultado el 24 de septiembre del 2012. Pág. 33.

## Principales enfermedades transmisibles

Como vemos en la siguiente tabla las enfermedades transmisibles desde el 2001 se ha reducido aunque no todos los casos, y siguen existiendo casos continuos consecuentes ya que dichas enfermedades corresponden a las condiciones geográficas, epidemiológicas, demográficas y socioeconómicas, así como de condiciones de marginación y pobreza.

A través del SPSS, en su catálogo de intervenciones CAUSES, para poder hacerle frente a las enfermedades transmisibles, en el conglomerado de Salud Pública, se enlistan 27<sup>79</sup> intervenciones las cuales agrupan vacunación para menores de 14 años (incluye edades de 0 a 14 años), vacunación adicional para adolescentes (mayores de 14 años) adultos y adultos mayores, así como, acciones preventivas para el cuidado de la salud.

### Número de casos nuevos por principales enfermedades transmisibles

Año	Paludismo vivax	Fiebre por dengue 1/	Tuberculosis pulmonar	Oncocercosis 2/	Lepra	Brucelosis	Rabia	Cólera 2/
1980	25 734	51 406	11 165		621	1 471	83	
1985	133 698	13 688	11 211	2 264	204	4 272	76	
1990	44 513	9 516	12 242	1 252	199	4 106	73	
1995	7 330	36 029	17 157	989	433	5 860	30	16 430
2000	7 259	1 714	15 649	174	414	2 171	5	5
2001	4 927	4 643	16 323	139	365	3 013	7	1
2002	4 605	13 254	15 432	125	309	2 851	3	0
2003	3 775	5 220	15 055	86	267	3 008	1	0
2004	3 357	6 243	14 443	126	252	2 730	3	0
2005	2 945	17 487	15 249	125	269	1 988	8	0
2006	2 498	24 661	13 813	94	243	1 870	2	0
2007	2 357	42 936	14 550	68	257	1 874	4	0
2008	2 357	28 015	15 035	34	223	1 956	3	0
2009	2 702	120 642	14 856	16	207	2 218	0	0
2010	1 226	36 740	15 384	15	211	2 730	0	1
2011 <sup>p/</sup>	198	1 318	6 015	8	74	1 161	0	1

1/ El notable incremento de fiebre por dengue de 2009 respecto a 2008 se debió a la mejora en la captación de la información epidemiológica, evitando con ello la subestimación de la problemática real. Asimismo, durante 2009 se registró una alta transmisión de dengue en la región Sur y Centro del país.

2/ Se reportan datos a partir del inicio de su registro. Para 2011 son cifras preliminares al 11 de junio (Corte de la semana epidemiológica 23).

p/ Cifras preliminares al mes de junio.

Fuente: Secretaría de Salud.

<http://www.dgepi.salud.gob.mx/infoepi/index.htm>

Nota: Se menciona que en el CAUSES se cuenta con 27 intervenciones de vacunación para poder hacerle frente a las enfermedades transmisibles, en el cuadro de "Número de casos nuevos por principales enfermedades transmisibles" únicamente se mencionan 8 principales enfermedades transmisibles mas representativas.

Fuente Quinto informe de Gobierno, Anexo estadístico, estadísticas nacionales <http://quinto.informe.gob.mx/informe-de-gobierno/anexo-estadistico> Consultado el 18 julio 2012

<sup>79</sup> Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) 2012, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Pág. 21.

## Enfermedades no transmisibles

Las enfermedades no transmisibles, son también conocidas como enfermedades crónicas, y no se transmiten de persona a persona. Son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.<sup>80</sup>

Los factores de riesgo son el consumo de tabaco, la inactividad física, las dietas malsanas y el uso nocivo del alcohol que aumentan el riesgo de la mayoría de las enfermedades no transmisibles o las causan directamente.

La importancia de dichas enfermedades es el rápido aumento de las mismas en las poblaciones de bajos ingresos, esto da como resultado que las personas vulnerables y socialmente desfavorecidas enferman más y mueren antes que las personas de mayor posición social, sobre todo por las condiciones de acceso a la salud y la cuestión económica ya que dichas enfermedades representan un alto costo para su tratamiento y atención, además porque las personas vulnerables corren un mayor riesgo de exposición a productos nocivos, como el tabaco o alimentos poco saludables, y tienen un acceso limitado a los servicios de salud.

De las enfermedades que provocan gastos catastróficos el SPSS a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos cubre el 54.7% de ellas, se mencionarán algunos indicadores referentes a continuación.

---

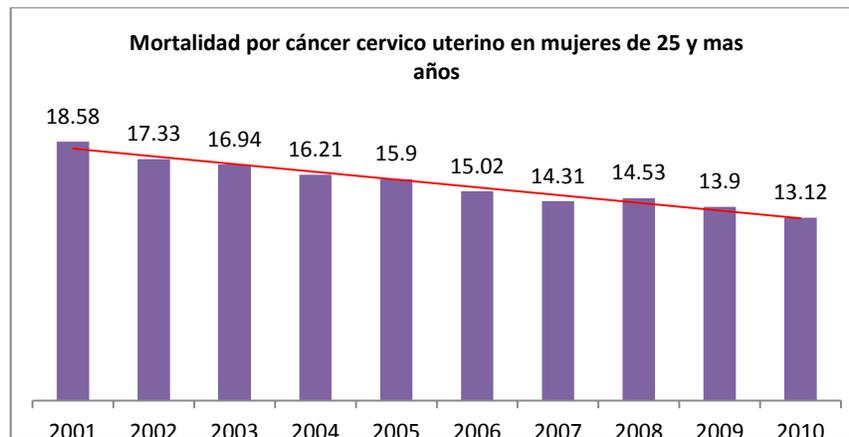
<sup>80</sup> Organización Mundial de la Salud, centro de prensa, enfermedades no transmisibles. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/index.html> consultado el 15 agosto 2012.

## Cáncer cérvico uterino

El cáncer cérvico uterino afecta el sistema reproductivo de la mujer. La causa predominante de éste cáncer se debe a ciertos derivados del virus del papiloma humano (VPH), una de varias enfermedades venéreas. Cerca del 50% de los casos de cáncer cérvico se da en mujeres cuya edad va de los 35 a los 55 años, por lo que se recomienda hacerse una revisión anual del Papanicolaou.<sup>81</sup>

Del 2001 al 2010 la tasa de mortalidad observada por cada cien mil mujeres de 25 años o más ha decrecido en un 24.9%.

La disminución de la tasa de mortalidad ha correspondido a diversos programas de vacunación contra el VPH. Cabe mencionar que con el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del SPSS, se garantiza la protección financiera de la atención del Cáncer Cérvico Uterino desde el 2004. Desde su creación se han atendido 26,608 casos de cáncer cervico uterino por el FPGC al 2011.



Nota: Tasa de mortalidad observada por cien mil mujeres de 25 años o mas.

Fuente: DGIS- SS, con base en las proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO, Consultado en la Dirección General de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud, Indicadores de resultado. <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/ir.html/> consultada 24 de julio del 2012.

<sup>81</sup> IMSS <http://www.imss.gob.mx/salud/Cancer/tipos/Pages/cancercervico.aspx> consultado el 15 agosto 2012.

### Cáncer de menores de 20 años

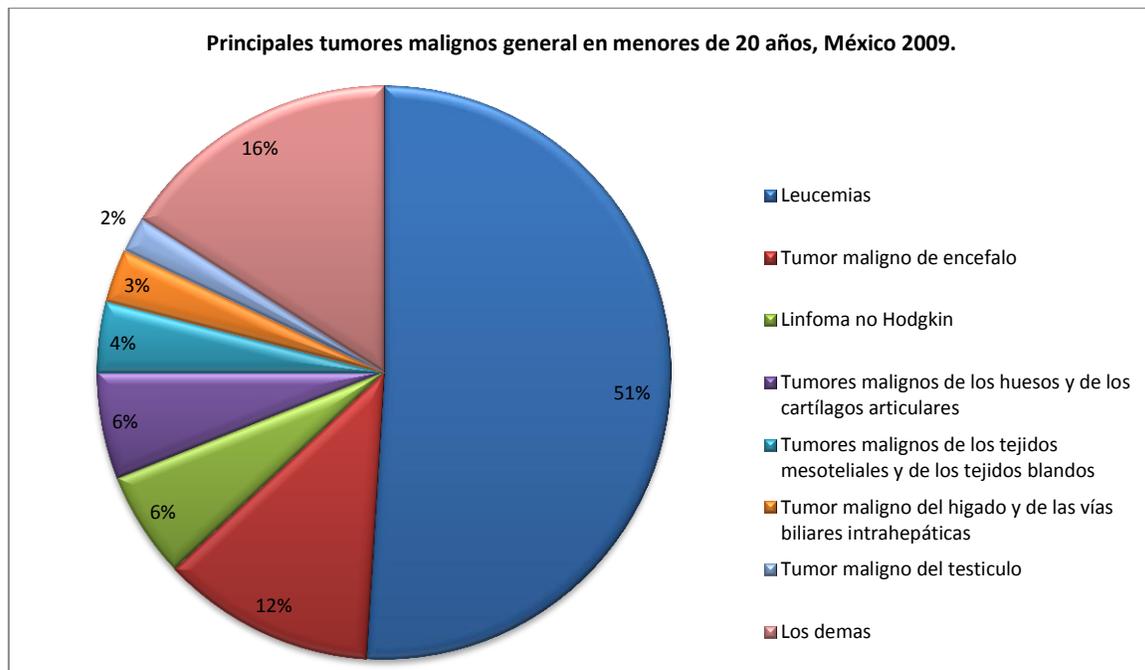
Se estima que en México cada año 7,000 niños adquieren cáncer y solo 1,500 cuentan con seguridad social, los tratamientos para padecimientos como las neoplasias malignas tienen un alto costo, como la leucemia, cuyo tratamiento ideal (trasplante de médula ósea), en promedio cuesta 250 mil dólares americanos.<sup>82</sup>

Un factor determinante para un tratamiento eficaz y adecuado es el diagnóstico oportuno para poder salvar la vida a la mayoría de los que padecen cánceres infantiles.

Entre los principales tumores malignos en menores de 20 años de edad en 2009 en México figuran las leucemias, Tumor maligno de encéfalo, y linfoma no Hodgkin, los cuales en su conjunto suman el 69% de los principales tumores.

El SPSS a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) incorporó desde 2004 la leucemia linfoblástica aguda en menores de 18 años, paulatinamente ha incorporado diferentes tipos de cánceres, hasta incorporar todos los cánceres de niños y adolescentes en la cartera de servicios del FPGC, además de incluir trasplante de médula ósea tanto para menores de 18 años así como mayores de edad.

El FPGC de 2004 al 2011 ha financiado 13,767 casos de cáncer infantil, además de financiar 234 trasplantes de médula ósea.



Fuente: Perfil epidemiológico de cáncer e niños y adolescentes en México, Secretaría de Salud [http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/PUBLICACIONES/MONOGRAFIAS/PEPID\\_CANCER\\_NINOS\\_ADOLESC\\_MEX.pdf](http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/PUBLICACIONES/MONOGRAFIAS/PEPID_CANCER_NINOS_ADOLESC_MEX.pdf) Consultado el 16 agosto del 2012, Pág. 82 en base de datos de defunciones 1998. INEGI/Secretaría de Salud, base de datos de defunciones 2009 sistema epidemiológico y estadístico de las defunciones, estimaciones de población corregidas CONAPO 1990- 2012,

\* Tasa por 100 mil habitantes menores de 20 años.

<sup>82</sup> Perfil epidemiológico de cáncer e niños y adolescentes en México, Secretaría de Salud [http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/PUBLICACIONES/MONOGRAFIAS/PEPID\\_CANCER\\_NINOS\\_ADOL\\_ESC\\_MEX.pdf](http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/PUBLICACIONES/MONOGRAFIAS/PEPID_CANCER_NINOS_ADOL_ESC_MEX.pdf) Consultado el 16 agosto del 2012

## Defunciones por tumores malignos en población de menores de 20 años. México 2000-2008

Las defunciones por tumores malignos en la población de menores de 20 años en México ha tenido un decrecimiento de 1.84% entre el 2000 y el 2008, sin embargo, podemos darnos cuenta que el peso relativo de los tumores malignos con las defunciones generales han aumentado en 0.66% lo que se relaciona estrechamente con el aumento de las enfermedades crónico degenerativas, debido a los cambios de hábitos alimenticios y el resultado de una vida sedentaria.

Antes de la puesta en marcha del SPSS existía un abandono de tratamiento en cáncer infantil de entre 30 o 40 por ciento por problemas financieros, y ahora ha disminuido a menos de 5% debido al financiamiento del FPGC. Es importante destacar que en el País se cuenta con más de 150 oncólogos pediátricos y 53 unidades médicas acreditadas para proporcionar tratamiento a los menores de edad. Actualmente este número es suficiente, pero el crecimiento poblacional exigirá la necesidad de más especialistas médicos para la atención en todas las entidades federativas para ofrecer una atención oportuna y eficiente.<sup>83</sup>

Defunciones por tumores malignos en población de menores de 20 años. México 2000- 2008			
Año	Defunciones		Peso relativo*
	Generales	Tumores malignos	
2000	60,148	2,281	3.79
2001	57,137	2,284	4.00
2002	58,099	2,242	3.86
2003	54,344	2,283	4.20
2004	53,381	2,337	4.38
2005	53,390	2,379	4.46
2006	51,336	2,377	4.63
2007	51,053	2,303	4.51
2008	50,360	2,239	4.45

Fuente: Perfil epidemiológico de cáncer e niños y adolescentes en México, secretaria de salud [http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/PUBLICACIONES/MONOGRAFIAS/PEPID\\_CANCER\\_NINOS\\_ADOLESC\\_MEX.pdf](http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/PUBLICACIONES/MONOGRAFIAS/PEPID_CANCER_NINOS_ADOLESC_MEX.pdf) Consultado el 16 agosto del 2012 Pág. 73, en base Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos defunciones 1979- 2008. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), Secretaría de Salud.

\*respecto al total de defunciones

<sup>83</sup> Nota periodística Angélica Enciso, “Esta garantizado el tratamiento para todo niño con cáncer: Ssa”. Martes 14 de febrero de 2012” <http://www.jornada.unam.mx/2012/02/14/sociedad/042n1soc> consultado el 16 agosto 2012.

## Cáncer de mama

En México, el Cáncer de mama representa un importante problema de salud pública ya que a partir del 2006, el cáncer de mama es la segunda causa de muerte en el grupo de edad de 30 a 54 años, y se ubica como la primera causa de mortalidad por tumores malignos entre las mujeres.

- Es el cáncer más común entre las mujeres mexicanas.
- Es la primera causa de mortalidad por tumores malignos en mujeres.
- A partir del 2005, en México, la tasa de mortalidad por cáncer de mama es superior a la de cáncer cervicouterino.
- En México se detectan 60 mil nuevos casos al año.
- Cada año fallecen 400 mil mujeres en el mundo por esta enfermedad.
- El 40% de estas mujeres se encuentran en etapas muy avanzadas de la enfermedad.
- Cada 9 minutos se detecta una mujer con cáncer de mama en México.
- Cada año mueren 4 mil mujeres en México por cáncer de mama<sup>84</sup>.

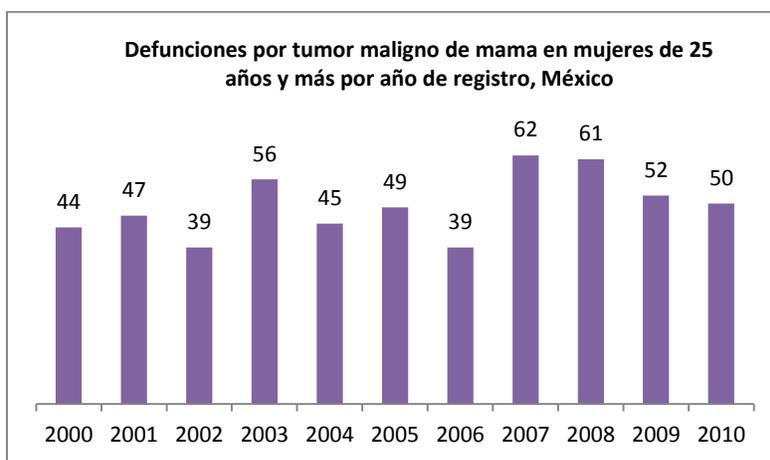
---

<sup>84</sup> Datos sobre cáncer de mama, consultados en la Pág. Web de “Roche” <http://www.cancerdemamaroche.com/2010/10/el-cancer-de-mama-en-mexico/>. Consultado el 5 de Septiembre del 2012.

### Defunciones por tumor maligno de mama

Las defunciones por cáncer de mama en mujeres de 25 años ha aumentado en 13.6% del 2000 al 2010, sin embargo dicho crecimiento es proporcional al crecimiento de la población, y no implica que el cáncer de mama haya aumentado en la población mexicana como se presenta en la siguiente gráfica con la tasa de mortalidad en cáncer de mama.

A través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) que forma parte del SPSS, se financia la atención de Cáncer de mama desde el 2007, con este fondo se han financiado 30,462 casos de cáncer de mama del 2007 al 2011. Es de destacar que la adherencia al tratamiento de los casos atendidos a través del FPGC aumentó en 30%, y en consecuencia la sobrevida aumentó en un 94% de los casos.<sup>85</sup>



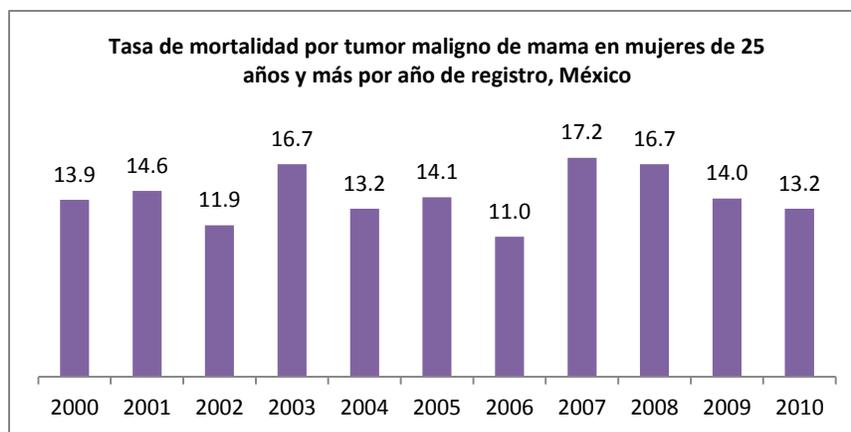
Fuente: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), Secretaría de Salud <http://www.cnegsr.gob.mx/programas/cancer-mama/mortalidad-cancer-de-mama.html> consultado el 16 de agosto del 2012. En base a Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos defunciones 2000- 2009. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), Secretaría de Salud.

<sup>85</sup> Revista: Líderes Mexicanos, Edición especial: *Salud, infraestructura y atención*, Exhibida hasta 5 de agosto del 2012, año 21, Tom 204, Julio 5 del 2012, Pág. 35.

### Tasa de mortalidad por tumor maligno de mama

La tasa de mortalidad por tumor maligno de mama en mujeres de 25 años y más se ha reducido en un 5% del 2000 al 2010, dicha cifra nos indica que la mortalidad por cáncer de mama ha reducido aunque en un porcentaje bajo, el aumento de las defunciones previamente visto, va acorde al crecimiento de la población.

Es relevante mencionar que para las mujeres que lo padecen tiene, además de un costo financiero, un costo emocional y social importante, que se debe atender a través de una atención más integral, efectiva y temprana para poder detectar a tiempo la enfermedad e incrementar la sobrevivencia de las mujeres, así como atender la salud mental.



Fuente: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), Secretaría de Salud <http://www.cnegsr.gob.mx/programas/cancer-mama/mortalidad-cancer-de-mama.html> consultado el 16 de agosto del 2012. En base a Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos defunciones 2000- 2009. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), Secretaría de Salud. .

#### **d. Infraestructura, uso de servicios y recursos humanos**

Como ya se mencionó, en México el acceso a la salud está fragmentado principalmente en tres instituciones proveedoras de servicios de salud: Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Sistema de Protección Social en Salud (SPSS); consolidando un Sistema de Salud mixto en el que conviven la seguridad social y la protección social en salud otorgando cobertura en el derecho a la salud a toda la población mexicana.

El SPSS es un financiador de una cartera específica de servicios ya mencionada (CAUSES), y las entidades federativas son las responsables de otorgar el servicio a los afiliados a través de la infraestructura en salud estatal; esta situación generó una sobredemanda de servicios y consecuentemente la falta de infraestructura en las entidades para poder proporcionar el servicio demandado.

