



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS

**DIAGNÓSTICO Y PERSPECTIVAS DEL
SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL
EN SALUD**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

A C T U A R I O

P R E S E N T A

MARTÍN FERNANDO GARCÍA ORDUÑA

Tutor:

ACT. JOSÉ FABIÁN GONZÁLEZ FLORES

2010





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.

1. Datos del alumno

García
Orduña
Martín Fernando
55632561
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Ciencias
30262096-2

2.- Datos del Tutor

Actuario
José Fabián
González
Flores

3.- Sinodal 1

Maestra en Administración Pública
María del Pilar
Alonso
Reyes

4.- Sinodal 2

Maestro en Demografía
Rodrigo
Jiménez
Uribe

5.- Sinodal 3

Actuaria
Silvia Leticia
Malpica
Flores

6.- Sinodal 4

Actuaria
Rubí
Pérez
Aguilar

Título

Diagnóstico y perspectivas del sistema de protección social en salud.
98 Páginas
2010

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE CUADROS.....	5
ÍNDICE DE GRÁFICAS.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO 1. EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD.....	9
1.1 Antecedentes.....	9
1.2 La Reforma del Sistema Nacional de Salud.....	12
1.3 Sistema de Protección Social en Salud	14
1.3.1 Estructura financiera	16
1.3.1.1 Fideicomiso	17
1.3.1.2 Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos	19
1.3.2 Estructura operativa.....	22
1.3.2.1 Seguro Popular.....	24
1.3.2.2 Seguro Médico para una Nueva Generación.....	26
1.3.2.3 Seguro de Salud para la Familia.....	27
1.4 Las políticas públicas.....	30
1.4.1 Programa Nacional de Salud	33
1.4.2 Convenio de colaboración del Sector Salud	35
CAPÍTULO 2. DIAGNÓSTICO ACTUAL DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD	37
2.1 Introducción.....	37
2.2 Diagnóstico situacional	38
2.2.1 Cobertura del seguro médico.....	42
2.2.2 Perfil de salud de la Población Amparada.....	44
2.2.3 Equidad de los servicios médicos	49
2.2.4 Protección financiera a las familias	52
2.2.5 Calidad de la atención médica.....	53
2.2.6 Suministro de medicamentos.....	56
2.2.7 Accesibilidad a los diversos niveles de atención	58
2.2.8 Necesidades faltantes de los servicios médicos.....	66
2.2.9 Fuentes alternativas de financiamiento.....	68
2.2.10 Atención de enfermedades catastróficas	68
CAPÍTULO 3. PERSPECTIVAS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD	70
3.1 Introducción.....	70
3.2 Estrategias y retos futuros	71
3.2.1 Cobertura universal en salud.....	73
3.2.2 Vinculación entre sistemas de salud	75
3.2.3 Eliminar inequidad de oportunidades	77
3.2.4 Inversión en infraestructura médica	78
3.2.5 Desbalanceo regional de servicios	80
3.2.6 Portabilidad de servicios médicos	82
3.2.7 Equilibrio entre la demanda y la oferta de servicios médicos.....	83
3.2.8 Fortalecimiento de lo programas preventivos	84
3.2.9 Programas oportunos contra riesgos epidemiológicos.....	86
3.3 Estrategias mediante análisis FODA (Fortalezas Oportunidades Debilidades y Amenazas).....	88

CONCLUSIONES	94
ACRÓNIMOS.....	96
DEFINICIONES.....	97
BIBLIOGRAFÍA.....	98

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1.1. Resultados para los Ramos de Aseguramiento	30
Cuadro 2.1. Cobertura del Programa Oportunidades	40
Cuadro 2.2 Histórico defunciones hospitalarias. Población no Asegurada 1994-2007	44
Cuadro 2.3 Egresos Hospitalarios.....	45
Cuadro 2.4 Mortalidad Hospitalaria.....	47
Cuadro 2.5 Porcentaje de Indígenas Afiliados por Institución de Salud	51
Cuadro 2.6 Intervenciones o servicios correspondientes a Salud Pública	58
Cuadro 2.7 Intervenciones y Servicios correspondientes a consulta de medicina general o familiar y de especialidad.	60
Cuadro 2.8 Intervenciones y Servicios correspondientes a Odontología	62
Cuadro 2.9 Intervenciones y Servicios correspondientes a Urgencias.	63
Cuadro 2.10 Intervenciones y Servicios correspondientes a Hospitalización	64
Cuadro 2.11 Intervenciones y Servicios correspondientes a Cirugía	65
Cuadro 2.16 Avance de Casos validados en 2009 por el FPGC	69
Cuadro 3.1 Municipios con Estrategia 100 x 100.	82
Cuadro 3.2. Consultas diarias en el Sistema Nacional de Salud.....	84

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1.2. Familias afiliadas al Seguro Popular de salud, respecto al total de familias	26
Grafica 2.1 Presupuesto Ejercido 2004-2008	39
Gráfica 2.6 Defunción infantil por cada mil nacidos vivos.	49
Grafica 2.8 Unidades Medicas Acreditadas para el CAUSES	54
Gráfica 2.15 Porcentaje de avance en la afiliación respecto a la meta de afiliación 2009, por entidad federativa	67
Grafica 3.1. Mapa de localización del Programa IMSS Oportunidades	76

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta tesis es describir la estructura operativa y financiera del Sistema de Protección Social en Salud de nuestro país, enfocados a la población no derechohabiente y, a partir de un análisis de las condiciones actuales, presentar un diagnóstico de sus alcances obtenidos, sus retos y sus perspectivas.

En México, un amplio porcentaje de la población no cuenta con algún seguro público de salud, debido a su condición laboral o social, por lo que las familias se ven en la necesidad de incurrir en “gastos de bolsillo”, destinando gran parte de sus ingresos para atender su salud, lo que provoca que se empobrezcan cada vez más y, en algunos casos, debido a la falta de los recursos suficientes y a los altos costos de la atención médica, tienen que posponerla o renunciar a ella.

En este contexto, y aunado al bajo nivel de inversión pública, surge la necesidad de reformar la Ley General de Salud, para crear un mecanismo de protección social para la población no derechohabiente de alguna institución pública de salud (IMSS, ISSSTE, entre otras), el cual garantice el acceso de todos los mexicanos a los servicios de salud de calidad y brinde protección financiera a las familias. Por ello, el 15 de mayo de 2003 se crea el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), el cual tiene como estrategia lograr la cobertura universal de los servicios de salud, y conjuntar el esfuerzo estatal y federal, conjuntamente con el de las familias, para su financiamiento.

Para alcanzar este objetivo, se creó el Seguro Popular en Salud, el cual es el instrumento que permite brindar protección financiera y atención médica de calidad a todos los mexicanos beneficiados por el SPSS, mediante un esquema de aseguramiento público en materia de salud.

El Sistema de Protección Social en Salud ha beneficiado a muchas personas que no contaban con algún seguro público de salud. Para el primer semestre de 2009 ya se tenían afiliadas a 9.6 millones de familias, lo que se traduce en una cobertura de 28.5 millones de beneficiarios; esto representa un avance del 87.4% respecto de la meta acumulada de afiliación al Seguro Popular para 2009.

Por otra parte, la inclusión de comunidades indígenas sigue representando un grupo prioritario para el Seguro Popular. Al primer semestre de 2009, el número de familias que se ubican en localidades con una proporción de población indígena de 40% o más, ascendió a 888,563 familias, 43,709 familias más que en el cierre del ejercicio de 2008. Adicionalmente, el Seguro Popular cubre 116 patologías a todos los niños nacidos a partir del 01 de diciembre del año 2006 a través del denominado “Seguro Médico para una Nueva Generación”. A junio de 2009 se han afiliado 367,651 niños a este seguro, lo que significa un total de 2.2 millones de niños beneficiados, considerando aquellos reportados al cierre de 2008.

Asimismo, se amplió el número de intervenciones del Catálogo de Servicios Esenciales de Salud y del Fondo de Gastos Catastróficos, de tal forma que en la actualidad todas las mujeres con cáncer cérvicouterino o mamario, los niños con cualquier tipo de cáncer, las personas con cataratas o que viven con VIH/SIDA tienen acceso a tratamiento gratuito e integral mediante el Seguro Popular.

En materia política, en el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el 2010, se ha propuesto a los diputados no sólo mantener sino incrementar en 20 por ciento el presupuesto del Seguro Popular, para que la gente más pobre pueda acceder a mejores condiciones de vida.

Cabe resaltar que de ser aprobado el presupuesto se brindaría un apoyo sanitario frente a un eventual resurgimiento de brote del virus de la influenza humana.

La tesis se desarrolla *grosso modo* en tres capítulos:

En el capítulo 1 se darán a conocer las causas que dan origen a la creación del Sistema de Protección Social en Salud. Se describe el mecanismo de su financiamiento, modelo operativo y las políticas públicas en materia de salud.

El capítulo 2 tiene como objetivo presentar un diagnóstico de los avances alcanzados a 2009 con los Sistemas de Protección Social en Salud en la población, así como la calidad y accesibilidad de los servicios médicos prestados.

En el capítulo 3 se presentan las perspectivas a 2030 para hacer frente a las necesidades y retos para brindar mayor cobertura y satisfacer la demanda de servicios de salud. Asimismo, se plantean programas preventivos y programas contra riesgos epidemiológicos.

CAPÍTULO 1. EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

1.1 Antecedentes

Los riesgos sociales de las enfermedades siempre han existido en toda sociedad, y por ello se busca que se genere y reformas de protección social, entre las distintas clases y condiciones que están presentes en una sociedad. La iglesia, y en particular la católica, durante el antiguo régimen fue un instrumento muy importante de esa protección social. Posteriormente, el progreso social, político y económico, que supone la época moderna, provocó un desplazamiento de sus funciones. La protección social moderna se define en gran medida por la exclusión de la caridad religiosa. El nuevo contexto supone la transformación familiar y, por tanto, la modificación de las formas tradicionales de protección social. Ello supone que el Estado y el gobierno adquieran presencia, sin que ello suponga el control total por parte del Estado, lo cual degeneraría esa protección y terminará por hacerla dependiente, clientelar, subordinada e ineficiente.

La situación de caos y anarquía del siglo XIX en México fue expresión de una encarnizada lucha política y discusiones en todos los aspectos de la vida nacional, ya fueran de índole privada o pública; una de esas discusiones fue la condición de los trabajadores y en general de los desposeídos. La discusión sobre la precaria situación de la reproducción de la sociedad fue tratada en diferentes momentos y diferentes perspectivas. Entre los años de 1856-1857 es cuando se perfecciona la idea de la protección social, con aspectos de protección social moderna, es decir, una cuestión social fundamental, que incluye aspectos referentes a la protección, tanto de menores de edad como de mujeres.

La protección social en la primera parte del siglo XIX fue una actividad básicamente atendida por la iglesia, heredada de la Nueva España de las hospederías medievales donde se daba asistencia a los más necesitados.

El Estado mexicano en la primera mitad del siglo XIX, al ser inestable por un lado, y escaso de recursos, por el otro, tuvo mínima presencia en el campo de la protección social; en el contexto de una sociedad fundamentalmente rural y agrícola, con quejas sociales primarias, generalmente no escuchadas¹.

El incremento demográfico de la segunda mitad del siglo XIX, y el desarrollo de las ciudades y con ello los brotes de epidemias, obligó al Consejo Superior de Salubridad (CSS), que empezó a funcionar a partir 1841, a definir una política más activa. Esta institución introdujo en su ideología la noción de salud pública, salubridad y prevención, a la vez que inició la constitución de mecanismos para llevar a cabo acciones sanitarias, y disposiciones de higiene pública con la

¹ Álvarez J. Bustamante M. López A., (1960) Historia de la Salubridad y de Asistencia de México, Ed, SSA

finalidad de combatir epidemias, y/o prevenirlas mediante las campañas de vacunación. Ésta fue en gran medida la tarea que se realizó hasta fines del siglo XIX.

La evolución se empezó a llevar a cabo a partir de la llegada del gobierno liberal, cuando el campo de atención y beneficencia se transforman mediante el decreto del 2 de febrero de 1861 donde el Estado tomó a su cargo todos los hospitales y establecimientos de beneficencia, que hasta la fecha habían administrado las autoridades o corporaciones eclesiásticas, es por dicho decreto que quedaron integrados al gobierno federal mediante la creación de la Dirección General de la Beneficencia Pública (DGBP). Esta transformación permitió la reorientación y conceptualización de la enfermedad y lo sano, la curación y la prevención, e inició la ruptura de la herencia de la colonia.

El CSS creó un nuevo reglamento en el año de 1872, en el cual se incorporó la regulación de establecimientos industriales y comerciales, que contemplaron desde talleres hasta establos, escuelas y hospitales, alimentos y bebidas, incorporando elementos modernos en materia de salud pública. Asimismo, se creó una estructura técnica y administrativa que en 1880 conjuntó trece comisiones con tareas específicas que definen campos y funciones del Consejo. Es en ese contexto que se empezó a tener perspectiva de la investigación médica y de su importancia, lo cual se expresó con la creación de institutos, como el Médico, el Antirrábico y el Patológico hacia el final de los años ochenta.

Es importante destacar que tanto el CSS como la DGBP, que eran las instituciones encargadas de dar cobertura de salubridad y salud, tenían escaso presupuesto que conllevaron a sus limitaciones. En este contexto se sitúa el Código Sanitario promulgado el 15 de julio de 1891, que aunque planteó limitaciones, representó una voluntad política de hacer frente a determinadas necesidades de la sociedad, y la cual tendrá vigencia hasta la Constitución de 1917, afrontando los diversos conflictos, al lado del CSS, después convertido en el Consejo de Salubridad General (CSG) y del Departamento de Salubridad Pública (DSP).

Se puede afirmar que con la promulgación del 1er. Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos de 1891, se consolidó el trabajo de este periodo del CSS; expresando sus avances y limitaciones, resultado de las condiciones sociales y políticas que se expresaban en el contexto histórico.

A través del siglo XX se desarrollaron diversos y complejos sistemas de salud en el mundo. De manera simultánea, este proceso organizacional a nivel mundial ha sido acompañado por grandes avances tecnológicos en la atención médica. Sin embargo, uno de los mayores retos emergentes que los sistemas enfrentan cada vez con mayor preocupación es la implantación de mecanismos efectivos, equitativos y sustentables para financiar los servicios de salud. La búsqueda e implantación de dichos mecanismos ha propiciado que los sistemas de salud se caractericen por ser dinámicos. Este dinamismo se ha traducido, desde la década de los años ochenta, en reformas de carácter continuo y progresivo.

Los sistemas de salud de la mayor parte de los países de América Latina se componen por tres subsistemas: la seguridad social, los servicios públicos y los servicios privados, que presentan distintos grados de desarrollo según el país de que se trate. En el caso de México estos tres subsistemas han mantenido un desarrollo por separado, con la consecuente fragmentación del sistema de salud.

La seguridad social nace el primero de enero de 1943 con la fundación del IMSS, que ofrece un conjunto de prestaciones económicas (pensiones, invalidez, muerte) y en especie (atención de enfermedades y maternidad) a los trabajadores asalariados de la economía formal. Los servicios públicos se formalizan meses más tarde, el 15 de octubre del mismo año, con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, cuyo nombre tenía implícita una concepción asistencial, para atender principalmente a los mexicanos de escasos recursos.

De esta forma es como nace el sistema de salud, dividido al separar a la población entre aquéllos que tenían derechos sociales perfectamente definidos, a quienes llamó “derechohabientes” y aquéllos que eran sujetos a la acción asistencial del Estado, a quienes eventualmente se les denominó como “población abierta”.

Considerando las cifras obtenidas en el censo de población y vivienda del año 2000, se puede observar que 57.8% del total de la población en México no cuenta con algún seguro de salud, esto provoca que estén en mayor riesgo de empobrecerse, al tener que desembolsar gran parte de sus ingresos para cubrir los gastos de la atención médica en el momento que la requieran, y para comprar los medicamentos correspondientes. A estos gastos se les denomina “gastos de bolsillo”.

La población no derechohabiente, al no contar con otra forma de enfrentar los gastos generados de la atención médica, ha empleado el gasto de bolsillo como principal fuente de financiamiento, y en algunos casos, debido a los altos costos de los servicios de salud, las familias tienen que destinar más del 30% de sus ingresos totales, provocando que su situación financiera se vea afectada en gran parte, por estos pagos llamados “gastos catastróficos”. El gasto de bolsillo afecta principalmente a las familias de bajos ingresos, algunas de las cuales frecuentemente renuncian o posponen la atención médica al no tener los recursos suficientes.

Por otra parte, cabe mencionar que México es uno de los países que tiene los niveles más bajos de inversión pública para la salud; en 2002 la inversión en salud representó 6.1% del PIB, colocando a México por debajo del promedio en Latinoamérica del 6.6%. Esto provocó que los recursos para financiar la salud de todas las personas no aseguradas sean insuficientes.

Aunado a lo anterior, existe una desigualdad de asignación de recursos por parte de los estados para atender a la población no derechohabiente, la cual es determinada en gran parte por la oferta de servicios. Como resultado, se tiene una diferencia de ocho a uno entre el estado que más recursos destina, comparado con el estado que destina menos recursos. Esta

desigualdad en la asignación de recursos provoca que exista una inequidad en el financiamiento de la salud en México.

Cabe resaltar que, ante esta situación, la población rural es una de las más afectadas, ya que los recursos proporcionados por las entidades no son suficientes para atender las necesidades relacionadas a la salud. Por ello, se puede afirmar que existe una inequidad en el acceso a los servicios de salud.

1.2 La Reforma del Sistema Nacional de Salud

El 15 de mayo de 2003 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud (LGS) para crear el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).

Esta reforma fue creada por la necesidad de brindar protección social en salud a través de un esquema de aseguramiento público en salud para el sector de la población que no cuenta con algún sistema de seguridad social y de esta manera se garantice el acceso a los servicios públicos de salud para toda la población bajo un sistema de aseguramiento universal en salud, sin importar condición social, laboral y económica. Así, la reforma cumple el compromiso que tiene el sector salud de hacer frente a los retos que surgen de la transición demográfica, epidemiológica, tecnológica y económica que prevalecen en el país. Además, de ser implantado como parte de la estrategia para dar protección a la población en materia de salud, de acuerdo con lo señalado en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PRONASA).

Esta reforma también estableció las reglas de operación y financiamiento del SPSS, principalmente subsidiado por el gobierno federal y las entidades, y en menor parte por una cuota anual de afiliación aportada por las familias.

Es importante destacar que el SPSS brinda protección financiera a la población que no pertenece a algún sistema de seguridad social, principalmente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). De esta manera, los grupos de población beneficiados por el SPSS son los trabajadores no asalariados, los auto-empleados y los desempleados, incluyendo a sus familiares y dependientes económicos. Esta protección se brinda bajo un nuevo esquema de seguro público de salud, que es coordinado por la Federación y operado por las entidades federativas. Una de las características del SPSS a lo largo de cada una de las fases que han dado lugar a su creación, ha sido su sustento en un marco ético explícito.

A través de la reforma a la LGS, se unió la protección social en salud como materia de salubridad general y se incorporaron las reglas generales de financiamiento y prestación de los servicios para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud en el caso de la población sin acceso a la seguridad social.

Los artículos modificados por la reforma son los artículos 3, 13, 17, 28 y 35 de la LGS. Además, se adiciona el Título Tercero Bis, el cual incluye diez capítulos y 41 artículos que engloban los siguientes rubros:

Se define concepto de la protección social en salud; distribución de competencias entre la Federación y las entidades federativas; definición explícita de los beneficios asociados a la protección social en salud; definición de la población beneficiaria; creación de los Regímenes estatales de protección social en salud (REPSS); establecimiento del esquema de aportaciones para el SPSS, incluyendo los Fondos de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona y a la Comunidad; especificaciones en torno a la definición y cobro de las cuotas familiares; objeto y constitución del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos; objeto y constitución de la previsión presupuestal anual; reglas para garantizar la transparencia, control y supervisión del manejo de los recursos del SPSS; establecimiento del CONPSS y la CNPSS como expresiones organizacionales para la operación del SPSS; definición de los derechos y obligaciones de los beneficiarios, así como causas de suspensión y cancelación al SPSS.

El decreto incluye también 21 artículos transitorios mediante los cuales se establecen las condiciones de gradualidad para implantar progresivamente el SPSS.

Además, la reforma establece una separación de funciones dentro del Sistema de Salud. Se identifican, por un lado, a los prestadores de servicios de salud y, por otro lado, a los financiadores del servicio y a los que ejercen la función de rectoría. Es decir, en el inicio de la reforma, los servicios estatales de salud se constituyen en los prestadores de servicios, la Comisión Nacional de Protección Social se suma a los organismos financiadores y la Secretaría de Salud a nivel Federal adquiere el papel rector.

Por otro lado, el Reglamento de la Ley General de Salud, se publicó el 5 de marzo de 2004 en el Diario Oficial de la Federación, con la finalidad de regular el Sistema de Protección Social en Salud, y establece que su aplicación será competencia de la Secretaría de Salud y los servicios estatales de salud.

Asimismo, de la Ley se desprenden tres reglamentos, que precisan disposiciones en relación al financiamiento y organización: El reglamento en materia de Protección Social en Salud, el Reglamento Interno del Consejo Nacional de Protección Social en Salud (CONPSS) y el Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS).

En conclusión, la reforma buscó promover la participación del gobierno federal y los gobiernos estatales en el financiamiento de la salud y, paralelamente, brindar un mayor acceso a los servicios de salud. A su vez, se pretende reducir el gasto de bolsillo, brindar protección financiera a las familias, fomentar un incremento de la inversión pública en materia de salud, y concebir a la salud como una responsabilidad compartida entre el gobierno y la sociedad y, finalmente, una mayor accesibilidad a los servicios de salud.

1.3 Sistema de Protección Social en Salud

El Sistema de Protección Social en salud se define como las funciones que brinden los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, los cuales estarán apoyados por la participación subsidiaria y coordinada de la Federación.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo cuarto que, sin importar la condición social, todos los mexicanos tienen derecho a la Protección Social en salud en donde el Estado tendrá que asegurar el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios 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.

Este sistema considerará los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, además de los de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, gineco obstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.

Las unidades médicas de las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como de los estados y el Distrito Federal, que se incorporen al Sistema de Protección Social en Salud, proveerán como mínimo los servicios de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, gineco obstetricia, pediatría y geriatría.

Los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud suministrarán los servicios de salud y los medicamentos correspondientes, sin exigir cuotas distintas.

La finalidad de este sistema es brindar protección financiera a la población que no cuenta con seguro social, principalmente (IMSS, ISSTE, entre otros), mediante un esquema de aseguramiento universal en salud. Además, intenta crear una cultura de pago anticipado entre los beneficiarios, y disminuir el empobrecimiento por gastos en salud.

Con la finalidad de lograr una mayor equidad en la distribución de recursos públicos para la salud entre las diferentes entidades federativas y los grupos de población, la Ley General de Salud establece las bases de financiamiento para la población no derechohabiente.

Este sistema evita el empobrecimiento de las familias en materia de salud y ayuda a fortalecer los subsidios por parte de los diferentes niveles de gobierno. Asimismo, promueve la solidaridad entre la población.

Básicamente, los principios del SPSS son: universalidad, portabilidad nacional, priorización explícita de intervenciones de prepago de servicios de salud, solidaridad financiera, subsidiariedad, presupuestación, democracia y rendición de cuentas.

La universalidad se define como el acceso a los servicios de salud y la portabilidad de beneficios entre zonas geográficas y entre instituciones son aparatos centrales para evitar que se excluya a la sociedad; además de promover la igualdad de oportunidades, no importando el nivel de ingreso, la condición laboral o del lugar de residencia. La portabilidad de beneficios entre zonas geográficas se vincula estrechamente con la autonomía de las personas y su libertad para movilizarse en el territorio nacional, sin que ello merme su derecho a la protección de la salud.

Debido a la constante dinámica que está asociada al mercado laboral y a que la población económicamente activa recorre diferentes sectores productivos, entre lapsos de empleo y desempleo y el sector formal e informal de la economía, estos no tienen porque repercutir en la disminución en la protección de su salud. A su vez, la portabilidad de beneficios permite que las aportaciones realizadas por el gobierno federal sigan al beneficiario, independientemente de la institución pública en la que esté incorporado.

La priorización explícita de intervenciones tiene por objeto la optimización de recursos que están destinados a la salud, de manera que con ello se produzcan los mayores beneficios posibles en las condiciones de salud de la población. La priorización utiliza como criterios las necesidades de salud más apremiantes de la población y las prácticas médicas que garanticen una mayor efectividad en relación con su costo. Como resultado de la priorización de intervenciones se define de manera explícita el paquete o conjunto de intervenciones médicas que serán cubiertas.

Los beneficios cubiertos se define como aquellas acciones que doten a la ciudadanía de más elementos para exigir su derecho a la protección de la salud, pues conocerán de forma anticipada cuáles son las intervenciones a las que tienen derecho al estar afiliados al SPSS.

El prepago de servicios de salud y la solidaridad financiera son aquellos elementos que permiten promover que exista un financiamiento más justo y eficaz de salud, así como una mayor corresponsabilidad en el financiamiento y operación del sistema de salud, unido al principio de subsidiariedad entre los distintos órdenes de gobierno y a un proceso de presupuestación.

Por último, la rendición de cuentas es una pieza fundamental para asegurar que la prestación de servicios y los recursos respondan a las demandas ciudadanas, lo que implica reconocer el papel que corresponda la ciudadanía como principal beneficiario del Sistema Nacional de Salud.

Cabe señalar que en 2009, el total de recursos federales autorizados al SPSS en el Presupuesto de Egresos de la Federación, ascendió a 45,587.1 millones² de pesos, de los cuales se destinó el 94.5% al financiamiento de los servicios, prestaciones médicas y acciones de infraestructura. El 5.5% restante, se destinó para financiar el Fondo de Aportación para los Servicios de Salud a la

² Informe de Resultados Segundo Semestre 2009, SPSS

Comunidad, realizar acciones enfocadas al desarrollo estratégico del SPSS y para cubrir gastos de administración y recursos humanos de la CNPSS.

1.3.1 Estructura financiera

En la actualidad, las familias se ven afectadas económicamente debido a los altos costos de las consultas médicas y usualmente tienen que desembolsar gran parte de sus recursos para poder adquirir los medicamentos. Esto afecta principalmente a las familias de menos ingresos, porque tienen que enfrentar dificultades financieras.

El funcionamiento de los sistemas de salud se fundamenta en la constante movilización de recursos financieros desde sus fuentes (hogares, empresas, gobierno y organismos internacionales), su acumulación en fondos (seguro social y no social, presupuestos públicos, ahorros familiares) y su distribución subsiguiente para la producción o compra de servicios.

