

# Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud, 2007

**RESUMEN EJECUTIVO**



Instituto Nacional  
de Salud Pública





# **Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud, 2007**

RESUMEN ● EJECUTIVO

**Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud, 2007**  
**Resumen Ejecutivo**

Primera edición, 2008

D.R. Instituto Nacional de Salud Pública  
Avenida Universidad 655  
Colonia Santa María Ahuacatitlán  
62508 Cuernavaca, Morelos, México  
www.insp.mx

ISBN: 978-970-721-497-2

Esta evaluación se realizó con recursos financieros de la Secretaría de Salud  
(Subsecretaría de Innovación y Calidad)

Impreso y hecho en México  
*Printed and made in Mexico*

**Equipo de investigación:**

**Investigador Principal:** Miguel Ángel González Block

**Co-investigador Principal:** Gustavo Nigenda López

**Coordinadores de Componentes:** Mara Téllez, Gustavo Nigenda, Belem Trejo, Luz María González, Cristina Herrera, Leticia Ávila, Veronika Wirtz

**Investigadores:** Sandra Sosa, Belkis Aracena, José Arturo Ruiz, Marta Caballero, Javier Idrovo, Lucero Cahuana, Manuel Castro, Omar Galárraga, Elizabeth Aguilar, Rosa Bejarano, Patricia Gómez, Guliano Russo

**Asesores:** Michael Reich, David Washburn, Sergio Sesma

**Adaptación y coordinación editorial:** Bertha Trejo

# Contenido

Recomendaciones por área temática	5
1. Introducción	9
1.1 Objetivo general de la evaluación 2007	10
1.2 Objetivos específicos de la evaluación 2007	10
2. Términos de referencia y metodología	11
3. Operación de fideicomisos	15
3.1 Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos	15
3.2 Flujo financiero del fideicomiso	17
4. Separación de funciones del Seguro Popular	23
4.1 Separación de funciones entre autoridades de salud y agencias financieras	23
4.2 Separación de funciones entre agencias financieras o autoridades de salud y proveedores	25
4.3 Mecanismos de supervisión y control	27
5. Medicamentos	29
5.1 Fortalezas y debilidades de los procesos de compra y abasto	29
5.2 Gasto en medicamentos	30
5.3 Surtimiento de recetas en el lugar de atención, gasto de bolsillo y satisfacción de los usuarios	31
6. Recursos humanos	35
6.1 Suficiencia de recursos humanos	35
6.2 Modalidades de contratación de personal	38
6.3 Situación de los programas de capacitación en los estados	39

---

7. Plataforma tecnológica	41
8. Efectos intermedios del Seguro Popular	43
8.1 Afiliación	43
8.2 Utilización de los servicios	46
8.3 Trato adecuado	48
8.4 Gastos catastróficos y de bolsillo	48
Siglas	51

---

# Recomendaciones por área temática

## Afiliación de beneficiarios

- Incentivar la afiliación de los grupos más vulnerables, en particular los indígenas.
- Redefinir los esquemas de evaluación y las estrategias de afiliación en aquellos estados que tienen mayores atrasos en el cumplimiento de sus metas.
- Redoblar esfuerzos para fortalecer la certificación de unidades de salud, lo que implica mayor inversión en infraestructura, equipo y recursos humanos. Estos esfuerzos pudieran ser complementados con la contratación de externos.
- Evaluar las causas por las cuales el tamaño promedio de las familias afiliadas al Seguro Popular de Salud (SPS) es menor al tamaño promedio nacional.

## Separación de la función de financiamiento de la función de compra en las entidades

- Capacitar y actualizar tanto al personal administrativo del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS) y de la Secretaría de Salud (SSA), como al personal operativo del SPS y a los proveedores de servicios con respecto a las nuevas tareas, funciones, responsabilidades, mecanismos e instrumentos derivados de la separación de funciones, con el fin de hacer más eficiente la prestación de servicios a los usuarios y agilizar los trámites administrativos de contratación, pago y transferencia de información.
- Ampliar las atribuciones del médico gestor del SPS para permitir que se aplique a las funciones requeridas por los Servicios Estatales de Salud (SESA) y los proveedores.
- Generar lineamientos para definir las funciones y competencias entre los SESA y el REPSS en las entidades federativas, con especial énfasis en los ámbitos de planeación, compra de servicios y planificación de mecanismos de supervisión.
- Implementar sistemas de información gerencial que permitan un monitoreo más práctico, automatizado y homogéneo de los indicadores financieros, de la gestión, del padrón de beneficiarios y de los servicios que se ofrecen en todas las entidades federativas.

## Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

- Centrar el gasto del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) en la atención a enfermedades y no en la prevención de las mismas a fin de que cumpla con el objetivo para el cual fue constituido.
- Buscar fuentes alternativas de financiamiento para cubrir el costo de las vacunas.
- Ajustar el sistema de información financiera para poder desagregar y especificar los montos del FPGC asignados a las entidades federativas de acuerdo con su programa de salud.
- Monitorear la brecha entre los casos diagnosticados y los validados que deben ser cubiertos por el FPGC, sobre la base de un sistema de información continua.
- Establecer mecanismos que permitan ajustar el gasto del FPGC a las necesidades de protección contra gastos catastróficos y, dentro de ellas, a las necesidades que tienen mayor peso en el panorama epidemiológico.
- Agilizar los trámites para la notificación de casos al FPGC con base en la capacitación de los responsables en lo referente a la normatividad y el desarrollo de sistemas de información.
- Disminuir la necesidad de transporte de los pacientes a ciudades alejadas, por medio del incremento de la oferta de servicios de salud acreditados a nivel estatal, tanto públicos como privados.
- Reunir con mayor frecuencia al Comité Técnico del FPGC para acelerar la aprobación de casos, o bien delegar algunas responsabilidades a funcionarios del SPS.
- Reducir, en cualquier caso, los tiempos de reembolso a las unidades de salud que atienden los casos.
- Evitar el pago de bolsillo por parte de los pacientes para rubros cubiertos por el FPGC, con apoyo en mecanismos que permitan reembolsar directamente al hospital y no al paciente.
- Evaluar el proceso en una etapa posterior, una vez que los actores tengan la suficiente experiencia en el manejo de este fondo. Dicha evaluación debería considerar, entre otros aspectos, el tiempo de operación del FPGC, así como la suficiencia de unidades acreditadas y de especialistas por estado.