Para poder enfrentar esta realidad, el SPSS cuenta con el Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS)<sup>86</sup>, dicho Fideicomiso está conformado por dos Fondos: Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) y el Fondo de Previsión Presupuestal (FPP); el FPGC está destinado para financiar enfermedades de alta complejidad y de alto costo consideradas como catastróficas las cuales están definidas en un catálogo específico, el FPP debe destinarse al desarrollo de infraestructura médica y de especialidades básicas en zonas de mayor marginación social. Dicho instrumento es elemental para el fortalecimiento de la infraestructura estatal y federal necesaria para poder garantizar el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud de los afiliados al SPSS.

Para poder explicar el crecimiento de la infraestructura es necesario analizar el uso de servicios del sistema de salud en México.

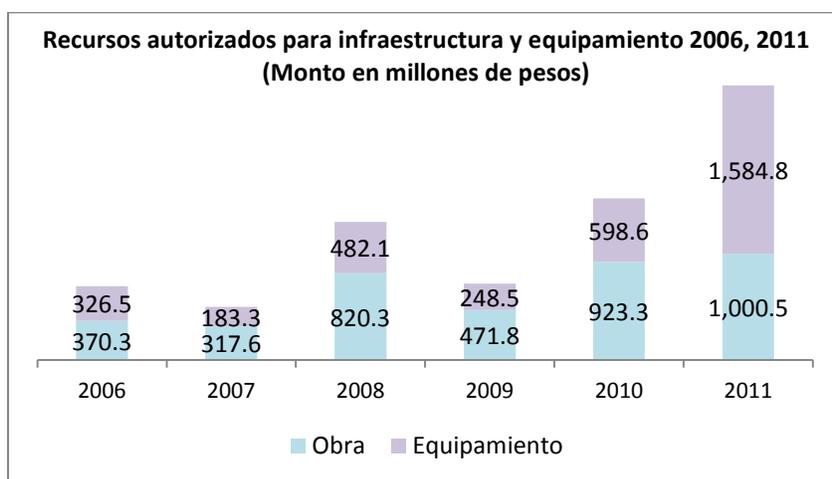
---

<sup>86</sup> Dicho Fideicomiso se explica en profundidad en el Capítulo III.

## Fondo de Previsión Presupuestal

El Fondo de Previsión Presupuestal (FPP), parte del Fideicomiso, es una bolsa de recursos que debe destinarse al desarrollo de infraestructura médica y de especialidades básicas en zonas de mayor marginación social: dicho instrumento es elemental para el fortalecimiento de la infraestructura necesaria para poder garantizar el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud de los afiliados al SPSS.

El FPP ha autorizado recursos para el financiamiento de obra del 2006 al 2011 por un monto 3,903.9 de millones de pesos para la construcción de 2,032 acciones, así mismo se han apoyado 1,234 acciones de equipamiento por un monto de 3,423.7 millones de pesos del 2006 al 2011; dichas acciones se ven reflejadas en el primer y segundo nivel de atención en las unidades médicas de las entidades federativas.



Fuente: Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006- 2012. Comisión Nacional de Protección Social en Salud, <http://www.seguro-popular.gob.mx/images/pdf/informes/inf2012.pdf> Consultado el 24 de septiembre del 2012.

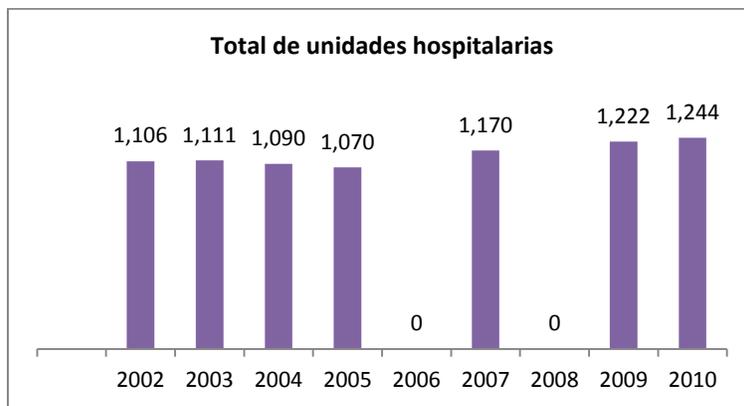
Recursos autorizados para infraestructura y equipamiento 2006, 2011 (monto en millones de pesos)						
Año	Obra		Equipamiento		Total	
	Acciones	Monto	Acciones	Monto	Acciones	Monto
2006	178	370.3	172	326.5	350	696.8
2007	1,154	317.6	28	183.3	1,182	500.8
2008	291	820.3	281	482.1	572	1,302.4
2009	219	471.8	313	248.5	532	720.3
2010	103	923.3	142	598.6	245	1,521.9
2011	87	1,000.5	298	1,584.8	385	2,585.3
<b>Total</b>	<b>2,032</b>	<b>3,903.9</b>	<b>1,234</b>	<b>3,423.7</b>	<b>3,266</b>	<b>7,327.5</b>

Fuente: Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006- 2012. Comisión Nacional de Protección Social en Salud, <http://www.seguro-popular.gob.mx/images/pdf/informes/inf2012.pdf> Consultado el 24 de septiembre del 2012.

## Unidades Hospitalarias

En el 2002 se contaba con 1,106 Unidades Hospitalarias en el Sector Salud y para el 2010 se contaba con 1,244, dichas unidades hospitalarias han tenido un crecimiento del 12.5% del 2002 al 2010. El crecimiento de las mismas puede ser a causa de inversión estatal o federal.

Como ya lo explicamos en los apartados anteriores el SPSS cuenta con un Fondo destinado específicamente para el apoyo a obra nueva, reconstrucción y equipamiento de infraestructura del sector salud, dicho Fondo ha invertido un monto de 7,327 millones de pesos para el crecimiento de las unidades hospitalarias.

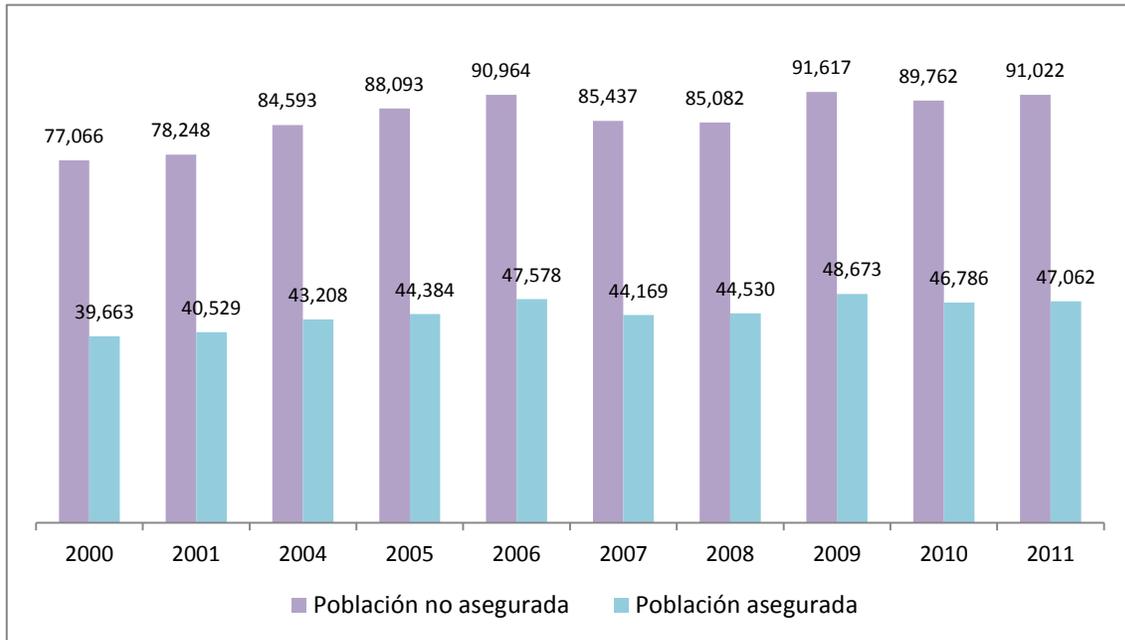


Fuente: DGIS- SS, con base en las proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO, Consultado en la Dirección General de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud, Indicadores de resultado. <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/ir.html/> consultada 24 de julio del 2012. En base al Boletín de información estadística de la SS.

## Población usuaria de los servicios de salud

El indicador de población usuaria de los servicios de salud incluye a la población que demandó servicios médicos al menos una vez al año, el crecimiento del uso de los servicios de salud en la población asegurada entre 2000 y 2011 es de 18.7%, cifra mayor que el crecimiento de la población no asegurada el cual es de 18.1%. Cabe destacar que la población afiliada al SPSS está contabilizada en la población asegurada ya que los servicios otorgados por el SPSS se dan a través de la Secretaría de Salud.

### Población Usuaria de los servicios de salud del 2000 al 2010.



Fuente: Quinto informe de Gobierno, Anexo estadístico, estadísticas nacionales <http://quinto.informe.gob.mx/informe-de-gobierno/anexo-estadistico> Consultado el 18 julio 2012.

**Notas:**

Población asegurada: incluye el IMSS, ISSSTE, PEMEX SEDENA, SEMAR y Seguro Popular y Estatales.

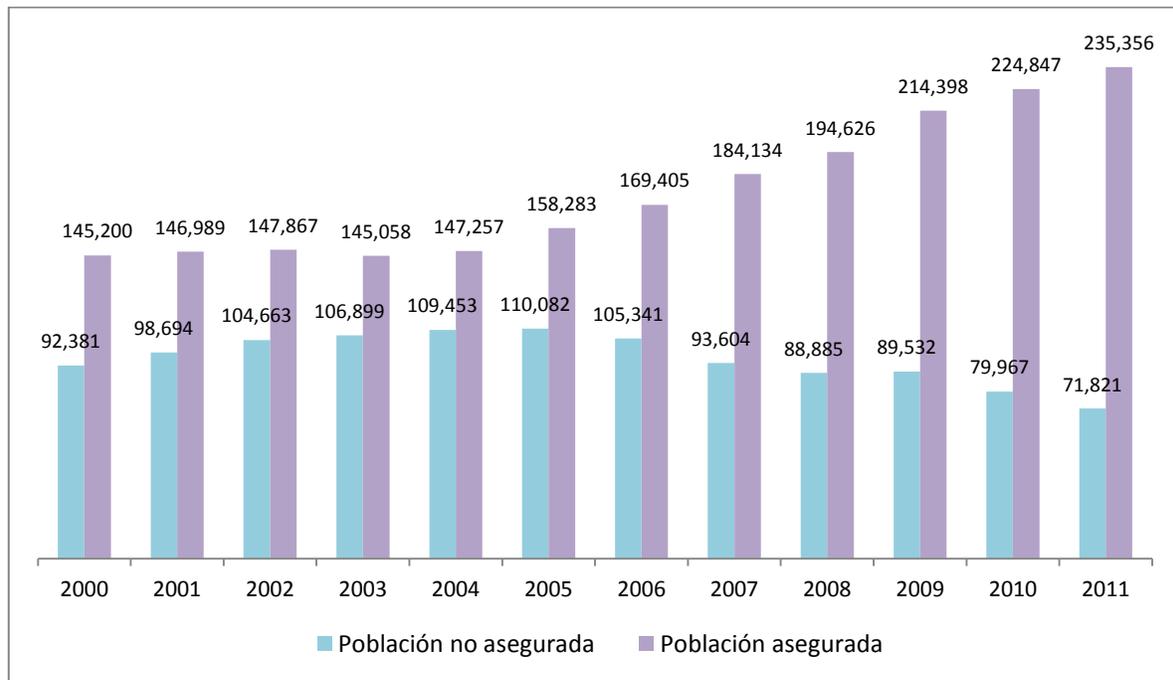
Población no asegurada: Incluye los servicios de la Secretaría de Salud, IMSS Oportunidades y Universitarios.

### Total de consultas externas

La población no asegurada incluye servicios de salud en las entidades federativas ajenos al SPSS, IMSS oportunidades, y Universitarios los cuales incluyen unidades médicas de universidades que ofrecen servicios de atención. El total de consultas externas se refiere a las consultas externa general, especializada, de urgencia y odontológica. La población asegurada incluye el IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR y las consultas registradas del Seguro Popular.

El crecimiento de las consultas en la población asegurada del 2000 al 2011 ha sido de 62.1%, mientras que en la población no asegurada ha tenido un decrecimiento de 22.3% lo que quiere decir, como se muestra en la gráfica, que a partir del 2004 con la implementación del SPSS la población no asegurada decrece al contar con un seguro para la población sin seguridad social, y se ve correlacionado con el crecimiento exponencial en la población con seguridad social.

### Total de consultas externas en población asegurada y no asegurada de 2000 al 2011

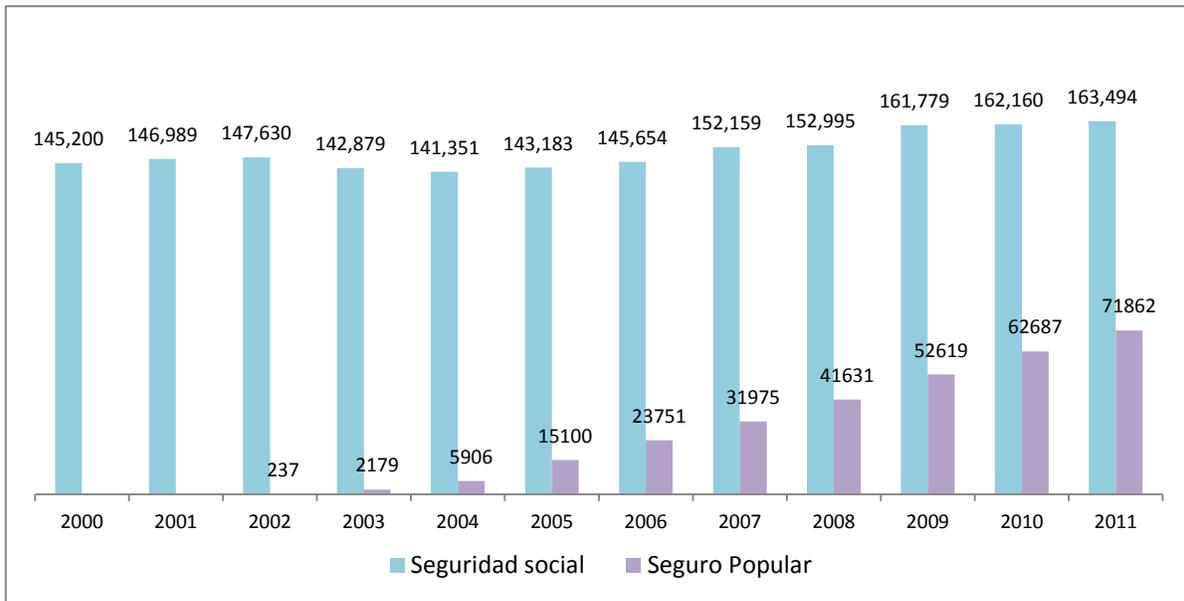


Fuente Quinto informe de Gobierno, Anexo estadístico, estadísticas nacionales <http://quinto.informe.gob.mx/informe-de-gobierno/anexo-estadistico> Consultado el 18 julio 2012

### Total de consultas externas de la Seguridad Social y Seguro Popular

La siguiente gráfica representa el total de las consultas externas que se refieren a las consultas externa general, especializada, de urgencia y odontológica. La población asegurada incluye el IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR, contrapuestas con las consultas registradas por el Seguro Popular que representa la protección social. La población asegurada cuenta con un crecimiento de 15,864 consultas entre el 2002 y 2011 cifra marginal mientras que a comparación de las consultas en el SPSS fue de 71,625 consultas desde el 2002 como Programa piloto, corroborando la importancia de la instauración del SPSS para el incremento de la atención en las consultas externas a la población, lo que significa un aumento en el uso de los servicios de salud, que a su vez puede convertirse en una sobre demanda al sistema que no pueda ser solventada por la infraestructura existente.

### Total de consultas externas de la Seguridad Social y Seguro Popular entre 2000 y el 2011



Fuente Quinto informe de Gobierno, Anexo estadístico, estadísticas nacionales <http://quinto.informe.gob.mx/informe-de-gobierno/anexo-estadistico> Consultado el 18 julio 2012

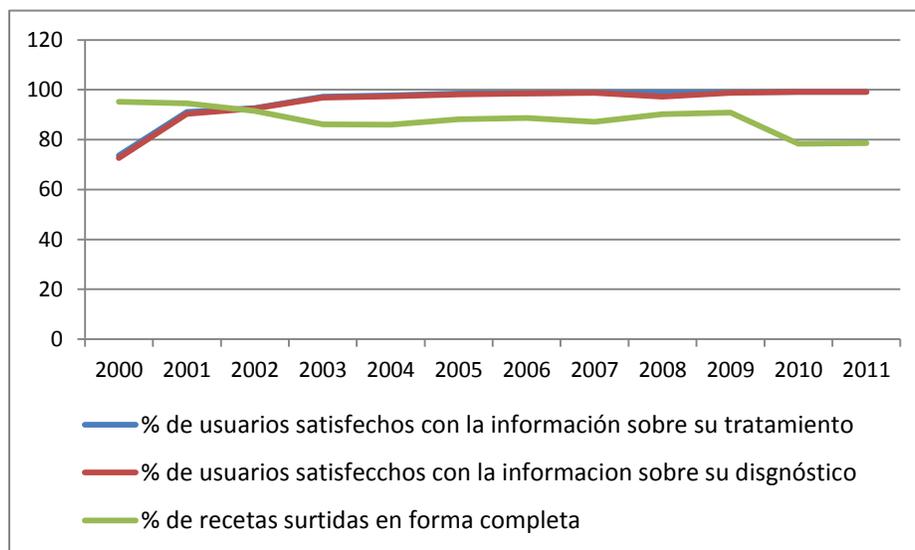
## Indicadores de calidad de los servicios de salud

### Satisfacción de los usuarios

Los indicadores de calidad corresponden al primer nivel de atención en las entidades federativas del sector salud, como podemos darnos cuenta, el porcentaje de usuarios satisfechos con la información sobre su tratamiento en el 2000 contaba con un 73.7% mientras que al 2011 contaba con un 99.2% lo que representa que ha crecido en un 34.6% en satisfacción. El porcentaje de usuarios satisfechos con la información sobre su diagnóstico en el 2000 contaba con un 72.6% y para el 2011 era de 99.1% de satisfacción lo que representa un crecimiento del 36.5%. El porcentaje de recetas surtidas en forma completa en el 2000 contaba con un 95.2% cifra que para el 2011 es de 78.6% lo que representa un decrecimiento del 17.4%.

El análisis de dicha información nos quiere decir que en las unidades de primer nivel de atención de las entidades federativas, a pesar que ha aumentado la demanda de atención, un alto porcentaje de usuarios están satisfechos con la información sobre el tratamiento y diagnóstico ya que en ambos indicadores el porcentaje ha crecido en un promedio de 35%; sin embargo, el porcentaje de recetas surtidas en forma completa a los usuarios ha decrecido en un 17.4%. Es importante mencionar que el SPSS cubre el 100% de los padecimientos con los medicamento respectivos del primer nivel de atención, como lo hemos mencionado la sobredemanda de servicios a las unidades médicas ha disminuido la calidad de atención en los pacientes, por ejemplo, el decrecimiento de las recetas surtidas en forma completa.

### Satisfacción de los usuarios en el primer nivel de atención en las entidades federativas del Sector Salud, del 2000 al 2011.



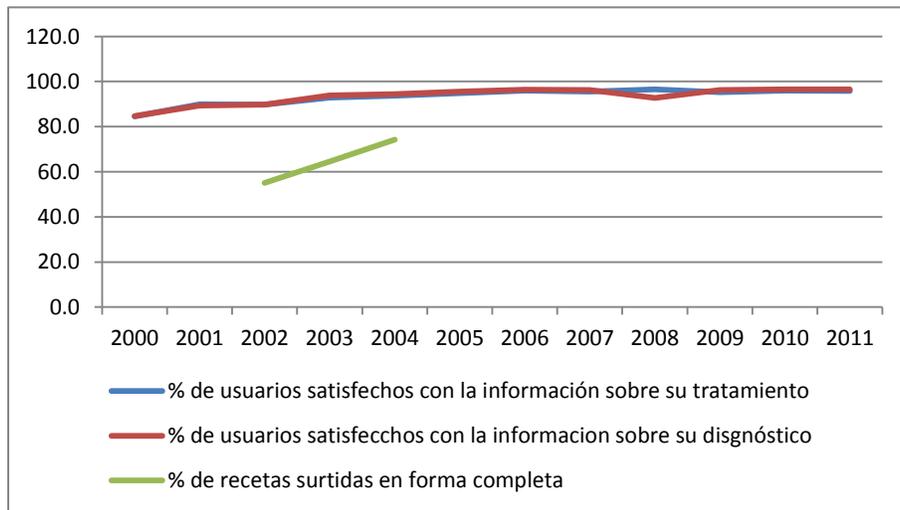
Fuente Quinto informe de Gobierno, Anexo estadístico, estadísticas nacionales <http://quinto.informe.gob.mx/informe-de-gobierno/anexo-estadistico> Consultado el 18 julio 2012 en base en información del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS).