Se han reestructurado las funciones del sistema de salud con el objetivo de satisfacer las necesidades de la población y, de esta manera, asegurar la provisión de los servicios y bienes en salud, logrando así una exitosa aplicación de la protección social en salud. Para asegurar la producción de las actividades del SPSS, la LGS instauró el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASCC) y el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASPP).

El Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASPP) forma parte del esquema de financiamiento a través del cual el SPSS financiará la prestación de los servicios de salud a las personas, los cuales forman parte de las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios del sistema.

El Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASCC) incluye los recursos asociados a las actividades realizadas por las entidades federativas vinculadas con el ejercicio de la función de rectoría y la función de prestación de servicios de salud a la comunidad.

Las instituciones públicas cuyos recursos financieros están orientados a brindar las acciones de atención a la salud se componen de la siguiente forma:

- Del ramo 12, el cual concentra los recursos de los programas federales, como son los programas de combate a la pobreza (por ejemplo, Oportunidades), los organismos descentralizados y los órganos desconcentrados;
- Del ramo 19, que incluye las partidas de la seguridad social (IMSS e ISSSTE);
- Del gasto estatal, que representa el esfuerzo de las entidades e integra la aportación solidaria estatal;

- Del ramo 33, que es un fondo que se considera parte de la aportación solidaria federal; y,
- Las cuotas de recuperación que representan una forma de gasto de bolsillo en las instituciones públicas y que serán utilizadas como parte de la cuota familiar.

Con el fin de proteger a las familias, el Seguro Popular cuenta con un esquema de financiamiento tripartito, financiado principalmente por aportaciones del gobierno federal y de las entidades federativas y, adicionalmente, por una aportación de las familias afiliadas.

Los componentes para el financiamiento son: cuota social, aportación solidaria (Federal y Estatal) y cuota familiar. La primera se cubre de manera anual por parte del Gobierno Federal por cada familia perteneciente al SPSS, la cual equivale al 15% del salario mínimo diario para el Distrito Federal vigente al 1 de enero de 2004. Esta aportación se actualizará trimestralmente, conforme a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC)

Las aportaciones solidarias también se realizan por cada familia afiliada al SPSS. Estas se clasifican en dos tipos: aportación solidaria estatal mínima por familia, que representa la mitad de la cuota social. Por otro lado, se tiene la aportación solidaria federal por familia, que en promedio equivale a 1.5 veces la cuota social.

La cuota familiar es la cantidad que aporta cada familia afiliada al SPSS. Ésta se realizará de forma anual y será proporcional a su situación económica. El hecho de no contar con los recursos para cubrirla no será impedimento para incorporarse al seguro popular. De lo anterior se deriva que, al momento de afiliarse, las familias son clasificadas en dos regímenes: contributivo y no contributivo.

El régimen contributivo está integrado por las familias que realizan la aportación conforme a lo establecido; por otra parte, el régimen no contributivo lo integran las familias que debido a su situación económica no pueden cubrir la cuota correspondiente. Cabe señalar que sin importar al régimen al que pertenezcan, las familias estarán sujetas a los beneficios del Sistema de Protección Social.

Para cada familia se realiza un estudio socioeconómico y se les ubica en el decil de ingresos correspondiente, a fin de determinar el monto de la cuota familiar, la cual a su vez se podrá incrementar según el INPC.

1.3.1.1 Fideicomiso

La existencia del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad asegura que el Gobierno Federal aporte recursos y que éstos sean ejercidos por los estados y el Distrito Federal para que, éstos a su vez, realicen las acciones relativas a las funciones de rectoría y la

prestación de servicios de salud a la comunidad, conforme a los objetivos estratégicos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud.

Cada familia que sea beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud tendrá que aportar una cuota social la cual será cubierta por el Gobierno Federal, la cual equivaldrá al 15% de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal. Esta cantidad se actualizará trimestralmente de acuerdo a la variación del INPC.

Adicionalmente, el gobierno realiza una aportación solidaria federal por familia, que equivale en promedio a 1.5 veces la cuota social. Dicha aportación se realizará mediante el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona.

La Ley General de Salud (LGS) y su Reglamento, señalan que el Ejecutivo Federal deberá constituir un Fideicomiso para el tratamiento de enfermedades catastróficas. Es por ello que, la LGS en su artículo 77 BIS 29, establece la obligación de crear el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), en el marco del SPSS.

La CNPSS será la encargada de administrar los recursos del Fondo de Gastos Catastróficos, el cual tendrá un Comité Técnico para la toma de decisiones, teniendo como funciones principales: la aprobación de las reglas de operación del fideicomiso, autorizar planes de inversión y transferencias de recursos del fideicomiso a los fideicomisarios.

El Comité Técnico está conformado por siete representantes de la Secretaría de Salud como cabeza de sector, dos representantes de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) como fideicomitente, así como por un representante del CSG, un representante de la Secretaría de la Función Pública y un representante de la institución de crédito que fungirá como fiduciaria.

El Banco Nacional de Obras desempeña la función de fiduciaria, siendo la institución encargada de administrar los recursos y llevar a cabo los objetivos del fideicomiso, teniendo en cuenta las decisiones del Comité Técnico. La fiduciaria recibirá los recursos de la SHCP; ésta última realiza la función de fideicomitente.

Los importes del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos no se transfieren directamente a las entidades federativas, ya que de acuerdo a la normatividad vigente, éstos se envían primero al Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS), dando conformidad con los artículos 96 y 108 del Reglamento de la LGS.

Para la radicación de los recursos del Fideicomiso a los estados, se requiere del acuerdo del Comité Técnico del Fideicomiso, por medio del cual se autorizan:

- Desembolsos para atender las enfermedades relacionadas con Gastos Catastróficos;
- Recursos para el fortalecimiento de infraestructura;

- Compensaciones para subsanar la diferencia en la demanda de servicios;
- Los recursos para cubrir las garantías interestatales de pago.

Al 30 de junio de 2009 se habían validado 81,769 casos³ atendidos en 2008 de enfermedades catastróficas, los cuales equivalían a un monto de 3,908.6 millones de pesos. Del total de casos, 32.7% correspondía a la adquisición de antiretrovirales para pacientes con VIH-SIDA, cuya distribución la lleva a cabo directamente el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA).

1.3.1.2 Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

Las enfermedades consideradas como gastos catastróficos son aquellas que debido a su complejidad, especialidad o nivel de frecuencia con la que ocurren, implican un alto costo en su tratamiento y medicamentos correspondientes.

Una de las creaciones financieras del SPSS es la del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (artículos 77 Bis 17, 77 Bis 29 y 77 Bis 30 de la LGS). Este fondo tendrá la finalidad a ayudar a las entidades federativas en el financiamiento del tratamiento de padecimientos que por su gravedad, representen un riesgo asegurable bajo la lógica clásica de aseguramiento y en consecuencia, representan un riesgo financiero o gasto catastrófico desde el punto de vista institucional.

Este fondo es un elemento clave para que se garantice la cobertura de la población afiliada ante la ocurrencia de dichos padecimientos al constituirse como la fuente financiera que permite el acceso y la provisión de tratamientos de alta especialidad y alto costo a los afiliados al SPSS.

De acuerdo al artículo 77 Bis 29 de la LGS, se establece al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) como un fondo de reserva sin límite de anualidad presupuestal. Gracias a este fondo, se originará un financiamiento más eficaz de los servicios de alta especialidad. Por medio de esto, se garantiza la continuidad e integralidad de la atención médica al apoyar una mejor interface entre los servicios de primer y segundo nivel y aquéllos de alta especialidad, mediante la constitución de centros regionales de alta especialidad y redes de prestadores de servicios.

La LGS implanta la posibilidad de recibir recursos financieros a través de aportaciones adicionales de terceras instancias para el FPGC. Esto ha dado pauta a que existan pactos por parte de las Secretarías de Salud y de Hacienda y Crédito Público (SHCP) con otros sectores industriales y de la sociedad civil para construir acuerdos o convenios de cooperación financiera que faciliten la expansión de la cobertura de las enfermedades identificadas como

³ Informe de Resultados Segundo Semestre 2009, SPSS

generadoras de gastos catastróficos para el SPSS. El apoyo que se ha brindado por parte de la SHCP ha sido de gran importancia para este objetivo.

El poder contar con más recursos que con los que se tienen establecidos para el FPGC será de gran importancia para ampliar la cobertura financiera y ayudará a incluir los tratamientos de enfermedades cuya importancia a nivel social amerita una cobertura universal, más que la cobertura gradual prevista conforme al tope anual de afiliación de familias al SPSS. Esta estrategia de universalización es denominada cobertura vertical de enfermedades, en contraste con la llamada cobertura horizontal poblacional, que se refiere al aumento en la cobertura a partir de la incorporación de grupos poblacionales.

Existen limitaciones de los recursos adicionales a los presupuestales y en algunos casos por la infraestructura disponible para la prestación de servicios a la cobertura vertical. Es importante recalcar que la cobertura vertical permite el acceso de la población no asegurada que así lo requiera a los tratamientos cubiertos de manera exclusiva mediante esta estrategia. Posterior al tratamiento se les dará la opción a los pacientes tratados de afiliarse al SPSS.

Otro de los beneficios que ha permitido la cobertura vertical es la alineación de otros recursos presupuestales, como así lo muestra el caso de los recursos del ramo 12 enfocados a la compra de antirretrovirales. Con ello se logra la cobertura de todos los casos de VIH/SIDA ya existentes, mientras que parte de los recursos presupuestales del FPGC se enfoca a la cobertura de los nuevos casos.

La principal prioridad para la LGS es la de la afiliación de la población que habita en zonas marginadas y cuyo nivel socioeconómico las ubique en los primeros dos deciles de ingreso. Pero bajo la estrategia de cobertura horizontal es posible incluir en estas prioridades a grupos vulnerables como son los adultos mayores de 60 años y más y las mujeres en gestación, entre otros.

Existe un tope de afiliación anual (14.3% del total de población susceptible de incorporación al SPSS), por la cual la cobertura horizontal está, aunque la intención es que de ser necesario y financieramente viable, se logre rebasar dicho tope considerando la incorporación de grupos vulnerables a las metas de afiliación ya acordadas con las entidades federativas.

Existe una selección para tratamientos que sean candidatos a estar en la modalidad de cobertura vertical, la cual se realiza con base en el impacto social, la suficiencia de recursos y la disponibilidad de oferta. Los tratamientos de las enfermedades identificadas como prioritarias para la expansión vertical son el tratamiento antirretroviral de VIH/SIDA, el tratamiento del cáncer cérvico-uterino invasor y el tratamiento de los cánceres infantiles.

El Fondo de Gastos Catastróficos es un fondo sin límite de anualidad presupuestal que forma parte del Sistema de Protección Social en Salud y tiene como objetivo financiar las

enfermedades de gastos catastróficos, derivadas de tratamientos y medicamentos definidos por el Consejo Nacional de Salud.

Los recursos de este fondo se constituyen del 8% de los recursos de la cuota social y de las aportaciones solidarias, tanto federales como estatales. Éstos serán administrados por la CNPSS, mediante un fideicomiso.

El fondo proporciona recursos para tratamiento de 49 enfermedades pertenecientes a las siguientes categorías:

- VIH/SIDA;
- Cáncer Cérvico-Uterino;
- Cáncer de mama;
- Cáncer de niños y adolescentes ;
- Cataratas;
- Trasplante de médula ósea;
- Trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos;
- Cuidados intensivos neonatales.

Para el primer semestre de 2009 se financiaron 53,686 casos⁴ de padecimientos validados en 2008, correspondientes a las categorías mencionadas, cubriendo un monto de 2,957.9 millones de pesos. Asimismo, se adquirieron 9.1 millones de vacunas anti influenza, por una cantidad de 327.1 millones de pesos.

Existen alrededor de 5,865 personas con VIH/SIDA que no cuentan con seguridad social y que han recibido tratamiento antirretroviral de enero a agosto de 2009 por medio del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, con lo cual el número acumulado desde 2000 asciende a 29 mil. Para mejorar la calidad de atención de estas personas, en 2008 se incorporaron las pruebas *CD3* y *CD4*⁵ al marco lógico de los laboratorios estatales de salud pública y se agregaron dos nuevos antirretrovirales al Cuadro Básico de Medicamentos: *Raltegravir* y *Darunavir*.

De enero a agosto de 2009 se realizaron 35,879 pruebas de laboratorio y hasta agosto de 2009 se contaba con 54 Centros Ambulatorios para la Atención y Control del VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPACITS).

La Ley General de Salud, con la finalidad de poder expandir la cobertura de Gastos Catastróficos al incluir los tratamientos de enfermedades que debido a su importancia requieren de una cobertura universal, permite que el fondo pueda recibir recursos adicionales al presupuesto estimado por medio de terceras instancias.

⁴ Informe de Resultados Segundo Semestre 2009.

⁵ Los exámenes denominados de seguimiento, que sirven para saber en qué estado se encuentra la evolución de la enfermedad. La información que brindan estos exámenes de seguimiento facilitan la toma de decisiones respecto a las terapias antirretrovirales.

Este tipo de cobertura proporciona acceso a todas las personas, sin importar que estén incorporados al SPSS. Cabe destacar que estará limitada por la infraestructura disponible para ofrecer los servicios

1.3.2 Estructura operativa

Para dar seguimiento al SPSS, la reforma establece una serie de procesos operativos, los cuales se pueden clasificar de acuerdo a su función en dos ámbitos: el organizacional y el de prestación de servicios. En el primero se encuentran los procesos relacionados a la administración, rectoría, rendición de cuentas del SPSS a nivel estatal y federal, así como su relación con el Sistema Nacional de Salud. En cuanto al ámbito de prestación de servicios, se encuentran todos los procesos para ofrecer las atenciones cubiertas por el SPSS.

Los procesos a nivel federal, por medio de la Secretaría de Salud, tienen el objetivo de desarrollar, coordinar, supervisar y establecer las bases para la regulación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. Además, constituirá y verificará el presupuesto para atender imprevistos en la demanda como son los gastos catastróficos.

En este contexto, la CNPSS es la instancia a nivel federal que se encarga de instrumentar la política de protección social en salud, evaluar los acuerdos de coordinación con los gobiernos y evaluar el desempeño de los Regímenes Estatales de Protección Social (REPS). Por otra parte, la Ley establece que la CONPSS, será un órgano consultivo. Éste podrá opinar acerca del financiamiento y proponer medidas para su mejoramiento.

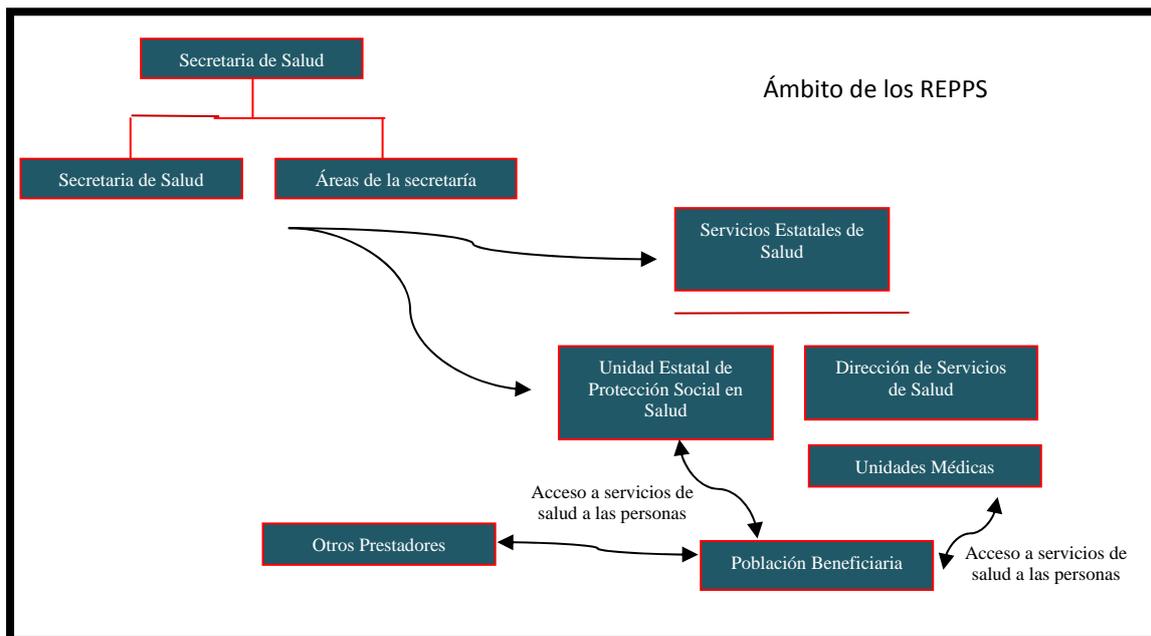
La creación del SPSS en cada una de las entidades federativas tendrá que realizarse mediante la separación administrativa y de gestión entre una instancia responsable directamente de la prestación de los servicios y otra que ejerza las funciones de financiamiento y presupuestación por resultados de dichos servicios.

La ejecución del SPSS en cada entidad federativa tendrá que estar a cargo de las correspondientes autoridades estatales y éstas tienen que tomar las medidas correspondientes que permitan adecuar su marco legal y administrativo para que, en la medida de lo posible, sin incurrir en erogaciones adicionales a las existentes, se desarrolle una instancia dependiente de la autoridad sanitaria estatal que ejecute las acciones de afiliación, financiamiento, supervisión y evaluación de servicios de salud para el cumplimiento de las disposiciones aplicables y la adecuada implantación y funcionamiento del SPSS.

Las entidades federativas tendrán la participación subsidiaria y coordinada de la federación para el cumplimiento de su responsabilidad. Para la ejecución de estas funciones la Ley define al SPSS como el conjunto de acciones que los Regímenes estatales de protección social en salud (REPS) realizan en materia de protección social en salud en las entidades federativas.

Los REPPS comprenden las acciones que realiza la autoridad sanitaria estatal en materia de protección social en salud, lo cual puede llevarse a cabo mediante una unidad administrativa específica. Dichas acciones se pueden dividir en dos grandes categorías: la gestión y administración de los recursos financieros y la coordinación de la prestación de los servicios de atención médica (gráfica 1.1)

Gráfica 1.1. Instancias del Sistema de Protección Social en salud



Fuente: Secretaría de Salud .

Por su parte, los gobiernos estatales proveerán los servicios de salud tomando en cuenta su capacidad y suministro de medicamentos disponibles para su oferta. De igual forma, les compete identificar e incorporar a los beneficiarios al SPSS, mediante actividades de difusión y promoción. Los servicios estatales de salud son los encargados de la rectoría, prestación de servicios de salud, y en general todas las acciones relacionadas con la protección social.

Por otro lado, el proceso de afiliación se divide en dos partes, la primera consiste en promocionar entre la población los beneficios ofrecidos por el SPSS. En esta etapa se entrega una solicitud que incluye las Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar. La segunda etapa consiste en validar y registrar los datos de las familias que cumplan los requisitos establecidos. Posteriormente, los datos se compararán con el padrón de afiliados de otras instituciones de seguridad para evitar duplicidades.

Otro aspecto importante a considerar es la Plataforma Tecnológica Integral (PTI), el cual es el instrumento que brinda soporte a los procesos operativos de SPSS, que son: procesos de control, evaluación y transparencia que define la Ley. Esta plataforma permite manejar grandes volúmenes de información, permitiendo tener un control de todos los afiliados al

SPSS, además permite la interacción con otros sistemas de la Secretaría de Salud y brinda información en tiempo real.

EL SPSS también cuenta con un mecanismo llamado Plan Maestro de Infraestructura, el cual permite fortalecer la oferta de servicios. Este tiene como objetivo, optimizar la inversión financiera en infraestructura y equipamiento, a través de un proceso de priorización de obras con un acuerdo entre las entidades federativas.

1.3.2.1 Seguro Popular

Teniendo como instrumento el Seguro Popular, el SPSS pone a disposición de toda la población, servicios de salud de forma oportuna y de calidad, sustituyendo el gasto de bolsillo que realizan las familias en el momento de recibir atención médica, por una cuota anticipada, proporcional a la capacidad de pago de cada familia.

El Seguro Popular, denominado en un principio “Seguro para Todos”, operó por primera vez en 2001 en cinco estados piloto: Colima, Aguascalientes, Campeche, Jalisco y Tabasco. Inicialmente este seguro cubría 78 intervenciones, pudiendo añadirse en algunas entidades otras intervenciones con base en las necesidades de salud y perfiles epidemiológicos.

Los beneficiarios del Seguro Popular son: el titular, su cónyuge, los hijos menores de 18 años y mayores de 64 años que dependan económicamente del titular. En caso de que personas mayores de 18 años decidan afiliarse de manera individual, serán consideradas como familias unipersonales.

El SPSS, a través del Seguro Popular, asegura un conjunto de beneficios de atención médica, determinados en el Catálogo de Beneficios Esenciales (CABEME), que posteriormente se denominó Catálogo de Servicios Esenciales en Salud (CASES). Adicionalmente, los beneficiarios reciben una Carta de Derechos, en la cual además se incluyen las obligaciones de los afiliados. Actualmente, el catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) cubre 266 intervenciones, cubriendo un 95% de los principales padecimientos, diagnóstico y terapéuticos reportados como egresos hospitalarios.

Los servicios otorgados por este seguro serán ofrecidos por los Servicios Estatales de Salud, teniendo como base un Hospital General y los centros de salud con capacidad disponible para prestar las intervenciones incluidas en el CASES.

Básicamente, el seguro popular responde a los siguientes objetivos:

- Disminuir el gasto de bolsillo;
- Reducir el riesgo de empobrecimiento de las familias;
- Preservar la salud de las familias aseguradas al Programa;

- Fomentar la atención oportuna de la salud,
- Fortalecer el sistema público de salud, superando la brecha entre derechohabientes de la seguridad social y los que no lo son;
- Garantizar el acceso a los medicamentos; y,
- Evitar el pago de las cuotas de recuperación que cobran los servicios de salud.

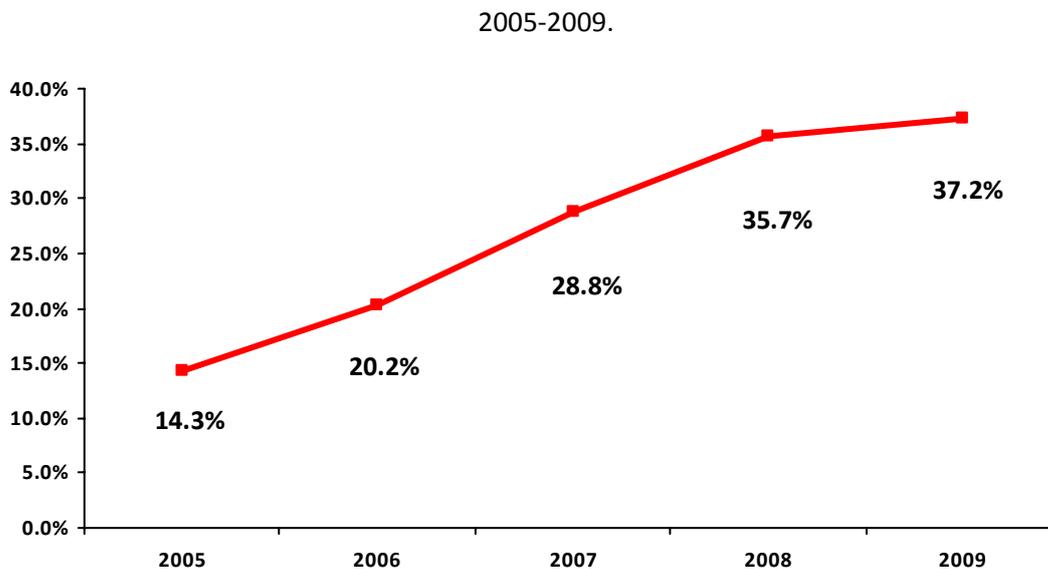
Las cifras proporcionadas por el tercer informe de gobierno indican que de la población afiliada al Seguro Popular a junio de 2009, 64% se encuentra en zonas urbanas y 36% en zonas rurales. Si bien la afiliación en zonas urbanas es superior en términos absolutos, el porcentaje de afiliados en zonas rurales es mayor a la proporción de población rural a nivel nacional registrada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), que es de 24%.

En el 2008 el número de consultas médicas otorgadas por el Seguro Popular fue de 39.7 millones. En el periodo de enero a mayo de 2009 se proporcionaron 19.6 millones de consultas médicas, lo que representó 26.4% más respecto al mismo periodo en 2008.

En el 2009 el presupuesto de Egresos a la Federación que fue autorizado para el Seguro Popular fue de 43,057.1 millones de pesos, cifra que representa un crecimiento nominal de 31.9% respecto a los 32,655.8 millones de pesos ejercidos en 2008.

Datos del Tercer Informe de Gobierno indican que a junio de 2009 se han transferido a las entidades federativas 8,427.3 millones de pesos de subsidios, lo que representa el 24.9% del presupuesto total transferible de 33,767.9 millones de pesos; en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) se transfirieron al Fideicomiso del SPSS, en el mismo periodo, 2,760 millones de pesos, es decir, 40.8% del presupuesto total transferible de 6,755.7 millones de pesos y, en el Fondo de Previsión Presupuestal (FPP), 821.1 millones de pesos, 32.4% del total transferible de 2,533.4 millones de pesos. De acuerdo a cifras ofrecidas por este informe de gobierno, hasta agosto de 2009, se han afiliado 10,053,040 familias al Seguro Popular de Salud (SPS), lo que significa un avance del 91.4%, respecto a la meta, para 2009, de 10,994,538 familias. En los primeros tres años de la actual administración se afiliaron 4.5 millones de familias, que representa un crecimiento del 88.5% respecto de la afiliación obtenida en 2006. Para 2010 la meta es lograr que 12.6 millones de familias cuenten con la cobertura del Seguro Popular. (Gráfica 1.2)

Gráfica 1.2. Familias afiliadas al Seguro Popular de salud, respecto al total de familias



Fuente: Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

1.3.2.2 Seguro Médico para una Nueva Generación

Las condiciones de salud en los primeros años de vida impactan de forma decisiva en el crecimiento y desarrollo de las personas. Una buena salud influye, positivamente, en el rendimiento educativo, capacidad productiva en la edad adulta y, en general, en las condiciones futuras de esa generación. De ahí, la importancia de proporcionar los cuidados necesarios relacionados con la salud a los niños en esta etapa.

El Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) también forma parte del SPSS, y tiene la finalidad brindar atención médica a todos los niños nacidos en territorio nacional a partir del 1 de diciembre de 2006 y a sus familias que no cuenten con algún tipo de seguridad social. Este seguro brinda protección a los niños desde que nacen hasta que cumplen cinco años de edad.