## Compra, asignación presupuestal y abasto de medicamentos

- Contar con mecanismos de monitoreo de los precios de medicamentos y procesos de compra por estado para asegurar la sustentabilidad y eficiencia del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).

- Incorporar las percepciones y opiniones de grupos de interés fuera del SPSS, en particular el sector privado, incluyendo la industria farmacéutica y los distribuidores, para identificar fortalezas y debilidades en los procesos de compra y abasto.
- Desarrollar un sistema de registro más confiable en rubros de gasto que permita conocer el monto real erogado anualmente a escala estatal, establecer una tendencia del gasto por estado, entre estados y nacional, así como documentar si existen problemas de eficiencia en el gasto y evaluar su magnitud.
- Investigar si el volumen de compra por grupo terapéutico (demanda) corresponde a la varianza en la prevalencia de los problemas de salud relacionados con estos medicamentos.
- Analizar la necesidad de ampliar el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) para identificar algunas patologías que tengan demanda elevada entre los usuarios del SPSS y el tipo de medicamentos prescritos en relación con la necesidad clínica del paciente.
- Monitorear la calidad de la prescripción de medicamentos en el SPSS para identificar el uso inadecuado o ineficiente.

## Contratación, suficiencia y capacitación de personal de salud

- Reforzar la capacitación en todos los niveles y para todas las categorías profesionales sobre los contenidos técnicos y gerenciales del SPS.
- Mejorar la coordinación entre los programas de capacitación de las secretarías estatales y del REPSS.
- Promover una mayor coordinación entre la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), las secretarías estatales de Salud y las subcomisiones para la regulación del personal contratado en condición precaria en los estados, con el propósito de homogeneizar las políticas relacionadas con la selección del personal y la puesta en marcha de un esquema básico de incentivos al desempeño.
- Evitar el uso de recursos del programa para llevar a cabo el proceso de “regularización” del personal.
- Supervisar que la contratación de personal en cuanto a su número y combinación de perfiles profesionales obedezca a las necesidades del SPS y sus afiliados.

8 ■

## Uso de la plataforma tecnológica: tarjeta TUSALUD y expediente electrónico

- Garantizar la coordinación funcional entre las diversas plataformas tecnológicas del SPS y de la SSA.
- Continuar con la implementación de la tarjeta electrónica TUSALUD, definir sus ámbitos de aplicación y dotar de lectores a los consultorios.
- Facultar a los REPSS para la emisión de la tarjeta electrónica TUSALUD.
- Desarrollar opciones para la plataforma tecnológica en áreas de difícil acceso.

## Efectos intermedios

- Dar seguimiento al trato digno y a la calidad de los servicios de mayor demanda entre los afiliados al SPS.
- Analizar los factores que determinan que la demanda de servicio por parte de los afiliados sea mayor que la de la población no afiliada, a fin de establecer si hay selección adversa.
- Confirmar los hallazgos de disminución del gasto catastrófico por parte de los afiliados y comprobar si este hecho tiene una relación directa con el SPS.
- Llevar a cabo el seguimiento de la operación en el 2008 para evaluar los efectos esperados a tres años del inicio de la puesta en marcha del programa.

# I. Introducción

Con la reforma de la Ley General de Salud en el 2003 se creó el SPSS y su brazo operativo, el SPS: un esquema de seguro médico voluntario que busca que todos los mexicanos tengan acceso a la atención de la salud y protege en especial a las familias más pobres del país que no cuentan con seguridad social. En consecuencia, este esquema responde a los retos de disminuir la proporción de gastos de bolsillo, reducir los gastos catastróficos e incrementar la cobertura de aseguramiento en salud.

El SPS busca cumplir con los siguientes objetivos estratégicos:<sup>1</sup>

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

Desde el año 2003 se realiza la evaluación externa de los procesos operativos del programa del SPS. En 2005 y 2006 la evaluación se enfocó en los componentes de financiamiento, procesos gerenciales, efectos en la reducción del gasto catastrófico y condiciones de salud de la población afiliada. Para la evaluación del 2007 se definió como eje metodológico el análisis del conjunto de procesos operativos que identifican los elementos más relevantes de su operación, los avances

---

<sup>1</sup> Secretaría de Salud. Libro Blanco. Programa Salud para Todos. Seguro Popular de Salud, 2002-2003. Sistema de Protección Social en Salud, 2004-2006, pág. 9.

obtenidos en el periodo reciente, los problemas detectados en la operación y el desarrollo de las recomendaciones derivadas para cada aspecto.

El desarrollo de esta evaluación permitió generar una serie de recomendaciones sobre diferentes aspectos de la operación del programa, que pueden ser mejorados a fin de incrementar su impacto y cumplir con los objetivos estratégicos planteados para el sistema.

Este resumen se divide en un apartado de recomendaciones —que se presentó en las páginas previas—, un apartado metodológico y seis apartados de resultados. Estos últimos se centran en el análisis de aspectos clave de la operación del SPS establecidos en los términos de referencia originales: a) operación de fideicomisos, b) separación de funciones, c) medicamentos, d) recursos humanos, e) plataforma tecnológica y f) efectos intermedios del programa.

## 1.1 Objetivo general de la evaluación 2007

Evaluar los procesos estratégicos en el financiamiento y operación del SPS, así como los efectos que su implementación ha tenido sobre la transparencia de la asignación financiera, la calidad, la capacidad gerencial y la disponibilidad de los recursos para la salud a nivel estatal.

## 1.2 Objetivos específicos de la evaluación 2007

- Evaluar el desarrollo del FPGC y el Fondo de Previsión Presupuestal (FPP) en su estructura, financiamiento y operación, en relación con la normatividad y las expectativas de actores clave para el periodo 2004-2006 y su proyección al 2012.
- Evaluar la estructura y operación del REPSS y su relación con las secretarías estatales de Salud y prestadores de servicios respecto de la acreditación de unidades, afiliación y eficiencia, como resultado de la contratación de proveedores.
- Analizar los efectos del SPS en el periodo 2000-2006 sobre la afiliación, los patrones de gasto del hogar, la utilización de servicios, el acceso a medicamentos y la satisfacción con la atención.