### Satisfacción de los usuarios

El siguiente indicador corresponde al segundo nivel de atención en el sector salud en las entidades federativas. Como podemos darnos cuenta, el porcentaje de usuarios satisfechos con la información sobre su tratamiento del 2000 contaba con un 84.5% que al 2011 creció con un 95.8%, lo que representa que ha crecido en un 13.4% en satisfacción. El porcentaje de usuarios satisfechos con la información sobre su diagnóstico en el 2000 contaba con un 84.7% y para el 2011 era 96.5% lo que representa un crecimiento del 13.9%. El porcentaje de recetas surtidas en forma completa únicamente se reporta para los años 2002 al 2004 por lo que no es representativo para el análisis.

Dicha información nos quiere decir que en las unidades de segundo nivel de atención de las entidades federativas, a pesar que ha aumentado la demanda de atención, el porcentaje de usuarios están satisfechos con la información sobre el tratamiento y diagnóstico ya que en ambos indicadores el porcentaje ha crecido en un promedio de 13.6%, sin embargo, es importante mencionar que en el segundo nivel de atención el SPSS cubre el 90% de los egresos reportados con los medicamento respectivos. Esto da a conocer que a pesar que la demanda ha aumentado la satisfacción de los usuarios no ha decrecido pese al aumento en la demanda de servicios.

### Satisfacción de los usuarios en el segundo nivel de atención en las entidades federativas del Sector Salud, del 2000 al 2011.

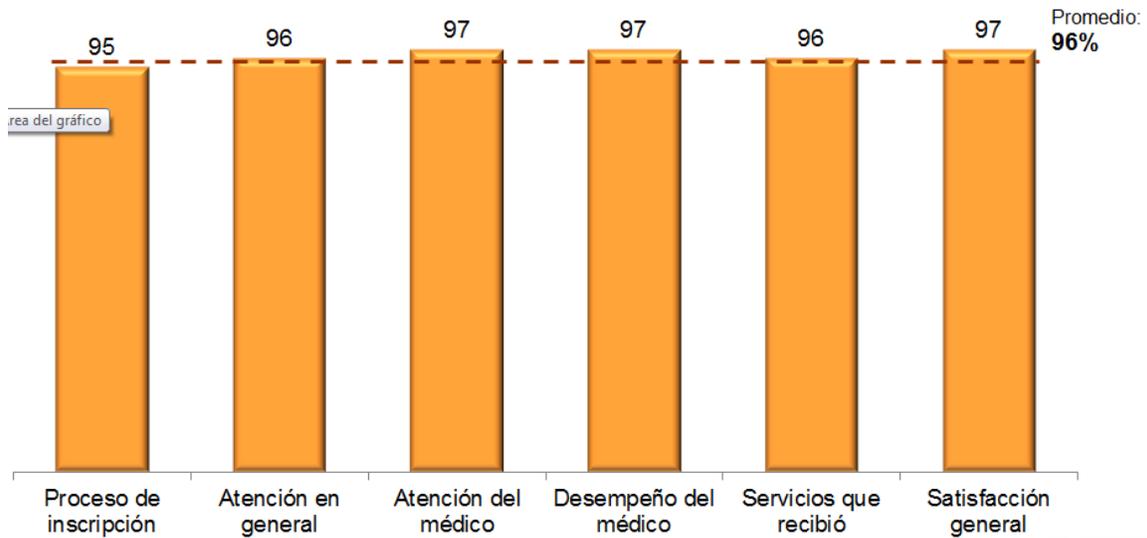


Fuente Quinto informe de Gobierno, Anexo estadístico, estadísticas nacionales <http://quinto.informe.gob.mx/informe-de-gobierno/anexo-estadistico> Consultado el 18 julio 2012 en base en Información del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS).

### Satisfacción de los Usuarios en el Sistema de Protección Social en Salud

La satisfacción de los usuarios en el 2011 por componente se encuentra en todos los aspectos por arriba del 95%, esto quiere decir, que para el proceso de inscripción, atención general, atención del médico, desempeño del médico, servicios recibidos y satisfacción en general son componentes que los propios afiliados del Sistema califican como muy buenos.

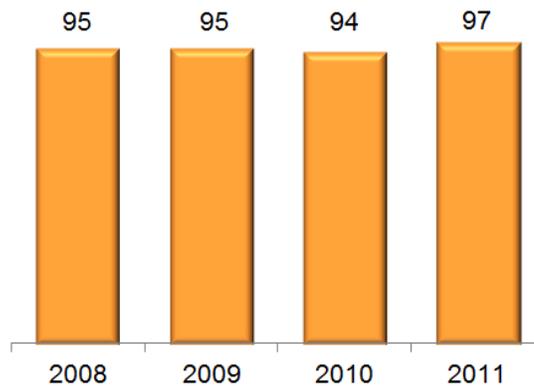
**Satisfacción de los usuarios por componente**  
(Porcentaje)



Fuente: Encuestas de Satisfacción del Sistema de Protección Social en Salud: 2008- 2011  
[http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/contenidos/estudios\\_seguro\\_popular/cuadro\\_estudios\\_opiniones\\_web\\_1.pdf](http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/contenidos/estudios_seguro_popular/cuadro_estudios_opiniones_web_1.pdf)  
 (Consultada el 22 de octubre del 2012)

El nivel de satisfacción general en los años de 2008 al 2011 se han mantenido constantes, de hecho han aumentado de un 95% en 2008 a un 97% al 2011, lo que parece se encuentra relacionado con la percepción de los usuarios con respecto a SPSS como un beneficio gratuito brindado por el estado, en vez de un derecho exigible al Estado.

**Entrevistados que respondieron estar satisfechos con el Seguro Popular, en general**  
(Porcentaje)

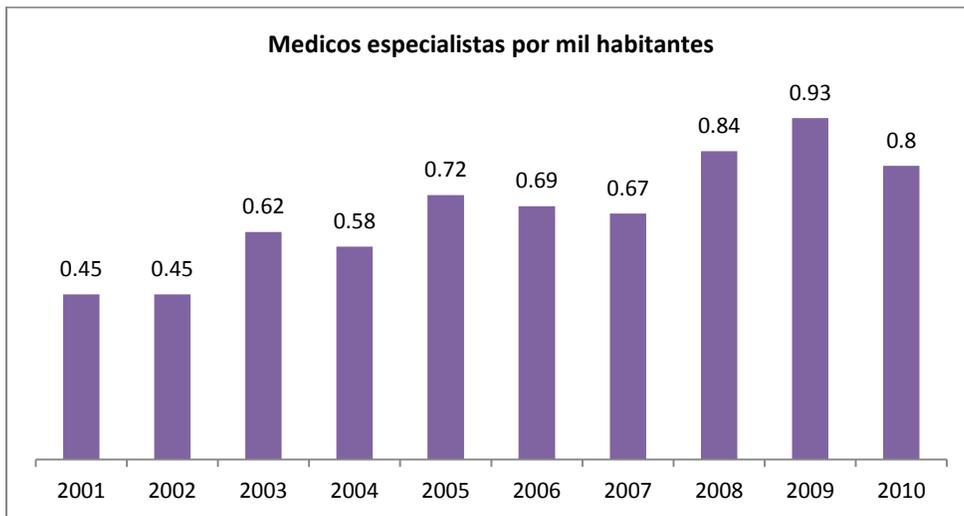


Fuente: Encuestas de Satisfacción del Sistema de Protección Social en Salud: 2008- 2011  
[http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/contenidos/estudios\\_seguro\\_popular/cuadro\\_estudios\\_opiniones\\_web\\_1.pdf](http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/contenidos/estudios_seguro_popular/cuadro_estudios_opiniones_web_1.pdf)  
 (Consultada el 22 de octubre del 2012)

La importancia de medir la satisfacción de los usuarios radica en poder medir la calidad de los servicios que está otorgando el SPSS; sin embargo, en este caso particular, se califica al Sistema en muy buena fe, sin que realmente esté otorgando excelentes servicios, es la percepción de los usuarios como un beneficio gratuito lo que hace que los índices de satisfacción sean altos. La concepción del SPSS como Política Pública que garantiza el derecho a la Salud, debe ser un derecho de la población exigible que esperemos la población pueda tomar conciencia de ello.

## Recursos humanos

Los médicos especialistas por cada 1,000 habitantes en 2001 era de 0.45, para el 2010 se contaba con 0.8, el crecimiento ha sido del 77.8%, lo que resulta significativo pero insuficiente en términos reales, ya que la norma mínima establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es que por cada 1,000 habitantes exista un médico con algún tipo de especialidad, para lo que aun faltaría 0.2 el crecimiento para cumplir con un mínimo necesario para la atención adecuada de los servicios de salud.



Fuente: DGIS- SS, con base en las proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO, Consultado en la Dirección General de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud, Indicadores de resultado. <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/ir.html/> consultada 24 de julio del 2012.

## e. Indicadores Financieros

Un Sistema de Salud debe otorgar lo necesario para poder brindar servicios eficientes y de calidad en atención a la salud de la población, y al mismo tiempo debe ser un sistema que evite el gasto de bolsillo en la población. El Sistema de Salud en México actual, está construido para disminuir la dependencia de los gastos directos en salud de la población, a través de las instituciones de seguridad social, y para la población abierta a través del SPSS (protección social en salud).

El gasto en salud en México se financia a través del gasto público en salud con lo que se recurre muchas veces, pese a las insuficiencias del sistema de salud, al gasto privado o de bolsillo para cubrir cuotas, medicamentos y en su caso intervenciones. Si se cuenta con una solvencia económica se realiza el gasto de bolsillo, que en muchas ocasiones termina ocasionando un gasto catastrófico en la familia, y en casos extremos, se deja de atender la salud por falta de dinero.

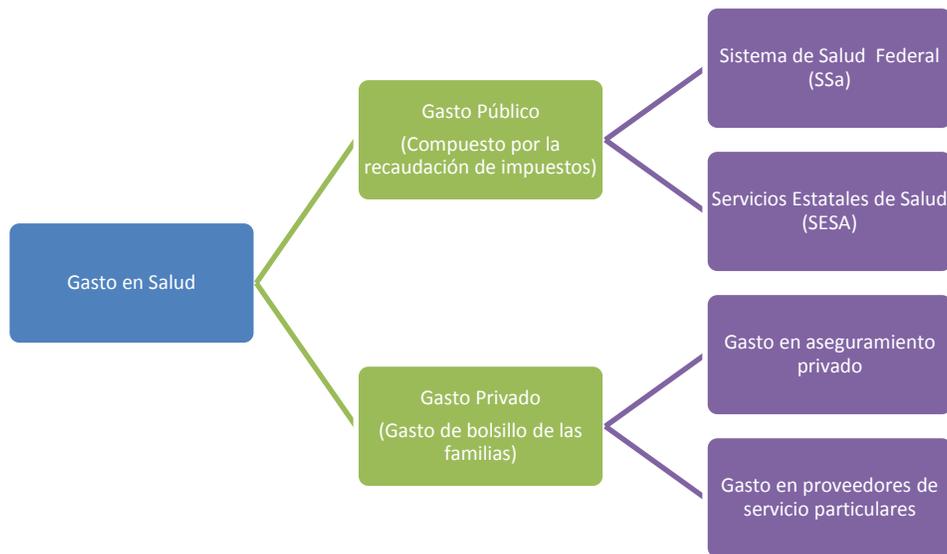
### Gastos en Salud

El gasto de salud en México se financia por un lado por las aportaciones de la sociedad a través de impuestos y por otro lado, por los gastos que provienen directamente de los bolsillos de las familias. El primero es clasificado como gasto público y proviene fundamentalmente de todas las instituciones públicas que componen el Sistema de Salud -Instituciones de la Seguridad Social, la Secretaría de Salud (SSa) y los Servicios Estatales de Salud (SESA)-; el segundo es catalogado como gasto privado y equivale fundamentalmente a los gastos en efectivo de las familias para cubrir necesidades de salud, lo cual incluye el gasto en aseguramiento privado y el gasto en proveedores de servicios de salud particulares<sup>87</sup>.

---

<sup>87</sup> Sandra G. Sosa-Rubí, Sergio Sesma y Maite Guijarro, 2008-2009, *Análisis del Gasto en Salud en México 2001- 2006*, Estudios sobre el Desarrollo Humano 2009- 2, PNUD México Pág. 6.

### Composición del Gasto en Salud en México



En este sentido, la atención del sistema mexicano de salud se encuentra segmentado en tres grupos:

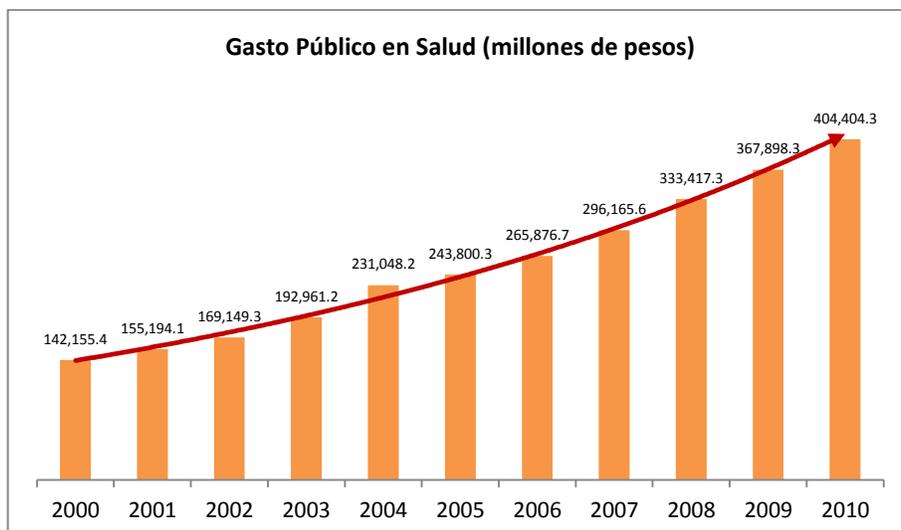
1. Trabajadores del sector formal de la economía, que son atendidos por las instituciones de la seguridad social, y otros planes de atención formal;
2. Auto empleados, los trabajadores del sector informal de la economía y aquellos que se encuentran fuera del mercado laboral formal, que son prácticamente responsabilidad de la SSa y los SESA, y
3. La población con capacidad de pago, que generalmente se atiende en el sector privado.

Es relevante comprender el financiamiento del sistema de salud en México ya que es por medio del mecanismo financiero que lo hace rentable y sustentable, y por un mal manejo en dicho sistema, se puede entrar en crisis económica que afecte a la salud de todos los mexicanos. El financiamiento del sistema de salud está basado en los impuestos generales y otros ingresos públicos. Hasta el año 2000 más de la mitad de la población no contaba con ningún esquema de aseguramiento en salud público; la otra mitad de la población sus gastos en salud eran de origen privado particularmente gasto de bolsillo, generando diversos desequilibrios financieros, ya que toda la población a través de los impuestos colaboraba para participar en el gasto de salud; sin embargo, únicamente la mitad de la población podía tener acceso a ello.

Es por ello que el SPSS, a través de su principal objetivo de financiar la salud de todos los mexicanos, ha impactado de manera significativa al financiamiento del gasto en salud en México como lo muestran los siguientes indicadores:

## Gasto Público en Salud

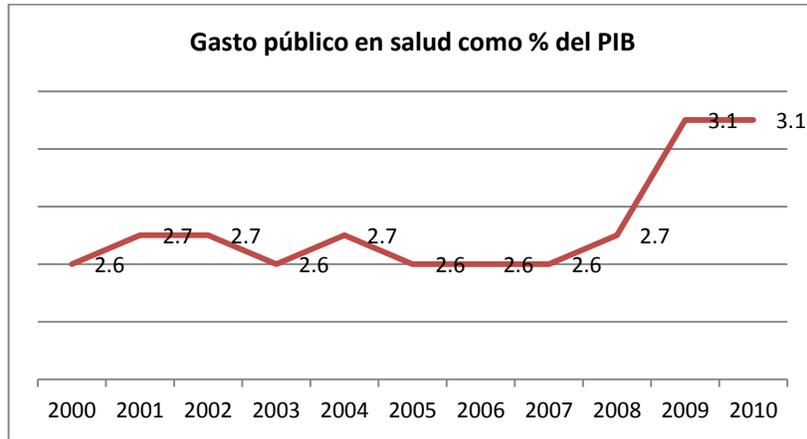
El gasto público en salud en México en el año 2000 fue de 142,155.4 millones de pesos y para el 2010 fue de 404,404.3 millones de pesos, lo que representó un crecimiento de 184.5%, y significó un incremento exponencial en la última década en el Sistema de Salud Mexicano, lo que significa una decisión acertada de Política Pública para construir un mejor Sistema de Salud en México con el incremento del recurso público en la salud el cual está representado en la construcción del Sistema de Protección Social en Salud enfocado en el financiamiento de intervenciones de salud en los tres niveles de atención a la salud.



**Fuente:** SINAIS, Indicadores de financiamiento, indicadores de gasto en salud, <http://www.sinais.salud.gob.mx/recursosfinancieros/indicadores.html> (Consultado el 1 de agosto del 2012) en base en la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2011.

### Gasto Público en Salud como % del PIB

El porcentaje del gasto público en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) ha tenido un crecimiento del 19.2% del 2000 que representaba 2.6% al 2010 que es del 3.1%. Dicho incremento a pesar de que no ha sido constante ni exponencial, es significativo con respecto al aumento del presupuesto federal a la salud, siendo un rubro de suma importancia para toda la población mexicana.

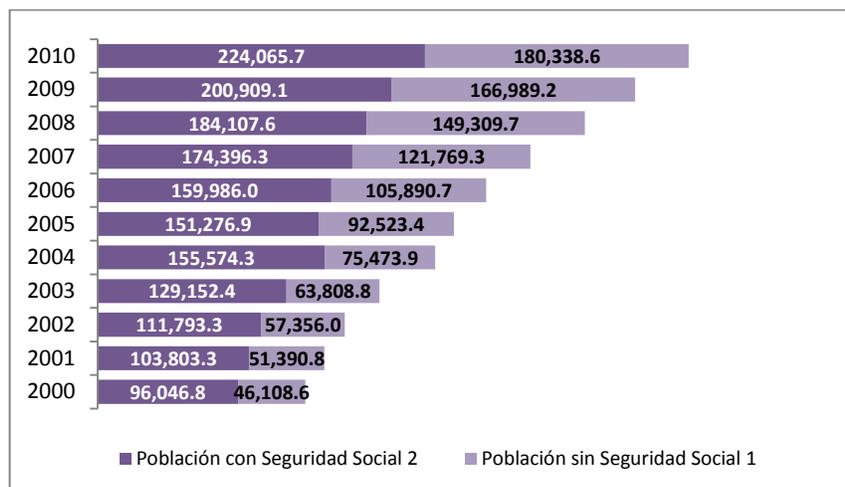


**Fuente:** SINAIS, Indicadores de financiamiento, indicadores de gasto en salud, <http://www.sinais.salud.gob.mx/recursosfinancieros/indicadores.html> (Consultado el 1 de agosto del 2012) en base en la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2011.

## Gasto Público en salud, dividido en Población con seguridad social y población sin seguridad social

La siguiente gráfica nos demuestra el gasto público en salud dividido en población con seguridad social y población sin seguridad social. El gasto público en la población con seguridad social en el 2000 representó 96,046.8 millones de pesos, y para el 2010 aumentó a 224,065.7 dicho crecimiento fue de 133.3%. El gasto público en la población sin seguridad social en el 2000 representó 46,108.6 millones de pesos y para el 2010 aumentó a 180,338.6 millones de pesos, con un crecimiento de 291.1%. Ambos segmentos de población tuvieron un crecimiento representativo del 2000 al 2010; es importante resaltar el crecimiento del gasto público en salud en la población sin seguridad social ya que el aumento exponencial es explicado mediante la implementación del SPSS lo que ha permitido reducir la brecha entre el gasto en la población sin seguridad social y con seguridad social.