Los niños protegidos de los principales padecimientos que se presentan en los primeros cinco años de edad, tienen derecho a recibir atención de 116 intervenciones médicas. Por otro lado, las familias de los niños menores de cinco años que se hayan inscrito en este seguro, tendrán derecho a afiliarse automáticamente al Seguro Popular y recibir todos los beneficios asociados.

Las familias deberán pagar una cuota de afiliación correspondiente a su condición socio-económica de acuerdo a la clasificación del Sistema de Protección Social en Salud. Los Módulos de Afiliación y Orientación (MAO) realizan la evaluación de cada familia que solicita su registro y determinan la cuota familiar que debe cubrirse o si están exentas de hacerlo.

Las cuotas familiares del Sistema de Protección Social en Salud, publicadas el 14 de febrero de 2008, en el Diario oficial de la Federación (DOF), que se mantienen vigentes para el ejercicio fiscal de 2010 son las siguientes:

Cuotas Vigentes	
Decil de ingreso	Cuota anual familiar (en pesos)
I	0.00
II	0.00
III	0.00
IV	0.00
V	0.00
VI	0.00
VII	0.00
VIII	5,650.38
IX	7,518.97
X	11,378.86

El objetivo de este seguro es reforzar las acciones a este sector de la población, asegurando mejores condiciones posibles y las mayores oportunidades a las generaciones, con la intención de que estén mejor capacitadas y puedan consolidar una sociedad más desarrollada.

El SMNG es público y voluntario y su costo es cubierto mediante un subsidio federal proveniente de recursos fiscales autorizados en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF), para el Ejercicio Fiscal 2000, que complementan los recursos que las entidades federativas reciben de la Federación, destinados a la prestación de servicios médicos.

Las atenciones son provistas, primordialmente, por los Servicios de Salud de las entidades federativas. En caso de que las localidades no cuenten con éstos, se proporciona por instituciones de seguridad social o servicios médicos privados, que tengan convenios para este fin. Es importante señalar que para afiliarse, el padre o madre del pequeño debe acudir a los módulos de afiliación que se ubican en algunos centros de salud u hospitales generales.

Considerando las cifras del informe del primer semestre de 2009, a junio de 2009 se han afiliado 367,651 niños al Seguro Médico para una Nueva Generación, lo que significa un total de 2.2 millones de niños beneficiados considerando aquellos reportados al cierre de 2008.

1.3.2.3 Seguro de Salud para la Familia.

Con el objetivo de que todas las familias puedan tener un seguro de salud, el IMSS ofrece a todas aquellas personas que no cuentan con seguridad social o que laboran en el extranjero,

una opción para que puedan brindarles a sus familiares en México el derecho a las prestaciones en especie de enfermedades y maternidad en sus tres niveles: Medicina familiar, hospitalización y alta especialidad, teniendo una vigencia anual.

Los beneficiarios serán: esposa o concubina, hijos, padres y familiares consanguíneos hasta en tercer grado como hermanos, tíos, nietos, abuelos, sobrinos o primos a quienes se les aplicará la tarifa correspondiente por cada uno de ellos. Quiénes lo deseen podrán asegurarse de forma individual.

Para tener derecho a los beneficios mencionados, se tendrá que cubrir una cuota anual de forma anticipada, la cual esta determinada por grupo de edad y se actualiza durante el mes de febrero de cada año conforme al incremento del Índice de Precios al consumidor.

Cuotas Vigentes	
Grupo de edad	Cuota
0 a 19	\$ 1,146.65
20 a 39	\$ 1,340.10
40 a 59	\$ 2,003.05.
60 o más	\$ 3,014.20

Aunado a lo anterior, el gobierno federal cubrirá una cuota diaria equivalente al 13.9% de un salario mínimo general del Distrito Federal, la cual se actualizará trimestralmente de acuerdo al incremento del Índice Nacional de Precios al Consumidor.

Cabe señalar que la afiliación será de manera voluntaria y que es un seguro médico preventivo, es decir que sólo lo pueden contratar las personas que están sanas, además tiene restricciones y tiempos de espera para recibir la atención médica, éstos últimos se presentan a continuación:

- I. Seis meses:
 - Tumoración benigna de mama

- II. Diez meses:
 - Parto.

- III. Un año:
 - a) Litotripcia.
 - b) Cirugía de padecimientos ginecológicos, excepto neoplasias malignas de útero, ovarios y piso perineal.
 - c) Cirugía de insuficiencia venosa y várices.
 - d) Cirugía de senos paranasales y nariz.
 - e) Cirugía de varicocele.
 - f) Hemorroidectomía y cirugía de fístulas rectales y prolapso de recto
 - g) Amigdalectomía y adenoidectomía.

- h) Cirugía de hernias, excepto hernia de disco intervertebral.
- i) Cirugía de *hallux valgus*.
- j) Cirugía de estrabismo.

IV. Dos años:

Cirugía ortopédica-Una vez concluido el tiempo de espera los asegurados podrán hacer uso de las prestaciones en especie respecto de los padecimientos y tratamientos antes señalados.

El seguro no cubre los siguientes casos:

- a) Cirugía estética.
- b) Adquisiciones de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares y aparatos auditivos.
- c) Cirugía para corrección de astigmatismo, presbicia, miopía e hipermetropía.
- d) Tratamiento de lesiones auto infligidas e intento de suicidio.
- e) Tratamiento de lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte con riesgo físico.
- f) Examen médico preventivo solicitado por el titular del núcleo familiar asegurado, beneficiarios legal o familiar adicional.
- g) Tratamientos de trastornos de conducta y aprendizaje.
- h) Tratamientos dentales, excepto extracciones, obturaciones y limpieza.
- i) Otorgamiento de órtesis, prótesis y aditamentos especiales.
- j) Tratamientos quirúrgicos o médicos para corrección de alteraciones de la fertilidad de la pareja.

Actualmente, en el IMSS se encuentran inscritos un total de 199 331 asegurados en el Seguro de Salud para la Familia, de los cuales 191,633 (96.1 por ciento) son seguros que forman grupo familiar y 7,698 (3.9 por ciento) son seguros que fueron contratados por familiares adicionales.

En este contexto, con dichos Seguros el Instituto protege con asistencia médica a 577,083 derechohabientes, de los cuales, en promedio el 51.6 por ciento se estima son mujeres y 48.4 por ciento hombres.

Asimismo, del total de los derechohabientes amparados por el Seguro de Salud para la Familia, en promedio el 32.7 por ciento es población hasta de 19 años, 21.4 por ciento

En el cuadro 1.1 se presenta el comportamiento de los ingresos y los gastos por ramo de seguro, así como el resultado de operación.

Cuadro 1.1. Resultados para los Ramos de Aseguramiento

Año	Riesgos de trabajo	Enfermedades y Maternidad	Invalidez y Vida	Guarderías y prestaciones sociales	Salud para la Familia	Total
Ingresos						
2002	14,794,966	96,468,987	18,586,124	7,644,191	1,003,716	138,497,984
2003	16,803,587	104,770,771	21,895,282	8,353,915	1,172,079	152,995,634
2004	18,387,713	111,036,873	23,710,496	8,854,875	1,380,943	163,370,900
2005	20,526,705	119,675,016	26,662,441	9,297,583	1,380,943	177,718,373
2006	20,528,898	118,672,701	27,842,961	9,927,733	1,648,211	178,620,504
Egresos						
2002	9,854,296	104,762,289	12,804,818	9,247,576	1,766,311	138,435,290
2003	10,363,234	118,893,145	10,897,355	10,796,901	1,997,159	152,947,794
2004	11,494,921	125,307,274	11,002,567	11,840,468	3,484,360	163,129,590
2005	9,241,252	134,756,372	20,010,261	9,140,350	4,369,641	177,517,876
2006	10,906,788	143,998,300	8,545,795	10,177,701	4,720,618	178,349,202
Excedente Neto						
2002	4,940,670	-8,293,302	5,781,306	-1,603,385	-762,595	62,694
2003	6,440,353	-14,122,374	10,997,927	-2,442,986	-825,080	47,840
2004	6,892,792	-14,270,401	12,707,929	-2,985,593	-2,103,417	241,310
2005	11,285,453	-15,081,356	6,652,180	157,233	-2,813,013	200,497
2006	9,622,110	-25,325,599	19,297,166	-249,968	-3,072,407	271,302

Fuente: Estados Financieros Dictaminados. IMSS (2006).

Los seguros de Riesgos de Trabajo e Invalidez y Vida tienen excedentes de operación desde 2002, mientras que el de Guarderías y Prestaciones Sociales experimenta superávit en 2005, no así en 2006, donde nuevamente presenta déficit; los seguros de Enfermedades y Maternidad y Salud para la Familia, por otro lado, han registrado déficit del 2002 al 2006.

1.4 Las políticas públicas

El Artículo 77 BIS 6 de la Ley General de Salud establece que el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud y los gobiernos de los estados y el Distrito Federal, celebrarán acuerdos de coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud. Para esos efectos, la Secretaría de Salud establecerá el modelo nacional a que se sujetarán dichos acuerdos, en los cuales se determinarán, entre otros, los conceptos de gasto, el destino de los recursos, los indicadores de seguimiento a la operación y los términos de la evaluación integral del Sistema.

El presupuesto asignado al Seguro Popular se ha comportado acorde al crecimiento programado de la afiliación de familias, el cual tiene como base el objetivo de cumplir con la meta establecida en el Artículo Octavo Transitorio de la LGS, así como con los compromisos de afiliación pactados con las entidades federativas.

El presupuesto federal autorizado para el SPSS en 2009 ascendió a 45,587.1 millones de pesos, monto que representa un incremento real del 27.9% respecto a 2008 y un crecimiento acumulado de 740% real, a seis años de iniciada la operación del Sistema.

La Cámara de Diputados autorizó en el PEF, un monto de 45,587.1 millones de pesos para el SPSS, el cual se integró de la siguiente forma:

- Recursos del Seguro Popular: A este rubro se asignaron 43,057.1 millones de pesos para cubrir las cuotas y aportaciones asociadas a las familias beneficiarias del SPSS. Este monto se compone de los recursos federales transferibles a ser aplicados por las entidades federativas, así como de la parte federal correspondiente al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) y al Fondo de Previsión Presupuestal (FPP).
- Recursos para la operación de la CNPSS: 553 millones de pesos destinados a cubrir los gastos de administración y recursos humanos de dicha Comisión;
- y otras acciones: se integra por 207.9 millones de pesos, que la Secretaría de Salud (SS) reasignó para realizar acciones enfocadas al desarrollo estratégico del SPSS, y por 1,769.2 millones de pesos, que fueron utilizados para financiar al Fondo de Aportación para los Servicios de Salud a la Comunidad.

La forma en que se ejerce el presupuesto anual del SPSS difiere de otros programas federales. En este caso, el presupuesto que se transfiere a las entidades depende de la afiliación de las familias y, aunque se determina para un periodo, se traslada una vez que se cumplen diferentes requisitos, tanto operativos como normativos.

Asimismo, en 2009 se siguió consolidando la política de incentivos para estimular el desempeño de las entidades federativas en materia de afiliación, con ello se pretende orientar los trabajos y acciones que se llevan a cabo en los estados y en el Distrito Federal para alcanzar las metas de afiliación al cierre de cada ejercicio y, como consecuencia, se llegue al objetivo primordial de cumplir con la cobertura universal en salud.

Otros de los aspectos que abarcan las políticas públicas en materia de salud son:

1. Fomentar la colaboración activa de la sociedad organizada y la industria en el mejoramiento de la salud de los mexicanos.

Esto se realiza mediante diferentes esquemas como el Programa de Entornos y Comunidades Saludables, el cual dictamina las bases para garantizar una salud integral, mejorar las conductas que la benefician, fomentar políticas públicas a favor de la salud, apoyar la creación de entornos saludables y reforzar el poder de las comunidades sobre los determinantes de su salud, involucrando a los diferentes órdenes de gobierno en acciones de promoción de la salud.

2. Crear un sistema integral y de calidad en la atención médica además del abasto oportuno de medicamentos.

La realización de este punto es a través de diferentes mecanismos entre los que se destacan el financiamiento para apoyar proyectos de mejora en 83 centros de salud y 43 hospitales, lo que representó una inversión total de 16.8 millones de pesos.

Se ha destinado un monto total de 11.1 millones de pesos para el apoyo de 39 proyectos de capacitación en calidad. La Red Nacional del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) está constituida por 10,800 trabajadores de la salud de diferentes instituciones, tales como: IMSS, ISSSTE, Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), Secretarías de Salud Estatales, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), Seguro Popular, Asociación de Hospitales Privados, Cruz Roja, Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR). Esta red es el medio de comunicación para la implantación del SICALIDAD.

3. Aumentar la calidad en los aspectos de planeación, la organización, el desarrollo y los sistemas encargados de la rendición de cuentas de los servicios de salud para lograr con ello un mejor desempeño del Sistema Nacional de Salud.

Esto es a través de desarrollar métodos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud, los cuales permitan la gestión de unidades médicas y redes de servicio social, avances en el cuadro básico y catálogo de insumos del sector salud.

4. Asegurar recursos humanos, equipamiento, infraestructura y tecnologías de la salud eficientes, de acuerdo con las necesidades de la salud de la población.

En el periodo comprendido en enero-junio de 2009 el gasto realizado en materia de salud fue de 111,495.6 millones de pesos, lo que significó un aumento de 10.2% real, respecto al mismo lapso del año anterior. Como proporción del Producto Interno Bruto (PIB), la participación del gasto en salud representó 1%.

5. Realizar acciones a favor de la salud reproductiva y la salud materna y perinatal, así como la prevención contra enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, y otras enfermedades asociadas al rezago social que persiste en la sociedad.

Esto es a través de realizar metas de reducir a la mitad la tasa de mortalidad materna en los 125 municipios con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH) en 2012. En octubre de 2008, se desarrolló una aplicación específica dentro de la herramienta georeferenciada del *Plan Maestro Sectorial de Recursos*⁶ para la Salud, la cual contiene capas con los indicadores requeridos para diagnosticar deficiencias en las redes de atención materna y determinar las acciones de fortalecimiento necesarias con la finalidad de disminuir 40% la mortalidad infantil en los 125 municipios con menor IDH, y la promoción de la salud sexual y reproductiva responsable.

1.4.1 Programa Nacional de Salud

En México se tiene la necesidad de contar con un Sistema de Salud que alcance para todos sin excepción, que se atienda a las personas con absoluto respeto a sus derechos, sin importar su situación de vida; que el Sistema de Salud brinde Protección Financiera al paciente y se evite así el empobrecimiento de las familias cuando padecen alguna enfermedad.

En este contexto, la Secretaría de Salud en coordinación con el Sector Salud (Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA) integró de manera conjunta el Programa Nacional de Salud 2007-2012, el cual establece una serie objetivos para lograr una cobertura universal de salud y garantizar el acceso de todos los mexicanos a servicios de salud, por medio de una integración funcional y programática de las instituciones públicas bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

Este programa responde a 5 objetivos principales:

- 1) Mejorar las condiciones de salud de la población.
- 2) Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente.
- 3) Reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.
- 4) Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal.
- 5) Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en México.

Para desarrollar estos objetivos de manera adecuada se han diseñado diez estrategias las cuales están constituidas para el fortalecimiento de las funciones del Sistema Nacional de Salud, además de procurar el financiamiento equitativo y sostenible, y la generación de

⁶ Documenta la infraestructura médica del sector público, el cual permite visualizar la población que demanda servicios de salud y ubica la infraestructura médica existente, y la accesibilidad de la población a los servicios.

recursos suficientes y oportunos encaminados a prestar servicios de salud de calidad y seguros. Las estrategias son las siguientes:

1. Rectoría efectiva en el sector

1. La protección y el fortalecimiento contra riesgos sanitarios.
2. El fortalecimiento e integración de las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades.
3. La calidad como un tema de vigilancia permanente del Sistema Nacional de Salud.
4. Elaborar herramientas de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud.
5. Organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud.

2. Financiamiento equitativo y sostenible

6. Este punto establece que se garantice recursos financieros suficientes para poder llevar a cabo las funciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud.
7. El poder asegurar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la personas.

3. Generación de recursos suficientes y oportunos

8. Fomentar que se invierta en nuevos sistemas, tecnologías de la información y comunicaciones que mejoren la eficiencia y la integración del sector.
9. Mejorar los aspectos relacionados con los temas de investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos.
10. La ayuda en el desarrollo de infraestructura, además de contar con el equipo necesario para ayudar a los servicios de salud.

El capítulo I del Programa Nacional de Salud 2007-2012 presenta un diagnóstico sobre la salud y los servicios de salud en el país. Este capítulo está dividido en tres secciones: necesidades, recursos y servicios. En la primera sección se describen los riesgos y daños a la salud que enfrenta nuestra población; en la segunda sección se hace un recuento de los recursos financieros, materiales, humanos e intangibles (información y conocimiento) de los que dispone el país para atender sus necesidades de salud.

El capítulo II presenta la visión prospectiva del Sistema Nacional de Salud al que los mexicanos aspiran en el 2030. En este capítulo se describen las principales características de ese sistema y los obstáculos que deberán superarse para poder construirlo.

En el capítulo III se presentan, como ya se mencionó, los objetivos del Programa Nacional de Salud 2007-2012, y las estrategias y actividades que se desarrollarán para cumplir con ellos.

Finalmente, en el capítulo IV se describen las actividades de seguimiento, evaluación y rendición de cuentas que permiten medir los avances e informar a la sociedad sobre el desempeño del Sistema Nacional de Salud y los resultados obtenidos.

Este programa responde a los retos que enfrenta el Sistema Nacional de Salud por medio de mecanismos que permitirán enfrentar riesgos sanitarios, tener una mayor promoción de la salud y prevención de enfermedades, mejorar la calidad de la atención y el desarrollo de infraestructura.

1.4.2 Convenio de colaboración del Sector Salud

Al surgir el SPSS se da la necesidad de vincular la oferta y demanda de servicios interestatales e interinstitucionales por parte del Sistema Nacional de Salud. En este aspecto la demanda responde a tres factores:

- Geográfico. Se refiere a que los servicios médicos utilizados sean los más cercanos a donde reside el demandante.
- Infraestructura. Está relacionado con el grado de innovación en cuestión de infraestructura entre entidades o instituciones.
- Tradicional. Éste se refiere a la percepción de la calidad de los servicios prestados.

Por medio de estos elementos se busca optimizar la infraestructura con la que se cuenta, además de compartir la prestación de servicios.

El convenio de colaboración es un mecanismo para vincular la oferta y la demanda de servicios en el ámbito interestatal. En este convenio se especifican los servicios que cubrirá el SPSS, el monto a ser compensado, la periodicidad del mismo y la cantidad de servicios que las entidades podrán compensar.

Asimismo, el convenio tiene la intención de formalizar la demanda interestatal de los estados colindantes o que pertenezcan a una misma red del SPSS. Cabe mencionar que, la intención es que en un futuro el convenio permita que la demanda interestatal sea cubierta independientemente de la situación geográfica.

Por otro lado, en el ámbito interinstitucional se cuenta con el Convenio General de Colaboración Interinstitucional en Materia de Prestación de Servicios de Salud como un precedente. En este convenio, instituciones como el IMSS, ISSSTE y la Secretaría de Salud han establecido las bases para la prestación de los servicios de salud.

En conclusión, el convenio de colaboración requiere de la implantación de un sistema de costeo de servicios eficientes que tome en consideración en precios por insumos dependiendo

de la zona geográfica y la institución. Asimismo, que los servicios se presten de manera oportuna y sean de calidad.

CAPÍTULO 2. DIAGNÓSTICO ACTUAL DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

2.1 Introducción

La salud y la pobreza son un factor determinante del crecimiento económico y el desarrollo, mientras que la enfermedad al mismo tiempo es una causa y efecto de éstas. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la principal causante de muerte en el mundo es la pobreza, debido a que ésta contribuye a la enfermedad y a la muerte a través de sus efectos secundarios.

En este aspecto existen más de cincuenta millones de mexicanos que viven en la pobreza, que es equivalente a 47.4% de la población, esto implica que de los 107 millones de habitantes que existen en México, 50.6 millones de mexicanos son los que viven en situación de pobreza patrimonial⁷. Es decir, no cuentan con los ingresos necesarios para satisfacer sus necesidades de salud, educación, vivienda, vestido y transporte público.

La inversión en salud es un elemento indispensable para el desarrollo económico, especialmente en los países más pobres del mundo. En México se destaca la insuficiencia de la inversión en salud, que se muestra de manera muy clara por el bajo porcentaje del PIB que se brinda a la atención a la salud, la mala distribución que existe entre las distintas entidades federativas, y la inversión insuficiente en infraestructura para la atención especializada, ambulatoria y hospitalaria.

De acuerdo con la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) y el Banco Mundial, México destaca entre los países que menos gasta en salud pública por habitante. Además, el gasto en salud se ubicó en 6.6% del PIB, en donde 2.9% son los recursos que eroga el sector público y lo demás corresponde al sector privado. En ese comparativo, México ocupa la posición 71 entre los 152 países, debajo de Afganistán, 9.2% del PIB; Botswana, 7.1%; Brasil, 7.5%; Bulgaria, 7.2%; Burundi, 8.7%; Canadá, 10%; Colombia, 7.3%; República Democrática del Congo, 6.8%; Costa Rica, 7.7%; Cuba, 7.7%, y Argentina, 10.1%.

Aunado a esto, México experimentará un acelerado proceso de envejecimiento que causará que existan diferentes necesidades de atención a la salud para lo cual no se cuenta con los elementos necesarios.

En México existe una gran diversidad de programas enfocados a la asistencia de la población vulnerable en materia de salud, tales como el Seguro de la Nueva Generación, el cual está enfocado a la atención de los niños mexicanos que nacieron a partir del 1° de diciembre; de

⁷ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval).

Atención Médica y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores de 70 Años residentes en el Distrito Federal, que tiene el fin de proporcionar ayuda alimentaria, atención médica y medicamentos gratuitos; el Programa IMSS-Oportunidades que protege a la población que no cuenta con algún sistema de seguridad social formal; y, finalmente, el Seguro Popular que brinda protección a todos aquellos que no son derechohabientes. Sin embargo, se tiene que optimizar y brindar mayores recursos en este ramo, ya que de no hacerlo podrían ocasionar grandes problemas financieros para el país.

2.2 Diagnóstico situacional

Con la creación del Seguro Popular se ha planteado un esquema de aseguramiento para las personas no cubiertas por alguna institución de seguridad social, teniendo como meta que toda la población de México pueda tener acceso a los servicios de salud. Este seguro comenzó a operar en el 2001, beneficiando una gran cantidad de personas que no disponían de algún seguro de salud. Inicialmente, éste operó en cinco estados de la república y, para el 2002, se sumaron otras catorce entidades, dando como resultado, un total de 295,513 familias incorporadas.

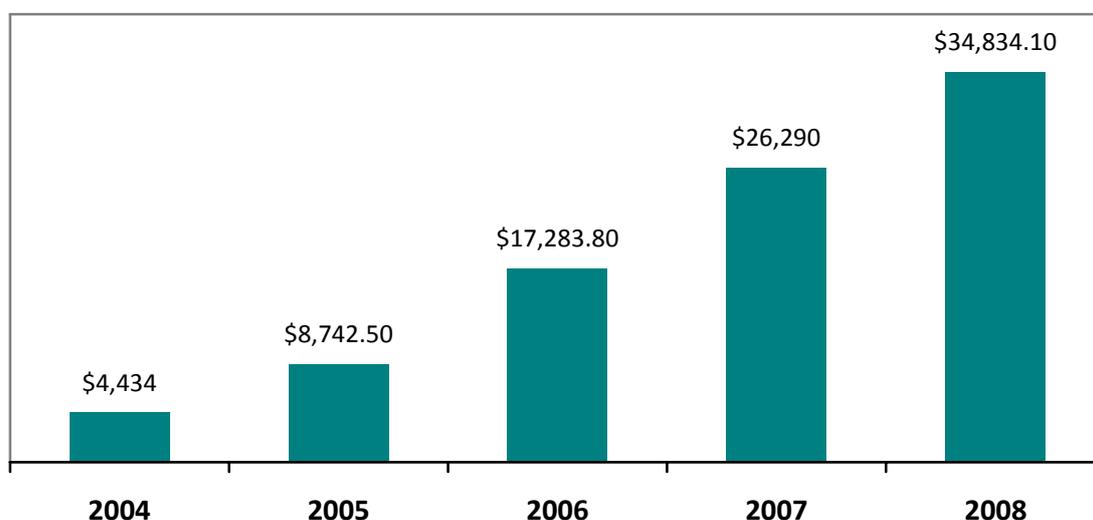
Cabe resaltar que, en México las condiciones en materia de salud han tenido grandes mejoras con la descentralización de los servicios, el incremento de los recursos destinados a la salud como porcentaje del PIB y el desarrollo de infraestructura.

Considerando cifras del II Censo de Población y Vivienda de 2005, el total de la población asegurada en México era de 49.6%, de la cual 66.2% era atendida por el IMSS, 15.1% por el Seguro Popular, 11.9% por el ISSSTE y el resto por otras instituciones. Cabe señalar que para el 2006, se realizaron más de 24 millones de consultas entre los afiliados al SPSS, de las cuales 80.5% se realizaron en los Centros de Salud, 4.3% en Hospitales y el resto fueron atendidos en urgencias médicas.

Por otra parte, durante el primer semestre de 2008, entró en marcha el Programa Embarazo Saludable como parte del Seguro Popular, el cual tiene como objetivo brindar atención médica a toda mujer embarazada, tanto a ella como a su familia. En 2008 se incorporaron a 188,913 mujeres a este seguro.

El presupuesto que se asigna al SPSS se comporta de acuerdo al crecimiento esperado de la afiliación de familias, a fin de cumplir con las metas establecidas en la LGS. Éste ascendió a 34,834.1 millones de pesos en 2008, lo que representa un crecimiento del 561% real desde que operó por primera vez el Seguro Popular (gráfica 2.1).

Grafica 2.1 Presupuesto Ejercido 2004-2008
(Millones de pesos)



Fuente: Secretaría de Salud.

Uno de los principales objetivos del SPSS es incrementar el gasto en salud pública por parte del gobierno, de lo cual se puede destacar que el presupuesto federal autorizado en 2009 ascendió a 45,587.1 millones de pesos, representando un incremento del 27.9% respecto a 2008.

Por otro lado, el número de familias cubiertas por el SPSS durante el primer semestre de 2009, ascendió a 9.6 millones. Esto representa un avance del 87.43% de meta planteada para el año 2009, que es 10.9 millones de familias. Es de importancia destacar que los estados con mayor avance son: Coahuila, Tabasco, Colima, Querétaro y Campeche.