## 2. Términos de referencia y metodología

Los términos de referencia identificaron 19 temas principales:

1. Atención a beneficiarios, gestión de servicios
2. Flujos financieros
3. Operación de los fideicomisos
4. Financiamiento de la infraestructura
5. Cobertura de gastos imprevistos
6. Fondo de garantía
7. Separación de funciones
8. Recursos humanos
9. Plataforma tecnológica
10. Volumen de gasto en medicamentos
11. Mecanismos de compra de medicamentos
12. Afiliación
13. Abasto y consumo de medicamentos
14. Suficiencia de recursos humanos
15. Satisfacción con la atención
16. Utilización
17. Gasto catastrófico y de bolsillo
18. Efectos en la salud
19. Composición familiar de los usuarios

Para esta evaluación se realizaron visitas a las 32 entidades federativas. El levantamiento en Tabasco se realizó en marzo del 2008 debido a la situación de emergencia que se vivió en aquel estado durante el periodo de la evaluación. El estudio abarcó dos grandes aspectos: los procesos (temas del 1 al 14) y los resultados intermedios (temas 15 a 19). Para el primero se consideraron fuentes de información cualitativa y cuantitativa de datos y percepciones de los actores sobre la implementación y funcionamiento del SPS (cuadro 1). Se procuró llevar a cabo entrevistas en particular con los responsables estatales del SPSS y con los secretarios estatales de Salud. Para el segundo aspecto se utilizaron diversas bases de datos existentes. Entre ellas destacan la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000; la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED) 2002; la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006; la Encuesta Nacional

## 12 ■

de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2006; la Encuesta Continua de Salud en México (ENCOS) 2003-2004, y el Panel de Evaluación de Impacto del Seguro Popular 2005-2006.

La información cualitativa se obtuvo sobre la base de una selección de informantes clave de los diversos niveles que operan el SPS y de las funciones que desempeña cada uno. Se consideraron tres niveles: el federal, que ejerce la función de rectoría y define los lineamientos nacionales para la implementación del SPS; el nivel estatal, encargado de gestionar y operar el SPS en el ámbito de cada entidad federativa, y el nivel local, que cumple las funciones de prestación o entrega de servicios de salud tanto para el CAUSES como para el FPGC.

■ Cuadro 1  
**Informantes por nivel, tipo de instrumentos y total de entrevistas**

Nivel	Instrumento	Total de entrevistas
<b>Nacional</b>		
Comisionado		1
Director de Finanzas		1
Director de Afiliación	Guía de temas	1
Director de Servicios Médicos		1
Gerente de Fideicomisos		1
<b>Estatad</b>		
Secretarios de Salud		29
Responsables del REPS		31
Responsables de Planeación		28
Responsables de Normatividad		28
Responsables de Finanzas de la Secretaría de Salud	Guía de temas	32
Responsables de Recursos Humanos		32
Responsables de Costos y Proyectos		31
Responsables de Servicios de Salud		32
Responsables de Afiliación		31
<b>Local</b>		
Asesor médico		28
Responsables de unidad médica de segundo o tercer nivel	Guía de temas	31
Jefe de unidad médica primer nivel		31
Usuarios de gastos catastróficos	Cuestionario estructurado	2,047
Grupos focales con usuarios de primer nivel de atención	Guía	29

La comparación entre antes y después del inicio del SPS permitió evaluar algunos de los efectos del programa sobre la afiliación, el abasto de medicamentos, la satisfacción con la atención, la utilización de servicios, el gasto catastrófico y de bolsillo, los eventos en salud y la composición familiar de los usuarios. Para la descripción de los casos de beneficiarios del FPGC se usó la base de datos oficial agregada, en poder de la CNPSS, la cual fue cotejada con las bases de datos estatales.

También se contó con información cuantitativa obtenida de los propios estados en relación con la compra de medicamentos y la contratación de recursos humanos. En ambos casos la información obtenida fue incorporada en bases de datos, mismas que fueron procesadas en el programa Excel, versión Office 2003.



## 3.

# Operación de fideicomisos

**E**l SPS opera el FPGC para el financiamiento de la totalidad de las intervenciones de alto costo en familias afiliadas que no están cubiertas por la seguridad social. El SPS maneja otros fondos para atender las necesidades de infraestructura en entidades federativas con mayor marginación social, para diferencias imprevistas en la demanda de servicios y para la garantía de pago interestatal de servicios. Sin embargo, el FPGC es el fondo más importante en virtud del volumen de recursos que maneja.

### 3.1 Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

Las atribuciones del FPGC están plasmadas en el decreto de creación del Sistema de Protección Social en Salud del 2003, en los artículos 77 bis 29 y 77 bis 30, así como en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, artículos 95 a 106. La definición de la lista de enfermedades que ocasionan gastos catastróficos que son cubiertos por el FPGC está a cargo del Consejo de Salubridad General; dicha lista se ha incrementado anualmente. El procedimiento de operación del FPGC está constituido por la asignación de fondos por parte de la CNPSS a los SESA para cada caso de enfermedad notificado y validado por ellos a través de unidades certificadas. El propósito de la evaluación fue conocer la operación del FPGC y su financiamiento por padecimiento y por entidad federativa, en el marco de la lista de enfermedades cubiertas.

Con este propósito se evaluó la operación de los siguientes procesos:

- a) La acreditación de unidades prestadoras de servicios necesarios para atender las enfermedades que ocasionan gastos catastróficos.
- b) La validación de los casos por parte de los SESA y su notificación a la CNPSS.
- c) La aprobación de los fondos por parte de la CNPSS.
- d) El envío de los fondos por parte de la CNPSS a los SESA.
- e) El reembolso de los fondos por parte de los SESA a las unidades acreditadas prestadoras de servicios.

Se identificaron problemas en casi todos los estados con respecto a:

- ◆ Dificultades en el proceso de acreditación de unidades (28.5%)
- ◆ Insuficiencia de recursos para acreditar unidades (53%)
- ◆ Falta de sencillez en el proceso de solicitud de fondos (40%)
- ◆ Retraso en la validación y notificación de casos (52%)
- ◆ Falta de oportunidad en la transferencia de recursos por parte de la CNPSS (84%)

Por otra parte, se reportaron mejorías en la oportunidad del envío de recursos del FPGC del nivel central a los SESA.