### Gasto público en salud entre población con seguridad social y población sin seguridad social del 2000 al 2010



**Fuente:** SINAI, Indicadores de financiamiento, indicadores de gasto en salud, <http://www.sinais.salud.gob.mx/recursosfinancieros/indicadores.html> (Consultado el 1 de agosto del 2012) en base en la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2011.

**NOTA 1:**

1/ El gasto público en salud para la población sin seguridad social incluye el gasto del Ramo 12, IMSS-Oportunidades, el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) del ramo 33 y el gasto estatal en salud. La distribución de ramo 12 se realizó de la siguiente manera: Las transferencias directas se asignaron por entidad federativa, como Oportunidades, Comunidades Saludables, Cruzada Nacional, entre otros; además de las transferencias al Seguro Popular. Lo correspondiente a Unidades Centrales se considera como gasto no distribuible. El gasto de los Hospitales Federales de Referencia y los Institutos Nacionales se distribuyeron en función de los egresos hospitalarios. Por último, el resto de Unidades Centrales, Organismos Descentralizados y Órganos Desconcentrados se considera de igual manera gasto no distribuible.

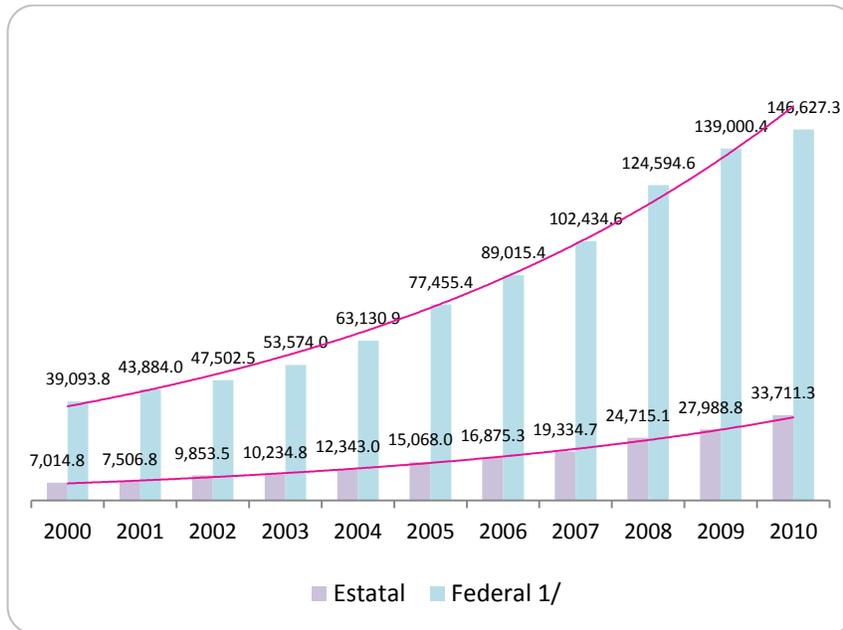
2/ El gasto público en salud para la población con seguridad social incluye IMSS, ISSSTE y PEMEX.

Nota 2: Para evitar confusiones, en el indicador "Población usuaria de los servicios de salud" (Pág. 97) se entiende por población asegurada al IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y Seguro Popular, a diferencia de los indicadores financieros que contemplan en la población sin seguridad social al Seguro Popular. Esto radica en la manera en que se interpreta la población sin seguridad social. Para los indicadores de salud, la población sin seguridad social es la población que no se encuentra cubierta por ningún esquema de protección en salud. Para los indicadores financieros la distribución del dinero en la población sin seguridad social incluye las transferencias del Seguro Popular ya que la conformación de sus recursos son las transferencias destinadas a los estados vía recursos alineables a la población sin seguridad social.

### Composición del gasto en la población no asegurada en gasto estatal y gasto federal

La composición del gasto en la población no asegurada (sin seguridad social) de la siguiente gráfica comprende su financiamiento a través del gasto estatal y el gasto federal; el gasto federal del 2000 al 2010 ha tenido un crecimiento del 275.1%, el gasto estatal del 2000 al 2010 ha tenido un crecimiento del 380.6%; en ambas composiciones el incremento en el gasto ha sido exponencial; sin embargo, es importante resaltar que el gasto estatal ha tenido un crecimiento de más del 100% que el gasto federal; esto significa que la corresponsabilidad en el financiamiento de la salud entre diferentes ordenes de gobierno ha estado reduciendo su brecha, al representar en el año 2010 el 18.7% el gasto estatal, contra el 15.2% del 2000.

### Gasto en la población no asegurada; dividido en gasto estatal y gasto federal, de 2000 al 2010



**Fuente:** SINAIS, Indicadores de financiamiento, indicadores de gasto en salud, <http://www.sinais.salud.gob.mx/recursosfinancieros/indicadores.html> (Consultado el 1 de agosto del 2012) en base en la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2011.

**Nota 1/** El gasto federal en salud incluye el gasto del ramo 12, IMSS-Oportunidades y FASSA (ramo 33).

## Gasto de Bolsillo

Se conoce como gasto de bolsillo (o gasto privado) en salud al total de las erogaciones que los hogares hacen para poder recibir a atención en salud. Estas erogaciones incluyen tanto los gastos directamente relacionados con la atención, como aquellos que son necesarios para acceder a esta<sup>88</sup>. “El pago de bolsillo por la atención a la salud es la forma de financiamiento del sistema menos equitativa y más regresiva, dado que las familias más pobres destinan una mayor proporción de su capacidad de pago a salud, en comparación con las familias más ricas y no necesariamente satisfacen sus necesidades de salud.”<sup>89</sup>

En este sentido, el gasto catastrófico y el gasto empobrecedor en salud son indicadores que más repercuten la economía familiar, forman parte del reflejo de una inadecuada política en salud para la población, es una barrera económica para el acceso a los servicios de salud; la cobertura universal de afiliación debe virar su mirada a el otorgamiento de la calidad de los servicios de salud, y principalmente como lo plantea en sus objetivos el SPSS a evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, disminuyendo el gasto de bolsillo en salud, y otorgando una integral protección financiera en salud.

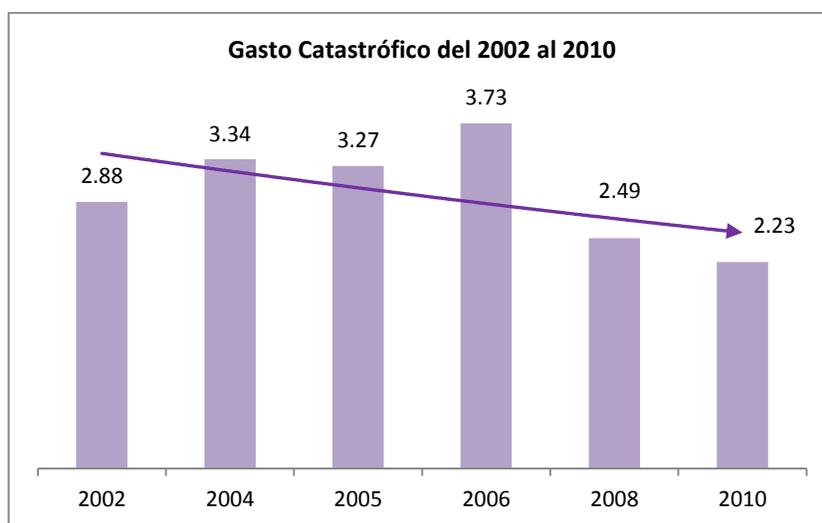
<sup>88</sup> Jinneth Hernández Torres, Leticia Ávila Burgos, Atanacio Alencia Mendoza y Ofelia Poblano Verástegui, *Evaluación inicial del Seguro Popular sobre el gasto catastrófico en salud en México*, Revista Salud Publica. vol.10 no.1 Bogotá Jan./Feb 2008, Pp. 21.

<sup>89</sup> Rendición de Cuentas en Salud 2010, Secretaría de Salud. Pág. 69.

## Gasto catastrófico

El gasto catastrófico es el gasto que rebasa la cantidad resultante entre el ingreso total más el gasto en alimentos, a partir del cual un gasto en salud se considera catastrófico. Para un País en desarrollo como México, el 30% es el porcentaje del ingreso efectivo (ingreso total menos gasto en alimentos).

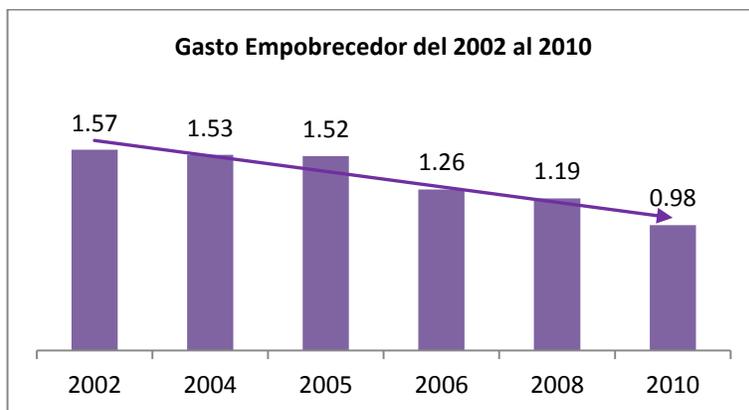
Del 2002 al 2010 el gasto catastrófico ha disminuido en un 22.6%. La disminución del gasto catastrófico no ha sido consecutiva en todos los años, sin embargo, la disminución es significativa ya que repercute directamente en la economía familiar de los hogares mexicanos.



Fuente: Rendición de Cuentas en Salud 2010, en base en la Unidad de Análisis económico- SS. Con datos de la ENIGH 2002- 2010, estudios sobre pobreza del CONEVAL y nota técnica 001/2007

## Gasto Empobrecedor

El gasto empobrecedor se considera cuando un hogar se empobrece cuando efectúa un pago de bolsillo para atender su salud que lo desplaza por debajo de la línea de la pobreza alimentaria del hogar, de 2002 al 2010 ha disminuido en un 37.6%. Dicho decrecimiento es constante y significativo para el gasto de bolsillo de las familias mexicanas.



Fuente: Rendición de Cuentas en Salud 2010, en base en la Unidad de Análisis Económico- SS. Con datos de la ENIGH 2002- 2010, estudios sobre pobreza del CONEVAL y nota técnica 001/2007

A partir de la implementación del SPSS, es posible observar una tendencia a la baja en el gasto de bolsillo como porcentaje de gasto total en salud. Dicha afirmación es posible gracias a la disminución de pago de medicamentos, y el gasto de salud catastrófico a través del Fondo de Protección contra Gasto Catastrófico (FPGC).<sup>90</sup>

<sup>90</sup> Grogger J, Arnold T, León AS, Ome A, Triyana M. Identificación y análisis de los efectos del Seguro Popular en el gasto en salud de los afiliados. CIDE, 2011. México, D.F. Disponible en: [www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/estudios\\_seguro\\_popular/evolucion\\_resultados\\_perspectivas\\_sistema\\_proteccion\\_social\\_salud\\_2010/2\\_2\\_identificacion\\_analisis\\_efectos\\_Seguro\\_Popular\\_gasto\\_salud\\_afiliados.pdf](http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/estudios_seguro_popular/evolucion_resultados_perspectivas_sistema_proteccion_social_salud_2010/2_2_identificacion_analisis_efectos_Seguro_Popular_gasto_salud_afiliados.pdf). (Consultado el 3 de octubre del 2012).

## f. Programas Preventivos

La incidencia de las enfermedades en la población en general han tenido un crecimiento acelerado y gran parte de ellas pertenece a padecimientos crónico degenerativos como diabetes, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades transmisibles como las no transmisibles, cuentan con dos denominadores comunes, que son detectables y prevenibles con una adecuada detección y tratamiento oportuno. En el caso de las enfermedades transmisibles no es eliminable su propagación pero es de vital importancia la prevención de las mismas en su lugar de propagación.

Para las enfermedades no transmisibles mejor conocidas como enfermedades crónicas, es de trascendental importancia concientizar a la población en general para reducir los riesgos asociados a las mismas, así como promover la prevención y controlarlas.

Los factores de riesgo asociados a esas enfermedades no transmisibles, son de bajo costo y modificables, principalmente para eliminar el consumo de tabaco, las dietas malsanas, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol; así como crear una cultura de prevención y Programas preventivos.

Actualmente la Secretaría de Salud cuenta con diversas estrategias de prevención:

- 5 Pasos por tu salud
- PrevenIMSS
- PrevenISSSTE
- Consulta Segura
- Salud por mi
- Desarrollo de habilidades para la vida

### **5 pasos por tu salud**

Es una estrategia que promueve el cambio de hábitos a través del empoderamiento de las personas; consiste en 5 acciones: actívate, toma agua, come verduras y frutas, mídete y comparte familia y amigos. Su aplicación está enfocada en evitar que se mantenga el acelerado ritmo en el incremento de las enfermedades no transmisibles a través de la construcción de estilos de vida saludable.

### **PrevenIMSS**

Hace referencia a acciones de carácter preventivo para mejorar la salud de sus derechohabientes, otorgando acciones preventivas y educativas para la protección de su salud, dirigido a 5 grupos poblacionales: niños, adolescentes, mujeres, hombres y adultos mayores.

## **PrevenISSSTE**

Dicha estrategia está planteada para fortalecer la prevención y detección oportuna de enfermedades y lograr el empoderamiento del paciente y su familia; cuenta con una plataforma electrónica, centro de atención telefónica, y se complementa con el Consultorio médico PrevenISSSTE. Cuenta con seis áreas de atención prioritarias: Riesgo de cáncer, riesgo de diabetes, riesgo de enfermedades cardíacas, conducta alimentaria, actividad física y obesidad, abuso de sustancias y riesgo de hipertensión.

## **Consulta Segura (SPSS)**

El SINOS, es una estrategia que busca reforzar los esquemas de prevención y detección temprana de enfermedades en los afiliados al SPSS y/o beneficiarios del Programa Oportunidades, a partir del perfil inicial de riesgo en salud de cada uno de los afiliados. Esta estrategia consta de cuatro componentes:

5. Un registro protegido de las huellas dactilares de los afiliados a partir de los diez años de edad,
6. Un tamizaje básico de los riesgos de salud de los afiliados (Consulta Segura). Dicho tamiz consiste en la aplicación de pruebas con variables como: peso, talla, glucosa en sangre, presión arterial, y perímetro abdominal entre otros,
7. Atención médica que toma como punto de partida los resultados del tamizaje, y
8. Un sistema integrado de información en salud.

Se concibió como una nueva modalidad de corresponsabilidad de los afiliados, el asistir a la Consulta Segura, por lo que es obligatorio para cualquier nuevo afiliado o re-afiliado realizar la consulta segura y de esta forma se incentiva a los afiliados a invertir en el mantenimiento de su propia salud.

El registro de huella es un punto de partida para poder generar un sistema nominal de afiliados, así como el comienzo de un expediente médico que en su futuro podrá generar una base de datos en salud que servirá como fuente de información básica para la generación de Políticas Públicas, visualización de focos rojos en la población y e información para la construcción de un Sistema Nacional de Salud sólido en conocimientos netos de la salud de los mexicanos.

Al mes de junio del 2012, en las 32 entidades federativas ya se está aplicando la Consulta Segura entre los beneficiarios del SPSS. Los principales avances son 14,522,052 Registros de huella y 7,051,397 Consultas seguras.

## **Salud por mí**

El proyecto está dirigido a la población de entre 13 y 21 años, ofreciendo a través de una plataforma de internet recursos de información, aprendizaje y autoayuda en los temas de violencia, estrés, adicciones, salud sexual y reproductiva.

## **Modelo de habilidades para la vida**

El modelo tiene como propósito lograr cambios de actitudes y conductas que generen empoderamiento en las personas y los convierta en agentes de cambio para alcanzar tres objetivos concretos: incrementar el periodo de lactancia materna exclusiva a los primeros seis meses de vida del recién nacido; disminuir el riesgo de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) ; fomentar la estimulación temprana adecuada para lograr un impacto positivo en el desarrollo del niño durante los primeros 2 años de vida y prevenir discapacidades.

Los esquemas de prevención son amplios y están dirigidos a los diferentes sectores de la población en México; sin embargo, han sido esfuerzos escasos para poder incidir en el cambio de conducta y estilos de vida de la población por lo que dichos esquemas deberán sumar esfuerzos y compartir información para poder incidir efectiva y cotidianamente sobre los hábitos de la población

## **Conclusiones:**

La importancia del presente capítulo son los resultados a través de indicadores nacionales que evidencian la participación del SPSS como Política Pública en los niveles de salud según los indicadores analizados; es de mencionar que no se está comprobando el cumplimiento de objetivos del SPSS, sino relacionando al Sistema con los indicadores de salud nacionales disponibles públicamente, para poder ejemplificar el desempeño del mismo como Política Pública en Salud.

De los conglomerados de indicadores analizados, se tomaron algunos de ellos relevantes para poder analizar al SPSS como Política Pública, sin embargo, es sustancial saber que la medición del impacto en la salud está relacionado con múltiples factores culturales, sociales, económicos y demás determinantes sociales que influyen en la salud de los mexicanos, y no únicamente la implementación de una Política Pública, así mismo, no podemos dejar de lado que el SPSS es la Política Pública más ambiciosa en los últimos tiempos del Estado Mexicano que ha modificado la estructura del Sistema Nacional de Salud y pese a que su operación radica principalmente como financiadora de enfermedades y entre sus objetivos no se encuentra la medición del impacto en la salud, la implementación efectiva del SPSS debe recaer directamente en el aumento positivo en los niveles de salud de la población Mexicana.

La cobertura en salud de la población es un reto para el Sistema de Salud Nacional, en el sentido de poder brindar una atención integral y de calidad a toda la población mexicana. Cabe reconocer que a finales del siglo XX era un reto el acceso a la salud de toda la población mexicana, para el Siglo XXI, la afiliación de todo mexicano a algún sistema de seguridad social o protección social es una realidad, a través de los distintos esquemas de otorgamiento de salud por ejemplo: IMSS, ISSSTE, SEDENA, PEMEX y Seguro Popular... Sin embargo, a pesar de contar con la cobertura universal en afiliación, el reto es consolidar el Sistema Nacional de Salud en la calidad de la atención, así como la integralidad de la misma (que todos los sistemas de seguridad y protección social en salud otorguen los mismos beneficios en materia de salud).

Los indicadores mencionados como Salud Pública (Esperanza de vida al nacimiento, mortalidad general, mortalidad materna, mortalidad infantil, causas de muerte en edad preescolar, causas de muerte general y causas de morbilidad) muestran en todos ellos una mejoría creciente, parte importante se le debe a la cobertura en protección social de toda la población también ha aumentado; cabe destacar que los indicadores dirigidos a la población más vulnerable (mortalidad materna y mortalidad infantil) son los que han reducido su incidencia exponencialmente a dicha población.

Es importante mencionar que el SPSS ha demostrado a partir de la puesta en marcha en 2004, incidir en el mejoramiento de los niveles de salud, principalmente de los indicadores dirigidos a la población más vulnerable las mujeres y los niños (mortalidad materna y mortalidad infantil) a través de diferentes carteras de servicio para toda la población en general y en algunos casos a la población más vulnerable (mujeres embarazadas y menores de edad) como la Estrategia Embarazo Saludable la cual está dirigida a las mujeres embarazadas, el Programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) el cual está dirigido a todos los niños menores de 5 años otorgándoles una cartera de servicio integral para cualquier enfermedad que se presente en los menores, y el Componente Salud del Programa Oportunidades el cual otorga un paquete básico de salud que incluye 13 intervenciones de carácter preventivo, además apoya la prevención y disminución de la desnutrición desde la etapa de gestación, a través de la entrega de suplementos alimenticios a niños de 6 a 59 meses de edad, mujeres embarazadas y mujeres en lactancia.

Es importante recalcar que a pesar de que se han reducido los indicadores mencionados favorablemente, aún siguen existiendo por ejemplo en las causas de muerte las enfermedades no transmisibles como la diabetes, el riesgo cardiovascular y la obesidad que tienen una relación estrecha a los estilos de vida no saludables. Muchas de esas muertes pueden reducirse si los estilos de vida fueran distintos, es necesario reforzar la prevención de las enfermedades para reducir la incidencia, servicios preventivos.