La reafiliación al Seguro Popular es un indicador de gran importancia, ya que refleja en cierto modo, la satisfacción y confianza de las familias a este seguro. Este indicador se actualiza anualmente. Considerando que de las 7.3 millones de familias afiliadas al cierre del 2007, se conservó registro de 6.7 millones para 2008 con lo cual se obtiene como resultado una tasa de reafiliación de 91.57%.

En otro aspecto, con la estrategia Embarazo Saludable la cual forma parte del Sistema de Protección Social en Salud, se logra otorgar acceso a los servicios de atención prenatal en el embarazo; atención de parto y puerperio fisiológico; y, atención de cesárea y puerperio quirúrgico. A partir del 9 de mayo de 2008 se otorga soporte financiero por medio del Seguro Popular, con la cual se ha logrado que las mujeres embarazadas que no contaban con la posibilidad de acceder a servicios médicos para su atención, por motivos económicos, ya lo puedan hacer. Hasta el momento, se ha logrado incorporar a 379,650 mujeres embarazadas, 70.4% de la meta establecida para el 2009. Este programa ha tenido un papel muy importante

ya que más del 99% de las mujeres embarazadas afiliadas se encuentran dentro de los deciles no contributivos para este segmento de afiliación.

Sin embargo, la tasa de mortalidad materna en 2007 fue de 55.6 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos estimados, la cual corresponde a tres puntos porcentuales menor a la razón registrada en 2006; no obstante, en 2008 el número de muertes maternas se incrementó a 1,115 de acuerdo con cifras ofrecidas por la Secretaría de Salud, obteniendo una razón de mortalidad materna de 57 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos estimados, lo cual constituye un incremento de 1.4 muertes respecto del año de 2007.

Una de las poblaciones prioritarias del SPSS es la beneficiaria del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, el cual está enfocado la población en condiciones de pobreza extrema. Este programa brinda apoyo en materia de educación, salud, nutrición e ingreso, y cuenta con el apoyo de diversas secretarías como la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Secretaría de Desarrollo Social, y los gobiernos estatales y municipales.

Actualmente, el programa Oportunidades cuenta con una cobertura de 2,445 municipios; 92,689 localidades, los beneficiarios ascendieron a 5 millones de familias. De estos, la cifra acumulada al primer semestre de 2009, ascendió a 2.9 millones de familias afiliadas a través del Seguro Popular, que se traduce en 1 de cada 3 núcleos familiares afiliados al Sistema.

Cuadro 2.1. Cobertura del Programa Oportunidades

	Entidad Federativa	Municipios	Localidades	Familias Activas
	Nacional	2,445	92,689	5,049,206
1	Aguascalientes	11	809	26,047
2	Baja California	5	412	18,770
3	Baja California Sur	5	833	10,921
4	Campeche	11	645	55,520
5	Coahuila	38	1,288	38,689
6	Colima	10	231	18,062
7	Chiapas	118	8,702	557,952
8	Chihuahua	67	3,267	62,546
9	Distrito Federal	6	97	24,275
10	Durango	39	2,707	72,517
11	Guanajuato	46	5,142	230,452
12	Guerrero	81	5,007	322,354
13	Hidalgo	84	3,936	205,270
14	Jalisco	124	5,384	149,448
15	México	125	3,305	392,014
16	Michoacán	113	5,892	273,099
17	Morelos	33	699	77,304
18	Nayarit	20	980	44,424

	Entidad Federativa	Municipios	Localidades	Familias Activas
19	Nuevo León	51	2,017	45,139
20	Oaxaca	570	6,708	407,032
21	Puebla	217	4,674	388,625
22	Querétaro	18	1,499	73,330
23	Quintana Roo	9	463	48,752
24	San Luis Potosí	58	4,924	197,378
25	Sinaloa	18	3,236	121,835
26	Sonora	72	1,072	61,378
27	Tabasco	17	1,753	162,002
28	Tamaulipas	43	2,036	83,585
29	Tlaxcala	60	454	56,205
30	Veracruz	212	11,191	582,282
31	Yucatán	106	844	136,014
32	Zacatecas	58	2,482	105,986

Fuente: Secretaría de Desarrollo Social

En el tema de Seguro Médico para una Nueva Generación y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, se han acreditado 6,432 centros de salud y hospitales en Servicios Esenciales en Salud y 734 establecimientos que abarcan unidades de cuidados intensivos neonatales, las recién incorporadas Caravanas de la Salud, UNEMES Centros Nueva Vida y UNEMES de enfermedades crónicas.

Respecto al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, se puede decir que tuvo una destacada participación en el apoyo de la contingencia sanitaria para evitar la propagación del virus de la influenza humana, a través de una aportación de 1,851.2 millones de pesos, para la adquisición de insumos y medicamentos requeridos para su atención.

Asimismo, se continúa avanzando en la afiliación gradual de la población que no cuenta con seguridad social, dando prioridad a los grupos más vulnerables, como los niños recién nacidos, las mujeres embarazadas, las familias que viven en condiciones de pobreza y marginación, en conjunto con otros programas como son: Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, el Programa Caravanas de la Salud, y los trabajadores migratorios y sus familias.

Cabe resaltar que existen algunos desafíos para la afiliación de los grupos más vulnerables como son: escasa cultura de la prevención de la salud, falta de cultura de aseguramiento, insuficiencia de infraestructura y la dispersión geográfica de la población objetivo.

2.2.1 Cobertura del seguro médico

Para la construcción de los puntos establecidos en lo que concierne al esquema de aseguramiento del Seguro Popular de Salud (SPS), fue preciso que se produjeran servicios en materia de salud que cumplieran a las necesidades de la población afiliada, por medio de un catálogo de servicios, a los cuales el beneficiario tiene derecho siempre y cuando se encuentre vigente su póliza de afiliación y, que tiene por finalidad, definir la estructura y los límites de cada uno de los servicios a los cuales tienen derecho; lo que permite la conformación del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).

El primer catálogo tuvo el nombre de “Catálogo de Beneficios Médicos” (CABEME), el cual estaba constituido por 78 intervenciones de salud en el 2002 y 2003, que estaban fundamentadas en estudios de carga de la enfermedad que desarrollaron la Dirección General de Información en Salud y FUNSALUD. Estas intervenciones tenían por objeto tratar las principales causas de morbilidad en el país y la demanda hospitalaria.

Desde sus comienzos, el catálogo tomaba en consideración a las intervenciones preventivas y detección de enfermedades crónico-degenerativas. En el año 2004 se incrementó el número de intervenciones a 91 servicios y se le denominó Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES); en donde el crecimiento de éste es directamente proporcional al presupuesto que se destine. Para el año 2005, se actualiza por medio de diferentes ejercicios de consenso con especialistas y se conforma un catálogo de 155 intervenciones de salud, permaneciendo el mismo nombre con el acrónimo de CASES.

El primer incremento se dio en 2006 y 2007 por lo que el número de intervenciones se incrementa a 249 y 255, respectivamente, cambiando su nombre a Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), cuya meta comprometida para el 2012 es alcanzar una cobertura de servicios para el total de la población del país.

El Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) ha quedado integrada en el 2008 por 266 intervenciones que cubren 95% de los principales padecimientos, diagnóstico y terapéuticos reportados como egresos hospitalarios y 100% de los padecimientos tratados en el primer nivel de atención médica.

Además, se estipula que contiene acciones para la detección y prevención de enfermedades a través de estudios de laboratorio como la prueba ELISA y Western Blott para confirmación de VIH/SIDA; y se contemplan estudios tales como para detección de patología maligna, toma de Papanicolaou para detección de cáncer cérvico-uterino, mastografía y ultrasonido mamario para detección de cáncer de mama, entre otros estudios para detección de cáncer de colon y cáncer de próstata.

De manera complementaria hay que contemplar a aquéllas que por su complejidad no son consideradas por el CAUSES, las cuales serán financiadas por medio del Fondo de Protección

contra Gastos Catastróficos (FPGC). Entre dichos padecimientos se encuentran cáncer cérvico uterino, tratamiento de VIH/SIDA, Leucemia Linfoblástica Aguda, Cáncer de niños, entre los que se incluyen: Astrocitoma, enfermedad de Hodgkin, Leucemia mieloblástica aguda, Linfoma no Hodgkin, meduloblastoma, neuroblastoma, osteosarcoma, retinoblastoma, sarcoma de partes blandas, tumor de Wilms; trasplante de médula ósea, cuidados intensivos neonatales (prematurez, sepsis y síndrome de dificultad respiratoria), cataratas y cáncer de mama.

El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), cubre actualmente 49 intervenciones de un grupo de 8 enfermedades.

Es importante resaltar que en el Programa Seguro Médico (SMNG) para una Nueva Generación, que cubre a los niños menores de cinco años nacidos después del 1 de diciembre de 2006, las intervenciones que integran a éste son alineadas al CAUSES en población menor de 5 años de edad.

Las patologías que se incluyen en el SMNG son 17, donde se encuentran los trastornos quirúrgicos, congénitos y adquiridos, los cuales serán financiados a través del FPGC y se incluyen: malformaciones congénitas cardíacas, atresia de esófago, onfalocele, gastrosquisis, atresia y estenosis duodenal, atresia intestinal, atresia anal, hipoplasia / displasia renal, uréter retrocavo, meatos ectópicos, estenosis uretral, uretrocele, extrofia vesical, hipospadias / epispadias, estenosis uretral, estenosis del meato uretral y espina bífida y, finalmente, aquellas intervenciones que no están en el CAUSES ni en FPGC, actualmente ya definidas en 108 intervenciones, que serán cubiertas de igual manera por medio del pago por evento (FPGC).

Finalmente, es imprescindible destacar aquellos programas orientados a la extensión de la cobertura médica como el Programa Desarrollo Humano Oportunidades, con el cual se proporciona de manera gratuita el Paquete Básico Garantizado de Salud; también se promueve la mejor nutrición de la población beneficiaria, la prevención y atención de la desnutrición de los niños desde la etapa de gestación y de las mujeres embarazadas y en lactancia. Asimismo, la Estrategia Embarazo Saludable, que da atención a mujeres embarazadas que no cuentan con seguridad social en salud. Análogamente, el Programa de Cirugía Extramuros, que pone a disposición de las familias con mayores rezagos, servicios de cirugía general, oftalmología, ortopedia y cirugía reconstructiva, entre otros. Además, estos servicios se proporcionan cerca del lugar de residencia con el fin de evitar mayores gastos.

El Seguro Popular, en coordinación con el Programa Caravanas de Salud, brinda atención a las familias vulnerables en zonas marginadas de difícil acceso. Las unidades móviles de las Caravanas de la Salud realizan labores de afiliación y otorgan servicios de salud a las familias afiliadas en las localidades que visitan durante su recorrido.

Finalmente, es importante resaltar que otro de los objetivos del Plan Nacional de Salud 2007-2012, ha sido promover la afiliación de familias de migrantes al Seguro Popular. Al mes de junio de 2009 se han afiliado un total de 88 familias de migrantes.

2.2.2 Perfil de salud de la Población Amparada

Mejorar las condiciones de salud de la población no asegurada, ha sido uno de los principales objetivos del Seguro Popular, procurando proporcionar un sistema de atención homogéneo a esta población, por medio de una gama de atenciones médicas para cubrir las necesidades en salud. Esto con objeto de impulsar el crecimiento y desarrollo saludable de la población beneficiada.

Las principales causas de muerte en México a principios de los años treinta, eran por enfermedades transmisibles como parásitos e infecciones en el aparato digestivo o respiratorio. A través de los años, estos padecimientos se controlaron y en algunos casos se erradicaron gracias a que se incrementaron el número de hospitales, los avances en materia de medicina y se fomentó la prevención de estas enfermedades. Entre el periodo comprendido entre los años de 1960 y 2000 el número de muertes por enfermedades transmisibles disminuyó, pero aumentaron las originadas por accidentes y aquellas derivadas de violencia o el cáncer. (INEGI)

Actualmente, las principales causas de muerte en México son ocasionadas por padecimientos como la diabetes mellitus, los tumores malignos, y las enfermedades del corazón. En el periodo de 1994 a 2007 las muertes por estas causas, en la población no asegurada se incrementaron de 2.18 a 3.45% sobre el total de las muertes registradas a nivel nacional (cuadro 2.2)

Cuadro 2.2 Histórico defunciones hospitalarias. Población no Asegurada 1994-2007

Año	Nacional	Población no asegurada	Porcentaje
1994	88 310	33 405	37.83%
1995	90 836	37 431	41.21%
1996	96 031	30 405	31.66%
1997	102 424	35 009	34.18%
1998	106 536	39 592	37.16%
1999	108 768	39 479	36.30%
2000	110 636	39 975	36.13%
2001	112 658	41 119	36.50%
2002	113 995	42 810	37.55%
2003	114 278	40 476	35.42%
2004	115 167	42 162	36.61%
2005	122 224	46 142	37.75%
2006	120 522	45 242	37.54%
2007	130 166	52 925	40.66%

Fuente: INEGI/Secretaría de Salud, Información en Salud, Documentos técnicos/2007

Del total de egresos hospitalarios de la población no asegurada se encuentra que las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales son las que mayormente se presentan (cuadro 2.3)

Cuadro 2.3 Egresos Hospitalarios

Grupos de causas	Total	Población no Asegurada	Porcentaje
Total general	4 922 227	2 524 467	100%
I. Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales	2 217 827	1 394 776	55.3%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	166 554	80 522	3.2%
Infecciones respiratorias	151 444	69 804	2.8%
Causas maternas	1 683 465	1 126 965	44.6%
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	194 957	107 347	4.3%
Deficiencias de la nutrición	21 407	10 138	0.4%
II. Enfermedades no transmisibles	2 144 131	852 537	33.8%
Tumores malignos	149 520	55 406	2.2%
Otros tumores	132 577	54 122	2.1%
Diabetes mellitus	145 088	58 718	2.3%
Enfermedades endócrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas (excepto diabetes mellitus)	48 500	18 776	0.7%
Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso	91 473	48 471	1.9%
Enfermedades de los órganos de los sentidos	49 817	25 623	1.0%
Enfermedades cardiovasculares	237 957	72 201	2.9%
Enfermedades respiratorias	131 021	48 528	1.9%
Enfermedades digestivas	530 891	230 971	9.1%
Enfermedades del sistema genitourinario	388 877	150 092	5.9%
Enfermedades de la piel	54 735	24 523	1.0%

Grupos de causas	Total	Población no Asegurada	Porcentaje
Enfermedades del sistema músculo esquelético	110 468	26 812	1.1%
Anomalías congénitas	64 075	33 457	1.3%
Enfermedades de la boca	9 132	4 837	0.2%
			0.0%
III. Causas externas de morbilidad y mortalidad	353 751	178 189	7.1%
Fracturas	166 968	73 712	2.9%
Amputaciones de miembros superior e inferior	4 753	1 766	0.1%
Luxaciones, esguinces y desgarros de regiones especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	14 257	5 697	0.2%
Traumatismos	80 688	47 607	1.9%
Heridas	26 725	18 522	0.7%
Quemaduras y corrosiones	12 869	7 967	0.3%
Envenenamiento por drogas y sustancias biológicas y efectos tóxicos de sustancias no medicinales	15 111	11 881	0.5%
Complicaciones precoces, complicaciones de atención médica y quirúrgica y secuelas de traumatismos y envenenamientos	27 080	8 205	0.3%
Los demás traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas	5 300	2 832	0.1%
IV. Causas mal definidas	77 497	30 380	1.2%
			0.0%
V. Otras causas de contacto con los servicios de salud	129 021	68 585	2.7%
No especificadas	0	0	0.0%

Fuente: INEGI/Secretaría de Salud, Información en Salud, Documentos técnicos/2007

La mortalidad hospitalaria de la población no asegurada muestra que las enfermedades no transmisibles son la principal causa de muerte.

Cuadro 2.4 Mortalidad Hospitalaria

Grupo de causas	Total	Población no Asegurada	Porcentaje
Total	130 166	52 925	100%
I. Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales	26 324	15 366	29.0%
Tuberculosis	913	592	1.1%
Sífilis	12	10	0.0%
Clamidia	0	0	0.0%
Gonorrea	0	0	0.0%
Otras enfermedades de transmisión sexual	26	7	0.0%
VIH/SIDA	2 242	1 333	2.5%
Enfermedades infecciosas intestinales	517	295	0.6%
Tos ferina	3	2	0.0%
Poliomielitis	2	1	0.0%
Difteria	19	17	0.0%
Sarampión	0	0	0.0%
Tétanos	0	0	0.0%
Meningitis	270	175	0.3%
Hepatitis B	62	23	0.0%
Hepatitis C	327	78	0.1%
Otras hepatitis virales	121	67	0.1%
Malaria	0	0	0.0%
Tripanosomiasis	8	6	0.0%
Leishmaniasis	2	2	0.0%
Lepra	4	2	0.0%
Dengue	18	5	0.0%
Encefalitis japonesa	0	0	0.0%
Tracoma	0	0	0.0%
Ascariasis	1	1	0.0%
Otras infestaciones intestinales	1	1	0.0%
Otras enfermedades infecciosas	3 692	2 068	3.9%
Infecciones respiratorias agudas bajas	6 487	2 881	5.4%
Infecciones respiratorias agudas altas	18	15	0.0%
Otitis media	10	4	0.0%
Hemorragia obstétrica	58	41	0.1%

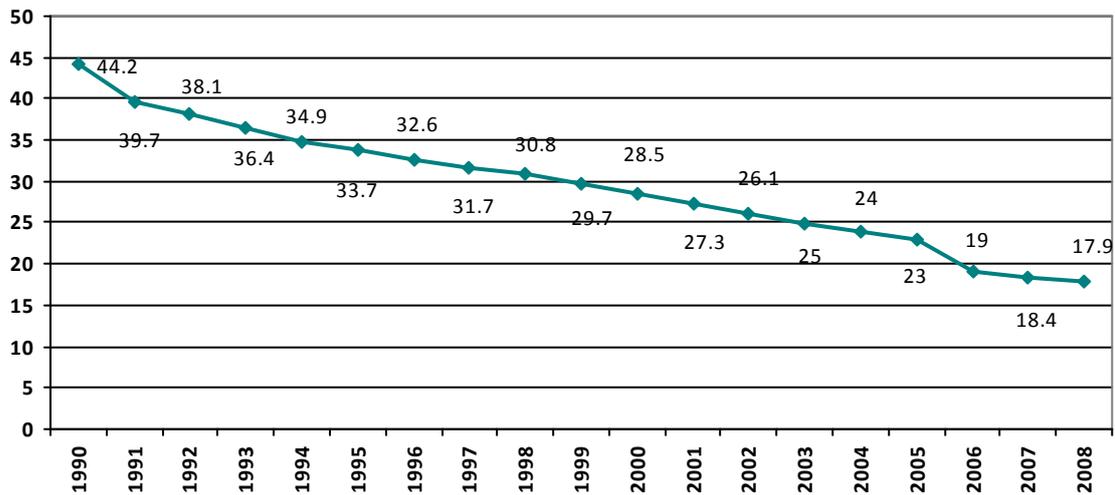
Grupo de causas	Total	Población no Asegurada	Porcentaje
Infección puerperal	17	15	0.0%
Edema proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo	129	92	0.2%
Parto obstruido	1	1	0.0%
Aborto	24	18	0.0%
Otras causas maternas	187	138	0.3%
Bajo peso al nacimiento y prematurez	2 202	1 526	2.9%
Asfixia y trauma al nacimiento	4 283	2 910	5.5%
Otras causas perinatales	3 499	2 437	4.6%
Desnutrición calórico protéica	736	412	0.8%
Deficiencia de Vitamina A	0	0	0.0%
Anemia	423	186	0.4%
Otros trastornos nutricionales	10	5	0.0%
II. Enfermedades no transmisibles	96 195	33 634	63.6%
Tumor maligno de la boca y orofaringe	167	37	0.1%
Tumor maligno del esófago	163	41	0.1%
Tumor maligno del estómago	766	186	0.4%
Tumor maligno del colon y recto	834	179	0.3%
Tumor maligno del hígado	849	176	0.3%
Tumor maligno del páncreas	617	114	0.2%
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	1 290	325	0.6%
Melanoma y otros tumores malignos de la piel	172	41	0.1%
Tumor maligno de la mama	1 012	203	0.4%
Tumor maligno del cuello del útero	763	247	0.5%

Fuente: INEGI/Secretaría de Salud, Información en Salud, Documentos técnicos/2007

Como resultado de la mejoría en materia de salud, en las últimas dos décadas se puede observar que el índice de mortalidad de las familias afiliadas ha ido disminuyendo al paso de los años. En el 2006, se tuvieron 15,645 defunciones de un total de 15,672,374 afiliados; para el primer semestre de 2009 se tienen reportadas 13,114 defunciones de 28,451,156 afiliados. Esto representa que el índice ha disminuido de 0.1% en 2006 a 0.05% en 2009.

En otro aspecto, el Seguro Médico para una Nueva Generación ha ayudado a disminuir la desnutrición, morbilidad y mortalidad en niños menores de 5 años. Teniendo en cuenta los resultados del INEGI 2002, la tasa de mortalidad infantil era de 31 por cada mil nacidos vivos. Actualmente, se tiene una tasa de 17.9, lo cual se aproxima con el compromiso de México adquirido con la Organización de las Naciones Unidas, de una tasa de 15.7 para el 2015.

Gráfica 2.6 Defunción infantil por cada mil nacidos vivos.



Fuente: INEGI

La mortalidad materna es un factor importante en materia de salud. En este sentido, se pone en marcha en 2008 el programa embarazo saludable. Durante los últimos siete años se ha reducido la tasa de mortalidad materna de 72.6 defunciones por cada 100,000 nacimientos a 58.1 por cada 100,000. Esto representa una disminución de 19.97%.

Como complemento para contribuir a incrementar los niveles de salud, el Programa de Cirugía Extramuros ha logrado beneficiar a 22,592 personas con procedimientos quirúrgicos. Por especialidad, 13,921 correspondieron a cirugía general; 6,058 a oftalmología con extracciones de catarata; 1,473 a ortopedia y 1,140 a cirugía reconstructiva que incluye atención de labio y paladar hendido y secuelas de quemaduras.

Es de importancia mencionar que de enero a mayo de 2009 se registraron 19.6 millones de consultas para los beneficiarios del SPSS, 26.4% más que las registradas en el mismo periodo de 2008. De las consultas recibidas 68.1% correspondió a mujeres y 31.9% a los hombres. Por rango de edad, la población entre los 30 y los 49 años de edad registró el mayor número de consultas otorgadas con 4.3 millones, lo cual representa 21.9% del total.

2.2.3 Equidad de los servicios médicos

Lograr una equidad, es uno de los principales retos a los que se enfrenta el SPSS, ya que en México existen grandes rezagos y desigualdades relacionados con la salud. Los padecimientos

usuales de los países en desarrollo los enfrenta gran parte de la población en México, como son: desnutrición, enfermedades infecciosas y padecimientos ligados al embarazo. De igual forma, los mexicanos enfrentan padecimientos derivados del crecimiento industrial como: enfermedades del corazón, diabetes, sobrepeso y obesidad, cáncer, entre otras.

En este contexto, el objetivo del SPSS ha sido lograr una universalidad de los servicios de salud, es decir, eliminar las barreras que han dado lugar a desigualdades en materia de salud, entre los distintos grupos de la población.

En México existen grandes brechas entre la tasa de mortalidad de los niños con y sin seguridad social entre las diferentes entidades federativas. La UNICEF analiza las desigualdades y las califica con un índice de 0 a 10, siendo 10 la mejor calificación. De lo anterior se obtiene que para el 2005, el estado de Nuevo León representaba el puntaje más alto (8.9) y Guerrero el puntaje más bajo (2.9). Esto significa que un niño nacido en Nuevo León tiene más oportunidades de crecer saludablemente que uno de Guerrero. Con la puesta en marcha del SMNG se contribuye a disminuir las inequidades de salud entre los estados de niños menores de 5 años, mediante programas encaminados a mejorar el acceso a los servicios de salud.

Por su parte, también existen marcadas diferencias con respecto a las poblaciones rurales e indígenas, ya que en éstas es marcada la diferencia que existe no tan solo al acceso a los servicios de salud sino también a su nivel de vida. En zonas como Chiapas, Guerrero y Oaxaca la esperanza de vida se reduce en 10 años con respecto a zonas urbanas como Nuevo León o el Distrito Federal.

En México siempre se ha excluido a las poblaciones indígenas de los beneficios sociales. Lo cual contribuye a que se les dificulte el acceso regular a los servicios de salud y por consecuencia tienen mayores riesgos de enfermar y morir que el resto de la población. Prácticamente, toda la población indígena vive por debajo de la línea de la pobreza, de acuerdo con el II Censo de Población. En este entorno, una de cada tres viviendas en las zonas indígenas no cuenta con agua potable; la mitad no tiene drenaje; 10% no dispone de energía eléctrica; alrededor de 40% tiene piso de tierra, y en un alto porcentaje de ellas se cocina con combustibles sólidos.

En materia de educación se encuentra que uno de cada cuatro adultos indígenas es analfabeta. Los niños indígenas que tienen acceso a la educación están por debajo de la media nacional y su índice de deserción es altísimo. Sólo 20% de los indígenas está afiliado al Seguro Popular de Salud y sólo 9% cuenta con acceso a servicios del IMSS-Oportunidades.