El problema del retraso en el reembolso a las unidades acreditadas está relacionado con la forma en que los actores desarrollan la gestión financiera del FPGC. El modelo normativo señala que la gestión del FPGC depende enteramente de las unidades acreditadas, de los SESA y de la CNPSS. En este modelo, el REPSS no desempeña ningún papel, habida cuenta de que dicho órgano se limita al financiamiento de las intervenciones que conforman el CAUSES. No obstante, se pudo apreciar que la participación del REPSS en la operación del FPGC en algunas entidades puede resultar importante para su buena operación. A continuación se distinguen tres modelos de gestión:

**Sin injerencia del REPSS-SESA.** El REPSS y su gestor médico respetan estrictamente la norma de no intervenir en la actuación del FPGC. El proceso de validación en este modelo no pasa por el REPSS, que no tiene siquiera acceso a la información de los casos y funciona sólo como supervisor de los derechos de los afiliados y/o como buzón de quejas. La operación de este modelo es más clara en los estados donde el sistema de información funciona de manera relativamente aceptable. Ejemplo de entidades que se ven limitadas por la falta de apoyo del REPSS son Baja California Sur, Coahuila, Chiapas, Colima, Estado de México, Hidalgo, Nayarit, Yucatán, Veracruz y Zacatecas.

**Sinergia REPSS-SESA.** El REPSS ofrece apoyo para la *acreditación* de unidades, el cual puede ir desde infraestructura hasta recursos humanos y materiales o asesoría; también otorga asistencia para la notificación de casos de gastos catastróficos. Funciona como intermediario entre las unidades médicas y los SESA. Este apoyo se otorga de manera particular por los gestores médicos del REPSS. Las entidades donde más se aprovecha la sinergia son Aguascalientes, Campeche, Distrito Federal, Durango, Guanajuato, Jalisco, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora, Tamaulipas y Tabasco.

**Sin coordinación.** Este modelo se caracteriza por la falta de comprensión de la normatividad para la operación del FPGC, con desconocimiento tanto del modelo normativo como de las alternativas de gestión sinérgica. Se evidencian confusión, recelo, recriminaciones y desconfianza entre los proveedores y los SESA, así como en el REPSS, sobre todo en relación con el reembolso de fondos. Los directivos de las unidades médicas suelen culpar al “seguro popular” por la sobrecarga a que se les somete sin una contrapartida en el apoyo financiero o material, mientras que los funcionarios del REPSS acusan a los prestadores de servicios de indolentes, carentes de compromiso o interesados sólo en conseguir que “el dinero les llegue”, independientemente de que los casos hayan sido aprobados. Algunos estados afectados por esta situación son Chihuahua, Guerrero, Michoacán, Puebla y Sinaloa.

## 3.2 Flujo financiero del fideicomiso

Para el análisis de esta sección se utilizaron dos fuentes de información. La primera es la cuenta global que el SPSS reporta a las autoridades fiscalizadoras y la segunda, su contabilidad interna. Se señala lo anterior debido a que sólo esta última permite el análisis por entidad geográfica y por tipo de intervención.

Entre 2004 y 2007 ingresaron al fideicomiso 16,875,568,732 pesos por concepto de las aportaciones federales, el impuesto al tabaco y los intereses generados. La aportación más importante fue la federal, que representó 71.8% de las aportaciones para todo el periodo (cuadro 2).

### ■ Cuadro 2

#### **Monto y fuente de los recursos percibidos por el fideicomiso de noviembre de 2004 a diciembre de 2007, en miles de pesos**

Año	Otras aportaciones	Aportaciones SPSS	Aportaciones impuesto al tabaco	Aportaciones pendientes de identificar	Intereses generados	Total	Porcentaje
2004	125.0	513,546.6	199,962.8	0.0	3,365.81	717,000.2	4.2%
2005	0.0	2,122,825.6	1,239,070.0	74.7	208,392.1	3,570,362.3	21.2%
2006	0.0	3,916,114.1	2,117,361.5	23,684.3	340,928.8	6,398,088.7	37.9%
2007	0.0	5,562,758.8	14,824.9	47,068.9	565,464.9	6,190,117.5	36.7%
Total	125.0	12,115,245.1	3,571,219.1	70,827.9	1,118,151.6	16,875,568.7	
Porcentaje	0.0%	71.8%	21.2%	0.4%	6.6%		

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por la CNPSS.

El fideicomiso transfirió recursos a los programas por 6,487,493,671 pesos. El más importante fue el FPGC (70.8%), seguido por el FPP (15.5%) y el FPGC a través del impuesto al tabaco (13.7%).

El total ejecutado a través del FPGC fue de 5,477,230,004 pesos entre 2004 (año en el que el FPGC no experimentó movimiento financiero alguno) y 2007, con un promedio de 1,369.3 millones por año, equivalente a un incremento promedio de 100% en el periodo (cuadro 3).

■ Cuadro 3  
**Crecimiento del FPGC de 2005 a 2007, en miles de pesos**

Fondo	Total transferido por año			Total del periodo	Variación porcentual anual		
	2005	2006	2007		2005-2006	2006-2007	Promedio
FPGC	541,169.59	1,827,879.14	2,221,879.01	4,590,927.74	237.76%	21.6%	129.7%
FPGC/IT	231,737.42	410,725.08	243,839.77	886,302.27	77.24%	-40.6%	18.3%
Total	772,907.01	2,238,604.22	2,465,718.78	5,477,230.00	189.63%	10.1%	99.9%

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por la CNPSS.

En cuanto a la participación del FPGC en el total de recursos del SPSS, que se muestra en el cuadro 4, y que de acuerdo con los lineamientos de la CNPSS deberá corresponder a 8% anual de la sumatoria de la cuota social, la aportación solidaria federal y la aportación solidaria estatal anual, se encontró que de 2004 a 2006 representó 7.5% del total de recursos obtenidos a través de las tres fuentes señaladas. No obstante, para 2006 este porcentaje fue mayor a dicho promedio, pues representó 10.6% del gasto total del SPSS. Al no disponerse de información sobre los recursos que ingresaron al SPSS en 2007, no se pudo incluir este año en el análisis.