En el apartado de Daños a la Salud, nos enfocamos en las enfermedades con la diferenciación de las transmisibles y no transmisibles; la importancia de las enfermedades transmisibles es que son detectables y prevenibles con una adecuada detección y tratamiento oportuno de casos, así como la prevención de los mismos en su lugar de propagación, es por ello la importancia de la prevención y el autocuidado de la salud para

evitar contraer una de ellas. Las enfermedades no transmisibles (enfermedades crónicas), se caracterizan de larga duración y por lo general evolucionan lentamente, las principales enfermedades son: enfermedades cardiovasculares, el cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes<sup>91</sup>. La importancia de dichas enfermedades es el aumento de las mismas en las poblaciones de bajos ingresos, esto da como resultado que las personas vulnerables y socialmente desfavorecidas enferman más y mueren antes que las personas de mayor posición social; los factores de riesgo son el consumo de tabaco, la inactividad física, las dietas malsanas y el uso nocivo del alcohol que aumentan el riesgo de la mayoría de las enfermedades no transmisibles o las causan directamente.

La prevención para las enfermedades transmisibles y no transmisibles es de suma importancia para evitar caer en ellas, principalmente son los estilos de vida no saludables que favorecen a las enfermedades, aun cuando la enfermedad pudiera ser prevenible a través de una vida saludable, no existe la cultura de la asistencia al doctor por prevención, ya que se acude al médico por cuestiones de enfermedad y no por cuestiones de atención preventiva, ello causa principalmente en las enfermedades no transmisibles una detección tardía de la enfermedad y con pocas esperanzas de poder erradicar la misma.

Los esquemas de prevención son amplios, como los ya mencionados, y están dirigidos a los diferentes sectores de la población en México, sin embargo, han sido esfuerzos escasos para poder incidir en el cambio de conducta y estilos de vida de la población; dichos esquemas deberán sumar esfuerzos y compartir información para poder incidir efectivamente sobre los hábitos de la población mexicana y de esta manera incidir positivamente en los indicadores de salud.

El Sistema de Salud en México tiene una interacción con la población curativa, la población acude a las unidades médicas una vez que se encuentra enfermo, no para prevenir enfermedades, en este sentido, el viraje a un Sistema de Salud basado en la prevención tendría beneficios múltiples, principalmente en la salud de la población y en el aumento de la vida saludable y por ende una mejor calidad de vida y bienestar; en otro sentido financieramente representaría un beneficio económico, ya que es más eficiente el gasto público enfocado a la prevención de las personas, que en la curación de las mismas, y más aún que las enfermedades no transmisibles las cuales se están posicionando en la morbilidad y mortalidad nacional son de alto costo y complejidad.

El cambio de enfoque de lo curativo a lo preventivo no nada más beneficiará a una población más sana y a la salud de los mexicanos sino también al sistema financiero de la salud, es más costoso la atención curativa y principalmente a la tendencia de las enfermedades crónico degenerativas que son de alta complejidad y necesitan especialistas y tecnología para su atención, que enfocarse financieramente a la prevención de la salud.

Es importante mencionar de nueva cuenta que el SPSS no es responsable del otorgamiento de los servicios, ya que es un financiador de servicios; sin embargo, también

<sup>91</sup> Organización Mundial de la Salud, centro de prensa, enfermedades no transmisibles. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/index.html> consultado el 15 agosto 2012.

cuenta con una estrategia de prevención de enfermedades para sus afiliados denominada “Consulta Segura”, la importancia de la prevención debe de ser conjunta entre instituciones (IMSS, ISSSTE, SPSS, SSa), no exclusiva entre instituciones, ya que a pesar de que vemos diversos programas enfocados a la prevención no existe un impacto real que modifique cambios de conducta y hábitos alimenticios para una población más sana. Se continúa con una tendencia de mortalidad y morbilidad en enfermedades no transmisibles y el incremento de hábitos de vida menos saludables, por diversas determinantes sociales que afectan al entorno.

Así mismo, es un reto del Sistema Nacional de Salud el desarrollo de infraestructura médica (tanto infraestructura como recursos humanos como médicos, médicos especialistas y enfermeras) para poder brindar una atención de calidad a la población, pese a los esfuerzos financieros que ha realizado el SPSS para la construcción de infraestructura del sector salud, sigue siendo insuficiente, ya que la evidencia de saturación de los servicios de salud en todas las instituciones de salud provoca la falta de calidad y eficiencia, es necesario darle un mayor fortalecimiento a las unidades existentes, y posteriormente la construcción de nuevas unidades capaces de solventar la demanda en salud.

El SPSS sugiere resultados de impacto significativos en la utilización de los servicios de salud así como la reducción significativa del gasto en salud<sup>92</sup>, esto nos concluye una hipótesis de investigación acertada ya que se plantea que “A 9 años de la implementación del SPSS como Política Pública, se ha ampliado el acceso a la salud en toda la población mexicana y por ende ha dado resultados positivos en los niveles de salud en la población”. Podemos concluir que el SPSS es una Política Pública que ha cumplido con sus objetivos principales, así como ha impactado positivamente en el acceso a la salud de toda la población mexicana; sin embargo, ha llegado a un límite en donde necesita una transformación a nuevos objetivos y retos a cumplir como Política Pública.

<sup>92</sup> Evolución resultados y perspectivas del SPSS 2010. [http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/estudios\\_seguro\\_popular/evolucion\\_resultados\\_perspectivas\\_sistema\\_proteccion\\_social\\_salud\\_2010/2\\_3\\_Analisis\\_efectos\\_condiciones\\_salud.pdf](http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/estudios_seguro_popular/evolucion_resultados_perspectivas_sistema_proteccion_social_salud_2010/2_3_Analisis_efectos_condiciones_salud.pdf) Consultado el 3 de octubre del 2012, Pág. 33.

# Conclusiones

---

Los objetivos de la presente investigación consistían en analizar al SPSS como Política Pública, para ello en el Primer Capítulo se realizó una descripción sobre la Política Pública entendida para el siguiente análisis, en el Segundo Capítulo se hace una breve descripción de los antecedentes del Sistema Nacional de Salud Mexicano en donde puede ubicarse el contexto social que dio origen a la implementación del Seguro Popular, en primera instancia como un Programa piloto para posteriormente institucionalizarlo como Sistema de Protección Social en Salud (SPSS); en el Tercer Capítulo se realizó una descripción del SPSS con los instrumentos y mecanismos de acción que lo conforma, así como, se presentaron y analizaron los resultados y evolución del SPSS en los distintos instrumentos de acción del 2004 al avance del 2012; y en el Cuarto Capítulo se comprobó que la hipótesis de investigación fue acertada ya que se plantea que: “A 9 años de la implementación del SPSS como Política Pública, se ha ampliado el acceso a la salud en toda la población mexicana y por ende ha dado resultados positivos en los niveles de salud generales en la población”; se demostró la influencia del SPSS en ciertos indicadores de salud con aumentos positivos, mejoras y crecimiento sustantivo, con la presencia del SPSS.

Es importante observar que los objetivos propios del Seguro Popular tienen que ver con la reducción de la pobreza y el acceso a la salud. Por lo tanto, la medición de las condiciones de salud es un indicador de desempeño de diversas instituciones involucradas en la prestación de los servicios como la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud y no propias del Seguro Popular; sin embargo, el análisis de la salud es importante debido a que el Seguro Popular como ente financiador de enfermedades, debe influir directamente como producto final en los niveles de salud de la población. En este sentido, los indicadores seleccionados recaen directamente bajo la influencia del SPSS como Política Pública y por ende en el aumento positivo en los niveles de salud generales de la población Mexicana.

La implementación del SPSS como Política Pública, ha cumplido con los objetivos propios planteados desde su creación, como se demostró en el Capítulo Tres; sin embargo, una Política Pública que ha cumplido con sus metas, debe replantearse y analizar las limitaciones que ha tenido, así como los retos que enfrenta en el Sistema Nacional de Salud. No por el hecho de cumplir las metas planteadas por el SPSS, implica que al 2012 la problemática social detectada haya sido solventada, la sociedad cuenta con una dinámica siempre en movimiento. El contexto social de diferentes años siempre será distinto para la aplicación de la Política Pública, por ende, una vez comprobado que el SPSS como Política Pública es efectiva, será necesario fortalecer, consolidar, reforzar a la misma para que sea más eficiente e incrementar el impacto en la salud de la población mexicana.

## Límites y retos del SPSS como Política Pública

Es un acierto del SPSS como Política Pública, así como de la Secretaría de Salud el consolidar un Sistema Nacional de Salud que pueda afiliar a toda la población mexicana mediante distintos esquemas de seguridad y protección social en salud, así como proveer a toda la población el acceso a los servicios de salud sin importar el status laboral o la capacidad de pago de cada familia o persona. En este sentido, el SPSS es una Política Pública que hizo realidad la garantía Constitucional a lo establecido en el artículo 4° en donde *“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”*<sup>93</sup>, sin embargo, siguen existiendo deficiencias en el Sistema que no se han solventado y es necesario reforzar la Política Pública en salud para atender a la demanda social, algunos de los límites y retos importantes a enfrentar en el SPSS como Política Pública son los siguientes:

### *Cartera de servicios*

El SPSS cuenta con una cartera de servicios que al 2012 otorga, a través del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), mediante el cual proporciona 284 intervenciones con 522 medicamentos asociados a dichas enfermedades, a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) se otorgan 58 intervenciones en un conglomerado de 17 enfermedades catastróficas que ocasionan gastos catastróficos por su alta complejidad y costo, también a través del Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) se otorga atención integral a los niños menores de 5 años de cualquier enfermedad que se presente hasta esa edad. Sin embargo, a pesar de que cada año se actualizan en el SPSS la cartera de servicios, y que el aumento de las enfermedades a financiar han tenido un crecimiento sustantivo, el Sistema se encuentra muy lejos de poder financiar todas las enfermedades que aquejan a la sociedad mexicana. Tampoco se cuenta con el dinero suficiente para poder sustentar un sistema que pueda financiar todas las enfermedades.

El reto en la cartera servicios es poder hacer crecer las intervenciones ha financiar para poder ofrecer un servicio más equitativo entre todas las instituciones proveedoras de servicio de salud (IMSS, ISSSTE, SPSS, entre otras), ya que actualmente pese a que toda la población cuenta con protección financiera en salud los servicios son inequitativos, dependiendo a la institución donde uno esté afiliado.

### *Servicios de Salud*

El Sistema Nacional de Salud cuenta con una saturación en los servicios de salud, debido al aumento en la demanda de los mismos por el SPSS, el desarrollo de infraestructura médica (tanto infraestructura como recursos humanos como médicos, médicos especialistas y enfermeras) no ha ido en un crecimiento equitativo para el otorgamiento de los servicios y para poder brindar una atención de calidad a la población, pese a los

<sup>93</sup> Fuente: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Última Reforma DOF 25-06-2012 (<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>) (Consultado el 13 de julio del 2012).

esfuerzos financieros que ha realizado el SPSS para la construcción de infraestructura del sector salud, sigue siendo insuficiente; la falta de calidad y eficiencia se ve reflejada en diversas instituciones en toda la República Mexicana, por lo que es necesario darle un mayor fortalecimiento a las unidades existentes, y posteriormente la construcción de nuevas unidades capaces de solventar la demanda en salud.

El desarrollo de la portabilidad en el acceso a la salud es un mecanismo por el cual se puede distribuir la carga en la demanda de servicios así como la utilización más eficiente de la infraestructura ya existente, existen tres acciones por parte del Sistema Nacional de Salud por medio de las cuales se está dando la transformación a un Sistema de Salud Único en donde se cuente con una sola infraestructura de salud:

1. Portabilidad interna en el SPSS, cualquier afiliado al SPSS puede solicitar servicios de salud en cualquier Entidad de la Republica que lo requiera.
2. Se cuenta con un compromiso solidario entre la infraestructura de la Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE en atender a toda mujer que presente una emergencia obstétrica en la unidad médica que se encuentre más cercana, independientemente de su derechohabiencia o afiliación a algunas de las instituciones del Sistema Nacional de Salud en toda la República Mexicana<sup>94</sup>.
3. Existe un proyecto piloto sobre la Universalización de los Servicios de Salud, el cual se está realizando en el estado de Baja California Sur, el proyecto permitirá que los derechohabientes o afiliados reciban atención aunque se trate de un hospital de una institución distinta a la del paciente (Los derechohabientes del ISSSTE podrán atenderse en los hospitales del IMSS y de la Secretaría de Salud (Federal y Estatal y viceversa)<sup>95</sup>.

La concepción sobre la Universalización de los Servicios de Salud, es un futuro para el Sistema de Salud en México más sólido debido a la homogeneidad a los servicios de salud, brindando equidad en la atención a cualquier parte del País. Dicho ejercicio de portabilidad entre instituciones permitirá solventar la demanda de servicios y la utilización de la infraestructura médica existente.

#### *Necesidad del Enfoque Preventivo*

La necesidad de la prevención en el SPSS es de gran importancia, pero como ya mencionamos es significativa la prevención conjunta entre instituciones (IMSS, ISSSTE, SPSS, SSa), no exclusiva de instituciones, ya que a pesar de que vemos diversos programas

<sup>94</sup> Atención de Emergencias Obstétricas,  
[http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/convenio\\_gral\\_em\\_obs.html](http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/convenio_gral_em_obs.html) Consultado el 11 de octubre del 2012.

<sup>95</sup> Presidencia de la Republica, Universalización de los Servicios de Salud,  
<http://www.presidencia.gob.mx/2012/06/baja-california-sur-avanza-en-universalizacion-de-servicios-de-salud/> Consultada el 11 de octubre del 2012.

enfocados a la prevención no existe un impacto real que modifique cambios de conducta y hábitos alimenticios para una población más sana, continuamos una tendencia de mortalidad y morbilidad en enfermedades no transmisibles y el incremento de hábitos de vida menos saludables por diversas determinantes sociales que afectan al entorno. En este sentido, la importancia en la transición de un enfoque de lo curativo a lo preventivo, en el Sistema de Salud en México, es relevante ya que la interacción con la población se encuentra enfocada en lo curativo, la población acude a las unidades médicas una vez que se encuentra enfermo, no para prevenir enfermedades, en este sentido, el viraje a un Sistema de Salud basado en la prevención tendría beneficios múltiples, en la construcción de una población más sana y a un sistema financiero sustentable ya que es más costosa la atención curativa que enfocarse financieramente a la prevención de la salud.

Es de relevancia cuestionarnos el límite del Estado en la búsqueda del aumento del bienestar social, si bien la prevención y el crecimiento de una vida saludable tendrán como consecuencia, el crecimiento de la esperanza de vida; la interrogante será lo que se necesitará a futuro para que el Estado pueda sostener una población longeva, principalmente se debe replantear los siguientes temas: Planificación de jubilaciones, Nuevo modelo del sistema de trabajo (en donde se puedan quedar más años laborando así como aceptar a personas de mayor edad), los Sistemas de salud ( en donde la tendencia en las poblaciones mayores impera la obesidad y como consecuencia las enfermedades crónico degenerativas que implican un costo mayor). En este sentido, que es lo que financieramente sustentable le conviene al Estado, y los límites éticos en donde es responsable el Estado actuar frente a los problemas de la sociedad.

### *Financiamiento sustentable*

El financiamiento del SPSS es un tema importante, es un logro el hecho de que el Sistema está fundamentado en Ley, Reglamentos, Normatividad, entre otros. y no es más un Programa con Presupuesto anualmente asignado, sin embargo, es importante pensar que el crecimiento del presupuesto del Sistema ha beneficiado a toda la población que no contaba con derechohabencia, además ha contribuido al crecimiento de la cartera de servicios que ofrecen; sin embargo, para ampliar la cobertura se necesitará poder otorgar el mismo servicio de salud a toda la población sin importar su derechohabencia o afiliación, es un reto del sistema.

El Sistema Nacional de Salud está enfocado a una carga en lo curativo más que en lo preventivo, por lo tanto, no es financiable en el futuro, debido a que la transición demográfica induce a que aumentara la población de mayor edad en el futuro cercano, eso implica que el Sistema tendrá una carga en el financiamiento y la atención de personas adultas con enfermedades crónico degenerativas que son de alto costo y complejo tratamiento; se necesita un esfuerzo en conjunto desde diversas determinantes que rodean a la salud (Salud, empleo, trabajo, educación...) para poder incrementar la cartera de servicios en el SPSS y que sea financiable a largo plazo, sostenible y sustentable. Es un reto difícil de alcanzar a corto y mediano plazo, pero es la construcción de una

sociedad más sana y un sistema de salud capaz de solventar la demanda de servicios de salud que la aquejan.

### *Cuestionamientos sobre la Informalidad y el Seguro Popular*

Es importante mencionar dicho cuestionamiento sobre la informalidad y el Seguro Popular. La tesis principal de Santiago Levy<sup>96</sup> es que los programas de protección social incentivan la informalidad, subsidian la evasión de leyes laborales y fiscales y reducen la productividad y crecimiento del País. Se menciona que en México existe un sistema de seguridad social que cubre a una parte de la población y un conjunto de programas no contributivos que ofrecen protección social en forma parcial y no sistematizada al resto de los hogares, lo que genera un mercado laboral clasificado en trabajadores formales (asalariados)<sup>97</sup> e informales (no asalariados). Levy señala que para los trabajadores es más atractivo tener un mejor salario (en el sector informal) con los beneficios de los programas de protección social que un salario bajo en un empleo formal con prestaciones sociales. “Este tipo de incentivos impulsan la evasión de leyes en México, lo que ocasiona una reducción en la base tributaria y la consecuente disminución de la productividad y el crecimiento”. La propuesta final de Levy es que exista una redefinición de la política social, mediante la cobertura universal de la seguridad social, con recursos provenientes de los programas sociales dentro del presupuesto, en este sentido, se financie un amplio programa de redistribución del ingreso hacia la población más pobre del País.

El libro de Levy carece de evidencia empírica para sustentar su tesis principal, nunca se refiere directamente al Seguro Popular, pero sí hace referencia a éste y al “Seguro Universal para una Nueva Generación” como varios de los programas de protección social del gobierno en materia de salud, asume una relación positiva entre informalidad y recursos destinados a programas de protección social sin un estudio sistematizado a ello. En confronta a la tesis de Levy, existe una serie de estudios que han analizado con detalle el argumento del libro de Levy, la mayoría de los estudios son publicaciones recientes de la Universidad de Chicago. El punto central del trabajo de este grupo de investigadores es que México tiene una economía lenta, altamente regulada, con un pobre desarrollo de habilidades en la población y con una profunda desigualdad regional, lo que le hace perder competitividad. Estas son las causas que favorecen el aumento de la informalidad, no los programas de protección social. Los análisis empíricos de Heckman muestran que el porcentaje de trabajadores no formales aumenta desde antes de que la operación del Seguro Popular comenzara. Además, hay otras variables que tienen un efecto más importante en el aumento del empleo informal como la disminución en el porcentaje de las exportaciones no-petroleras. Tampoco existe evidencia de que los salarios de los

<sup>96</sup> Levy, Santiago, *Buenas intenciones, malos resultados: política social, informalidad y crecimiento económico en México*, Política Social, Informalidad y Crecimiento económico en México, Editorial Océano, Mayo 2010.

<sup>97</sup> Los trabajadores asalariados tienen un patrón y reciben un salario; existe una relación de subordinación con la empresa; por su parte, los trabajadores no asalariados, trabajan por cuenta propia o tienen una relación de subordinación con la empresa sin recibir un salario explícito.

trabajadores formales hayan aumentado y que los de trabajadores no formales haya disminuido. El resultado es que, en términos reales, los salarios en general, han aumentado.

Existen varios estudios que apoyan los resultados de Heckman en donde realiza un análisis empírico de las aseveraciones de Levy y no encuentran evidencia para sostener que exista una relación positiva entre programas de protección social como el Seguro Popular y el trabajo informal en México., Barros (2009)<sup>98</sup> utiliza datos de la ENIGH y encuentra que no existe relación alguna entre el Seguro Popular y la participación de la fuerza laboral ni en las horas trabajadas de los beneficiarios. Knox (2008)<sup>99</sup> utiliza datos de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos y de la Encuesta Nacional de Empleo y no encuentra que haya un efecto significativo del Seguro Popular en las tasas de empleo formal. Finalmente, Knox (2008), utiliza datos individuales de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos y no encuentra efecto alguno en la participación de la fuerza laboral, horas o semanas trabajadas.

En mi punto de vista la salud se debe de separarse del financiamiento de cuentas como pensiones, guarderías, créditos... que se incluye en la seguridad social; la transparencia en la rendición de cuentas es indispensable para su evaluación y con ello para poder ser más eficientes en el gasto de los recursos públicos como lo hemos visto en la evolución e impacto del SPSS, si bien, es ambicioso el crecimiento de la seguridad social para todos los mexicanos, es importante pensar antes en un sistema que pueda garantizar el otorgamiento sostenible y sustentable a través del tiempo, sin embargo, no es una Política Pública en salud inalcanzable, ya que hemos visto con el presente trabajo el crecimiento de una Política Pública que hace 10 años ambicionó otorgar protección social en salud a todos los mexicanos y en 9 años de su implementación es realidad darle garantía constitucional al acceso de la salud de todos los mexicanos a través del SPSS. En este sentido no es imposible ambicionar grandes políticas sociales, lo importante es construir buenas y efectivas políticas sociales para poder cambiar la realidad social y tener un impacto en las demandas que se le exige al Estado.