Cuadro 2.5 Porcentaje de Indígenas Afiliados por Institución de Salud

Estado	IMSS	ISSSTE	PEMEX	Seguro Popular	Institución Privada	Otras Instituciones	No tiene derecho	No especificado
Nacional	9.7	2.7	0.5	10.8	0.4	0.5	75.6	0.3
Aguascalientes	44.5	7.4	1.9	13.9	1.8	0.1	32.2	0
Baja California	27.1	2.6	0.8	9.6	1.7	0.7	57.8	0.1
Baja California Sur	30.3	3.3	1.7	5.2	0.8	0.5	58.8	0.5
Campeche	12.4	7.8	0.9	31.2	0.2	0	48.2	0
Coahuila	56	5.9	2.3	1.4	2.3	0.9	32.8	0.1
Colima	31.5	4.4	5.1	19	0.7	0.6	40	0.6
Chiapas	2.5	1.2	0.1	4.4	0.2	1.3	90.4	1.2
Chihuahua	17.1	1.8	0.2	6	0.6	0.3	74.1	0
Distrito Federal	23.7	7.3	1.2	2.7	2.9	0.1	62.8	0
Durango	8.4	3.9	0.9	1.7	1.7	0	83.5	0
Guanajuato	26.3	5.1	1.5	15.8	1.3	0.1	50.5	0.1
Guerrero	1	2.4	0.1	2.3	0.5	0.1	93.5	0.1
Hidalgo	6.4	3.7	0.2	12.5	0.3	0.8	76.1	0.8
Jalisco	24.3	2.6	1	3.9	3.4	0.1	65.2	0
Estado de México	14.2	2.3	1.2	11.9	1	1.4	68.1	0.1
Michoacán	16.2	4.4	0.2	0.7	0.3	0	78.3	0
Morelos	11.8	3.9	0.6	12	0.8	0	71.1	0
Nayarit	9.5	3.1	0.2	5.5	0.1	0	81.6	0
Nuevo León	48.4	1.3	0.7	1.7	3.4	0.6	44.6	0
Oaxaca	5.6	3.1	0.7	2.7	0.1	0.1	87.8	0.1
Puebla	5.9	1.4	0.2	21.8	0.2	0.2	70.4	0
Querétaro	11	2.7	0.5	21.3	0.7	0	64	0
Quintana Roo	24.3	5	0.3	7.1	0.5	0.1	62.9	0.1
San Luis Potosí	6.7	2.1	0.2	26.4	0.2	0.7	63.9	0.7
Sinaloa	36.8	3.7	1.1	10.6	1.3	0	47.3	0
Sonora	24.3	4.2	0.5	29.6	0.8	1.3	40.2	0
Tabasco	5.7	4.7	1.3	52	0.6	3.4	32.7	0
Tamaulipas	38.3	3.1	2.4	12.5	1.6	0.3	42.2	0.2
Tlaxcala	15.7	3.4	0.5	2.4	0.2	0.1	77.8	0.1
Veracruz	5.9	2.3	0.9	20	0.2	0.2	70.6	0.2
Yucatán	25.1	2.9	0.2	13.5	0.3	0.2	58	0.1
Zacatecas	18	5.4	3.5	5.5	0.3	0.2	67.9	0.2

Fuente: "Salud para el desarrollo humano" .INEGI 2006

Por lo general las niñas y niños indígenas nacen externamente a las unidades de salud, con la asistencia de una partera. Las madres en promedio cuentan con menos de 20 años de edad. Es de destacar que el riesgo de morir para estos niños al cumplir el año de vida es 1.7 veces más grande que el del resto de las niñas y niños del país. Esto aumenta a 2.5 veces en población preescolar.

En lo que respecta a las coberturas de vacunación, éstas son adecuadas en estas poblaciones, los problemas carenciales y relacionados con las malas condiciones de vida siguen cobrando víctimas desde temprana edad. El riesgo de morir por diarrea, desnutrición o anemia, por ejemplo, es tres veces mayor que el de una niña o niño de la población general.

En términos generales la salud tiende a ser más precaria y el acceso a los servicios de salud más limitado en los estados del sureste del país en las regiones rurales, en las comunidades indígenas y en las zonas más marginadas.

En los 100 municipios más marginados del país se encuentra un gran porcentaje de población indígena en donde habita el millón de mexicanos más pobres. De éstos 30% se encuentra en Chiapas, 20% se encuentra en Oaxaca, 17% se localiza en Guerrero y 15% en Veracruz.

De igual manera, al tener un esquema de financiamiento tripartito, el SPSS, ayuda a disminuir las inequidades que existían en la asignación de recursos estatales destinados al gasto en salud. En La Ley General de Salud se establece que los gobiernos de los estados y el D.F. tienen la obligación de efectuar aportaciones solidarias por cada familia beneficiaria, la cual equivale a la mitad de la cuota social. En 2009, este monto equivalía a 1,548.18 pesos por familia.

Aunado a lo anterior, por medio de las aportaciones federales se reduce la inequidad en la asignación geográfica de recursos federales destinados al gasto en salud pública. Como se mencionó con anterioridad, la cuota social (CS) por cada familia beneficiaria es equivalente a 15% de un salario mínimo general vigente en el Distrito Federal.

En otro sentido, para reducir las inequidades entre los grupos de población, se ha puesto en marcha el Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias (PDZP), el cual tiene como principal objetivo, contribuir a la reducción de las desigualdades regionales al crear o mejorar la infraestructura social básica y de servicios, así como las viviendas en las localidades y municipios de muy alta y alta marginación, rezago social o alta concentración de pobreza.

2.2.4 Protección financiera a las familias

Como ya se mencionó anteriormente, a principios de este siglo más del 50% de la población no contaba con seguro de salud, teniendo que solventar los gastos de atención médica al momento de requerirla. Esto pone en mayor riesgo de empobrecerse a las familias al realizar gastos de bolsillo y en algunos casos, estos representan gastos catastróficos para las familias.

La protección financiera se refiere a garantizar que todos los individuos puedan tener acceso a los servicios básicos de salud de calidad, independientemente de su capacidad de pago; no tener que postergar la atención médica por falta de recursos económicos, y minimizar el riesgo de incurrir en gastos catastróficos y empobrecimiento por motivos de salud.

Con el esquema de aseguramiento del SP se brinda protección financiera a las familias, ya que se les proporcionan todas las atenciones definidas en el CAUSES, sin tener que desembolsar dinero al momento de requerir la atención médica.

Considerando los resultados de la Encuesta Nacional Ingreso Gasto de los Hogares 2008 (INEGI), se observa que el gasto en salud de los mexicanos, y principalmente el de los más pobres, ha disminuido significativamente, de representar 3.5 por ciento del total del ingreso en 2006 a sólo 2.3 por ciento en 2008. Lo anterior significa que el gasto en salud de las familias se redujo en una tercera parte en sólo dos años.

De acuerdo al último informe de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) sobre el gasto público per cápita en salud por entidad federativa. A nivel nacional, Puebla es el estado en donde menos se invierte en atención a la salud por habitante. Mientras anualmente los gobiernos federal y estatal asignan 909 pesos conjuntamente para el gasto per cápita en salud. El promedio de las aportaciones totales federales y estatales para el gasto público en salud per cápita es de 1,553 pesos por habitante, mientras que en Puebla es menor a los mil pesos. En contraposición, Tabasco es el que más gasto per cápita tiene en salud, con 3 mil 698 pesos; seguido por el DF, con 3 mil 287 pesos y Baja California Sur, con 3 mil 185.

Por su parte, Oaxaca es el que registra las peores aportaciones estatales para el gasto en salud por habitante: sólo eroga 18 pesos anualmente, cuando los gobiernos de Tabasco, DF y Campeche destinan hasta mil 346 pesos; mil 15 pesos y 885 por persona anualmente, respectivamente.

Para beneficiar a la población más pobre y eliminar las barreras financieras para tener acceso a los servicios de salud, las familias pertenecientes a los deciles I , II , es decir las de menores ingresos, pertenecen al régimen no contributivo. Desde 2005 se integró a ese grupo a las familias del decil III, que tengan un integrante menor a cinco años de edad.

Adicionalmente, se podrán incorporar 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; residan en localidades de muy alta marginación con menos de doscientos cincuenta habitantes; y las que determine la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

En el Programa Embarazo Saludable, el cual está dirigido primordialmente a la población femenina de zonas marginadas del país, a partir del 1 de agosto de 2008 las mujeres embarazadas y sus familias ubicadas en los primeros niveles de ingreso (deciles de ingresos I al VII) son afiliadas bajo el Régimen no Contributivo, por lo que quedarán exentas del pago de la cuota familiar. Cabe señalar que más del 99% de las mujeres embarazadas afiliadas se encuentran dentro estos deciles de ingreso.

2.2.5 Calidad de la atención médica

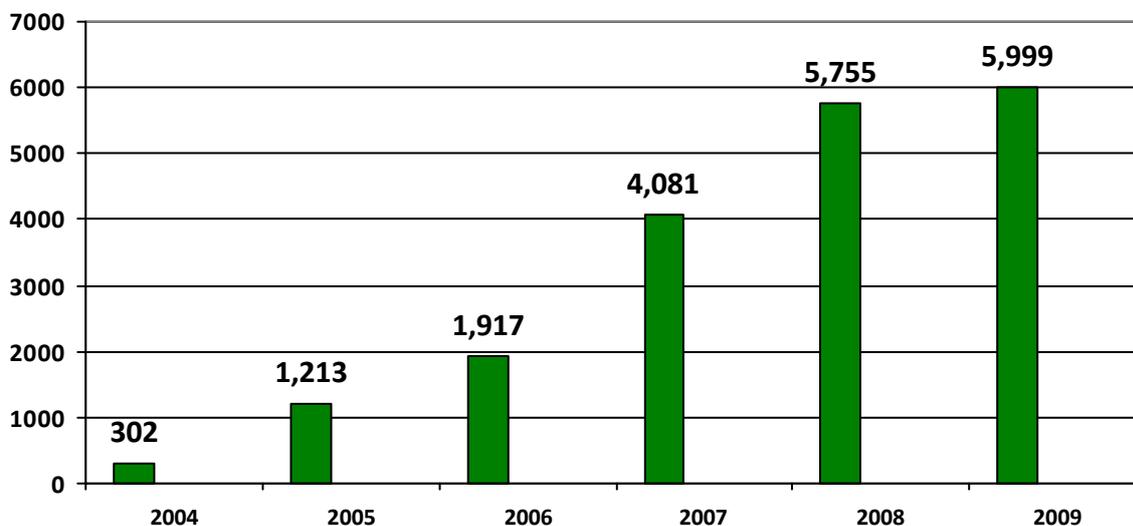
En México gran parte de la población no recibe atención médica profesional, esto se debe a la falta de infraestructura necesaria, recursos humanos y equipo en algunas regiones del país, y frecuentemente las familias no cuentan con los recursos necesarios.

El SPSS, además de los objetivos de ampliar la cobertura en salud, crear nueva infraestructura en lugares marginados, se ha procurado por crear políticas que permitan mejorar la calidad de los servicios médicos. En este contexto, la acreditación de las unidades médicas es un instrumento que refleja en cierto grado, un incremento niveles de calidad adecuada.

Esta acreditación tiene dos componentes, el primero corresponde a los Centros de Salud y Hospitales que prestan los servicios establecidos en el CAUSES a los afiliados al Seguro Popular y el segundo componente se refiere a la acreditación de los servicios que son prestados por los Centros Regionales de Alta Especialidad (CRAE), a los afiliados al SMNG y del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

Por medio de la acreditación de las unidades médicas se garantiza que la unidad cuenta con el suficiente equipo, recursos humanos e infraestructura para poder prestar todos los servicios del CAUSES. De acuerdo con los resultados de la Dirección General de Información en Salud, de las 11,716 unidades médicas que atienden a los afiliados al SPSS, 85.5% han sido acreditadas, lo que representa 5,999 unidades médicas. La meta a corto plazo es lograr la acreditación del 100% de las unidades.

Grafica 2.8 Unidades Medicas Acreditadas para el CAUSES
(Cifras al 31 de mayo de 2009).



Fuente: Dirección General de Calidad y Educación en salud

En cuanto a los Centros Regionales de Alta especialidad, el proceso de acreditación se realiza por especialidad y no en su totalidad, ya que estas unidades sólo prestan algunos de las intervenciones del SMNG y el FPGC. Actualmente se han acreditado 340 servicios, de los cuales 50.9% corresponde a Cuidados Intensivos Neonatales (92) y Cataratas (81), los restantes 167 servicios corresponden a otras enfermedades contempladas en el FPGC y el SMNG.

En las instituciones públicas de salud el total de consultorios existentes ascendía a 51 123. De éstos, 53% corresponde a la Secretaría de Salud; 25.4% al IMSS; 11% al ISSSTE; 8.4% al IMSS-Oportunidades, y 1.6 y 1% a consultorios ubicados en PEMEX y Secretaría de Marina (SEMAR). En lo relacionado a los consultorios de medicina general la cifra es de 30 537, lo que representa casi 60% del total de consultorios existentes. En donde están distribuidos de la siguiente forma: 56.2% pertenecen a la Secretaría de Salud; 21.7% al IMSS; 12.5% al IMSS-Oportunidades; 8% al ISSSTE, y las unidades médicas de PEMEX y de la SEMAR se encuentra 1.1% restante.

Existe una disponibilidad de 4.9 consultorios por cada 10 mil habitantes a nivel federal, y la cifra de consultorios de medicina general es de 2.9 por 10 mil habitantes. En lo que respecta al número de consultorios en las entidades federativas se muestran importantes diferencias, ya que en materia de consultorios totales, el Distrito Federal muestra 8.1 consultorios por 10 mil habitantes, y en regiones como Baja California tan solo es de 3.2. El Distrito Federal concentra 14% de los consultorios que existen en el país, y el Estado de México, Veracruz y Jalisco agrupan 21.5% de consultorios del país. En contraste, el Estado de México dispone de 3.3 consultorios, lo que lo ubica en la posición 31 a nivel nacional.

En materia del número de quirófanos que existen en las instituciones públicas de salud la cifra es de 3,302. En donde se distribuyen de la siguiente manera: 45% de ellos pertenecen al IMSS, 41.5% a la Secretaría de Salud y 8.8% al ISSSTE. El resto se ubicó en las unidades del IMSS-Oportunidades (2.1%), PEMEX (1.5%) y SEMAR (1.2%). Para la SEDENA no se dispuso de información.

El promedio del número de quirófanos por cien mil habitantes es de 3.2 en el país. En donde es de remarcar la desigualdad existente entre instituciones, ya que la disponibilidad de quirófanos en la SEMAR (23) es 38 veces más alta que la del IMSS-Oportunidades (0.6 quirófanos) y 8 veces mayor a la disponibilidad de la Secretaría de Salud, que corresponde a 2.8 quirófanos por cada cien mil habitantes.

Otro tema importante en lo que respecta a calidad en los servicios es el tiempo de espera, el que forma uno de los principales motivos de queja y de no utilización de los servicios públicos. El que se brinde un trato adecuado y oportuno significa, entre otras cosas, esperar un tiempo razonable por una consulta o una intervención.

Para dar seguimiento a este punto, existe la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS), la cual fue presentada en el marco del Programa Nacional de Salud 2001- 2006 para mejorar la calidad de los servicios de salud. La CNCSS da seguimiento desde el 2002 al indicador de tiempo de espera en consulta externa y en urgencias.

Esta información es procesada por medio del sistema automatizado INDICA, y tiene la finalidad de transmitir los datos a través de Internet, para que de esta manera puedan ser consultados los resultados a nivel de unidad, jurisdicción o delegación, entidad federativa y país.

Con base a estos resultados, se observa que, para las unidades de consulta externa, el promedio nacional de tiempo de espera en el primer nivel de atención pasó de 26.2 a 23.81 minutos en el periodo 2003-2006. Los estados de Aguascalientes y Baja California fueron los que redujeron significativamente el tiempo promedio de espera con un avance del 63.3 y 69.6%, respectivamente. Mientras que estados como Baja California Sur y Jalisco incrementaron sus tiempos de espera para este periodo, pasando de 23.7 a 32.7 y de 16.4 a 30.2 minutos, respectivamente. Los estados de Aguascalientes y Morelos registran los mejores tiempos de espera en 10.5 y 11.6 minutos promedio respectivamente, mientras que los tiempos de espera más prolongados fueron de 43.6 y 41.9 minutos en los estados de México y Distrito Federal.

También existe otra forma de evaluación de la calidad de los servicios de salud, la cual consiste en la participación ciudadana con el fin de mejorar la atención al usuario. Esta participación se promovió mediante el “Aval Ciudadano”, la cual radica en que la sociedad civil, a través de sus diversas organizaciones y en conjunto con las autoridades de las unidades de salud, colaboren en la evaluación de los servicios de salud monitoreando aspectos del trato digno, como tiempo de espera, surtimiento de medicamentos y mejoras en las instalaciones y servicios. El “Aval Ciudadano” comenzó su participación en 2002 con la colaboración de 92 organizaciones de diversos sectores y desde entonces se han realizado visitas a las unidades médicas de primero y segundo nivel por parte de los ciudadanos. En este programa han sido más de 7,000, tanto en zonas rurales como urbanas. En donde 96.2% corresponde a establecimientos de la Secretaría de Salud y 3.8% al IMSS, ISSSTE y otras instituciones.

De esta información se tiene que de las 2, 800 unidades monitoreadas, 2,012 fueron visitadas en más de una ocasión y 2, 185 fueron avaladas por la ciudadanía en los resultados de trato digno. Con esto se ha logrado que 70% (1, 543) de las unidades presentaran mejoras evidentes en la segunda visita del “Aval Ciudadano”.

Las entidades de Veracruz, Tabasco, Morelos, Chiapas, Puebla, Yucatán, Jalisco, Guanajuato, Sinaloa, Michoacán e Hidalgo son las que más avanzaron en la construcción de la participación ciudadana enfocada a la mejora de la calidad percibida en los servicios de salud.

2.2.6 Suministro de medicamentos

El contar con los medicamentos necesarios y de calidad es una parte esencial en la atención médica de calidad, para de esta manera lograr mejorar la salud de los usuarios. No obstante, para lograr esto, es necesario considerar elementos tales como la disponibilidad o abasto suficiente de medicamentos, la calidad de los mismos, el acceso que la población tiene para obtenerlos y que éstos cuenten con una prescripción adecuada por parte de los médicos.

El poder satisfacer la demanda de la población es uno de los principales problemas que enfrentan las instituciones de salud pública del país. De lo contrario, se obliga a la población a

adquirirlo por su propia cuenta, lo que implica el riesgo de empobrecerse o, peor aún, de omitir el atender el problema de salud que padecen.

El poder resolver este problema es un tema difícil, ya que involucra no sólo la adquisición y distribución de los fármacos, sino también procesos inadecuados que se desarrollan dentro de las instituciones del sector salud, la industria farmacéutica y distribuidores. Es importante resaltar que de los miembros de la OCDE, México es el país que menos destina en medicamentos por habitante.

Es importante señalar el hecho de que existen diferencias entre las instituciones públicas de salud en lo que invierten en compra de medicamentos, ya que PEMEX destinó 30% de su presupuesto, el ISSSTE 24%, el IMSS 15% y la Secretaría de Salud tan solo 4.4%.

Para lograr un buen desarrollo, el Seguro Popular ha necesitado realizar mejoras en los servicios de salud, por lo que ha tenido como objetivo brindar una oferta adecuada de medicamentos a la población. En el listado del CAUSES, además de especificarse las intervenciones que serán prestadas a los afiliados al SPSS, se incluyen los medicamentos necesarios para la atención general y de especialidad, determinados por el Consejo de Salubridad General. Para ello, la CNPSS determinó que los servicios de salud estatales sean quienes definan el nivel operativo donde se prescriban las diferentes claves de medicamentos basados en las necesidades. Esto es, definir lo que corresponde a médico general y médico especialista. Asimismo, los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, que son las instancias operativas del SPSS en las entidades federativas, no podrán adquirir claves diferentes a las señaladas en dicho listado.

Las entidades federativas sólo pueden adquirir otro tipo de medicamentos con la utilización de recursos diferentes a los que se destinan al SPSS, mediante cualquier otra fuente de financiamiento. Con esta nueva propuesta de política de medicamentos se pretende fomentar y complementar la política farmacéutica de la Secretaría de Salud.

También busca promover una cultura de transparencia y de defensa de los intereses públicos en la toma de decisiones en la gestión de medicamentos, la cual está dirigida, de igual manera, a garantizar la eficiencia y equidad en las adquisiciones y a promover el uso adecuado de los medicamentos en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud.

Con el fin de garantizar y mejorar el abasto de medicamentos, el SPSS ha tomado acciones de coordinación y alianza con la industria farmacéutica para mejorar la provisión de medicamentos en todas las regiones del país y para lograr el abasto suficiente de material de curación en las unidades de atención. De esta manera, deberán estar disponibles a través de alternativas de bajo costo en las farmacias.

Para el 2008, 78% de los usuarios del SPSS recibió 100% de los medicamentos⁸ que le fueron recetados, siendo los estados más representativos: estado de México, Querétaro, Zacatecas, Campeche y Colima.

El listado de medicamentos esenciales tiene como objetivo lograr mayor disponibilidad y acceso oportuno, para garantizar a los afiliados medicamentos de calidad y tratamientos de valor terapéutico, científicamente comprobados y con el menor riesgo posible.

2.2.7 Accesibilidad a los diversos niveles de atención

El SPSS garantiza el acceso a los servicios médico-quirúrgicos, hospitalarios, farmacéuticos para satisfacer las necesidades de salud, mediante intervenciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. En el CAUSES se definen los servicios y acciones de los diferentes niveles de atención.

El CAUSES cubre 95% de los principales padecimientos, diagnósticos y terapéuticos que son reportados como motivo de egresos hospitalarios por parte del Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH). El otro 5% se financia por medio del FPGC, ya que corresponde a enfermedades de baja incidencia y debido a su complejidad representan un alto costo.

El CAUSES que se encuentra vigente actualmente, está integrado por 266 intervenciones de salud, las cuales se distribuyen en seis conglomerados:

1. Salud Pública: Cubre 25 intervenciones dirigidas a los servicios de detección y prevención de enfermedades, a través de una serie de programas especificados en las Cartillas Nacionales de Salud (cuadro 2.6)

Cuadro 2.6 Intervenciones o servicios correspondientes a Salud Pública

Recién nacido y menores de 5 años de edad	5 a 9 años	Adolescentes	Adultos	Adultos mayores
1. Vacuna BCG	11. Acciones preventivas para niñas y niños de 5 a 9 años	12. Consejería de adicciones en adolescentes	16. Vacuna doble viral SR (contra sarampión y rubéola)	23. Vacuna antineumocócica para adulto mayor
2. Vacuna antihepatitis B		13. Detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria	17. Toxoide tetánico y diftérico (Td)	24. Vacuna anti influenza para el adulto mayor
3. Vacuna pentavalente con componente		14. Acciones preventivas para	18. Acciones preventivas para la mujer de 20 a	25. Acciones preventivas para el adulto mayor de

⁸ Informe de Resultados Segundo Semestre 2009

Recién nacido y menores de 5 años de edad	5 a 9 años	Adolescentes	Adultos	Adultos mayores
<i>pertussis</i> acelular (DPaT+VIP+Hib)		adolescentes de 10 a 19 años	59 años	60 años en adelante
4. Vacuna triple viral SRP		15. Vacuna antihepatitis B	19. Acciones preventivas para el hombre de 20 a 59 años	
5. Vacuna contra rotavirus			20. Examen médico completo para mujeres de 40 a 59 años	
6. Vacuna anti influenza			21. Examen médico completo para hombres de 40 a 59 años	
7. Vacuna DPT			22. Prevención y atención de la violencia familiar y sexual en mujeres	
8. Vacuna antipoliomielítica oral trivalente tipo Sabin				
9. Acciones preventivas para recién nacido				
10. Acciones preventivas para menores de 5 años				

Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública.

2. Consulta de Medicina General o Familiar y de Especialidad: Está integrado por 100 intervenciones sobre el diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación de enfermedades presentadas en niños y adultos, tanto en el primer nivel de atención, así como de aquellas que se refieren al segundo nivel, en donde se garantiza la atención integral y multidisciplinaria que debe recibir el paciente para el manejo adecuado de su enfermedad.

Cuadro 2.7 Intervenciones y Servicios correspondientes a consulta de medicina general o familiar y de especialidad.

Consulta general /familiar		Consulta de especialidad	
26. Diagnóstico y tratamiento de anemia ferropriva y por deficiencia de vitamina B12	57. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de filariasis	87. Diagnóstico y tratamiento de trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)	118. Diagnóstico y tratamiento de artritis reumatoide
27. Diagnóstico y tratamiento de deficiencia de vitamina A	58. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de giardiasis	88. Diagnóstico y tratamiento de dismenorrea	119. Diagnóstico y tratamiento de depresión
28. Diagnóstico y tratamiento de rubéola	59. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de teniasis	89. Atención del climaterio y menopausia	120. Diagnóstico y tratamiento de psicosis (incluye esquizofrenia)
29. Diagnóstico y tratamiento de sarampión	60. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de tricuriasis	90. Diagnóstico y tratamiento de mastopatía fibroquística	121. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de epilepsia
30. Diagnóstico y tratamiento de varicela	61. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de triquinosis	91. Diagnóstico y tratamiento de hiperplasia endometrial	122. Diagnóstico y tratamiento de enfermedad de Parkinson
31. Diagnóstico y tratamiento de faringoamigdalitis aguda	62. Diagnóstico y tratamiento de escabiasis	92. Diagnóstico y tratamiento de vaginitis subaguda y crónica	123. Diagnóstico y tratamiento de luxación congénita de cadera
32. Diagnóstico y tratamiento de tos ferina	63. Diagnóstico y tratamiento de pediculosis y phthiriasis	93. Diagnóstico y tratamiento de endometriosis	124. Rehabilitación de fracturas
33. Diagnóstico y tratamiento de otitis media no supurativa	64. Diagnóstico y tratamiento de micosis superficiales	94. Diagnóstico y tratamiento de uretritis y síndrome uretral	125. Rehabilitación de parálisis facial
34. Diagnóstico y tratamiento de rinofaringitis aguda (resfriado común)	65. Diagnóstico y tratamiento de onicomicosis	95. Diagnóstico y tratamiento de Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Bajo Grado.	
35. Diagnóstico y tratamiento de conjuntivitis	66. Diagnóstico y tratamiento de celulitis infecciosa	96. Diagnóstico y tratamiento de Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Alto Grado	
36. Diagnóstico y tratamiento de rinitis alérgica	67. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis alérgica de contacto	97. Diagnóstico y tratamiento de la desnutrición y obesidad en niños y adolescentes	

Consulta general /familiar	
37. Diagnóstico y tratamiento de dengue clásico	68. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis atópica
38. Diagnóstico y tratamiento de ambulatorio de diarrea aguda	69. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis de contacto por irritantes
39. Diagnóstico y tratamiento de fiebre paratifoidea y otras salmonelosis	70. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis del pañal
40. Diagnóstico y tratamiento de fiebre tifoidea	71. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis exfoliativa
41. Diagnóstico y tratamiento del herpes zóster	72. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis seborreica
42. Diagnóstico y tratamiento de candidiasis	73. Diagnóstico y tratamiento de verrugas vulgares
43. Diagnóstico y tratamiento de gonorrea	74. Diagnóstico y tratamiento del acné
44. Diagnóstico y tratamiento de infecciones por chlamydia -incluye tracoma-	75. Diagnóstico y tratamiento de hepatitis A
45. Diagnóstico y tratamiento de infecciones por trichomona	76. Diagnóstico y tratamiento de gastritis aguda
46. Diagnóstico y tratamiento de sífilis	77. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de colon irritable
47. Diagnóstico y tratamiento de cistitis	78. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de diabetes mellitus 2
48. Diagnóstico y tratamiento de vaginitis aguda	79. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de hipertensión arterial
49. Diagnóstico y tratamiento de vulvitis aguda	80. Diagnóstico y tratamiento de osteoartritis
50. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de amebiasis intestinal	81. Diagnóstico y tratamiento de lumbalgia
51. Diagnóstico y Tratamiento	82. Otras atenciones de medicina general

Consulta de especialidad	
98. Diagnóstico y tratamiento de Kwashiorkor	
99. Diagnóstico y tratamiento de marasmo nutricional	
100. Diagnóstico y tratamiento de secuelas de desnutrición	
101. Diagnóstico y tratamiento de laringotraqueítis agudas	
102. Diagnóstico y tratamiento de otitis media supurativa	
103. Diagnóstico y tratamiento de sinusitis aguda	
104. Diagnóstico y tratamiento del asma en adultos	
105. Diagnóstico y tratamiento del asma en niños	
106. Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis (TAES)	
107. Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis fármacorresistente	
108. Prevención, diagnóstico y tratamiento de psoriasis	
109. Diagnóstico y tratamiento de esofagitis por reflujo	
110. Diagnóstico y tratamiento de úlcera péptica	
111. Diagnóstico y tratamiento de la dislipidemia	
112. Diagnóstico y tratamiento del	

Consulta general /familiar		Consulta de especialidad	
farmacológico de anquilostomiasis y necatoriasis		hipertiroidismo	
52. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de ascariasis	83. Métodos temporales de planificación familiar: anticonceptivos hormonales (AH)	113. Diagnóstico y tratamiento del hipotiroidismo congénito y en adultos	
53. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de enterobiasis	84. Métodos temporales de planificación familiar: preservativos	114. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de diabetes mellitus 1	
54. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de equinococosis	85. Métodos temporales de planificación familiar: dispositivo intrauterino	115. Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica	
55. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de equistosomiasis (bilharziasis)	86. Atención prenatal en embarazo	116. Diagnóstico y tratamiento de osteoporosis	
56. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de estrongiloidiasis		117. Diagnóstico y tratamiento de gota	

Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública.