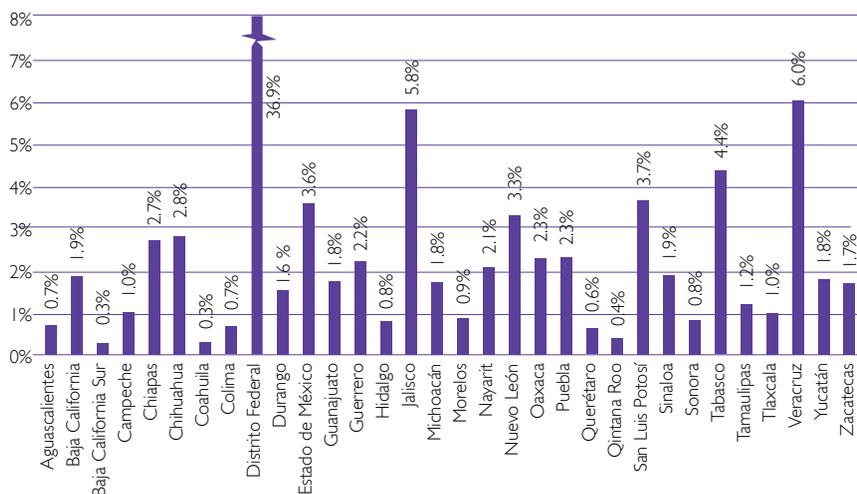
■ Cuadro 4  
**Participación del FPGC en el total de recursos del SPSS, en miles de pesos**

Año	Fuente de los recursos del SPSS				Total de recursos del SPSS	Total transferido al FPGC	Porcentaje de recursos del SPSS destinada al fideicomiso
	Cuota social	Aportación solidaria federal	Aportación solidaria estatal				
			Acreditable	Líquida			
2004	1,718,899.85	1,244,945.46	1,055,052.87	230,653.48	4,249,551.66	0.00	0.0%
2005	4,206,369.78	2,803,265.49	2,344,528.47	795,535.77	10,149,699.51	541,169.59	5.3%
2006	7,385,075.23	4,317,635.21	5,058,817.20	453,619.23	17,215,146.88	1,827,879.14	10.6%
Total	13,310,344.86	8,365,846.16	8,458,398.54	1,479,808.49	31,614,398.05	2,369,048.73	7.5%

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por la CNPSS.

La distribución del desembolso del fideicomiso por entidad federativa (figura 1) muestra que 36.9% de los recursos se concentraron en el Distrito Federal. Esto se debe en parte a que todo el gasto en vacunas contra neumococo y las transferencias al Programa de Previsión de Riesgos Sanitarios, así como la compra de vacunas contra la influenza en el 2007 se cargaron a esta entidad, pues las compras se realizaron de manera consolidada a través del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Otro factor relacionado con esta importante participación del Distrito Federal en el total de recursos asignados a través del fondo es la ubicación en esta ciudad de la mayoría de hospitales de alta especialidad del país y los Institutos Nacionales de Salud, que concentran a una gran proporción de pacientes con padecimientos cubiertos por el FPGC. Sin embargo, es importante considerar las diferencias en las asignaciones por entidad federativa, máxime si se observa que nueve estados no alcanzaron siquiera 1%, y los que ocuparon el segundo y tercer lugar (Veracruz y Jalisco) participaron con 6% y 5.8%, respectivamente.

■ Figura 1  
**Distribución de los recursos transferidos de 2005-2007 a través del fideicomiso, por entidad federativa**



Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por la CNPSS.

El desglose anual de intervenciones priorizadas (cuadro 5) muestra que año con año la compra de antirretrovirales para las personas con VIH fue la estrategia a la que se asignó la mayor cantidad de recursos. La proporción destinada a esta intervención correspondió a 37.0% en 2005, 34.0% en 2006 y 38.4% en 2007. El apoyo a la infraestructura hospitalaria también se priorizó durante el periodo: 30.2% de los recursos de 2005 se destinaron a esta actividad, 25.8% en 2006 y 23.1% en 2007. Aunque la compra de vacunas decreció en 2007, para representar sólo 8.3% del total del fideicomiso (en 2005 y 2006 su participación fue equivalente a 14.1% y 24.2%, respectivamente), continuó ocupando el tercer lugar que había tenido en los dos años anteriores.

El FPGC está teniendo un impacto significativo, al grado que ya cubre 24% de la ocurrencia de las enfermedades objeto de su responsabilidad en relación con los egresos hospitalarios reportados por la SSA en 2006. En tres enfermedades de baja prevalencia (astrocitoma, neuroblastoma y osteosarcoma), el FPGC registra una cobertura mayor a 100% de los egresos hospitalarios, lo cual puede deberse a la larga duración de la evolución de estas enfermedades y al prolongado tratamiento que requieren.

Excluyendo estas enfermedades, la mayor cobertura corresponde a cataratas, cáncer del cuello uterino y malformaciones congénitas, padecimientos que concentran 84.1%, 43.8% y 29.3%, respectivamente, de los egresos (figura 2).

Las enfermedades con menor cobertura por parte del FPGC son los linfomas, el tumor de Wilms, las leucemias linfoblástica aguda y mieloblástica aguda y el sarcoma de partes blandas.