### *Problemáticas durante la investigación*

He de mencionar que la realización de la presente investigación fue un apasionante tema que me entretuvo durante un año de su realización, el tema de la salud es un tema que nos incumbe a todos, es un tema delicado e importante, y el profundizar sobre el así mismo el analizarlo ha sido una experiencia que me deja con un sentimiento de seguir en

<sup>98</sup> Measuring inequality of Opportunities, in Latin America and the Caribbean, Ricardo Paes de Barros, Francisco H. G. Ferreira, José R. Molinas Vega, Jaime Saavedra Chanduvi, Foreword by Marcelo M. Giugale, The World Bank 2009. [http://siteresources.worldbank.org/LACEXT/Resources/258553-1222276310889/Book\\_HOI.pdf](http://siteresources.worldbank.org/LACEXT/Resources/258553-1222276310889/Book_HOI.pdf) Consultado el 15 octubre del 2012.

<sup>99</sup> Luis Rubalcava, *Evaluación de Impacto de las Políticas Públicas en Salud*, 9 de noviembre 2012, 4ª Semana Internacional de Integración y Desarrollo del Sector Salud. <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/4semana/rubalcava.pdf> Consultado el 15 de Octubre del 2012.

su investigación para comprender más al Sistema de Salud en México. Sin embargo, es necesario mencionar las problemáticas que se interpusieron ante la investigación y la más complicada fue la información pública a la que se tiene acceso, las problemáticas detectadas fueron:

1. Falta de actualización de la información, la información pública se encuentra entre dos y cuatro años de retraso, lo cual me parece demasiado tiempo para poder realizar un análisis más cercano a la realidad.
2. Información no es coherente, en ciertos indicadores se encontraban altibajos en los números lo que la hacía no confiable.
3. Falta de explicación en ciertos indicadores. Las explicaciones son importantes para poder saber cómo se levantó la información así como la manera en que se construyeron los indicadores, y en diversos casos no se encontraban explicaciones convincentes de ciertos datos.
4. Acierto en las publicaciones de Informes. Los Informes que por obligación se deben publicar (Informes de resultados del SPSS, Informe de Gobierno, Rendición de Cuentas, Informe de Labores...) fueron herramientas claves para poder obtener información actualizada del Sistema de salud así como del SPSS.

La información es indispensable para poder otorgar un conocimiento a toda la sociedad sobre la Rendición de Cuentas, invertir a nivel nacional en un sistema homogéneo de información digital es una solución para poder mejorar la calidad de la información e identificar focos rojos en la operación del mismo sistema, así mismo es importante la información en cuestiones de Transparencia de poder saber cómo ciudadano como funciona y como se ejerce el recurso público.

EL SPSS como Política Pública obedece a las recomendaciones de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, en donde es una Política Pública Universal y no es focalizada, lo que ha dado como resultado el poder revertir las desigualdades generadas en la exclusión en Sistemas, pese a que actualmente se cuentan con diversos sistemas proveedores de servicios de salud; sin embargo son complementarios para poder otorgar la salud a través de diversos esquemas. El acceso a la salud<sup>100</sup> será un determinante clave para alcanzar una mejor calidad de vida de las personas y, por ello, del bienestar del conjunto de la sociedad. La inversión en la salud contribuye al crecimiento económico y a la productividad de un País, como resultado la consolidación del SPSS es la construcción de una sociedad más equitativa, incluyente, sana y justa para el óptimo desarrollo humano<sup>101</sup>.

<sup>100</sup> Como "Acceso a la salud" entenderemos el poder tener la oportunidad de acceder a servicios básicos de salud.

<sup>101</sup> El desarrollo humano consiste en la libertad que gozan los individuos para elegir entre distintas opciones y formas de vida. Los factores fundamentales que permiten a las personas ser libres en ese sentido, son la posibilidad de alcanzar una vida larga y saludable, poder adquirir conocimientos individual y socialmente valiosos, y tener la oportunidad de obtener los recursos necesarios para disfrutar un nivel de vida decoroso.

El presente trabajo me deja una pregunta clave para seguir analizando, ¿La Política Pública es una herramienta de transformación social eficiente, y si es así, porqué el estado no se enfoca más a la implementación de Políticas Públicas que transformen la realidad social y se enfoca en Políticas paliativas que exigen las demandas sociales?, así como: ¿Cómo transformar el Sistema Nacional de Salud a un Sistema de Salud Único, que otorgue servicios de salud desde cualquier infraestructura médica existente (IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud), así como a cualquier mexicano o residente del País? Y por último, ¿Cómo plantear la construcción de un Sistema de Seguridad Social viable, eficiente y sustentable a toda la población Mexicana?. Pienso que el SPSS fue una Política Pública ambiciosa, y ha 9 años de su implementación logró un resultado positivo en sus objetivos, o como lo menciona el Ex Secretario de Salud Julio Frenk, cuando se implementó el Seguro Popular dijo; “Es un Instrumento de justicia social”, ya que permite ampliar la salud a todo aquel que carecen de ella<sup>102</sup>. La importancia de ello es la construcción de la Política Pública como agente de cambio en la construcción social, y con ello tenemos el ejemplo, para poder pensar en Nuevas Políticas Públicas capaces de cambiar la realidad social, y pensar que no existen imposibles en ello, sino buenos diagnósticos, evaluaciones y análisis para la implementación de eficientes Políticas Públicas.

---

En el núcleo del concepto de desarrollo humano se encuentran las personas y sus oportunidades, no la riqueza que poseen, el ingreso que devengan, o las mercancías y servicios que consumen.

Portal del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

([http://www.undp.org.mx/spip.php?page=area&id\\_rubrique=5](http://www.undp.org.mx/spip.php?page=area&id_rubrique=5)) Consulta: 15 de junio del 2012.

<sup>102</sup> Octavio Gómez dantes, Mauricio Ortiz, “Seguro Popular de salud, Siete perspectivas”, en Salud Pública de México Vol. 46, Núm. 6, Noviembre- diciembre 2004, P 587.

## Bibliografía

1. Aguilar Villanueva Luis F., *“Recepción y Desarrollo de la disciplina de política Pública en México, Un estudio introductorio, Sociológica, año 19, número 54, enero- abril de 2004, pp. 15- 37, fecha de recepción 11/09/03.*
2. Aguilar Villanueva, Luis F. (1992) *“Estudio introductorio”* en Problemas Públicos y Agenda de Gobierno, Antologías de Política Pública Vol. 3; Luis F. Aguilar Villanueva (ed) México: Miguel Ángel Porrúa pp. 15- 72.
3. Bardach Eugene, *Los ocho pasos para el análisis de Políticas Públicas, un manual para la práctica*, Miguel Ángel Porrúa y CIDE, 2008.
4. Calva José Luis, Coordinador, *Derechos y Políticas Sociales, Agenda para el desarrollo volumen 12*, Miguel Ángel Porrúa.
5. Córdova Villalobos José Ángel, , *La Salud de los Mexicanos 2007- 2012*, Academia Mexicana de Cirugía, Colección Platino, Secretaria de Salud, IMSS, Fundación IMSS, UNAM, Editorial Alfíl.
6. Dávila y Maite Guijarro Enrique, *Evolución y reforma del sistema de salud en México*, Serie Financiamiento del Desarrollo 91, Unidad de Financiamiento para el Desarrollo, División de Comercio Internacional y Financiamiento para el Desarrollo, Santiago de Chile, enero 2000, CEPAL ECLAC Publicación de las Naciones Unidas.
7. Dávila, Enrique Maite Guijarro. *Evolución y Reforma del Sistema de Salud en México, Serie- Financiamiento del Desarrollo, (91)*, Unidad de Financiamiento para el Desarrollo, División de Comercio Internacional y Financiamiento para el Desarrollo. ONU- CEPAL- ECLAC, Santiago Chile, enero 2000.
8. Ejea Mendoza Guillermo, *Teoría y Ciclo de las Políticas Publicas*, Octubre 2006, UAM [http://www.cshenlinea.azc.uam.mx/02\\_inv/archivos/reportes/eco/lec/vlec021.pdf](http://www.cshenlinea.azc.uam.mx/02_inv/archivos/reportes/eco/lec/vlec021.pdf)
9. Ernesto Pérez Lugo Jorge, José de los Santos Betancur, Pilar Katuska Suárez Villalobos, *Descentralización y Sistemas de Salud en América Latina*, Revista de Ciencias Sociales (Ve), Abril, Año/vol. XII, Número 001, Universidad de Zulia, Maracaibo, Venezuela.
10. Frenk Julio y Octavio Gómez Dantés, *Para entender el Sistema de Salud de México*, Ediciones NOSTRA, 2008.
11. G. Sosa-Rubí Sandra, Sergio Sesma y Maite Guijarro, 2008-2009, *Análisis del Gasto en Salud en México 2001- 2006*, Estudios sobre el Desarrollo Humano 2009- 2, PNUD México.
12. Gómez Camelo Diana, *Análisis comparado de los Sistemas de Salud de la Región Andina y el Caribe*, Revista Salud Pública 7 (3): 305-316, 2005.
13. Gómez Dantes Octavio, Mauricio Ortiz, *“Seguro Popular de salud, Siete perspectivas”*, en Salud Pública de México Vol. 46, Núm. 6, Noviembre- diciembre 2004, P

587. Carlos Barba Solano, *Régimen de bienestar y reforma social en México*, División de Desarrollo Social, CEPAL, Santiago de Chile, julio de 2004, Publicación de las Naciones Unidas.
14. Granados Toraño Ramón, *La Reforma de los Sistemas de Salud: Tendencias Mundiales y Efectos en Latinoamérica y el Caribe*, 2002, Gerencia y Políticas de Salud, Septiembre, año/ VOL. 1, Número 003, Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia, Pág.- 16- 46.
  15. Hernández Torres Jinneth, Leticia Ávila Burgos, Atanacio Alencia Mendoza y Ofelia Poblano Verástegui, *Evaluación inicial del Seguro Popular sobre el gasto catastrófico en salud en México*, Revista Salud Publica. vol.10 no.1 Bogotá Jan./Feb 2008.
  16. Huerta Wong Juan Enrique, *Diez Mitos acerca de la producción de una tesis*.
  17. Kumate Jesús, Sepúlveda Jaime, Gonzalo Gutiérrez, *Información en salud: la salud en cifras*, Biblioteca de la salud, serie formación e información, Secretaria de Salud con el Fondo de Cultura Económica, México 1993.
  18. Levy, Santiago, *Buenas intenciones, malos resultados: política social, informalidad y crecimiento económico en México*, Política Social, Informalidad y Crecimiento Económico en México, Editorial Océano, Mayo 2010.
  19. López Arellano Olivia, José Blanco Gil, *Políticas de Salud en México, La reestructuración neoliberal, Temas y Desafíos en Salud colectiva*, Editorial Lugar, BAA, 2007 Edgar C. Jarillo Soto, Enrique Guinsberg Editores.
  20. Méndez de Hoyo, Irma: Lendo Fuentes, Tomislav, Reseña de “*Políticas Públicas. Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de las políticas públicas*” de WAYNE Parsons, *Liminar. Estudios Sociales y Humanísticos*, Vol. VI, Núm. 2, julio – diciembre, 2008, Pág. 212- 214, Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, San Cristóbal de las Casas, México.
  21. Merino Mauricio, *Sobre la evaluación de políticas públicas*, Auditoría Superior de la Federación, Auditoría Especial de Desempeño, julio 2009.
  22. Organización Mundial de la Salud, *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*, Informe Final. 2008.
  23. Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000, Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud*, Ginebra, Suiza, P. xvi.
  24. Ortiz Mauricio, *El Seguro Popular, una crónica de la democracia mexicana*, Secretaria de Salud, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, y Fondo de Cultura Económica, 2006.
  25. Oszlak Oscar, *Políticas Públicas y regímenes Políticos: Reflexiones a partir de algunas experiencias latinoamericanas*, Estudios CEDES, Vol. 3, N. 2. 1980, Buenos Aires.
  26. Pájaro Huertas David, *La Formulación de Hipótesis*, 2002, Cinta de Moebio, diciembre, Núm. 15, Facultad de Ciencias Sociales- Universidad de Chile.

27. Roberts Marc J., William Hsiao, Peter Berman, Michael R. Reich, *Getting Health Reform Right, A guide to improving performance and equity*, Oxford University Press, , 2008 Pág. 332.
28. Rubio Vidal María José, Francisco Reyes Santías, *Algunas consideraciones sobre las futuras políticas públicas de salud, 2007*, Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas, año/ Vol. 6. Número 002, Universidad de Santiago Compostela España, Pág. 107- 115.
29. Ruiz Sánchez Carlos, *Manual para la elaboración de políticas públicas*, Pág. 15.
30. Santos López Leyva, *Políticas Publicas una introducción a la teoría y la práctica, Política y cultura*, primavera 2010, número 33, pp. 185- 190
31. Valenti Nigrini Giovanna, Ulises Flores Llanos, *Ciencias Sociales y Políticas Publicas*, UNAM, Revista Mexicana de Sociología, 71 Núm. Especial, (Dic 2009), 167- 191, México, DF 167- 191.
32. Valle Berrones Ricardo, Coordinador, *200 Años de la Administración Pública en México*, 1ª edición 2010, UNAM- Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y Educación, Función Pública.
33. Vergara Quintero María del Carmen, *Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad*, en "Hacia la promoción de la salud", Volumen 12, Enero- diciembre 2007, pág. 41- 50.

## Documentos oficiales

34. Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES 2010). Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
35. Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) 2012, Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
36. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, *Programa Seguro Popular*, Cámara de Diputados LIX Legislatura, México, febrero 2005.
37. Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Indicadores de Resultados, Resultados del Primer Semestre año fiscal 2004.
38. Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Indicadores de Resultados, Resultados del Segundo Semestre año fiscal 2004.
39. Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Indicadores de Resultados, Primer Semestre 2005.
40. Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Indicadores de Resultados, Segundo Semestre 2005.
41. Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Informe de Resultados, Primer Semestre 2006.
42. Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Informe de Resultados, Segundo Semestre 2006.
43. Compilación Jurídica 2009, *Sistema de Protección Social en Salud*, Editor responsable, CNPSS DGAO.
44. Informe de Rendición de Cuentas en Salud 2010, Secretaría de Salud.
45. Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006- 2012. Comisión Nacional de Protección Social en Salud, <http://www.seguro-popular.gob.mx/images/pdf/informes/inf2012.pdf> Consultado el 24 de septiembre del 2012.
46. Informe de Resultados del SPSS Primer Semestre 2007.
47. Plan Nacional de Desarrollo 2001- 2006. Secretaría de Salud.
48. Plan Nacional de Salud, 2007- 2012 Secretaría de Salud.
49. *Programa de Acción Específico 2007- 2012*, Sistema de Protección Social en Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Secretaria de Salud.
50. Programa de Acción: Enfermedades transmitidas por Vector, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, Secretaria de Salud, 2001. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/vectores.pdf> (consultado en 15 agosto 2012)
51. Programa Nacional de Salud 2001- 2006, Secretaría de Salud.

52. Programa Nacional de Salud 2007- 2012, Por un México Sano: Construyendo alianzas para una mejor salud, Secretaría de Salud.
53. Programa Sectorial de Salud 2007- 2012; Sistema de Protección Social en Salud, Elementos conceptuales, financieros y operativos, Fondo de Cultura Económica.
54. Quinto Informe de Gobierno, Anexo estadístico, estadísticas nacionales <http://quinto.informe.gob.mx/informe-de-gobierno/anexo-estadistico> Consultado el 18 julio 2012.
55. Rendición de Cuentas en Salud 2010, Secretaría de Salud.
56. Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados 2007.
57. Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados, 2008.
58. Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados, 2009.
59. Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados, 2010.
60. Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados, 2011.
61. Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados, enero- junio 2010.
62. Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados, enero- junio 2011.
63. Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados, enero- junio 2012.
64. Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados, Primer Semestre 2008.
65. Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados, Primer Semestre 2009.

### Estudios del Seguro Popular:

66. Análisis de los factores asociados a la variabilidad de los resultados en salud y costos del proceso de atención de cáncer en niños (leucemias y linfomas), 2010.
67. Análisis del acceso y uso efectivo de los servicios de salud de la población indígena afiliada al Seguro Popular, 2010.
68. Diseño, implementación y evaluación del modelo piloto de capacitación para el fomento de la lactancia materna, prevención de muerte de cuna y desarrollo cognitivo del niño, 2010.
69. Estudio de la morbilidad y mortalidad neonatales en recién nacidos afiliados al SPSS, 2010.
70. Estudio de Satisfacción de Usuarios del SPSS, 2011.
71. Estudio de validación cruzada para determinar la utilidad clínica del cuestionario de escrutinio para discriminar grupos de riesgo de hepatitis b y c, 2010.
72. Estudio sobre la Satisfacción de Usuarios del SPSS 2009. Primer Semestre.
73. Estudio sobre la Satisfacción de Usuarios del SPSS 2009. Segundo semestre.
74. Estudio sobre la Satisfacción de Usuarios del SPSS 2010.
75. Estudios sobre la prestación de servicios para la detección temprana y tratamiento del cáncer de mama en los estados de Jalisco, Morelos y Nuevo León, 2010.
76. Evaluación de los resultados en salud y sobrevivencia de pacientes menores de 18 años con cáncer, financiados a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Sistema de Protección Social en Salud, 2008.
77. Evolución, Resultados y Perspectivas del Sistema de Protección Social en Salud, 2010. [http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/estudios\\_seguro\\_popular/evolucion\\_resultados\\_perspectivas\\_sistema\\_proteccion\\_social\\_salud\\_2010/2\\_3\\_Analisis\\_efectos\\_condiciones\\_salud.pdf](http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/estudios_seguro_popular/evolucion_resultados_perspectivas_sistema_proteccion_social_salud_2010/2_3_Analisis_efectos_condiciones_salud.pdf) Consultado el 3 de octubre del 2012.

## Leyes y reglamentos

78. Compilación jurídica 2012, Ley General de Salud. Sistema de Protección Social en Salud.
79. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Última Reforma DOF 25-06-2012 (<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf> (Consultado el 13 de julio del 2012))
80. Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, Acuerdo por el que la Secretaria de salud da a conocer las Reglas de Operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular, 15 marzo 2002.
81. Diario oficial de la Federación, Secretaría de Salud, Reglas de Operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud, publicadas el 15 de marzo 2002. <http://www.funcionpublica.gob.mx/scagp/dgorcs/reglas/index.htm> consultada 28 junio del 2012
82. Las Reglas de Operación de Programas Gubernamentales, son un conjunto de disposiciones que precisan la forma de operar de un programa, con el propósito de lograr los niveles esperados de eficacia, eficiencia, equidad y transparencia.
83. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Sistema de Protección Social en Salud.

## Hemerografía

84. Arellano Saúl, La verdadera crisis del IMSS, Publicado el 7 de noviembre del 2010, por la Crónica, [http://www.cronica.com.mx/nota.php?id\\_notas=542656](http://www.cronica.com.mx/nota.php?id_notas=542656) Consultado el 22 de octubre del 2012.
85. Blog de Luis Miguel González, *La Política Social que viene: Santiago Levy.*, El Economista, 6 de julio del 2012. <http://eleconomista.com.mx/caja-fuerte/2012/07/06/politica-social-que-viene-santiago-levy> Consultado el 15 de Octubre del 2012.
86. Marquet Guerrero Porfirio, *Protección y Previsión de Seguridad Social en la Constitución Mexicana*, <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/revlads/cont/3/art/art3.pdf> Consultado el 17 de octubre del 2012.
87. Marquet Guerrero Porfirio, *Protección, Previsión y Seguridad Social en la Constitución Mexicana*, Revista Latinoamericana de Derecho Social, Número 3, julio- diciembre de 2006, Pág. 69- 89.
88. Nota periodística Angélica Enciso, “Esta garantizado el tratamiento para todo niño con cáncer: Ssa”. Martes 14 de febrero de 2012 <http://www.jornada.unam.mx/2012/02/14/sociedad/042n1soc> consultado el 16 agosto 2012.
89. Revista Sociológica, enero- abril 2004, *Políticas Públicas en México*, año 19 número 54.
90. Revista Universia Knowledge Wharthon, *Las Consecuencias del Aumento de la Esperanza de vida*, Política y Gobierno, Publicado el 13 de enero del 2010, <http://www.wharton.universia.net/index.cfm?fa=viewArticle&ID=1824> Consultado el 22 de octubre del 2012.
91. Revista: Líderes Mexicanos, Edición especial: *Salud, infraestructura y atención*, Exhibida hasta 5 de agosto del 2012, año 21, Tom 204, Julio 5 del 2012, Pág. 35.