3. Odontología: Abarca 8 servicios de salud, indispensables para la salud bucal. Los servicios están dirigidos a todos los miembros de la familia, para favorecer la formación de hábitos de higiene y la prevención de enfermedades dentales. En caso de detectarse una patología bucal, se procede a su oportuna atención odontológica.

Cuadro 2.8 Intervenciones y Servicios correspondientes a Odontología

Odontología
126. Prevención de caries y enfermedad periodontal
127. Sellado de fosetas y fisuras dentales
128. Eliminación de caries y restauración de piezas dentales con amalgama, resina o ionómero de vidrio
129. Eliminación de focos de infección, abscesos (incluye drenaje y farmacoterapia)
130. Extracción de piezas dentarias, incluye restos radiculares y erupcionados
131. Diagnóstico y tratamiento de pulpitis y necrosis pulpar
132. Diagnóstico y tratamiento de absceso maxilar
133. Extracción de tercer molar

Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública.

4. Urgencias: se contemplan 26 servicios de atención médica para atender situaciones que ponen en peligro la vida. Se otorga la estabilización, diagnóstico y manejo terapéutico en la sala de urgencias.

Cuadro 2.9 Intervenciones y Servicios correspondientes a Urgencias.

Urgencias	
134. Estabilización en urgencias por crisis hipertensiva	147. Diagnóstico y tratamiento del alacranismo
135. Estabilización en urgencias del paciente diabético	148. Diagnóstico y tratamiento de picaduras de abeja, araña y otros artrópodos
136. Manejo en urgencias del síndrome hiperglucémico no cetósico	149. Manejo de mordedura y prevención de rabia en humanos
137. Estabilización en urgencias por angina de pecho	150. Extracción de cuerpos extraños
138. Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por benzodiacepinas	151. Manejo de lesiones traumáticas de tejidos blandos (curación y suturas)
139. Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por fenotiazinas	152. Diagnóstico y tratamiento del traumatismo craneoencefálico leve (Glasgow 14-15)
140. Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por álcalis	153. Manejo en urgencias de quemaduras de primer grado
141. Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda alimentaria	154. Diagnóstico y tratamiento de esguince cervical
142. Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda por salicilatos	155. Diagnóstico y tratamiento de esguince de hombro
143. Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda por alcohol metílico	156. Diagnóstico y tratamiento de esguince de codo
144. Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por organofosforados	157. Diagnóstico y tratamiento de esguince de muñeca y mano
145. Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por monóxido de carbono	158. Diagnóstico y tratamiento de esguince de la rodilla
146. Diagnóstico y tratamiento de mordedura de serpiente	159. Diagnóstico y tratamiento de esguince de tobillo y pie

Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública.

5. Hospitalización: Incluye 38 intervenciones de las patologías que requieren de la estancia hospitalaria, del manejo multidisciplinario de especialistas médicos y de enfermería. Se incluyen también los insumos médicos indispensables para el control y estabilización de los padecimientos considerados.

Cuadro 2.10 Intervenciones y Servicios correspondientes a Hospitalización

Hospitalización	
160. Diagnóstico y tratamiento de pielonefritis	179. Diagnóstico y tratamiento del recién nacido con bajo peso al nacer
161. Diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis	180. Diagnóstico y tratamiento de preeclampsia
162. Diagnóstico y tratamiento de bronquitis aguda	181. Diagnóstico y tratamiento de preeclampsia severa
163. Diagnóstico y tratamiento de meningitis	182. Diagnóstico y tratamiento de eclampsia
164. Diagnóstico y tratamiento de mastoiditis.	183. Hemorragia obstétrica puerperal
165. Diagnóstico y tratamiento de osteomielitis	184. Hemorragia por placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
166. Diagnóstico y tratamiento de neumonía en niños	185. Infección de episiorrafía o herida quirúrgica obstétrica
167. Diagnóstico y tratamiento de neumonía en el adulto y adulto mayor	186. Diagnóstico y tratamiento de la litiasis renal y ureteral
168. Diagnóstico y tratamiento del absceso hepático amebiano	187. Diagnóstico y tratamiento de la litiasis de vías urinarias inferiores
169. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria	188. Diagnóstico y tratamiento de dengue hemorrágico
170. Diagnóstico y tratamiento de amenaza de aborto y de parto pretérmino	189. Diagnóstico y tratamiento del traumatismo craneoencefálico moderado (Glasgow 9-13)
171. Atención del parto y puerperio fisiológico	190. Diagnóstico y tratamiento conservador de pancreatitis aguda
172. Pelvipерitonitis	191. Manejo hospitalario de crisis convulsivas
173. Endometritis puerperal	192. Manejo hospitalario de hipertensión arterial
174. Diagnóstico y tratamiento del choque séptico puerperal	193. Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda (edema pulmonar)
175. Atención del recién nacido	194. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
176. Ictericia neonatal	195. Diagnóstico y tratamiento de neuropatía periférica secundaria a diabetes
177. Diagnóstico y tratamiento del prematuro sin complicaciones	196. Manejo hospitalario de quemaduras de segundo grado
178. Diagnóstico y tratamiento del prematuro con hipotermia	197. Diagnóstico y tratamiento de hemorragia digestiva

Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública.

6. Cirugía General: Contempla 69 servicios de salud, a través de los cuales se atienden problemas agudos y crónicos. Se incluyen también los diagnósticos de mayor frecuencia quirúrgica de patologías digestivas, ginecológicas, obstétricas, genito-urinario masculino, oftalmológica, dermatológica y ortopédica.

Cuadro 2.11 Intervenciones y Servicios correspondientes a Cirugía

Cirugía			
198. Laparotomía exploradora		221. Salpingoclasia (Método definitivo de planificación familiar)	244. Cirugía de acortamiento muscular para estrabismo
199. Apendicectomía		222. Atención quirúrgica de la enfermedad trofoblástica	245. Cirugía de alargamiento muscular para estrabismo
200. Esplenectomía		223. Tratamiento quirúrgico de embarazo ectópico	246. Tratamiento quirúrgico de glaucoma
201. Tratamiento quirúrgico de enfermedad diverticular		224. Legrado uterino terapéutico por aborto incompleto	247. Escisión de pterigión
202. Tratamiento quirúrgico de isquemia e infarto intestinal		225. Atención de cesárea y puerperio quirúrgico	248. Tratamiento quirúrgico de hidrocefalia
203. Tratamiento quirúrgico de obstrucción intestinal		226. Reparación uterina	249. Colocación y retiro de diversos catéteres
204. Tratamiento quirúrgico de perforación gástrica e intestinal		227. Ablación endometrial	250. Disección radical de cuello
205. Tratamiento quirúrgico de vólvulo colónico		228. Laparoscopia por endometriosis	251. Toracotomía, pleurotomía y drenaje de tórax
206. Tratamiento quirúrgico del absceso rectal		229. Miomectomía	252. Tratamiento quirúrgico de la luxación congénita de cadera
207. Tratamiento quirúrgico de fístula y fisura anal		230. Histerectomía abdominal	253. Tratamiento quirúrgico del pie equino en niños
208. Hemorroidectomía		231. Histerectomía vaginal	254. Safenectomía
209. Tratamiento quirúrgico de hernia hiatal		232. Colpoperineoplastia	255. Reducción quirúrgica por luxaciones
210. Tratamiento quirúrgico de hipertrofia congénita de píloro		233. Vasectomía (Método definitivo de planificación familiar)	256. Reducción quirúrgica de fractura de clavícula

Cirugía			
211. Hernioplastia crural		234. Circuncisión	257. Reducción quirúrgica de fractura de húmero (incluye material de osteosíntesis)
212. Hernioplastia inguinal		235. Orquidopexia	258. Reducción quirúrgica de fractura de cúbito y radio (incluye material de osteosíntesis)
213. Hernioplastia umbilical		236. Prostatectomía abierta	259. Reducción quirúrgica de fractura de mano
214. Hernioplastia ventral		237. Resección transuretral de próstata	260. Reducción quirúrgica de fractura de cadera (incluye hemiprótisis con acetábulo)
215. Colectomía abierta		238. Extirpación de lesión cancerosa de piel (no incluye melanoma)	261. Reducción quirúrgica de fracturas de fémur (incluye material de osteosíntesis)
216. Colectomía laparoscópica		239. Extirpación de tumor benigno en tejidos blandos	262. Reducción quirúrgica de fractura de tibia y peroné (incluye material de osteosíntesis)
217. Tratamiento quirúrgico de condilomas		240. Amigdalectomía con o sin adenoidectomía	263. Reducción quirúrgica de fractura de tobillo y pie
218. Tratamiento quirúrgico de fibroadenoma mamario		241. Escisión de papiloma faríngeo juvenil	264. Artroplastia de rodilla (incluye cirugía artroscópica)
219. Tratamiento quirúrgico de quistes de ovario		242. Palatoplastia	265. Amputación de miembro inferior secundaria a pie diabético
220. Tratamiento quirúrgico de torsión de anexos		243. Reparación de labio hendido	266. Tratamiento de quiste sinovial

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud.2009

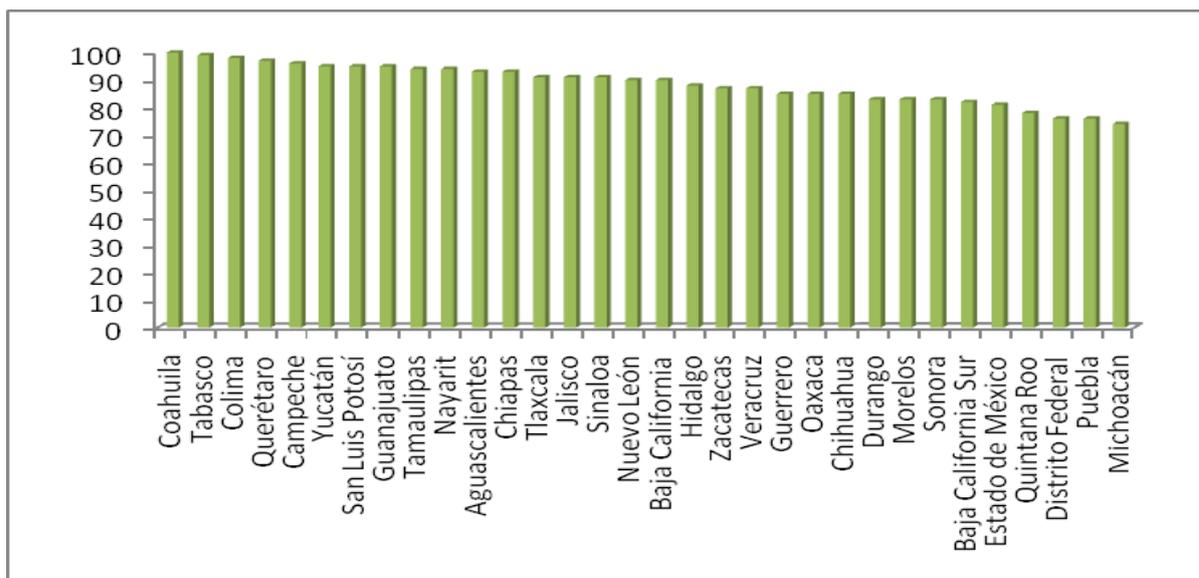
2.2.8 Necesidades faltantes de los servicios médicos

Para lograr el objetivo de una cobertura universal se necesitan más recursos en materia de salud que permitan hacer frente a las necesidades de salud y a la creciente demanda. La crisis y los programas para combatir el virus de la influenza humana han afectado la afiliación al Seguro Popular. También hay que considerar que existen desigualdades en algunos estados en el surtimiento de medicamentos, los estados de Michoacán, Puebla y Aguascalientes, presentan las cifras más bajas, teniendo en cuenta los resultados de 2009, obtuvieron 52%, 60% y 65% respectivamente, estando por debajo del promedio nacional, donde 78% de los afiliados recibieron 100% de los medicamentos recetados. De ahí, el hecho de que el estado de Puebla tenga el cuarto nivel más bajo de satisfacción.

En materia de afiliación, se observa que existen tasas desiguales de afiliación entre los estados, por lo que se han incrementado los esfuerzos para fomentar el crecimiento en la afiliación en

las entidades más rezagadas. Las acciones del esquema de incentivos basado en el cumplimiento de metas estratégicas del Seguro Popular es una acción que ayuda a lograr dicho objetivo. Esto, con el fin de lograr un crecimiento equilibrado en la cobertura del SPSS por entidad federativa (gráfica 2.15)

Gráfica 2.15 Porcentaje de avance en la afiliación respecto a la meta de afiliación 2009, por entidad federativa



Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud.

Cabe mencionar que aun no se acredita 100% de las unidades médicas; actualmente se tienen acreditadas 85.5%. Esto, con el fin de seguir proporcionado servicios de calidad a los afiliados al SPSS. De igual manera, destaca el reto de avanzar en la afiliación de los trabajadores migrantes y sus familias.

El Seguro Popular ha puesto énfasis en las zona marginadas pero aun es necesario mejorar las condiciones de salud en estas áreas, se necesita crear más infraestructura para poder prestar los servicios a la población más vulnerable y poder lograr una equidad entre los sectores de la población.

En este sentido, las acciones de afiliación se han enfocado a beneficio de los grupos más vulnerables y hacia familias con mayor riesgo de empobrecimiento por razones de salud. Todo esto con el fin de cumplir la meta planteada para el 2010 de 12.6 millones de familias.

2.2.9 Fuentes alternas de financiamiento

El SPSS inició los procesos de afiliación dando prioridad a las familias de menores ingresos, los cuales se encuentran en los primeros dos deciles de ingresos. Este grupo de familias pertenecen al régimen no contributivo, es decir, no aportan dinero para el financiamiento de del SP. Para 2005, el 95% de las familias se encontraban en este régimen y actualmente está conformado por el 96.3% de las familias afiliadas.

El 3.7% de la población de familias se encuentra en el régimen contributivo, salvo las familias que pertenecen al SMNG, embarazo saludable y aquéllas pertenecientes al decil III, que tengan un menor de 5 años. En este sentido, el reducido porcentaje de la población que aporta al programa y debido a la creciente demanda de los servicio, provoca que sea indispensable una mayor participación por parte del gobierno para sustentar los gastos. Actualmente, se destina 6.7% del PIB en materia de salud, aunque todavía está por debajo del promedio de 8%.

Con esto se puede decir que en el esquema de financiamiento del SP existe una cierta polarización hacia lo social y lo político, lo cual pudiera causar un desequilibrio financiero. Con base en lo anterior y al estudio realizado por la CNPSS en 2005, denominado “Valuación Actuarial de los costos y desviaciones de la Siniestralidad Esperada del Sistema de Protección Social en Salud”, se ha concluido que es necesario buscar fuentes alternas de financiamiento para seguir ofreciendo servicios de salud efectivos y oportunos, sin que se vean afectados por la demanda.

Es importante trabajar sobre fuentes alternas de financiamiento como: donativos, recursos en especie e inversiones. No obstante, se necesita del mejoramiento de la operación de los programas que requieren mayores márgenes de autonomía orientados a eficientar el gasto para la realización de obras públicas, contratación de personal y compra de insumos y medicamentos.

Actualmente, la Secretaria de Salud apoya el financiamiento del SPSS, transfiriendo 210 pesos en forma anual por cada niño que haya nacido después del 1 de Diciembre de 2006, cuya familia se integre al sistema en 2009 y que no haya disfrutado de este beneficio anteriormente. Esto, con la finalidad de disminuir los efectos de la sobredemanda de servicios que existe actualmente.

2.2.10 Atención de enfermedades catastróficas

Actualmente la operación del FPGC es proporcionada por 192 prestadores de servicios, lo que representa 17.1% más que en diciembre de 2008. De éstos, 56.3% se concentra en el Distrito Federal, Jalisco, Chihuahua, Guanajuato, Chiapas, estado de México, Tamaulipas, Michoacán, Veracruz y Aguascalientes.

Considerando los últimos resultados, al 30 de junio de 2009 se han pagado 3.3 mil millones de pesos, correspondientes a 3,686 casos de enfermedades catastróficas y 9.2 millones de vacunas anti-influenza, como se observa en el cuadro 2.16.

Asimismo, al 30 de junio de 2009 se han autorizado 82,292 casos que representan un monto de 3,240.6 millones de pesos y 1,851.2 millones de pesos para la atención de la epidemia de influenza A (H1N1). En esta fecha se han validado 3,109 casos por un monto de 159.9 millones de pesos y 551.8 millones de pesos para la influenza A (H1N1).

Cuadro 2.16 Avance de Casos validados en 2009 por el FPGC

Intervención	Casos Autorizados 2009		Casos Validados 2009	
	Casos	Millones de pesos	Casos	Millones de Pesos
Cáncer Cérvico Uterino (CACU)	12,218	216.82	164	9.24
Cáncer de Niños (CN/TS)	4,723	468.88	151	30.78
Trasplante de médula Osea (TMO)	45	42.06	7	6.35
Cuidados Intensivos Neonatales (CIN)	21,597	895.26	0	0
Cataratas (CAT)	29,816	152.95	2,152	11.78
Cáncer de mama (CAMA)	11,468	1,302.03	425	88.88
Trastornos Quirúrgicos Congénitos y Adquiridos (SMNG 17)	2,425	162.64	210	12.86
Subtotal enfermedades catastróficas	82,292	3240.64	3,109	159.89
Apoyo Influenza (H1N1)		1851.22		391.87
Total	82,292	5091.86	3,109	551.76

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud.2009

De lo anterior, cabe mencionar que las entidades federativas y prestadores de servicios cuentan con tres meses para enviar los casos atendidos, mientras que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud cuenta con otros tres meses para validarlos.

Al 1 de enero de 2009, el FPCG contaba con 6,319.6 millones de pesos. Para el 30 de Junio de 2009 se tuvo una disponibilidad de 3,037.1 millones de pesos, resultado de restar 6,042.5 millones (950.6 millones de pesos de casos pendientes de pago de 2008, aportaciones para la atención de la influenza A (H1N1) por 1,851.2 millones de pesos y 3,240.7 millones de pesos destinados a la atención y seguimiento de 82,292 casos de gastos catastróficos en 2009) al fondo inicial.

CAPÍTULO 3. PERSPECTIVAS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

3.1 Introducción

El Sistema de Protección Social es de gran importancia ya que acompaña a las personas a lo largo de su vida, y de esta forma contribuye a asegurar una calidad de vida digna cubriendo los riesgos de enfermedad e invalidez, entre otros servicios.

En las últimas décadas, México ha elevado la esperanza de vida en la segunda mitad del siglo XX; este indicador tuvo un incremento de 27 años: de 48 años en 1950 a 75 en 2005. También se manifiesta en la mejora de indicadores de salud poblacional como el descenso de la mortalidad infantil y la erradicación de algunas enfermedades prevenibles por vacunación.

El sistema mexicano de salud no cuenta con los elementos necesarios para enfrentar los próximos retos que se presentan. Hacer frente a los nuevos riesgos a la salud demanda de una estructuración que considere los aspectos financieros del sistema, así como los recursos necesarios para la prestación de los servicios, perfeccionar la eficiencia en la atención médica y avanzar en el derecho a la protección de la salud de los mexicanos.

Actualmente el sistema mexicano de salud no tiene los recursos suficientes para enfrentar el nuevo perfil de enfermedades que se presenta en la población. México en el año 2000 solo invertía en salud 5.8% del PIB mientras que otros países latinoamericanos con condiciones de desarrollo similares como Argentina, Colombia y Uruguay dedicaban más de 8% de su ingreso.

Más de la mitad de los mexicanos presentan obesidad y esta epidemia está creciendo de manera alarmante en los niños. De acuerdo a estas tendencias, para el año 2015 la obesidad puede representar una carga financiera superior a los 100 mil millones de pesos, de los cuales 70 mil corresponderían a gastos médicos. Las causas de mortalidad más frecuentes en México están asociadas directamente al problema de la obesidad o del sobrepeso, especialmente la diabetes, los problemas cardiovasculares e incluso el cáncer.

Debido a las mejoras que han existido en materia de salud, se ha incrementado la expectativa de vida, por lo tanto hay más adultos mayores y con esto se incrementan las enfermedades crónicas, lo cual se convierte, directamente, en un problema de salud pública.

Por estos motivos, la protección de la salud de los mexicanos requiere de metodologías que permitan el crecimiento y fortalecimiento de estrategias que favorezcan la cultura de la salud y el desarrollo de oportunidades para elevar la calidad vida de los mexicanos. Deberán existir políticas que permitan modificar los determinantes críticos de la salud y adaptar los servicios

de todo el sector a las nuevas necesidades, promoviendo altos niveles de calidad, seguridad y eficiencia.

3.2 Estrategias y retos futuros

Las reformas a la Ley General de Salud, en lo que respecta al Sistema de Protección Social en Salud, han logrado asignar recursos adicionales para la salud. Se tiene estipulado que gracias a esto, los recursos que se destinan a la salud se incrementarán de 5.8% del PIB en 2000 a cerca de 7.0% en 2010. A pesar de que esto representa un incremento importante aun se encontrará por debajo del promedio latinoamericano.

Existen diez grandes obstáculos que serán de vital importancia superar para poder asegurar la atención a la salud que esperan los mexicanos, siete de ellos identificados en el estudio de *Economía y Salud* de 1993, y que aún subsisten: inequidad, inseguridad, insuficiencia, inflación, inadecuada calidad, insatisfacción, ineficiencia, inadecuada información, inercia e intereses creados.

Por otra parte, el Sistema Nacional de Salud tendrá que adaptarse a las nuevas necesidades en materia de asuntos demográficos, epidemiológicos y política del país. Por ello, Funsalud⁹ considera que se tiene que implantar una política pública de Estado que fortalezca a largo plazo el trabajo de varias generaciones de profesionales e instituciones de la salud.

La visión de Funsalud se explica en cinco ámbitos de reforma que dan pie a líneas programáticas que puedan emprenderse, a saber:

- I. Una reforma en materia de salud de las poblaciones para dar prioridad a la promoción de la salud y a la prevención del riesgo a la salud.
- II. Una reforma financiera para alcanzar el acceso universal a la protección de la salud y ordenar su financiamiento.
- III. Una reforma sobre los recursos esenciales para impulsar la calidad de los servicios.
- IV. Una reforma en la prestación de servicios para lograr mayor eficiencia en la atención médica, y
- V. Una reforma enfocada en el fortalecimiento de la rectoría del sistema para sustentar de mejor manera su conducción y buen desempeño.

Por otra parte, el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 tiene la finalidad de establecer los objetivos nacionales, las estrategias y las prioridades que deberán seguirse durante la actual administración; de tal forma que ésta tenga un rumbo y una dirección clara. Ésta permitirá la rendición de cuentas, la cual es importante para un buen gobierno. Este plan instituye los objetivos y estrategias nacionales que serán la base para los programas sectoriales.

⁹ La Fundación Mexicana para la Salud (funsalud) es una institución privada al servicio de la comunidad, que tiene como misión contribuir a la salud en México y como visión ser punto de referencia en la discusión de la agenda de temas de salud en el país.

El Plan Nacional de Desarrollo consta de cinco capítulos que corresponden a los cinco ejes de política pública de este Plan:

1. Estado de Derecho y seguridad
2. Economía competitiva y generadora de empleos
3. Igualdad de oportunidades
4. Sustentabilidad ambiental
5. Democracia efectiva y política exterior responsable.

En cada uno de estos ejes se presenta información relevante de la situación del país en el aspecto correspondiente y, a partir de ello, se establecen sus respectivos objetivos y estrategias.

El SPSS tiene como principal reto lograr una continuidad en su operación, con el objeto de que no se vea afectado por los ciclos políticos del país, ya que los cambios administrativos pudieran poner en riesgo la continuidad. En este sentido, la continuidad permite que se acumule conocimiento y experiencia que permitirá que el SPSS pueda tener mayores avances en el futuro.

En otro sentido, México ha experimentado una serie de cambios demográficos durante los últimos años. El primero de ellos ocurre a partir de 1930, al darse una transición demográfica, presentándose un descenso de la mortalidad, que en conjunto con una alta tasa de natalidad provocó un crecimiento demográfico. Para 2050 se espera que la tasa de mortalidad y natalidad continúen descendiendo, pero se estima que la población siga aumentando hasta unos 130 millones de mexicanos. De lo anterior se puede concluir que al haber un incremento en población habrá un incremento en la demanda de servicios de salud.

Otro cambio que ha experimentado el país es el incremento en la esperanza de vida de los mexicanos, que pasó de 48 años en 1950 a 74 años en el 2007. Se espera que para el año 2050 pueda alcanzar los 80 años de edad. Esto pudiera representar tratamientos más costosos para el SP, ya que en edades avanzadas se presenta una mayor utilización de servicios médicos y por ende, tendrán un costo más elevado y se tendrá que cubrir a los afiliados por un periodo más largo.