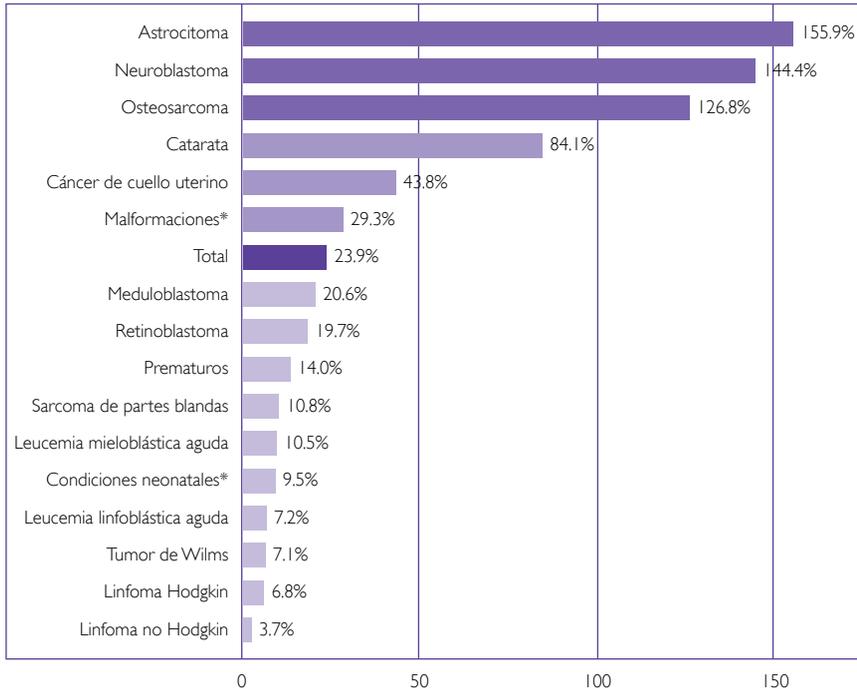
■ Cuadro 5

**Destino de los recursos del fideicomiso por año, subcuenta e intervenciones en el periodo 2005- 2007**

Intervenciones	2005			2006			2007			Total				
	FPGC	FPGC/IT	FPP	Subtotal	FPGC	FPGC/IT	FPP	Subtotal	FPGC		FPGC/IT	FPP	Subtotal	
	Cáncer cervicouterino	36,632.7	46,473.7	46,473.7	36,632.7	105,030.5	147,049.1	147,049.1	105,030.5		141,700.7	141,700.7	141,700.7	147,049.1
Cuidados intensivos neonatales	78,150.4	24,042.1	102,192.5	128,800.4	18,069.0	146,869.3	94,576.2	146,869.3	849,049.0	1,129,225.4	1,129,225.4	94,576.2	343,638.0	5.3%
Leucemia linfoblástica aguda	379,912.8	56,953.2	252,691.5	309,644.7	352,687.3	289,477.3	642,164.6	309,644.7	216,594.9	463,024.8	679,619.7	1,631,429.0	2,358,187.2	36.5%
VIH	144,392.1	6,350.0	144,392.1	390,222.7	31,942.6	31,942.6	390,222.7	31,942.6	53,436.8	53,436.8	53,436.8	53,436.8	588,051.6	9.1%
Infraestructura	6,350.0	6,350.0	6,350.0	6,350.0	31,942.6	31,942.6	31,942.6	6,350.0	-286.7	-286.7	-286.7	-286.7	38,005.9	0.6%
Vacuna antinfluenza	8026.3	8026.3	8026.3	8026.3	8026.3	24,133.4	27,531.5	8026.3	190,425.8	190,425.8	190,425.8	190,425.8	59,691.3	0.9%
Programa de previsión de riesgos sanitarios	2,15,337.5	2,15,337.5	2,15,337.5	2,15,337.5	0.0	22,513.7	22,513.7	2,15,337.5	3,547.1	48,234.5	48,234.5	48,234.5	405,763.3	6.3%
Cirugía de cataratas	3,547.1	3,547.1	3,547.1	3,547.1	39,666.4	201,998.3	201,998.3	3,547.1	180,102.9	180,102.9	180,102.9	180,102.9	22,513.7	0.3%
Vacuna antineumococo	39,666.4	39,666.4	39,666.4	39,666.4	2,493,537.1	2,233,396.7	2,43,839.8	39,666.4	2,940,261.3	2,940,261.3	2,940,261.3	2,940,261.3	405,763.3	6.3%
Trasplante de médula ósea	48,234.5	48,234.5	48,234.5	48,234.5	201,998.3	201,998.3	201,998.3	48,234.5	201,998.3	201,998.3	201,998.3	201,998.3	22,513.7	0.3%
Insuficiencia renal crónica	201,998.3	201,998.3	201,998.3	201,998.3	180,102.9	180,102.9	180,102.9	201,998.3	180,102.9	180,102.9	180,102.9	180,102.9	48,234.5	0.8%
Cánceres infantiles	180,102.9	180,102.9	180,102.9	180,102.9	2,493,537.1	2,233,396.7	2,43,839.8	180,102.9	2,940,261.3	2,940,261.3	2,940,261.3	2,940,261.3	201,998.3	3.7%
Cáncer de mama	180,102.9	180,102.9	180,102.9	180,102.9	2,493,537.1	2,233,396.7	2,43,839.8	180,102.9	2,940,261.3	2,940,261.3	2,940,261.3	2,940,261.3	180,102.9	2.8%
Total	541,169.6	231,737.4	252,691.5	1,025,598.5	1,793,334.7	410,725.1	2,89,477.3	1,025,598.5	2,493,537.1	2,233,396.7	2,43,839.8	463,024.8	2,940,261.3	6,459,396.9

■ Figura 2

**Cobertura del FPGC en relación con la ocurrencia de egresos hospitalarios (SSA) por las mismas enfermedades, 2006**



\*Incluye todas las malformaciones y las condiciones neonatales que cubre el fondo.

## 4. Separación de funciones del Seguro Popular

**E**l SPSS promueve la separación de la función de financiamiento de la de prestación de servicios a través de la creación de los REPSS, a los que les asigna dos funciones primordiales: la gestión y administración de los recursos financieros y la coordinación de la prestación de los servicios de atención médica,<sup>2</sup> con el fin de garantizar una mayor eficiencia y calidad en la atención que reciben los derechohabientes del SPS.

Para evaluar la separación de funciones se tomaron en cuenta aspectos como el marco normativo que sustenta la creación y funcionamiento de los REPSS, su situación jurídica, la capacidad operativa y de gestión independiente de los SESA, el grado de autoridad sobre los recursos, la formalización de acuerdos de gestión y contratos con prestadores de servicios públicos, privados y de la sociedad civil, la formalización de acuerdos de coordinación con otros estados para la prestación de los servicios, y la capacidad para supervisar y controlar el modelo. Estos elementos se describen y analizan para conocer el nivel de separación entre las autoridades de salud y las agencias financiadoras, así como entre éstas y los proveedores de servicios.

### 4.1 Separación de funciones entre autoridades de salud y agencias financieras

La información obtenida permitió establecer tres tipos de organización jurídica de los REPSS:

- a) Organismos descentralizados, con personalidad jurídica y patrimonio propios, lo que implicaría autoridad y capacidad de decisión, además de autonomía orgánica y técnica respecto de los SESA. Es el caso de Baja California.
- b) Organismos desconcentrados del gobierno estatal con competencia exclusiva y autonomía técnica y bajo la jerarquía y dependencia jurídica de los SESA. Esta

---

<sup>2</sup> Secretaría de Salud (2006). *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*. 2ª edición. México, Fondo de Cultura Económica, Colección Biblioteca de la Salud

forma jurídica supone un mayor grado de autonomía para la administración, gestión y evaluación de los recursos. Es el caso de siete entidades: Baja California Sur, Chihuahua, Hidalgo, Michoacán, Morelos, Oaxaca y Veracruz.