## Páginas de Internet

92. Afiliación a Sistemas de Salud, INEGI <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx> (Consultado el 18 julio del 2012)
93. Alcaraz Carlo, Daniel Chiquiar, Maria José Orraca, Alejandrina Salcedo, *The Effect of Publicly Provided Health Insurance on Academic Performance in México*, Banco Mundial, Documentos de investigación, Septiembre 2012. <http://www.banxico.org.mx/publicaciones-y-discursos/publicaciones/documentos-de-investigacion/banxico/%7B604B262F-EEA1-25B9-BD02-B9677943F3DC%7D.pdf> Consultado el 15 de Octubre del 2012.
94. Artículo de educación, indicadores de salud, características, uso y ejemplos, M. Teresa Valenzuela B, Ciencia y Trabajo, año 7, número 17, julio/septiembre 2005, 118/122 <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/17/Pagina%20118.pdf> consultada el 24 julio del 2012.
95. Atención de Emergencias Obstétricas, [http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/convenio\\_gral\\_em\\_obs.html](http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/convenio_gral_em_obs.html) Consultado el 11 de octubre del 2012.
96. Berruecos Villalobos Luis, *La Investigación sobre el consumo de alcohol entre la población indígena en México*, Artículo publicado en la revista Liber Addictus. [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abu\\_so/Alcohol/Articulos/La\\_investigacion\\_sobre\\_el\\_consumo\\_de\\_alcohol.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abu_so/Alcohol/Articulos/La_investigacion_sobre_el_consumo_de_alcohol.pdf) Consultado el 30 de octubre de 2012.
97. Centro Nacional de Equidad de Genero y Salud Reproductiva (CNEGSR), Secretaria de Salud <http://www.cnegsr.gob.mx/programas/cancer-mama/mortalidad-cancer-de-mama.html> consultado el 16 de agosto del 2012.
98. Compilación jurídica del Sistema de Protección Social en Salud 2012, <http://www.slpsalud.gob.mx/iQuienes-somos/normatividad.html>, Consultada el 28 de junio del 2012.
99. Constitución política de los estados unidos mexicanos <http://www.diputados.gob.mx/LevesBiblio/pdf/1.pdf> consultada el 28 de junio del 2012.
100. Datos sobre cáncer de mama, consultados en la Pág. Web de “Roche” <http://www.cancerdemamaroche.com/2010/10/el-cancer-de-mama-en-mexico/>. Consultado el 5 de Septiembre del 2012.
101. Dirección General de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud, Indicadores de resultado. <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/ir.html/> (consultada 24 de julio del 2012).
102. Evolución Resultados y Perspectivas del SPSS 2010. [http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/estudios\\_seguro\\_popular/evolucion\\_resultados](http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/estudios_seguro_popular/evolucion_resultados)

[\\_perspectivas\\_sistema\\_proteccion\\_social\\_salud\\_2010/2\\_3\\_Analisis\\_efectos\\_condiciones\\_salud.pdf](#) Consultado el 3 de octubre del 2012, Pág. 33.

103. Grogger J, Arnold T, León AS, Ome A, Triyana M. *Identificación y análisis de los efectos del Seguro Popular en el gasto en salud de los afiliados*. CIDE, 2011. México, D.F. Disponible en: [www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/estudios\\_seguro\\_popular/evolucion\\_resultados\\_perspectivas\\_sistema\\_proteccion\\_social\\_salud\\_2010/2\\_2\\_identificacion\\_analisis\\_efectos\\_Seguro\\_Popular\\_gasto\\_salud\\_afiliados.pdf](http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/estudios_seguro_popular/evolucion_resultados_perspectivas_sistema_proteccion_social_salud_2010/2_2_identificacion_analisis_efectos_Seguro_Popular_gasto_salud_afiliados.pdf). (Consultado el 3 de octubre del 2012).
104. INEGI <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx> consultado el 18 julio del 2012.
105. Marie Knaul Felicia, Héctor Arreola Ornelas, Óscar Méndez Camiado, Chloe Bryson Cahn, Jerrey Barofsky, Rachel Maguire, Martha Miranda, Sergio Sesma; *Las evidencias benefician al sistema de salud Reforma para remediar el gasto catastrófico y empobrecedor en México*. , Revista Salud Publica en México, año/vol 49, número suplemento 1, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, Pág. 70- 87 [http://bvs.insp.mx/articulos/6/9/financiamiento\\_abril.pdf](http://bvs.insp.mx/articulos/6/9/financiamiento_abril.pdf) Consultado el 4 de octubre del 2012.
106. Measuring inequality of Opportunities, in Latin America and the Caribbean, Ricardo Paes de Barros, Francisco H. G. Ferreira, José R. Molinas Vega, Jaime Saavedra Chanduvi, Foreword by Marcelo M. Giugale, The World Bank 2009. [http://siteresources.worldbank.org/LACEXT/Resources/258553-1222276310889/Book\\_HOI.pdf](http://siteresources.worldbank.org/LACEXT/Resources/258553-1222276310889/Book_HOI.pdf) Consultado el 15 octubre del 2012.
107. Mortalidad Infantil [http://www.inegi.gob.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/mortalidadinfantil/00/mortalidadinfantil00.pdf](http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/mortalidadinfantil/00/mortalidadinfantil00.pdf) Consultado el 13 agosto del 2012.
108. Observatorio de la Mortalidad materna <http://www.omm.org.mx/index.php/defs.html> consultado el 13 agosto 2012.
109. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, World Health Organization, The Right to Health, Fact Sheet No. 3, p. 6. <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf> Consultado el 6 de Julio del 2012.
110. Organización Mundial de la Salud, centro de prensa, enfermedades no transmisibles. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/index.html> consultado el 15 agosto 2012.
111. Perfil epidemiológico de cáncer e niños y adolescentes en México, Secretaria de Salud [http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/PUBLICACIONES/MONOGRAFIAS/PEPID\\_CANCER\\_NINOS\\_ADOLESC\\_MEX.pdf](http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/PUBLICACIONES/MONOGRAFIAS/PEPID_CANCER_NINOS_ADOLESC_MEX.pdf) Consultado el 16 agosto del 2012

112. Portal del Hospital General de México, <http://www.hgm.salud.gob.mx/interior/dirgral/antecedentes1.html> Consultada el 26 junio del 2012.
113. Portal del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo ([http://www.undp.org.mx/spip.php?page=area&id\\_rubrique=5](http://www.undp.org.mx/spip.php?page=area&id_rubrique=5)) Consultada el 15 de junio de 2012.
114. Presidencia de la Republica, Universalización de los Servicios de Salud, <http://www.presidencia.gob.mx/2012/06/baja-california-sur-avanza-en-universalizacion-de-servicios-de-salud/> Consultada el 11 de octubre del 2012.
115. Revista Cubana de Salud Pública [http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol22\\_1\\_96/spu05196.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol22_1_96/spu05196.htm) 1/1996 Centro Nacional de información de ciencias médicas, Sistema e atención de salud, Dra. Caridad Fresno Chávez, consultada el 24 julio del 2012
116. Rubalcava Luis, *Evaluación de Impacto de las Políticas Públicas en Salud*, 9 de noviembre 2012, 4ª Semana Internacional de Integración y Desarrollo del Sector Salud. <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/4semana/rubalcava.pdf> Consultado el 15 de Octubre del 2012.
117. Sobre el cáncer cervico uterino, IMSS <http://www.imss.gob.mx/salud/Cancer/tipos/Pages/cancercervico.aspx> consultado el 15 agosto 2012.
118. Transparencia Presupuestaria, Observatorio del gasto. <http://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/ptp/index.jsp> Consultada el 4 de octubre del 2012.

## Anexos

### Anexo 1, Catálogo Universal de Servicios de Salud 2012

CATÁLOGO UNIVERSAL DE SERVICIOS DE SALUD 2012	
SALUD PÚBLICA	
1.	VACUNA BCG
2.	VACUNA ANTIHEPATITIS B
3.	VACUNA PENTAVALENTE CON COMPONENTE PERTUSSIS ACELULAR (DPAT+VIP+HIB)
4.	VACUNA CONTRA ROTAVIRUS
5.	VACUNA CONJUGADA CONTRA NEUMOCOCO
6.	VACUNA ANTI-INFLUENZA
7.	VACUNA TRIPLE VIRAL SRP
8.	VACUNA DPT
9.	VACUNA ANTIPOLIOMIELÍTICA ORAL TRIVALENTE TIPO SABIN
10.	VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO
11.	VACUNA ANTIHEPATITIS B
12.	VACUNA DOBLE VIRAL (SR)
13.	TOXOIDES TETÁNICO Y DIFTÉRICO (TD)
14.	VACUNA ANTINEUMOCÓCCICA PARA EL ADULTO MAYOR
15.	VACUNA ANTI INFLUENZA PARA EL ADULTO MAYOR
16.	ACCIONES PREVENTIVAS PARA RECIÉN NACIDO
17.	ACCIONES PREVENTIVAS PARA MENORES DE 5 AÑOS
18.	ACCIONES PREVENTIVAS PARA NIÑAS Y NIÑOS DE 5 A 9 AÑOS
19.	DETECCIÓN PRECOZ DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
20.	ACCIONES PREVENTIVAS PARA ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS
21.	ACCIONES PREVENTIVAS PARA LA MUJER 20 A 59 AÑOS
22.	ACCIONES PREVENTIVAS PARA EL HOMBRE DE 20 A 59 AÑOS
23.	EXAMEN MÉDICO COMPLETO PARA MUJERES DE 40 A 59 AÑOS
24.	EXAMEN MÉDICO COMPLETO PARA HOMBRES DE 40 A 59 AÑOS
25.	PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO
26.	ACCIONES PREVENTIVAS PARA EL ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS EN ADELANTE
27.	OTRAS ACCIONES DE PROMOCIÓN A LA SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS
ATENCIÓN AMBULATORIA	
CONSULTA DE MEDICINA GENERAL/FAMILIAR	
28.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPRIVA Y POR DEFICIENCIA DE VITAMINA B12
29.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DEFICIENCIA DE VITAMINA A
30.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESCARLATINA
31.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS
32.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VARICELA
33.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE FARINGOMIGDALITIS AGUDA
34.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TOS FERINA
35.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE OTITIS MEDIA NO SUPURATIVA
36.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMÚN)
37.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CONJUNTIVITIS
38.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE RINITIS ALÉRGICA
39.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DENGUE CLÁSICO
40.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO AMBULATORIO DE DIARREA AGUDA
41.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE FIEBRE PARATIFOIDEA Y OTRAS SALMONELOSIS
42.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE FIEBRE TIFOIDEA
43.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL HERPES ZOSTER
44.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CANDIDIASIS ORAL
45.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE GONORREA
46.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES POR CLAMIDIA (INCLUYE TRACOMA)
47.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES POR TRICHOMONA
48.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SÍFILIS
49.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CISTITIS
50.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VAGINITIS AGUDA
51.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VULVITIS AGUDA
52.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CHANCRO BLANDO
53.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIÓN POR HERPES GENITAL
54.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE AMEBIASIS INTESTINAL

CATÁLOGO UNIVERSAL DE SERVICIOS DE SALUD 2012	
55.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE ANQUILOSTOMIASIS Y NECATORIASIS
56.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE ASCARIASIS
57.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE ENTEROBIASIS
58.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE EQUINOCOSIS
59.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE ESQUISTOSOMIASIS (BILHARZIASIS)
60.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE ESTRONGILOIDIASIS
61.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE FILARIASIS
62.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE GIARDIASIS
63.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE TENIASIS
64.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE TRICURIASIS
65.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE TRIQUINOSIS
66.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE BRUCELOSIS
67.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESCABIOSIS
68.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PEDICULOSIS Y PHTIRIASIS
69.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE MICOSIS SUPERFICIALES
70.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ONICOMICOSIS
71.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CELULITIS INFECCIOSA
72.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE OTROS PADECIMIENTOS INFECCIOSOS DE REZAGO (PALUDISMO, RICKETTSIOSIS, LEPRO, ENFERMEDAD DE CHAGAS, LEISHMANIOSIS, ONCOCERCOSIS)
73.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO
74.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATITIS ATÓPICA
75.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATITIS DE CONTACTO POR IRRITANTES
76.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATITIS DEL PAÑAL
77.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATITIS EXFOLIATIVA
78.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATITIS SEBORREICA
79.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VERRUGAS VULGARES
80.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ACNÉ
81.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HEPATITIS A Y B
82.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE GASTRITIS AGUDA
83.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE
84.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2
85.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL
86.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO CONSERVADOR DE OSTEOARTRITIS.
87.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LUMBALGIA
88.	OTRAS ATENCIONES DE MEDICINA GENERAL
89.	MÉTODO TEMPORAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: ANTICONCEPTIVOS HORMONALES (AH)
90.	MÉTODO TEMPORAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: PRESERVATIVOS
91.	MÉTODO TEMPORAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)
92.	ATENCIÓN PRENATAL EN EMBARAZO
CONSULTA DE ESPECIALIDAD	
93.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD
94.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO (AUTISMO)
95.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DISMENORREA PRIMARIA
96.	ATENCIÓN DEL CLIMATERIO Y MENOPAUSIA
97.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DE LA MAMA
98.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HIPERPLASIA ENDOMETRIAL
99.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VAGINITIS SUBAGUDA Y CRÓNICA
100.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENDOMETRIOSIS
101.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE URETRITIS Y SÍNDROME URETRAL
102.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES DE BAJO GRADO
103.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO
104.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DESNUTRICIÓN LEVE, MODERADA Y SEVERA
105.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE KWASHIORKOR
106.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE MARASMO NUTRICIONAL
107.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SECUELAS DE DESNUTRICIÓN
108.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
109.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LARINGOTRAQUEÍTIS AGUDA
110.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE OTITIS MEDIA SUPURATIVA
111.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SINUSITIS AGUDA
112.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ASMA EN ADULTOS
113.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ASMA EN NIÑOS

CATÁLOGO UNIVERSAL DE SERVICIOS DE SALUD 2012	
114.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS (TAES)
115.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FÁRMACORRESISTENTE
116.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PSORIASIS
117.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESOFAGITIS POR REFLUJO
118.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ÚLCERA PÉPTICA NO PERFORADA
119.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DISLIPIDEMIA
120.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL HIPERTIROIDISMO
121.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TORMENTA TIROIDEA
122.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO Y EN ADULTOS
123.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 1
124.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA
125.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE OSTEOPOROSIS
126.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE GOTA
127.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ARTRITIS REUMATOIDE
128.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS AFECTIVOS (DISTIMIA, CICLOTIMIA, ESTADO HIPOMANIACO, DEPRESIÓN Y TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR)
129.	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 POSTRAUMÁTICO Y TRASTORNO ADAPTATIVO])
130.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS PSICÓTICOS (ESQUIZOFRENIA, IDEAS DELIRANTES, PSICÓTICOS Y ESQUIZOTÍPICO)
131.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE EPILEPSIA
132.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE PÁRKINSON
133.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA
134.	REHABILITACIÓN DE FRACTURAS
135.	REHABILITACIÓN DE PARÁLISIS FACIAL
136.	PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA DE ADICCIONES (CONSEJERÍA)
137.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES
ODONTOLOGÍA	
138.	PREVENCIÓN DE CARIES Y ENFERMEDAD PERIODONTAL (PROFILAXIS, ODONTOXESIS Y APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR)
139.	SELLADO DE FOSETAS Y FISURAS DENTALES
140.	ELIMINACIÓN DE CARIES Y RESTAURACIÓN DE PIEZAS DENTALES CON AMALGAMA, RESINA O IONÓMERO DE VIDRIO
141.	ELIMINACIÓN DE FOCOS DE INFECCIÓN Y ABSCESOS (INCLUYE DRENAJE Y FARMACOTERAPIA)
142.	EXTRACCIÓN DE DIENTES ERUPCIONADOS Y RESTOS RADICULARES
143.	TERÁPIA PULPAR
144.	EXTRACCIÓN DE TERCER MOLAR
ATENCIÓN EN URGENCIAS	
145.	ESTABILIZACIÓN EN URGENCIAS POR CRISIS HIPERTENSIVA
146.	ESTABILIZACIÓN DE URGENCIA DEL PACIENTE DIABÉTICO
147.	MANEJO DE URGENCIA DEL SÍNDROME HIPERGLUCÉMICO HIPEROSMOLAR NO CETÓSICO
148.	ESTABILIZACIÓN EN URGENCIAS POR ANGINA DE PECHO
149.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INTOXICACIÓN AGUDA, ACCIDENTAL, POR FENOTIAZINAS
150.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INTOXICACIÓN AGUDA POR ÁLCALIS
151.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INTOXICACIÓN AGUDA POR SALICILATOS
152.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INTOXICACIÓN AGUDA POR ALCOHOL METÁLICO
153.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INTOXICACIÓN AGUDA POR ORGANOFOSFORADOS
154.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INTOXICACIÓN AGUDA POR MONÓXIDO DE CARBONO
155.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE MORDEDURA DE SERPIENTE
156.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ALACRANISMO
157.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PICADURAS DE ABEJA, ARAÑA Y OTROS ARTRÓPODOS
158.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INTOXICACIÓN AGUDA ALIMENTARIA
159.	MANEJO DE MORDEDURA Y PREVENCIÓN DE RABIA EN HUMANOS
160.	EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS
161.	MANEJO DE LESIONES TRAUMÁTICAS DE TEJIDOS BLANDOS (CURACIÓN Y SUTURAS)
162.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE (GLASGOW 14-15)
163.	MANEJO EN URGENCIAS DE QUEMADURAS DE PRIMER GRADO
164.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESGUINCE CERVICAL
165.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESGUINCE DE HOMBRO
166.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESGUINCE DE CODO
167.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESGUINCE DE MUÑECA Y MANO
168.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESGUINCE DE LA RODILLA
169.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESGUINCE DE TOBILLO Y PIE
ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	
170.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PIELONEFRITIS

CATÁLOGO UNIVERSAL DE SERVICIOS DE SALUD 2012	
171.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA BRONQUIOLITIS
172.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE BRONQUITIS AGUDA
173.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE MENINGITIS Y MENINGOENCEFALITIS AGUDAS
174.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE MASTOIDITIS
175.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE OSTEOMIELITIS
176.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE NEUMONÍA EN NIÑOS
177.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE NEUMONÍA EN EL ADULTO Y ADULTO MAYOR
178.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO
179.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA
180.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA AMENAZA DE ABORTO
181.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PARTO PRETÉRMINO
182.	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO FISIOLÓGICO
183.	PELVIPERITONITIS
184.	ENDOMETRITIS PUERPERAL
185.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CHOQUE SÉPTICO PUERPERAL
186.	ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO
187.	ICTERICIA NEONATAL
188.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PREMATURO SIN COMPLICACIONES
189.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PREMATURO CON HIPOTERMIA
190.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL RECIÉN NACIDO CON BAJO PESO AL NACER
191.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PREECLAMPSIA
192.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PREECLAMPSIA SEVERA
193.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ECLAMPSIA
194.	HEMORRAGIA OBSTÉTRICA PUERPERAL
195.	HEMORRAGIA POR PLACENTA PREVIA O DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA
196.	INFECCIÓN DE EPISIORRAFIA O HERIDA QUIRÚRGICA OBSTÉTRICA
197.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA LITIASIS RENAL Y URETERAL
198.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA LITIASIS DE VÍAS URINARIAS INFERIORES
199.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SÍNDROME ESCROTAL AGUDO (TORSIÓN TESTICULAR, TORSIÓN DE APÉNDICES TESTICULARES, ORQUITIS Y EPIDIDIMITIS)
200.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE RETENCIÓN AGUDA DE ORINA
201.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PROSTATITIS AGUDA
202.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DENGUE HEMORRÁGICO
203.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO MODERADO (GLASGOW 9-13)
204.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO CONSERVADOR DE PANCREATITIS AGUDA
205.	MANEJO HOSPITALARIO DE CRISIS CONVULSIVAS
206.	MANEJO HOSPITALARIO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL
207.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA (EDEMA AGUDO PULMONAR)
208.	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA
209.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE NEUROPATÍA PERIFÉRICA SECUNDARIA A DIABETES
210.	MANEJO HOSPITALARIO DE ÚLCERA Y PIE DIABÉTICO INFECTADOS
211.	MANEJO HOSPITALARIO DE QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO
212.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA
213.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SÍNDROME DE HELLP
214.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CORIOAMNIOÍTIS
215.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE EMBOLIAS OBSTÉTRICAS
216.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DIABETES GESTACIONAL
217.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CARDIOPATÍA FUNCIONAL EN LA MUJER EMBARAZADA
218.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN LA MUJER EMBARAZADA Y PUÉRPERA
<b>ACCIONES DE CIRUGÍA GENERAL</b>	
219.	LAPAROTOMÍA EXPLORADORA
220.	APENDICECTOMÍA
221.	ESPLENECTOMÍA
222.	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ENFERMEDAD DIVERTICULAR
223.	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ISQUEMIA E INFARTO INTESTINAL
224.	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL
225.	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE PERFORACIÓN GÁSTRICA E INTESTINAL
226.	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE VÓLVULO COLÓNICO
227.	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ABSCESO PERIRECTAL
228.	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FÍSTULA Y FISURA ANAL
229.	HEMORROIDECTOMÍA