Asimismo, otro de los retos a los que se enfrenta el SP es el envejecimiento de la población. A principios de los años setenta, cerca de 50% de la población tenía menos de 15 años, para el 2000 el mayor porcentaje de la población eran de edades jóvenes y laborales. Debido a la reducción de la fecundidad y la natalidad, se espera que en los próximos años la pirámide poblacional se concentre en edades avanzadas, para el 2050 la mayoría de la población será mayor de 60 años.

De lo anterior se tiene un incremento esperado en la demanda de servicios debido al envejecimiento de la población, ya que el país tendrá que desarrollar mecanismos para cubrir enfermedades más complejas y de mayor costo. En este sentido, los proveedores de atención médica deben enfrentar el reto de satisfacer las necesidades de la población ante un incremento en la proporción de adultos mayores en la población.

También es importante considerar que los cambios en la morbilidad, los cambios tecnológicos en el sector salud, la necesidad de nuevo equipo e infraestructura para llegar a la población con un mayor grado de marginación, representan nuevos retos para el sistema.

Por otra parte, es importante optimizar los flujos de información, con el fin de conocer a detalle y de forma ágil a los afiliados al SP. Esto, con el propósito de determinar factores de riesgo para algunas enfermedades a través de consultas médicas preventivas, como ocurre en el Programa Oportunidades, en donde aproximadamente cada familia recibe poco más de dos consultas por año, mientras que en el SP es de 1.4. Lo anterior tiene el propósito de dar énfasis a la prevención de enfermedades, para que en el largo plazo se puedan reducir los gastos en curaciones.

En cuanto a las estrategias que debe tener el SP para mejorar su funcionamiento, es necesario considerar que las mismas no afecten a los demás niveles del sistema de salud. Por ejemplo, al mejorar la sustentabilidad financiera se deben tener en consideración que no se vean afectados los más pobres.

De igual forma, el SP ha desarrollado programas que tienen como estrategia dar cumplimiento a lo establecido en el Programa Nacional de Salud, como es reducir la tasa de mortalidad materna a la mitad y aumentar la esperanza de vida en 1.5 años y lograr la cobertura universal.

3.2.1 Cobertura universal en salud

Uno de los principales objetivos del SPSS ha sido brindar acceso a todos los mexicanos a los servicios de salud de calidad y de forma oportuna. Esto, con objeto de atender a los rezagos en materia de salud en México, ya que más de 50% de la población no contaba con seguridad social, y la mayor parte se encuentra en zonas de alta marginación y difícil acceso.

La cobertura universal consiste en ofrecer una opción de aseguramiento público en materia de salud a familias y los ciudadanos, que debido a su situación laboral, socioeconómica o debido a que residen en lugares de difícil acceso, no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social.

Para lograr esto, se ha impulsado una mayor participación de los gobiernos estatales y federales para financiar los servicios, con el objeto de fortalecer la infraestructura disponible y poner al alcance de toda la población, servicios de atención médica sin importar su situación geográfica y económica.

El objetivo del SPSS es lograr una cobertura universal para el año 2010, dando cumplimiento al artículo octavo transitorio de la Ley General de Salud. En este sentido, se definieron metas anuales de afiliación con el fin de llegar a la meta establecida para 2010. En un principio, la meta para ese año era de 11.9 millones de familias pero en 2007 la Secretaría de Salud hizo patente un incremento en el número de hogares sin seguridad social, por lo que la meta de 2010 se ajustó a 12.6 millones de familias.

Es de importancia mencionar que debido a la crisis que se vive actualmente en México, la cobertura universal podría postergarse hasta el año 2011. El compromiso que tiene actualmente el gobierno es que para ese año, todas las personas tengan cobertura universal en salud, por lo que se siguen ampliando los servicios médicos y asistenciales; pero lo principal es que se incrementen los recursos destinados a la salud para tener la infraestructura, personal, medicamentos e insumos necesarios para lograr este objetivo.

Recientemente, la cámara de diputados aprobó las reformas al sistema de financiamiento del SP, propuestas por el titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Con esta reforma se modifican los artículos 77 bis y 77 bis 13 de la Ley General de Salud, haciendo un cambio en el financiamiento, ya que será calculado con base en las personas afiliadas y no por familia, como se hace actualmente, aunque la afiliación seguirá realizándose por familia.

La reforma tiene la finalidad de evitar que haya una distribución desigual de recursos, ya que en el SP se tienen estimados 4.3 integrantes por familia, pero hay estados que tienen en promedio 2.43 integrantes, por lo que se les asignan más recursos de lo indispensable, mientras que en otras entidades el promedio de integrantes es de 4.36 y por lo tanto reciben menos de los recursos necesarios.

Con lo anterior, el gobierno cubrirá una cuota anual social por cada persona afiliada al SP y las aportaciones mínimas de los estados serán equivalente a la mitad de la cuota social. Salomón Chertorivski, titular de la CNPSS, informó que con esto se espera tener un ahorro de casi 9 mil millones de pesos, y así tener los recursos necesarios para poder afiliar a más personas e impulsar la cobertura universal para 2010. Además se espera que las entidades puedan reducir sus aportaciones solidarias en 23 por ciento, lo cual favorecerá también sus finanzas públicas.

Aunado a esto, el secretario de salud informó que para el 2010, los migrantes mexicanos que viven en Estados Unidos, podrán afiliarse al Seguro Popular acudiendo a las ventanillas de salud ubicadas en los consulados y, con dicha afiliación, se incorpora automáticamente a las familias que radican en México. Además, en caso de que los migrantes requieran de alguna intervención podrán regresar a México para recibir la atención necesaria.

El presupuesto del SP tiene un papel muy importante para lograr la cobertura universal, para el próximo año será de 54.3 mil millones de pesos y además está previsto el programa de salud del programa Oportunidades, para el cual estarán disponibles 5 mil millones de pesos y 2 mil 500 millones para el Seguro Médico para una Nueva Generación. De éste último, mil millones

se destinarán para la atención de los padecimientos del recién nacido, y otros mil millones serán para la compra de vacunas contra rotavirus y neumococo.

Teniendo en cuenta el reporte “Evolución del Gasto en salud 2003-2009”, de los 106.2 millones de mexicanos, 63 millones tienen seguro de salud por parte de alguna institución de seguridad social y 27.2 millones pertenecen al seguro Popular. La población restante no cuenta con seguro de salud, es decir, alrededor de 16 millones de personas carecen de servicios médicos. En este contexto, el SP necesita realizar los esfuerzos necesarios para cubrir a toda esta población para garantizar una cobertura universal. Cabe señalar que es necesario que se sigan ampliando los servicios médicos y asistenciales. Actualmente se cuenta con más de 300 unidades que ofrecen servicios de alta especialidad, entre hospitales regionales y las Unidades de Especialidad Médica en Enfermedades (UNEMES).

Los mexicanos derechohabientes representan aproximadamente 60% de la población, de éstos, 47.8% pertenecen al IMSS, 10.5% al ISSSTE y el resto pertenecen a los servicios prestados por las secretarías de Defensa y Marina y Pemex.

3.2.2 Vinculación entre sistemas de salud

Para que el SP pueda tener un mejor funcionamiento, la ley General de Salud permite que éste pueda operar en forma coordinada con otros programas encaminados a mejorar la salud y las condiciones de vida de las personas, como son el programa IMSS-Oportunidades y Desarrollo Humano Oportunidades, por medio de un convenio de colaboración entre la Secretaría de Salud y el IMSS.

El programa Oportunidades, coordinado por la SEDESOL, está destinado a apoyar a las familias que se encuentran en condiciones de pobreza extrema, con el objetivo de que puedan tener una mejor calidad de vida, teniendo como principales componentes: salud, alimentación y educación.

El primero consiste en ofrecer de manera gratuita el paquete básico garantizado de salud y las urgencias podrán ser atendidas en las unidades de la Secretaría de salud e IMSS-Oportunidades, entre otras.

El segundo consiste en dar vigilancia y seguimiento a las condiciones nutricionales de la población beneficiada, mediante consultas médicas que se realizan de forma mensual, y dar suplementos alimenticios en caso de ser necesarios. Este componente pone énfasis en los niños y mujeres embarazadas.

Por último, el componente educativo, tiene como objetivo fomentar entre la población medidas de autocuidado, a través de información proporcionada en las consultas, talleres de capacitación y mensajes a la población.

Básicamente, el SPSS y el programa Oportunidades tienen como objetivo dar protección a la población más vulnerable, que son los que pertenecen a los dos primeros deciles de ingreso. Además, los afiliados a este último, pueden tener acceso a mejores servicios de salud y atenciones de alto costo, los cuales son financiados por el FPGC.

La coordinación entre ambos programas contribuye a una mejor utilización de los recursos federales destinados a la salud, ya que los destinados al programa oportunidades se utilizan como recursos existentes para las aportaciones solidarias federales.

Por otro lado, el programa IMSS-Oportunidades tiene como objetivo proporcionar servicios de salud a la población que carece de seguridad social, con el fin de reducir el empobrecimiento, permitir un mejor desarrollo de la misma y lograr igualdad de oportunidades para todos. La administración de este programa se lleva a cabo por el IMSS.

Su operación está fundamentada en el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), sustentado en la Atención Primaria a la Salud, y compuesto por dos vertientes principales: la Atención Médica y la Acción Comunitaria. La Atención Médica se encarga de proporcionar servicios de salud y llevar a cabo acciones de vigilancia epidemiológica, a través de una regionalización de servicios con 3,549 unidades médicas rurales y 225 equipos de salud itinerantes; 226 unidades médicas urbanas, y 70 hospitales rurales. Por su parte, Acción Comunitaria incorpora a las comunidades e individuos en la práctica de hábitos saludables para la salud, con lo que busca mejorar la calidad de vida de las personas a largo plazo, a través de más de 285 mil Voluntarios de Salud que apoyan las acciones médicas. En la gráfica 3.1. se muestra la presencia del Programa IMSS Oportunidades en las entidades federativas de la República Mexicana.

Gráfica 3.1. Mapa de localización del Programa IMSS Oportunidades



IMSS-Oportunidades otorgará el servicio médico de primer y segundo nivel de atención a aquellas familias que habiten en localidades donde no existe infraestructura de los Servicios Estatales de Salud.

Este programa adquiere los siguientes compromisos:

- Orientar y canalizar a las familias sobre la expedición de la CURP y la ubicación de los módulos fijos y móviles del Seguro Popular para favorecer su afiliación.
- Colaborar con los SESAS, a fin de que el personal de las Unidades Médicas del Programa conozcan los lineamientos rectores y forma de operación del SPSS.
- Instruir al personal de salud adscrito a las Unidades Médicas del Programa para que soliciten a las familias su póliza de afiliación al SPSS, que las acredite como beneficiarios de dicho Sistema.
- Proporcionar a los beneficiarios del Seguro Popular, a través de las Unidades Médicas del Programa IMSS-Oportunidades, los servicios de salud de primer y segundo nivel de atención médica.
- Otorgar los servicios de atención médica y suministro de medicamentos

En el aspecto financiero, el Gobierno Federal, por conducto de la CNPSS, transferirá a IMSS-Oportunidades los recursos para cubrir los servicios médicos que otorgan a los beneficiarios del SPSS. Lo anterior se realiza conforme a la ley, la cual establece que el programa IMSS oportunidades seguirá siendo administrado por el IMSS.

Con la reforma a la Ley General de Salud se permite una mayor coordinación, ya que permite optimizar recursos físicos, materiales y humanos, destinados a una misma población objetivo. Con lo anterior, se pretende evitar duplicidades y conjuntar las redes prestadoras de servicios para tener una mejor cobertura de la población abierta

3.2.3 Eliminar inequidad de oportunidades

Desde su creación, el SPSS ha tenido como premisa de reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones enfocadas en los grupos más vulnerables y comunidades marginadas, ya que esta gran parte de la población había tenido que resignarse a recibir servicios de salud de baja calidad, posponerlos o simplemente renunciar a ellos.

En la mayoría de los casos, este sector de la población se veía imposibilitado para hacer frente a los gastos generados por una enfermedad catastrófica y ponía en riesgo su patrimonio familiar. El propósito fundamental del Seguro Popular ha sido eliminar la inequidad del sistema

que hacía que se destinaran grandes recursos al IMSS y al ISSSTE mientras se dejaba sin protección a más de la mitad población.

Antes de la reforma a la Ley General de Salud, cada año, alrededor de cuatro millones de familias incurrían en gastos excesivos asociados a la atención de su salud. En este sentido, la reforma se diseñó para corregir la creciente disparidad entre las necesidades de salud de los ciudadanos y la evolución del sistema de salud.

Lograr eliminar la inequidad en salud, se refiere a desaparecer las diferencias en el estado, utilización o acceso a la salud entre los diferentes grupos de personas debido a su nivel de ingresos, socioeconómico, demográficos, étnicos y/o de género. Las iniciativas en la reforma del sector salud, permiten crear un mecanismo de cobertura en salud financiada principalmente con subsidios del gobierno para atender a los sectores más pobres de la población.

En respuesta a lo anterior, se han desarrollado una serie de programas para eliminar las inequidades de oportunidades entre la población más vulnerable como son: SMNG, embarazo saludable, Programa de Desarrollo Humano Oportunidades; así como el Programa Caravanas de la Salud. Asimismo, se sigue dando prioridad a las comunidades indígenas.

Recientemente, se creó el Programa “Vete Sano Regresa Sano”. Este tiene como objetivo ofrecer un blindaje en salud a través de servicios de Promoción, Prevención y Atención para los migrantes y sus familias, por medio de una participación coordinada intrainstitucional e intersectorial, para brindar a la población servicios de salud en su lugar de origen, traslado y destino.

Este programa permite promover convenios de colaboración para la creación de un sistema de responsabilidad compartida en la atención al migrante, dentro y fuera del país y favorece el desarrollo de entornos más saludables para los mismos como son: viviendas, escuelas, sitios de trabajo (principalmente albergues), municipios y ciudades, de acuerdo a los criterios del Programa de Acción de entornos y comunidades saludables.

3.2.4 Inversión en infraestructura médica

Con la creación del SPSS se da pauta para el desarrollo y fortalecimiento de los servicios de salud, para ponerlos al alcance de todos los mexicanos que carecen de protección en salud. Adicionalmente, surge la necesidad de ampliar la oferta de intervenciones personales de salud, de cambios en la organización que aseguren la adecuada prestación y de una nueva arquitectura de los servicios de salud.

La creación de infraestructura debe hacer frente a los cambios demográficos, políticos y epidemiológicos. En este sentido, la Secretaría de Salud conviene con las entidades federativas

el establecimiento de un Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud, articulado a través de redes de los servicios de atención a la salud.

El Plan Maestro de infraestructura es el principal mecanismo del SP para poder incrementar la oferta de servicios, y además sirve como marco para la elaboración y actualización de los Planes Estatales de Infraestructura Física para la Atención a la Salud. Este plan proporciona un marco estratégico para la innovación y desarrollo de los servicios de salud, bajo un nuevo enfoque mediante el cual se da respuesta a las necesidades actuales y futuras de la población, permite abordar la infraestructura de manera sistémica y con una perspectiva al 2010.

Lo anterior permite dar seguimiento a lo establecido en El Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PRONASA), el cual plantea entre sus 10 estrategias, dos relevantes en lo que se refiere a infraestructura: avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS, estrategia 8) y fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud (estrategia 10), destacando en la línea de acción 10.5 la relevancia de diseñar planes maestros de infraestructura y equipamiento en salud.

Adicionalmente, al Plan Maestro de Infraestructura, con la reforma a la Ley General de Salud, se desarrollan estudios técnicos necesarios para sustentar a cada una de las unidades de salud, con el fin de dar cumplimiento a las normas establecidas en los siguientes artículos:

Artículo 77 bis 5: distribuye las competencias de la Secretaría de Salud y de los gobiernos de los estados y el D.F., dentro de sus respectivas inscripciones territoriales, establece la responsabilidad del sector central de integrar el Plan Maestro a nivel nacional.

bis 10: establece que “con la finalidad de fortalecer el mantenimiento y desarrollo de infraestructura en salud, los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, a partir de las transferencias que reciban en los términos de este Título, deberán destinar los recursos necesarios para la inversión en la infraestructura médica, de conformidad con el plan maestro que para el efecto elabore la Secretaría de Salud.”

bis 30: establece que “con objeto de fortalecer la infraestructura médica de alta especialidad y su acceso o disponibilidad regional, la Secretaría de Salud, mediante un estudio técnico, determinará aquellas unidades médicas de las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, que por sus características y ubicación puedan convertirse en centros regionales de alta especialidad o la construcción con recursos públicos de nueva infraestructura con el mismo propósito, que provean sus servicios en las zonas que determine la propia dependencia”.

Los recursos del presupuesto destinado para el Seguro Popular se destinan a garantizar la atención y prestación de los servicios de salud ofrecidos a la población beneficiaria, pero además se utilizan con el fin de financiar el desarrollo de infraestructura médica para atención primaria y de especialidades en zonas de mayor marginación social y la cobertura de las

diferencias imprevistas en la demanda de servicios esenciales en el nivel estatal. Esto tiene el fin de fortalecer tanto la infraestructura, los Hospitales de Alta Especialidad, la Unidades de Especialidad Médica (UNEMES) y la Conservación y Mantenimiento.

Durante los últimos tres años, el gobierno ha invertido más de 20 mil millones de pesos en infraestructura médica, con el propósito de beneficiar a más de cien millones de mexicanos.

Es importante destacar que anteriormente el Ramo 33 se destinaba prácticamente para cubrir el pago de salarios y mantenimiento, y un porcentaje mínimo se destinaba a infraestructura, actualmente se cuenta con un presupuesto específico para ese rubro, lo que favorece a mejorar la calidad de los servicios de salud.

El SP, además de tener el FPGC, cuenta con otros dos fondos:

- El primero de ellos, equivalente al 2% de la suma de la cuota social, la contribución solidaria federal y la contribución solidaria estatal que debería de estar destinado a la promoción de la infraestructura en las comunidades pobres.
- El segundo, igual al 1% de esa misma suma, orientado a cubrir las fluctuaciones en la demanda y los pagos retrasados dentro de los estados.

Lo anterior permite fortalecer la creación de nuevas redes prestadoras de servicios de salud, para poder enfrentar la creciente demanda de los mismos.

3.2.5 Desbalanceo regional de servicios

Además de los problemas en materia de inversión de los sistemas de salud, existen los problemas en la mala distribución de los recursos. En México, en 1995 había tasas de 0.5 consultorios, 0.8 camas y 0.06 salas de expulsión por 1,000 habitantes, que son cifras muy modestas. Pero esta situación se complicaba todavía más por los problemas de distribución. Sonora y Baja California contaban con 1.0 y 1.5 camas por 1 000 habitantes, respectivamente, mientras que Puebla y Tlaxcala contaban con sólo 0.5.

En Aguascalientes, Baja California Sur, Coahuila, Colima, Distrito Federal y Sonora el porcentaje de nacimientos en instituciones del sector ascendía a más de 90%, mientras que en Chiapas, Guerrero, Estado de México, Oaxaca y Puebla era menor de 50%.

El Seguro Popular ha beneficiado a reducir las brechas existentes en la asignación de recursos a nivel estatal, ya que para el 2002 en la asignación de recursos federales se tenía aproximadamente, una diferencia de 8 a 1 entre la entidad con menores recursos y la entidad con menores recursos, a nivel per cápita.

Aunado a lo anterior, para 2002 existía una gran brecha en la participación de las entidades en la asignación de recursos per cápita. Esta era de 115 a 1 entre la entidad que destinaba mayores recursos y la que menos recursos destinaba por persona.

El Seguro Popular ha contribuido de manera importante para desarrollar y fortalecer la infraestructura de salud, buscando siempre contribuir a reducir las brechas de la desigualdad regional. En materia de salud se ha podido aumentar la esperanza de vida, reducir la mortalidad y otros indicadores. El reto radica en que otras entidades del país han logrado avanzar más rápido que otras.

En este sentido es importante concentrarse en los grupos de población que se encuentran en mayor desventaja, como la población indígena.

Se estima que en 2010 el 85 por ciento de la gente de todo el país que no cuente con seguridad social, esté integrada al programa del Seguro Popular, por lo que será necesario incrementar los servicios y la infraestructura de que disponen los hospitales, que es donde se atienden diferentes especialidades y que son los que registran una mayor demanda por parte de la población afiliada.

Pese a esta situación, se está tratando de reducir los tiempos de espera para que un paciente sea programado para cita con el médico, lo que ocurre en un lapso de uno a dos días, a diferencia de las instituciones como el Seguro Social, donde este periodo se alarga hasta por un mes debido a la saturación en los servicios.

Adicionalmente al Seguro Popular, en 2007 se creó la Estrategia 100x100, la cual es un esfuerzo de coordinación institucional, destinado a atender a los municipios con mayores rezagos sociales del país, es decir, lo que tienen los niveles más bajos de Índice de Desarrollo Humano.

La estrategia tiene como finalidad ayudar a reducir las brechas de desigualdades a nivel regional, siendo complementada por acciones que ayuden a mejorar la calidad de vida de las personas. Responde principalmente a dos objetivos:

- 1º. Aumentar la calidad de vida de sus habitantes al mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud y educación, así como las condiciones de vivienda y la provisión de infraestructura básica en estas comunidades.
- 2º. Aumentar el ingreso de la población de estos municipios mediante acciones que permitan incrementar la productividad y las oportunidades de empleo.

De los 125 municipios que atiende la Estrategia 100x100, se concentran en los estados de Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz (cuadro 3.1)

Cuadro 3.1 Municipios con Estrategia 100 x 100.

Número de municipios por entidad y su población 2008		
Entidad	Municipios	Población
Chiapas	20	423,023
Durango	1	30,069
Guerrero	21	373,908
Nayarit	1	30,551
Oaxaca	58	267,421
Puebla	9	95,692
Veracruz	15	181,216
Total	125	1,401,880

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda 2005.

Durante el 2008 se ejercieron más de 7,279 millones de pesos, de los cuales 90.3 por ciento, fueron aportados por el Gobierno Federal, 6.6 % por los siete gobiernos estatales que pertenecen al programa, 2.4 % por los gobiernos municipales, 0.6 % por los propios beneficiarios y 0.1 % fue aportado por la sociedad civil.

3.2.6 Portabilidad de servicios médicos

Cuando inició a operar el Seguro Popular de Salud, cada individuo asegurado tenía un centro de salud como referencia para su atención primaria, dependiendo de su lugar geográfico de residencia. Aun así, se contempló que en un futuro existiera la posibilidad de que cada familia asegurada pudiera extender su cobertura y tener acceso a la atención médica en cualquier parte del país.

En respuesta a lo anterior, se firmó el Convenio de portabilidad 32 por 32, con el cual todos los afiliados tendrán cobertura en salud, sin importar el lugar en donde se encuentren en el territorio mexicano, quienes tendrán las prestaciones, intervenciones y los servicios médicos establecidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud.

Esto beneficia primordialmente a trabajadores de planta y jornaleros, los cuales se ven en la necesidad de dejar sus hogares en busca de trabajo. Otro sector beneficiado son las personas que tienen que viajar constantemente o las que cambian de lugar de residencia.

Con este convenio se han atendido a más de 18,000 pacientes de enero a septiembre del presente año. La portabilidad de servicios ha tenido un gran impacto en la atención de mujeres embarazadas, ya que en los primeros meses del año más del 45% de las intervenciones interestatales estuvieron relacionadas con la atención del parto y cuidado del recién nacido.

Sin embargo, es necesario mencionar que para que esto se desarrolle correctamente, se debe terminar de integrar el padrón de afiliados, con el fin de evitar duplicidades, asimismo, se requiere tener un expediente clínico electrónico de los mismos que pueda ser utilizado en los diferentes centros de salud del país. Además debe contar con una cédula única de identificación.

Cabe señalar que el gobierno federal pretende que la portabilidad no sólo sea a nivel regional, sino que se extienda entre las diferentes instituciones de salud como son el IMSS y el ISSSTE, y con esto los afiliados puedan ser atendidos en cualquiera de estas instituciones con igualdad de trato.

3.2.7 Equilibrio entre la demanda y la oferta de servicios médicos

El continuo crecimiento de la población y la falta de recursos aumentan la gravedad en la oferta y la demanda de los servicios médicos. Ante tal situación el Gobierno Federal presentó una iniciativa para reformar los artículos 77 bis 12 y 77 bis 13 de la Ley General de Salud.

Esta reforma establece que el tipo de financiamiento se modifique de un esquema familiar a uno en el cual los recursos se destinen con base en las personas que se tengan afiliadas por entidad federativa.

También busca establecer que el Gobierno Federal cubra anualmente la cuota social por cada persona afiliada al Sistema de Protección Social en Salud, por medio de la Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud, y este monto será determinado por Reglamento de la Ley General de Salud.

Cabe mencionar que el promedio de número de integrantes en cada entidad federativa es diferente, por lo que existe una desigualdad en la distribución de recursos, ya que el financiamiento se realiza por familia afiliada, sin considerar el número de miembros que tenga cada una de ellas.

La falta de atención médica adecuada y oportuna o una mala atención médica pueden ser de fatales consecuencias (cuadro 3.2).

Cuadro 3.2. Consultas diarias en el Sistema Nacional de Salud

Indicadores	2001	2002	2003	2004	2005
Consulta diaria por médico	8	8.2	8.1	7.7	7.5
Consultas diarias por consultorio general	23.2	23.5	26.6	26.3	24.7
Intervenciones quirúrgicas diarias por quirófano	2.8	2.8	2.9	3.1	3
Porcentaje de ocupación hospitalaria	67.8	69.7	75.1	72.7	72.2
Porcentaje de cesáreas	32.6	33.6	33.8	34.7	28
Estudios de radiología por gabinete (Miles)	8.4	8.8	9.3	9.5	17.8
Análisis clínicos por laboratorio (Miles)	100.1	106.8	115.2	119.6	182.1

Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística. Recursos físicos, materiales y humanos. Volumen I y Boletín de Información Estadística. Servicios Otorgados y Programas Sustantivos. Volumen III.

3.2.8 Fortalecimiento de lo programas preventivos

Predecir y prevenir padecimientos ayuda a mejorar la calidad de vida y reducir los costos de salud. Para ello las políticas y programas de salud deben responder a las necesidades de la población.

La Secretaría de Salud en coordinación con el Sector Salud (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA) integró de manera conjunta el Programa Nacional de Salud 2007-2012, el cual tiene por uno de sus seis ejes rectores la prevención y promoción de la salud.