- c) Órganos estructurales de los SESA bajo el mando directo de los secretarios de Salud. Esta figura implica la presunción de que los REPSS no cuentan con autonomía técnica y operativa para la administración, gestión y evaluación de los recursos. Es el caso de las 24 entidades restantes.

La autonomía legal de los REPSS no necesariamente los mantiene a salvo de presiones para el manejo discrecional de los recursos ni garantiza la contratación de los mejores prestadores, ni la obtención del servicio a los mejores precios. Esto se debe a que –con la excepción de Chihuahua, Tabasco y Veracruz– su capacidad de gestión de recursos (financieros, humanos, materiales y medicamentos) es muy escasa y recurren finalmente a otras dependencias de los SESA y a la capacidad de decisión de sus autoridades.

Los REPSS pueden clasificarse en tres grupos de acuerdo con el desarrollo de su capacidad gerencial para administrar los recursos y coordinar la integración de la red de prestadores de servicios. En el primer grupo se encuentran los REPSS de cuatro estados: Baja California, Baja California Sur, Michoacán y Chihuahua, que si bien ostentan una forma jurídica descentralizada o desconcentrada –lo que supondría una mayor capacidad de gestión– revelan falta de definición de responsabilidades entre el REPSS, los SESA y los prestadores de la red pública. En estas entidades, es notable el desconocimiento del personal del REPSS sobre aspectos generales de la operación del SPSS, tales como la compra de servicios y el seguimiento, verificación y evaluación de los acuerdos de gestión.

El segundo grupo está conformado por 10 entidades federativas, donde el REPSS está constituido como un órgano de los SESA. Ahí se observó una mayor capacidad de gestión, pese a la estrecha dependencia con este organismo. Tal es el caso de Aguascalientes, Distrito Federal, Durango, Querétaro, Jalisco, Nuevo León, Tamaulipas, Tabasco, Yucatán y Zacatecas.

En el tercer grupo se ubican el resto de las entidades federativas, en donde no se observa con claridad el desarrollo de las capacidades gerenciales de los REPSS.

Con respecto a la estructura organizacional de los REPSS, se identificaron diversos niveles de desarrollo de las estructuras organizacionales en las entidades federativas, donde se identificó desde un desarrollo con pocas dependencias (Aguascalientes, Durango, Estado de México, Puebla, Querétaro, Quintana Roo) hasta estructuras más amplias (Chiapas, Chihuahua, Tamaulipas, Nayarit, Tlaxcala, Tabasco y Veracruz). Asimismo, se encontró heterogeneidad en la denominación

de las dependencias. Al indagar si existe correspondencia entre las funciones que desempeñan los funcionarios del REPSS y lo que establecen el organigrama y los manuales operativos, en la mayoría de las entrevistas se encontró que se apegan estrictamente a lo estipulado.

## 4.2 Separación de funciones entre agencias financieras o autoridades de salud y proveedores

La operación del SPS puede ejecutarse sobre la base de acuerdos de gestión entre autoridades y prestadores de servicios al interior de una misma institución y entre agencias de financiamiento y prestadores de servicios médicos de diferentes instituciones a partir de contratos de prestación de servicios.

Es notorio el avance en la operación del SPS en cualquiera de las formas mencionadas. En efecto, 20 de las entidades (60%) celebran acuerdos de gestión con proveedores públicos y contratos con prestadores privados para servicios de diagnóstico (laboratorio clínico, imágenes diagnósticas) y para el surtimiento de medicamentos. Es el caso de Aguascalientes, Chihuahua, Colima, Distrito Federal, Durango, Estado de México, Guanajuato, Jalisco, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Quintana Roo, Puebla, San Luis Potosí, Sonora, Tamaulipas, Tlaxcala, Tabasco, Yucatán y Veracruz.

Por otra parte, 11 entidades (34%) establecen acuerdos de gestión con prestadores públicos. Tal es el caso de Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Coahuila, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, Querétaro, Sinaloa y Zacatecas. Los acuerdos incluyen unidades en todos los niveles de atención disponibles en la entidad para la prestación de servicios incluidos en el CAUSES. Solamente en Michoacán no se identificó una tendencia hacia la gestión de acuerdos con los prestadores de servicios.

En el cuadro 6 se resumen los mecanismos de pago de la atención médica, hospitalaria y de medicamentos, tanto en el sector público como en el privado utilizado por los REPSS.

En todas las modalidades antes descritas también se combina el pago en especie (equipos, materiales, insumos, etcétera), el cual se establece en función de las necesidades de recursos humanos e insumos requeridos por las unidades de atención. Un problema recurrente en todos los estados es la demora del pago a los prestadores por parte del REPSS, hecho que afecta el funcionamiento y la disponibilidad oportuna de insumos tanto en las unidades básicas como en

■ **Cuadro 6**  
**Mecanismos de pago, tipo de servicio y formas de pago a los proveedores**

Proveedor	Tipo de servicio	Mecanismo	Forma de pago
Externos (servicios subrogados)	Medicamentos, estudios de laboratorio y gabinete	Contrato	Directa y por evento
Unidades de Salud dependientes de la jurisdicción sanitaria	Actividades de primer nivel de atención	Requerimiento histórico	Transferencia presupuestal
Hospitales de la red pública	Acciones de segundo y tercer nivel de atención	Acuerdos de gestión	Pago por caso o por evento y, en algunos casos, por presupuesto

Fuente: Información secundaria recolectada durante el trabajo de campo en las entidades federativas para efectos de la Evaluación del SPSS, 2007.

los hospitales. Otra de las problemáticas identificadas es la lentitud, rigidez y burocracia en los procesos de licitación y contratación, que implican demora en la firma de los acuerdos y provocan deserción e incumplimiento por parte de los proveedores.

Cabe mencionar aquí el avance que registra el SPS en materia de portabilidad interestatal con sustento en la celebración de acuerdos entre los gobiernos de los estados. Si bien no se observa todavía la portabilidad como tal, 11 entidades (Baja California, Baja California Sur, Chiapas, Durango, Quintana Roo, Puebla, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Veracruz y Yucatán) se encuentran en el proceso de formalizar los acuerdos necesarios para permitir que los residentes de otros estados puedan recibir atención de manera temporal, y para que sus propios residentes se vean protegidos en otras entidades; en tanto, Chiapas y Tabasco ya formalizaron el acuerdo de coordinación interestatal (tabla 6).