CATÁLOGO UNIVERSAL DE SERVICIOS DE SALUD 2012	
230.	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HERNIA HIATAL
231.	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HIPERTROFIA CONGÉNITA DE PÍLORO
232.	HERNIOPLASTÍA CRURAL
233.	HERNIOPLASTÍA INGUINAL
234.	HERNIOPLASTÍA UMBILICAL
235.	HERNIOPLASTÍA VENTRAL
236.	COLECISTECTOMÍA ABIERTA Y LAPAROSCÓPICA
237.	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CONDILOMAS
238.	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE QUISTES DE OVARIO
239.	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TORSIÓN DE ANEXOS
240.	SALPINGOCLASIA (MÉTODO DEFINITIVO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR)
241.	ATENCIÓN QUIRÚRGICA DE LA ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA
242.	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE EMBARAZO ECTÓPICO
243.	LEGRADO UTERINO TERAPÉUTICO POR ABORTO INCOMPLETO
244.	ATENCIÓN DE CESÁREA Y PUERPERIO QUIRÚRGICO
245.	REPARACIÓN UTERINA
246.	ABLACIÓN ENDOMETRIAL
247.	LAPAROSCOPIA POR ENDOMETRIOSIS
248.	MIOMECTOMÍA
249.	HISTERECTOMÍA ABDOMINAL Y VAGINAL (ELECTIVA O URGENCIA)
250.	COLPOPERINEOPLASTÍA
251.	VASECTOMÍA (MÉTODO DEFINITIVO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR)
252.	CIRCUNCISIÓN
253.	ORQUIDOPEXIA
254.	PROSTATECTOMÍA ABIERTA Y TRANSURETRAL
255.	EXTIRPACIÓN DE LESIÓN CANCEROSA DE PIEL (NO INCLUYE MELANOMA)
256.	EXTIRPACIÓN DE TUMOR BENIGNO EN TEJIDOS BLANDOS
257.	AMIGDALECTOMÍA CON O SIN ADENOIDECTOMÍA
258.	ESCISIÓN DE PAPILOMA FARÍNGEO JUVENIL
259.	REPARACIÓN DE LABIO HENDIDO Y PALATOPLASTÍA
260.	CIRUGÍA DE ACORTAMIENTO MUSCULAR PARA ESTRABISMO
261.	CIRUGÍA DE ALARGAMIENTO MUSCULAR PARA ESTRABISMO
262.	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE GLAUCOMA
263.	ESCISIÓN DE PTERIGIÓN
264.	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HIDROCEFALIA
265.	COLOCACIÓN Y RETIRO DE DIVERSOS CATÉTERES
266.	DISECCIÓN RADICAL DE CUELLO
267.	TORACOTOMÍA, PLEUROTOMÍA Y DRENAJE DE TÓRAX
268.	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA
269.	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL PIE EQUINO EN NIÑOS
270.	SAFENECTOMÍA
271.	REDUCCIÓN QUIRÚRGICA POR LUXACIONES
272.	REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE CLAVÍCULA
273.	REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE HÚMERO (INCLUYE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS O FIJACIÓN EXTERNA)
274.	REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE CÚBITO Y RADIO (INCLUYE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS CON FIJACIÓN EXTERNA)
275.	REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE MANO
276.	REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE CADERA (INCLUYE HEMIPRÓTESIS CON ACETÁBULO)
277.	REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURAS DE FÉMUR (INCLUYE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS CON FIJACIÓN EXTERNA)
278.	REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE TIBIA Y PERONÉ (INCLUYE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS CON O SIN FIJACIÓN EXTERNA)
279.	REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE TOBILLO Y PIE (INCLUYE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS)
280.	ARTROPLASTÍA DE RODILLA (INCLUYE CIRUGÍA ARTROSCÓPICA)
281.	ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA (INCLUYE PRÓTESIS)
282.	AMPUTACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR SECUNDARIA A PIE DIABÉTICO
283.	TRATAMIENTO DE QUISTE SINOVIAL
284.	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ARRITMIAS CARDIACAS (CONSERVADOR Y DEFINITIVO)

Fuente: Fuente: Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud enero- junio del 2012.

## Anexo 2, Enfermedades del FPGC con sus intervenciones

Grupo de Enfermedad y Acciones		Intervenciones y Acciones	
No.		No.	
1	Cáncer cérvico – uterino	1	Cáncer cérvico – uterino
2	VIH / SIDA	2	Tratamiento ambulatorio antirretroviral
3	Cuidados intensivos neonatales	3	Prematurez
		4	Sepsis
		5	Síndrome de dificultad respiratoria
4	Cataratas	6	Cataratas senil
		7	Catarata congénita
			<b>Tumores del sistema nervioso</b>
5	Cáncer de niños y adolescentes	8	Astrocitoma
		9	Meduloblastoma
		10	Neuroblastoma
		11	Ependimoma
		12	Otros
			<b>Tumores renales</b>
		1	Tumores de Wilms
		14	Otros
			<b>Leucemias</b>
		15	Leucemia linfoblástica aguda
		16	Leucemia mieloblástica Aguda
		17	Leucemias crónicas
		18	Síndromes preleucémicos
			<b>Tumores hepáticos</b>
		19	Hepatoblastoma
		20	Hepatocarcinoma
			<b>Tumores óseos</b>
		21	Osteosarcoma
		22	Sarcoma de Ewing
			<b>Tumores germinales</b>
		23	Gonadales
		24	Extragonadales
			<b>Tumores de ojo</b>
		25	Retinoblastoma
			<b>Linfomas</b>
		26	Linfoma de Hodgkin
		27	Linfoma no Hodgkin
		28	Sarcoma de partes blandas
		29	Carcinomas
		30	Histiocitosis
6	Trasplante de Médula Ósea	31	Trasplante de médula ósea en < de 18 años
7	Trasplante de Médula Ósea	32	Trasplante de médula ósea en > de 18 años
8	Cáncer de Mama	33	Cáncer de Mama
9	Cáncer de Testículo	34	Cáncer de Testículo
10	Linfoma No Hodgkin	35	Linfoma No Hodgkin
11	Trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos	36	Malformaciones congénitas cardiacas
		37	Atresia de esófago
		38	Onfalocelo
		39	Gastroquisis
		40	Atresia / estenosis duodenal
		41	Atresia intestinal
		42	Atresia anal
		43	Hipoplasia / displasia renal
		44	Uréter retrocado
		45	Meatos ectópicos
		46	Estenosis ureteral
		47	Ureterocelo
		48	Extrofia vesical
		49	Hipospadias/epispadias
		50	Estenosis uretral
		51	Estenosis del meato uretral
		52	Espina bífida
		12	Trasplante de córnea
13	Enfermedades Lisosomales en menores de 10 años	54	Enfermedades Lisosomales en menores de 10 años
14	Hemofilia en menores de 10 años	55	Hemofilia en menores de 10 años
15	Infarto agudo al Miocardio en menores de 60 años	56	Infarto agudo al Miocardio en menores de 60 años
16	Cáncer de Próstata	57	Cáncer de Próstata
17	Trasplante de riñón	58	Trasplante de riñón

Fuente: Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud enero- junio del 2012.

### Anexo 3, Número de prestadores de servicio del FPGC por Entidad Federativa

Entidad Federativa	Número de Prestadores
Aguascalientes	10
Baja California	10
Baja California Sur	3
Campeche	7
Chiapas	7
Colima	3
Chihuahua	20
Coahuila	13
Distrito Federal	40
Durango	4
Guerrero	7
Guanajuato	20
Hidalgo	3
Jalisco	10
Michoacán	9
México	24
Morelos	7
Nayarit	5
Nuevo León	16
Oaxaca	8
Puebla	7
Querétaro	4
Quintana Roo	5
San Luis Potosí	9
Sinaloa	13
Sonora	8
Tabasco	8
Tamaulipas	17
Tlaxcala	6
Veracruz	15
Yucatán	3
Zacatecas	5
<b>Total Nacional</b>	<b>327</b>

Fuente: Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud enero- junio del 2012Pág. 42.

## Anexo 4, Enfermedades e intervenciones asociadas a gastos catastróficos

(Las enfermedades sombreadas con azul, son las enfermedades que se encuentran cubiertas por el FPGC)

Enfermedades e intervenciones asociadas a gastos catastróficos identificadas por el Consejo de Salubridad General			
Categoría de la LGS	No	Enfermedad	Intervención
Diagnóstico y tratamiento de cáncer		<b>Cáncer en niños</b>	
	1	Leucemia aguda linfoblástica	Quimioterapia Radioterapia Terapia de soporte Trasplante de médula ósea
	2	Leucemia aguda mieloblástica	Quimioterapia Terapia de soporte Trasplante de médula ósea
	3	Linfoma no Hodgkin	Quimioterapia Radioterapia Tratamiento quirúrgico Terapia de soporte
	4	Linfoma de Hodgkin	Quimioterapia Radioterapia Terapia de soporte Trasplante de médula ósea
	5	Meduloblastoma	Quimioterapia Resección quirúrgica Terapia de soporte
	6	Astrocitoma diferenciado	Quimioterapia Resección quirúrgica Terapia de soporte
	7	Astrocitoma anaplásico / Glioblastoma multiforme y otros tumores cerebrales indiferenciados anaplásicos	Quimioterapia Radioterapia Resección quirúrgica Terapia de soporte
	8	Neuroblastoma	Quimioterapia Radioterapia Resección quirúrgica Terapia de soporte
	9	Osteosarcoma	Quimioterapia Resección quirúrgica Terapia de soporte
	10	Retinoblastoma	Quimioterapia Radioterapia Resección quirúrgica Prótesis ocular Terapia de soporte
	11	Tumor de Wilms	Quimioterapia Radioterapia Resección quirúrgica Terapia de soporte
	12	Sarcoma de partes blandas	Quimioterapia Radioterapia Resección quirúrgica Terapia de soporte
		<b>Cáncer en adultos</b>	
	13	Cáncer cérvico-uterino	Quimioterapia Radioterapia Tratamiento quirúrgico Terapia de soporte
	14	Cáncer de mama	Quimioterapia Radioterapia Hormonoterapia Tratamiento quirúrgico Terapia de soporte

Enfermedades e intervenciones asociadas a gastos catastróficos identificadas por el Consejo de Salubridad General			
Categoría de la LGS	No	Enfermedad	Intervención
	15	Cáncer de Próstata	Quimioterapia Radioterapia Hormonoterapia Tratamiento quirúrgico Terapia de soporte
	16	Cáncer de colon y recto	Quimioterapia Radioterapia Tratamiento quirúrgico Terapia de soporte
	17	Cáncer de estomago	Quimioterapia Radioterapia Tratamiento quirúrgico Terapia de soporte
	18	Cáncer de testículo	Quimioterapia Radioterapia Tratamiento quirúrgico Terapia de soporte
	19	Cáncer broncogénico y pulmonar	Quimioterapia Radioterapia Tratamiento quirúrgico Terapia de soporte
	20	Linfomas en adultos	Quimioterapia Radioterapia Terapia de soporte
	21	Cáncer de ovario	Quimioterapia Radioterapia Terapia de soporte
Cuidados intensivos neonatales	22	Recién nacido prematuro	Tratamiento médico en UCIN* Nutrición parenteral Estabilidad metabólica
	23	Insuficiencia metabólica del recién nacido <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiencia respiratoria del recién nacido prematuro</li> <li>• Enfermedad de la membrana hialina</li> <li>• Taquipnea transitoria del recién nacido</li> <li>• Síndrome de aspiración del meconio</li> <li>• Hipertensión pulmonar</li> <li>• Neumonía intrauterina</li> <li>• Neumonía nosocomial tardía</li> </ul>	Tratamiento médico en UCIN*
	24	Asfixia neonatal	Tratamiento médico en UCIN* Tratamiento de complicaciones
	25	Sepsis neonatal	Tratamiento médico en UCIN*
	26	Malformaciones congénitas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Artesia esofágica</li> <li>• Hernia diafragmática congénita</li> <li>• Defectos congénitos de la pared abdominal</li> <li>• Cardiopatías congénitas</li> </ul>	Tratamiento médico en UCIN* Tratamiento quirúrgico
VIH-SIDA	27	VIH-SIDA	Tratamiento antiretroviral Tratamiento de infecciones oportunistas Prevención de infecciones
Problemas cardiovasculares	28	Infarto agudo al miocardio	Tratamiento médico Agioplastia Puente coronario
	29	Angina inestable	Tratamiento médico Agioplastia Puente coronario
Trasplantes	30	Leucemia: Trasplante de médula ósea	Tratamiento médico Tratamiento quirúrgico Tratamiento de inmunosupresión
	31	Ceguera: Trasplante de córnea	Tratamiento médico Tratamiento quirúrgico

Enfermedades e intervenciones asociadas a gastos catastróficos identificadas por el Consejo de Salubridad General			
Categoría de la LGS	No	Enfermedad	Intervención
	32	Insuficiencia renal crónica: trasplante de riñón	Tratamiento médico Tratamiento quirúrgico Tratamiento de inmunosupresión
	33	Insuficiencia hepática crónica: trasplante de hígado	Tratamiento médico Tratamiento quirúrgico Tratamiento de inmunosupresión
	34	Insuficiencia cardíaca crónica: trasplante de corazón	Tratamiento médico Tratamiento quirúrgico Tratamiento de inmunosupresión
	35	Insuficiencia pulmonar crónica: trasplante de pulmón	Tratamiento médico Tratamiento quirúrgico Tratamiento de inmunosupresión
Diálisis	36	Insuficiencia renal crónica terminal	Hemodiálisis Diálisis peritoneal
Lesiones graves	37	Traumatismo craneoencefálico	Tratamiento médico Tratamiento quirúrgico Tratamiento de intervencionista Rehabilitación
	38	Politraumatizado	Tratamiento médico Tratamiento quirúrgico Rehabilitación
	39	Lesiones toraco-abdominales	Tratamiento médico Tratamiento quirúrgico
	40	Quemaduras de 2° y 3° grado	Tratamiento médico Tratamiento quirúrgico Cirugía reconstructiva Rehabilitación
	41	Fracturas graves e inestables	Tratamiento médico Tratamiento quirúrgico Osteosíntesis Rehabilitación
Enfermedades cerebrovasculares	42	Infarto cerebral	Tratamiento médico Tratamiento quirúrgico Rehabilitación temprana
	43	Hemorragia intracerebral	Tratamiento médico Tratamiento intervencionista Tratamiento quirúrgico Rehabilitación temprana
	44	Hemorragia subaracnoidea	Tratamiento médico Tratamiento intervencionista Tratamiento quirúrgico Radiocirugía Rehabilitación temprana
Rehabilitación de largo plazo	45	Secuelas de fractura	Tratamiento quirúrgico Terapia física Terapia del dolor Colocación de prótesis Reducción del miembro
	46	Secuelas de amputación	Tratamiento quirúrgico Terapia del dolor Colocación de prótesis Rehabilitación protésica
	47	Lesión de cadera	Terapia física Terapia del dolor Remplazo total de cadera Rehabilitación protésica
	48	Lesión de rodilla	Terapia física Terapia del dolor
	49	Lesión espinal y secuelas de cirugía espinal	Terapia física Órtesis Neuro- rehabilitación Reducción de esfínteres
	50	Secuelas de enfermedad neuro -vascular	Terapia física

Enfermedades e intervenciones asociadas a gastos catastróficos identificadas por el Consejo de Salubridad General			
Categoría de la LGS	No	Enfermedad	Intervención
			Terapia del lenguaje
	51	Trastornos del cristalino (cataratas)	Valoración médica Cirugía de cataratas Seguimiento
	52	Trastorno y tratamiento de hemofilia tipo A o B	Valoración médica Tratamiento médico (Terapia sustitutiva de factor VIII o IX)
	53	Diagnóstico y tratamiento de enfermedades lisosomales	Valoración médica Tratamiento médico (terapia sustitutiva)

UCIN: Unidad de cuidados intensivos neonatales.

Fuente: Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2007- 2012; Sistema de Protección Social en Salud, Elementos conceptuales, financieros y operativos, Fondo de Cultura Económica, Pág. 217, en base a la Comisión para definir tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos, CSG, 2006.

## Acrónimos

<b>ASE</b>	Aportación Solidaria Estatal
<b>ASF</b>	Aportación Solidaria Federal
<b>CAUSES</b>	Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud
<b>CABEME</b>	Catálogo de Beneficios Médicos
<b>CASES</b>	Catálogo de Servicios Esenciales en Salud
<b>CDSS</b>	Comisión de Determinantes Sociales de la Salud
<b>CECASOEH</b>	Cedula de Características Socioeconómicas del Hogar
<b>CENAVECE</b>	Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades
<b>CENSIA</b>	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (CENSIA)
<b>CENSIDA</b>	Centro Nacional para la Prevención y el Control de VIH/SIDA
<b>CFE</b>	Comisión Federal de Electricidad
<b>CNPSS</b>	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
<b>CONAPO</b>	Consejo Nacional de Población
<b>CS</b>	Cuota Social
<b>CURP</b>	Clave Única de Registro de Población
<b>CUV</b>	Cobertura Universal de Salud
<b>DOF</b>	Diario Oficial de la Federación
<b>EES</b>	Estrategia de Embarazo Saludable
<b>ENIGH</b>	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares
<b>ENSANUT</b>	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
<b>ESiAN</b>	Estrategia Integral de Atención a la Nutrición de la población beneficiaria del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades
<b>FPGC</b>	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
<b>FPP</b>	Fondo de Previsión Presupuestal
<b>FSPSS</b>	Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud
<b>FUNSALUD</b>	Fundación Mexicana para la Salud
<b>IMSS</b>	Instituto Mexicano de Seguridad Social
<b>INDICAS</b>	Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud
<b>INPC</b>	Índice Nacional de Precios del Consumidor
<b>ISSSTE</b>	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
<b>LGS</b>	Ley General de Salud
<b>MAO</b>	Módulo de Afiliación y Operación
<b>OCDE</b>	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
<b>OMS</b>	Organización Mundial de Salud
<b>ONU</b>	Organización de las Naciones Unidas
<b>Oportunidades</b>	Programa de Desarrollo Humano Oportunidades
<b>PAC</b>	Programa de Ampliación de Cobertura
<b>PASSPA</b>	Programa de Atención de Servicios de Salud para la Población Abierta

<b>PCI</b>	Plan de Comunicación Indígena
<b>PCR</b>	Programa Comunitario Rural
<b>PEC</b>	Programa de Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud al Medio Rural y Urbano
<b>PEF</b>	Presupuesto de Egresos de la Federación
<b>PEMEX</b>	Petróleos Mexicanos
<b>PIB</b>	Producto Interno Bruto
<b>PNCE</b>	Programa Nacional de Cirugía Extramuros
<b>PND</b>	Plan Nacional de Desarrollo
<b>PRONASA</b>	Programa Nacional de Salud
<b>PROSESA</b>	Programa Sectorial de Salud
<b>REPSS</b>	Regímenes de Protección Social en Salud
<b>SEDENA</b>	Secretaría de la Defensa Nacional
<b>SEDESOL</b>	Secretaría de Desarrollo Social
<b>SEMAR</b>	Secretaría de la Marina
<b>SESA</b>	Servicios Estatales de Salud
<b>SHCP</b>	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
<b>SINAIS</b>	Sistema Nacional de Información en Salud
<b>SINOS</b>	Sistema Nominal de Salud/ Consulta Segura
<b>SMNG</b>	Programa Seguro Médico para una Nueva Generación
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud
<b>SPS</b>	Seguro Popular de Salud
<b>SPSS</b>	Sistema de Protección Social en Salud
<b>TANIT</b>	Programa de Tamiz Auditivo Neonatal e Intervención Temprana