Las autoridades que están a cargo de los Programas de la Dirección General de Programas Preventivos en conjunto con autoridades y expertos de todo el Sector Salud, definieron las políticas, estrategias e intervenciones para enfrentar y resolver los problemas de salud en el país en materia de atención a la salud del adulto y del anciano; prevención y control de enfermedades transmitidas por vector, rabia humana, tuberculosis, lepra y las enfermedades bucales.

La entidad responsable de coordinar los Programas de Salud en el Adulto y en el Anciano; además de Enfermedades Transmitidas por Vectores; Micobacteriosis; Salud Bucal y Zoonosis, es la Dirección General Adjunta de Programas Preventivos. Su misión es regular y normar la operación de los programas de prevención y protección de la salud para disminuir sus riesgos y brindar a la población atención con calidad y equidad.

Los programas preventivos para el periodo de 2007 -2012 son:

- Adulto y Anciano. En la parte correspondiente a la atención del Adulto y Anciano, se tiene por meta desacelerar la tendencia del Riesgo Cardiovascular y Diabetes (Enfermedades Cardiovasculares, Hipertensión Arterial, Diabetes, Obesidad y Dislipidemias) en la población mexicana, por medio de proyectos de prevención, tratamiento y control y de esta manera lograr un envejecimiento activo y saludable.

- Riesgo Cardiovascular. Este es un Programa Sectorial que pretende contar con el reconocimiento internacional, que desarrolla esquemas universales de prevención, detección oportuna, tratamiento y control para la atención del riesgo cardiovascular en el marco de la Estrategia Nacional de Prevención y Promoción para una Mejor Salud en la población mexicana. Su objetivo es la de prevenir, controlar y retrasar la aparición del riesgo cardiovascular y sus complicaciones, además la de incrementar número de años de vida saludable en la población mexicana.
- Diabetes mellitus. Este programa sectorial desarrolla esquemas universales de prevención, detección oportuna, tratamiento y control para la atención de la diabetes mellitus, en el marco de la estrategia nacional de prevención y promoción para una mejor salud en la población mexicana. Su función es la de prevenir, controlar y, en su caso, retrasar la aparición de la diabetes mellitus y sus complicaciones en la población mexicana, así como elevar la calidad de vida y el número de años de vida saludable.
- UNEME (Unidad de Especialidades Médicas). La creación de las unidades de especialidades médicas tiene la finalidad de crear una alternativa de prevención clínica, factible, llenando un espacio de oportunidad, misma que se propone retome el Seguro Popular, a fin de alcanzar las metas presidenciales. Estas unidades contribuyen a desacelerar la tendencia de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia, a través de un modelo de prevención clínica, y de calidad que garantice la atención integral de la población demandante.
- Salud bucal. Tiene por objetivo reducir la morbilidad bucal en la población por medio de medidas para establecer, fortalecer y vigilar, políticas, estrategias y programas estatales e institucionales, así como evaluar las condiciones de la salud bucal y ampliar equitativamente la atención odontológica con ética, calidad y eficiencia para mejorar la calidad de vida de la población. También existe por parte del DIF, programas que permiten la atención preventiva en materia de embarazos de adolescentes.
- Programa de Prevención y Atención de Embarazos en Adolescentes (PAIDEA). El programa PAIDEA está dirigido a la población adolescente de mayor vulnerabilidad cuya meta es la de prevenir riesgos de exclusión social propiciados por el embarazo no planeado para las jóvenes que viven en condiciones de marginación, quienes tienen que enfrentar además un conjunto de consecuencias en la esfera personal, familiar y social. Su forma de operación es previniendo los efectos de la exclusión social, buscando la permanencia o reinserción a los ámbitos familiar, escolar o laboral; además de ofrecer asesoría jurídica, atención en centros asistenciales para el desarrollo de sus hijas e hijos, canalización a unidades del Sector Salud para el seguimiento y atención de su embarazo, becas académicas o de capacitación.

- Programa de Prevención y Control de la Obesidad. Este programa tiene por objetivo conseguir que 85% de los niños practique cuatro horas semanales de actividad física, que 30% de los obesos reduzca 10% su problema, incorporar a 75% de los enfermos al programa de actividad física y alcanzar 90% de capacitación sobre hábitos nutricionales. Se fortalecen e integran acciones de promoción de la salud, prevención y control de sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus y riesgo cardiovascular, siendo prioritaria la aplicación de acciones coordinadas con la participación de todas las instituciones de salud del ámbito público y privado.

3.2.9 Programas oportunos contra riesgos epidemiológicos

La transición en salud que se experimenta, está caracterizada por el traslape de dos desafíos: el rezago en salud y los riesgos emergentes.

En los últimos años las causas principales de mortalidad son las enfermedades transmisibles las cuales fueron sustituidas por padecimientos no transmisibles y otros de carácter epidemiológico, entre los que cabe destacar a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los padecimientos mentales, las adicciones y las lesiones por causa externa.

El Programa de Acción “Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica” (SINAVE), se fundamenta en los lineamientos del Programa Nacional de Salud 2001-2006; y es el conjunto de estrategias y acciones que permiten identificar y detectar los daños y riesgos para la salud. Su importancia radica en la capacidad de generar información útil para la orientación de los programas y las intervenciones que se requieren en la atención de los padecimientos y situaciones de riesgo que afectan a la comunidad.

El SINAVE tiene como objetivo la obtención de conocimientos oportunos, informes completos y confiables referentes a los daños y riesgos de la población, a partir de la información generada en los servicios de salud en los ámbitos local, intermedio y estatal. Dispone de un órgano normativo y de coordinación en el nivel nacional, que facilita, fomenta y orienta el quehacer epidemiológico en el país, denominado Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE); y se constituye por todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Como resultado de las acciones realizadas por el Sector Salud se ha logrado la erradicación de la poliomielitis y la difteria, además del control del sarampión y la tos ferina; las altas coberturas de vacunación y la aplicación de mecanismos permanentes de control epidemiológico son un reflejo de los esfuerzos realizados en los últimos años para la atención de esas enfermedades.

También se ha logrado el control de la rabia y el paludismo y la disminución de la mortalidad por enfermedades diarreicas y respiratorias en menores de edad. Las acciones de vigilancia epidemiológica han contribuido de manera importante a alcanzar estos logros.

En México ha existido un aumento de enfermedades y defunciones causadas a padecimientos, como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el cáncer, las enfermedades del corazón, y los accidentes, los cuales representan un reto para las instituciones de salud. Es por ello que las instituciones de salud cuentan con una amplia infraestructura de servicios que comprende más de 17 mil unidades médicas y más de 800 unidades hospitalarias, distribuidas en 234 jurisdicciones sanitarias en las 32 entidades federativas del país.

El Sistema Único de Información para la vigilancia Epidemiológica (SUIVE) se creó en 1995, el cual sistematiza la información de morbilidad y mortalidad con participación de todo el Sector. A partir de la instalación de éste, se igualaron los criterios y procedimientos de notificación en las distintas instituciones del SNS. Esta mecánica se lleva a cabo de acuerdo con la normatividad institucional vigente, que implanta que todo caso nuevo de enfermedad es de notificación obligatoria y debe ser informado a la autoridad de salud de la SSA más cercana.

La forma en la que está constituido el SUIVE es por el Sistema de Notificación Semanal de Casos Nuevos (SUAVE); la Red Hospitalaria para la Vigilancia Epidemiológica (RHOVE); el Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED) y; los sistemas especiales de Vigilancia Epidemiológica, los cuales se complementan entre sí y cuentan con los siguientes cuatro mecanismos de apoyo: Laboratorio, Investigación, Evaluación y Capacitación.

El objetivo del SINAVE es la de obtener conocimientos oportunos y confiables en relación a los daños y riesgos de la población, con base en la información generada en los servicios de salud en los ámbitos local, intermedio y estatal.

El Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE) es un órgano de coordinación del cual dispone el SINAVE y se constituye por todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud. El CONAVE está representado en cada entidad federativa por Comités Estatales (CEVE) que coordinan los esfuerzos de todas las instituciones de salud en cada entidad federativa.

Para el monitoreo de las enfermedades epidemiológicas existe el ENOB (Enfermedades de Notificación Obligatoria), el cual ha mejorado notablemente en México a lo largo de los años.

En la actualidad, la Ley General de Salud y otros ordenamientos legales establecen que estas enfermedades tendrán que ser sujetas a vigilancia epidemiológica. Por ello, las instituciones de salud han establecido mecanismos permanentes de coordinación para fortalecer las acciones específicas de vigilancia, prevención y control, en todo el país.

La comprensión de los problemas y necesidades de estar monitoreando las enfermedades epidemiológicas son de especial importancia para la delimitación de las prioridades del Programa de Acción "Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica" en el contexto del Programa Nacional de Salud 2001-2006. En general, la vigilancia epidemiológica institucional

ha mejorado significativamente en los últimos años, lo que ha permitido contar con un marco normativo y de organización para la vigilancia epidemiológica en México.

3.3 Estrategias mediante análisis FODA (Fortalezas Oportunidades Debilidades y Amenazas)

El análisis FODA funciona para identificar y analizar las Fuerzas y Debilidades de la Institución u Organización, además de las Oportunidades y Amenazas, que presenta la información que se ha recolectado.

Este análisis se usa para elaborar estrategias que tome en consideración muchos y diferentes factores internos y externos para así maximizar el potencial de las fuerzas y oportunidades minimizando así el impacto de las debilidades y amenazas. Generalmente, se utiliza cuando se desarrolla un plan estratégico, o al planear una solución específica a un problema.

Su planteamiento se realiza a partir de:

- **Análisis Interno.** Para el diagnóstico interno se tendrán que analizar las fuerzas que posee la entidad para facilitar el logro de los objetivos, y sus limitaciones que impiden el alcance de las metas de una manera eficiente y efectiva. En el primer caso estaremos hablando de las fortalezas y en el segundo de las debilidades.
-
- **Análisis Externo.** Para realizar este diagnóstico se necesitará analizar las condiciones o circunstancias ventajosas de su entorno que la pueden beneficiar; identificadas como las oportunidades; así como las tendencias del contexto que en cualquier momento pueden ser perjudiciales y que constituyen las amenazas, con estos dos elementos se podrá integrar el diagnóstico externo.

Análisis	Positivo	Negativo
Interno	Fuerzas	Debilidades
Externo	Oportunidades	Amenazas

Análisis FODA para el Sistema de Protección Social en Salud Seguro Popular

	FORTALEZAS	DEBILIDADES
OPORTUNIDADES	Utilizar evaluaciones externas para determinar un correcto diagnóstico del funcionamiento del Seguro Popular. Realizar una adecuada coordinación entre Programas de asistencia social y de prevención para optimizar y mejorar la cobertura y calidad de los servicios	Los programas de prevención a la salud y ayuda de los demás programas de asistencia social ayudarían a disminuir la carga en la demanda a los servicios y el seguimiento y evaluación de otras instancias ayudaría a detectar los errores en los que se incurre y de esta manera corregirlos.
AMENAZAS	El constante crecimiento y la facilidad para otorgar el servicio ayudarán a absorber la gran demanda que se podría tener y de esta forma afiliará a aquellos que no cuentan con algún sistema de Protección Social.	Se tendría que enfocar los recursos con los que se cuenta a la población más necesitada para de esta manera reducir las consecuencias de las diferentes carencias .

Fortalezas

F1 Una de las fortalezas del Seguro Popular es la facilidad con la que se puede afiliarse cualquier persona. Los requisitos son: Residir en territorio nacional, no ser derechohabiente de las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, etc.), solicitar la afiliación de la familia de forma voluntaria en los Módulos de Afiliación y Orientación (MAO), proporcionar la información necesaria para la realización de la evaluación socioeconómica de la familia, denominada Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH).

F2 El constante crecimiento del número de afiliados es otra característica que describe al Seguro Popular, ya que a agosto de 2009 se han afiliado al Seguro Popular de Salud (SPS) 10,053,040 familias, lo que significa un avance del 91.4%, respecto a la meta para 2009 de 10,994,538 familias.

F3 La Evaluación del Seguro Popular. Este proyecto ha coadyuvado al desarrollo de la gran capacidad del INSP para evaluar programas sociales en el campo de las políticas públicas. La evaluación del Sistema de Protección Social en Salud ha sido realizada por el INSP desde el año 2003. Para el año 2007, el objetivo fue evaluar los procesos estratégicos en el financiamiento y operación del Seguro Popular de Salud, así como los efectos de la implementación del mismo en la transparencia de la asignación financiera, la calidad, la capacidad gerencial y la disponibilidad de los recursos para la salud a nivel estatal, alineados en 19 grandes temas.

La evaluación se llevó a cabo en las 32 entidades federativas. Para el desarrollo de este proyecto se consideró el levantamiento de información y el análisis de corte cualitativo y cuantitativo.

F4 Vinculación entre instituciones para la elaboración y desarrollo de programas y políticas públicas dirigidas a la población vulnerable, es otro elemento que ayuda a atender de una mejor manera a la población abierta.

F5 Los bajos costos de afiliación permiten que la gente realice menos gasto de bolsillo para la atención a la salud. Las cuotas por familiares dependen del nivel de ingresos.

F6 Cuenta con cobertura a nivel Nacional. Otra de sus ventajas es que es un programa que tiene presencia en las 32 entidades del país.

F7 Brinda atención a las personas que no cuentan con algún sistema de Protección Social.

Debilidades

D1 Desabasto de medicamentos. Éste es un problema constante y de varios años en la Secretaría de Salud y las instituciones públicas del ramo. El desabasto de medicamentos es general, pues escasean los de todo tipo, desde analgésicos y fármacos para controlar la presión, hasta los utilizados en padecimientos sumamente complejos, como el cáncer o sida.

D2 Número limitado de instalaciones. La insuficiencia de los centros de salud y hospitales para la población es una seria limitante para solucionar las necesidades de salud y, en muchos casos, implica la muerte de niños -enfermos de diarrea- por la falta de atención médica. En otros casos, hay muchas mujeres embarazadas que presentan afecciones a su salud y que desembocan en la muerte por falta de acceso a los servicios sanitarios. En las regiones más marginadas estos casos son cotidianos.

D3 Diferencia en la calidad y alcance del Seguro Popular. Esto es debido a que existen entidades a las cuales se les asigna recursos por familia afiliada al Sistema de Protección Social en Salud para cubrir a 2.43 integrantes, mientras que en otros estados se les asigna para cubrir a 4.36 personas por familia provocando un desequilibrio entre la demanda y la oferta.

D4 No se han fortalecido los procesos de calidad ni el acceso a los servicios. Muchas unidades no tienen personal todo el año ni equipos para estudios básicos como análisis de sangre.

Amenazas

A1 El Desempleo es una amenaza que podría afectar al Seguro Popular, ya que de incrementarse la demanda este podría elevarse.

A2 Envejecimiento de la población. La pirámide de población de México perderá su forma triangular, característica de una población joven, para adquirir un perfil rectangular abultado en la cúspide, propio de las poblaciones envejecidas y las pensiones y los servicios médicos especializados podrían no ser los suficientes o los adecuados para hacer frente a dicha situación.

A3 Obesidad. La obesidad en México es problema grave, ya que la salud de la población se ve seriamente afectada al padecer dicha enfermedad, al ocasionar padecimientos tales como diabetes, hipertensión, cáncer, etc.

A4 Recorte a los programas de Protección Social. Podrían existir recortes a los programas de Protección Social, con lo cual podrá verse afectado la meta de cobertura universal.

A5 Extender la cobertura. Existe la posibilidad de que se le pida al Seguro Popular que se dé cobertura al virus de la hepatitis C, con lo cual se tendría que realizar mayores gastos para tratar este mal.

Oportunidades

O1 Programas de prevención a la salud. Estos programas podrían ayudar significativamente en la demanda del servicio.

O2 Ayuda de otros Programas de Protección Social. La existencia de otros Programas de Protección Social podrá equilibrar la ayuda proporcionada por el Seguro Popular.

O3 Evaluación de programas sociales e incidencia de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) con el objetivo de proporcionar herramientas a las organizaciones de la sociedad civil en temas de evaluación de la política de desarrollo social y de la medición de la pobreza para que participen de manera informada en el ciclo de las políticas públicas.

Análisis FODA para el Programa Seguro Médico para una Nueva Generación.

	FORTALEZAS	DEBILIDADES
OPORTUNIDADES	La conjunción de los diversos programas de asistencia social, así como el apoyo de Otras instituciones ayudarán a brindar servicios de mayor calidad y se podrá ampliar la cobertura para aquellos que más lo necesitan	Con la participación de otras instituciones y programas se podría extender la cobertura a los demás niños, además de poder elevar la calidad de los servicios de salud.
AMENAZAS	La ayuda de otras instituciones como el IMSS y el ISSSTE podrían disminuir la problemática en materia de cobertura, además de contar con facilidades en el acceso a el programa.	Realizar políticas que permitan destinar los pocos recursos al sector de la población que más lo requiera.

Fortalezas

F1 El programa se enfoca a atender a un sector de la población que es muy vulnerable.

F2 Se podrá extender la cobertura a las familias del menor.

F3 Los requisitos de afiliación son mínimos: Residir en territorio nacional. No ser derechohabiente de las instituciones de seguridad social, (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, etc.)Solicitar su afiliación de forma voluntaria en los Módulos de Afiliación y Orientación (MAO) Proporcionar la información necesaria para la realización de la evaluación socioeconómica de la familia, denominada Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH).

F4 Podrá contar con la participación de otras instituciones en caso de ser necesario.

Debilidades

D1 Quedan desprotegidos los niños que no cumplan con el requisito de haber nacido antes del 1º de diciembre de 2006.

D2 Falta de médicos especialistas para la atención de este sector de la población

D3 No se cuenta con ninguna institución que permita evaluar de manera externa el correcto funcionamiento del programa.

D4 Malas puntuaciones por parte del Indep (Índice de Desempeño de los Programas Federales), ya que de 100 puntos posibles tan solo obtuvo 27.

Amenazas

A1 La obesidad infantil es un gran problema ya que México ocupa el primer lugar en este tema.

A2 El mayor empobrecimiento de la población incrementaría las enfermedades y ocasionaría una mayor demanda de los servicios.

A3 Desabasto de recursos por la alta demanda que existe debido a que el IMSS no está en condiciones de formar parte de este sistema.

Oportunidades.

O1 El Instituto Nacional de Pediatría podría brindar asesoría y apoyo en materia de servicios a la salud.

O2 Apoyo de otras Instituciones como AMANC (Asociación Mexicana de Ayuda a Niños con cáncer).

O3 Las caravanas de salud como herramienta para poder brindar los servicios a aquellos lugares de difícil acceso.

CONCLUSIONES

La gran problemática que existe en México en materia de equidad social, origina que el acceso a los servicios de salud no este al alcance para todos, es por ello que es de vital importancia desarrollar e implementar políticas en materia de desarrollo social que permitan satisfacer la alta demanda que existe en servicios de salud.

Las familias que viven en condiciones de pobreza no tan solo se enfrentan a obtener acceso a servicios de salud adecuados y de alto costo como servicios de hospitalización, sino a servicios de primer nivel de atención.

No se puede seguir permitiendo que exista en México muertes ocasionadas por las denominadas enfermedades del rezago, aquellas que pueden ser evitadas con atención médica de bajo costo. Además de los miles de casos de muerte por complicaciones por el embarazo.

Una de las problemáticas que se presenta en México es que no existe una cultura adecuada en materia de prevención y que no se atienden de manera oportuna las enfermedades, con lo cual se duplican los costos en materia de salud.

Esta problemática que existe en México no tan solo es originada por las erróneas políticas en materia de desarrollo social, sino también por la falta de inversión en materia de ciencia y tecnología.

Las comunidades rurales e indígenas son los grupos que más recienten las diferencias en la calidad y acceso a los servicios de salud, y para los cuales se tendrán que tomar las medidas adecuadas para su atención.

El Seguro Popular es uno de los instrumentos con los que se cuenta en materia de servicios de salud que es fundamental para cubrir a todos los mexicanos que no cuentan con algún tipo de protección social en salud o seguro médico, por lo cual se tienen que optimizar para mejorar las condiciones de salud de los mexicanos. Este sistema de Protección Social en Salud requiere de la cooperación y participación de las diversas secretarías para poder lograr disminuir el gasto de bolsillo de millones de mexicanos y que pongan en riesgo su patrimonio.

Se tiene que buscar expandir la cobertura que actualmente brinda el seguro popular, debido a que no se tiene contemplado la atención de cierto tipo de cáncer en los adultos.

El fondo de protección contra gastos catastróficos ayuda a disminuir los costos ocasionados por las enfermedades catastróficas en el país, las cuales ocasionan un círculo vicioso de pobreza- enfermedad que provoca que se incrementen las condiciones de pobreza extrema en México.

La máxima prioridad de la Secretaría de Salud debería ser corregir la falta de infraestructura y personal para poder prestar los limitados servicios prometidos en el SP y con el incremento del presupuesto se podría conseguir.

El Seguro Médico para una Nueva Generación contribuirá a reducir la mortalidad infantil, y con ello alcanzar la meta de disminuir la mortalidad infantil, toda vez que es necesario mejorar las estadísticas de los nacimientos en el país, lograr la coordinación de todas las instituciones y sectores, así como obtener el apoyo de los profesionales del ramo, entre otras cosas.

La principal meta del sistema de salud en México es la de alcanzar la igualdad y lograr la universalidad para de esta manera reducir la pobreza y mejorar las condiciones de vida de millones de mexicanos que se encuentran en condiciones de pobreza extrema. Se tiene que lograr la cobertura masiva y conseguir con ello que más gente cuente con acceso a los servicios de salud.

ACRÓNIMOS

SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
CSS	Consejo Superior de Salubridad
DGBP	Dirección General de Beneficencia Pública
CSG	Consejo de Salubridad General
DSP	Departamento de Salubridad Pública
LGS	Ley General de Salud
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
REPSS	Regímenes estatales de protección social en salud
CONPSS	Consejo Nacional de Protección Social en Salud
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
FASSC	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad
FASSP	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona
INPC	Índice Nacional de Precios al Consumidor
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
FSPSS	Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud
CAPACITS	Centros Ambulatorios para la Atención y Control de VIH/SIDA
PTI	Plataforma Tecnológica Integral
CABEME	Catálogo de Beneficios Esenciales
CASES	Catálogo de Servicios Esenciales en Salud
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
SMNG	Seguro Médico para una Nueva Generación
MAO	Módulos de Afiliación y Orientación
DOF	Diario Oficial de la Federación
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación
SICALIDAD	Sistema Integral de Calidad de en Salud
SNDIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de Marina
IDH	Índice de Desarrollo Humano
OMS	Organización Mundial de la Salud
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
UNEMES	Unidades Médicas Especializadas
SPS	Seguro Popular de Salud
CS	Cuota Social
PDZP	Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias
CRAE	Centros Regionales de Alta Especialidad
SAEH	Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
SESA	Servicios Estatales de Salud
PRONASA	Programa Nacional de Salud
MIDAS	Modelo Integrado de Atención en Salud
PAIDEA	Programa de Prevención y Atención de Embarazos en Adolescentes
FODA	Fortalezas Oportunidades Debilidades y Amenazas
CECASOEH	Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar

DEFINICIONES

Anemia ferropiva	Es la más común de las anemias y es producida por deficiencia de hierro. También conocida como anemia ferropénica.
Ascariasis	Infección causada por lombrices intestinales, las cuales pudieron ser ingeridas en alimentos o bebidas contaminadas.
Cistis	Inflamación de la vejiga urinaria.
Encefalitis Japonesa	Enfermedad provocada por un virus que causa una severa inflamación del cerebro, al ser transmitido por la picadura de mosquitos. Se presenta en muchas zonas de Asia.
Escabiasis	Padecimiento de la piel provocado por el ácaro <i>Sarcoptes Scabiei Hominis</i> .
Estrongiloidiasis	Enfermedad intestinal causada por parásitos.
Filariasis	Enfermedad parasitaria que puede afectar a humanos y animales. Es producida por nematodos (gusanos en forma de hilo), los cuales se transmite por picaduras de insectos.
Giardiasis	Enfermedad diarreica causada por un parásito.
Inflamación puerperal	Inflamación causada por gérmenes patógenos, la cual se produce en los primeros 15 días posteriores al parto como consecuencia de las heridas que el embarazo y parto producen sobre el aparato genital.
Leishmaniasis	Se caracteriza por la aparición de úlceras cutáneas las cuales se pueden curar de forma espontánea o permanecer de manera crónica por años. Éstas son provocadas por la picadura de hembras de los mosquitos chupadores de sangre pertenecientes a los géneros <i>Phlebotomus</i> .
Melanoma	Nombre genérico de los tumores en la piel
Phthiriasis-	Infección de párpado causada por <i>Phthirus pubis</i> (piojo del pubis).
Teniasis	Infección intestinal causada por gusanos planos, conocidos comúnmente como "solitarias".
Tos ferina	Enfermedad altamente contagiosa aguda de las vías respiratorias alta, caracterizada por caracteriza por inflamación traqueobronquial y accesos típicos de tos violenta, espasmódica con sensación de asfixia.
Trichomona	Es un parásito unicelular causante de la enfermedad de transmisión sexual trichomoniasis.
Tricuriasis	Infección intestinal causada por el parásito <i>Trichuris trichiura</i> .
Tranosomiasis.	Enfermedad parasitaria que se transmite a los humanos por picaduras de la mosca Tse-tse, la cual se infectó al alimentarse de humanos o animales que hospedaban los parásitos.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez J., Bustamante M., López A., (1960) Historia de la Salubridad y de Asistencia en México, Ed., SSA.
- Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios. Volumen I. Núm. 20, 21 y 22.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Catálogo Universal de Servicios de Salud 2008.
- INEGI. Censo de población y vivienda 2005. Tabulados básicos
- ENDIREH. Encuesta Nacional sobre la dinámica de las relaciones de los hogares 2006 Tabuladores básicos Estados Unidos Mexicanos.
- Informe de Resultados Segundo Semestre 2009 SPSS
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. La Protección Social en Salud en México (Seguro Popular).
- Fundación Mexicana para la Salud. La Salud en México: 2006/2012 Visión de FUNSALUD
- Secretaría de Salud Dirección General de Información en Salud. Manual del Sistema de cuentas Nacionales y Estatales de Salud en México.
- Martínez Hersch Paul, González Chevez Lilian, Salud Pública Méx 1993; Vol. 35/ Instituto Nacional de Salud Pública.
- Secretaría de Desarrollo Social. Padrón Inicial Correspondiente al Ejercicio Fiscal 2009.
- Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano.
- Secretaría de Salud. México 2008 Información para la rendición de cuentas.
- Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Elementos Conceptuales, financieros y operativos.
- Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados 2007.
- Tobar Ponce Roberto Germán. La reforma del Sistema Nacional de Salud.