### 4.3 Mecanismos de supervisión y control

Los informes de los gestores médicos y el sistema en línea de gastos catastróficos son los principales mecanismos para la supervisión y el control utilizados por los REPSS. La supervisión no sólo se hace en relación con la calidad de la atención sino sobre el cumplimiento de las cláusulas administrativas de los acuerdos, convenios y contratos, así como sobre la formulación de medicamentos e insumos y sobre el cobro indebido.

La capacidad de supervisión del REPSS sobre los prestadores de servicios fue calificada por los directores de esta entidad en una escala de 0 a 10. La menor

■ Cuadro 7  
**Convenios de coordinación interestatal del SPSS, 2007**

Estado	Iniciaron contacto
Baja California	Baja California Sur, Chihuahua, Sonora, Sinaloa y Durango
Baja California Sur	Baja California, Chihuahua, Sonora, Sinaloa y Durango
Chiapas	Tabasco
Durango	Chihuahua, Sonora, Sinaloa, Baja California, Baja California Sur y Durango
Puebla	Hidalgo, Tamaulipas, Veracruz, Oaxaca, Guerrero, Estado de México y Tlaxcala
Quintana Roo	Yucatán
Sinaloa	Chihuahua, Sonora, Baja California, Baja California Sur y Durango
Sonora	Chihuahua, Sinaloa, Baja California, Baja California Sur y Durango
Tamaulipas	Veracruz, Jalisco e Hidalgo
Veracruz	Tabasco
Yucatán	Campeche y Quintana Roo

Fuente: Información secundaria recolectada durante el trabajo de campo en las entidades federativas para efectos de la Evaluación del SPSS 2007.

calificación recibida fue de 3 (Baja California Sur) y la más alta, de 10 (Colima y Veracruz).

El hecho de que 14 de 29 directivos (48.7%) calificaran con menos de 8 la capacidad de supervisión del REPSS significa que su capacidad de coordinación y evaluación de la red de prestadores es deficiente. Algunos problemas identificados por los informantes son: la insuficiencia de gestores médicos y otro personal capacitado para la supervisión, los problemas de acceso y largas distancias de algunas unidades de salud en áreas rurales, la falta de recursos financieros para realizar supervisiones, la negativa de los directivos a aceptar las observaciones realizadas por los gestores, la falta de separación de funciones (que limita la capacidad del REPSS de exigir el cumplimiento de acuerdos con las unidades de salud de la red pública) y el hecho de que en algunos lugares el gestor médico sea considerado como una figura “fiscalizadora” y no como un “asesor”.

Los resultados del estudio evidencian que pese al avance en la separación de funciones de los REPSS, el grado de desarrollo de este proceso se ubica en estadios diferentes entre las diversas entidades federativas, lo que depende de las condiciones específicas de cada estado, así como de la tecnocracia presente, de la capacidad gerencial y técnica de los funcionarios de alta dirección en turno –tanto de los REPSS como de los SESA– y de los recursos financieros y humanos disponibles.



## 5. Medicamentos

Los objetivos de este capítulo son: a) describir las fortalezas y debilidades de los procesos de compra y abasto de medicamentos de los estados para satisfacer la demanda en el SPSS; b) conocer el monto gastado en medicamentos, su proporción en relación con el presupuesto ejercido a nivel nacional y estatal, incluida la identificación de los medicamentos causantes de las mayores erogaciones o de un mayor volumen de compra, los medicamentos más caros y las variaciones de los precios por estado, y c) conocer el surtimiento de recetas para los beneficiarios, su gasto de bolsillo en medicamentos y su satisfacción en el acceso a éstos.

### 5.1 Fortalezas y debilidades de los procesos de compra y abasto

Los resultados de la evaluación referentes a los procesos de compra y abasto de medicamentos muestran que el proceso de introducción del SPS se encuentra en estadios diferentes en cada entidad, dependiendo de sus condiciones específicas, así como de los recursos financieros y humanos disponibles. Ello implica que los cambios producidos en los mecanismos de compra y abasto de medicamentos resultan muy heterogéneos y desiguales en los diferentes estados del país. El análisis mostró que en algunos la tercerización de servicios o subrogación de farmacias privadas se encuentra ya bien desarrollada, mientras que en otros no se utilizan servicios privados. La implicación de esta situación es que las políticas de salud, y en particular la política farmacéutica, tendrán que tener en cuenta estas diferencias mediante recomendaciones diferenciadas de acuerdo con los distintos modelos de contratación del sector privado. Antes de desarrollar una política nacional de tercerización que cuente con la participación del sector privado, habrá que entender las condiciones específicas del mercado farmacéutico en cada estado, y ponderar riesgos y beneficios de entregar funciones vitales a un mercado que por su naturaleza es potencialmente poco competitivo.

Los obstáculos que entorpecen el proceso de compra se podrían resumir de una forma general en tres grandes áreas relacionadas: 1) el cálculo y la planificación de las necesidades de medicamentos; 2) las reglas del proceso de licitación, y 3) el mercado de proveedores de medicamentos, principalmente la situación de monopolio y falta de oferta de ciertas claves de medicamentos. La información documental

y los resultados de entrevistas reportan que las licitaciones estatales para compra de medicamentos deberían tener una periodicidad definida anual o semestral, con objeto de aprovechar las economías a escala de los grandes volúmenes de compra. Sin embargo, la falta de una planeación adecuada, las demandas extraordinarias, así como la falta de participación de los proveedores en algunos casos, resultaron frecuentemente en una situación en que los estados tienen que lanzar varias licitaciones por año para conseguir los medicamentos requeridos, lo cual debilita el proceso competitivo.

En relación con la distribución y al abasto de medicamentos, la mayoría de los funcionarios admitieron un problema de desabasto en las unidades de primer y segundo nivel de atención por problemas en la planeación y en los procesos de licitación. Aunque los usuarios afiliados al SPSS tienen el derecho de reembolso si no se consiguen los medicamentos en el lugar de atención, en realidad es muy difícil que el usuario lo obtenga, dados los obstáculos burocráticos. Otro problema con el reembolso es que los afiliados al SPSS no saben que tienen este derecho y por lo tanto, no lo reclaman.

## 5.2 Gasto en medicamentos

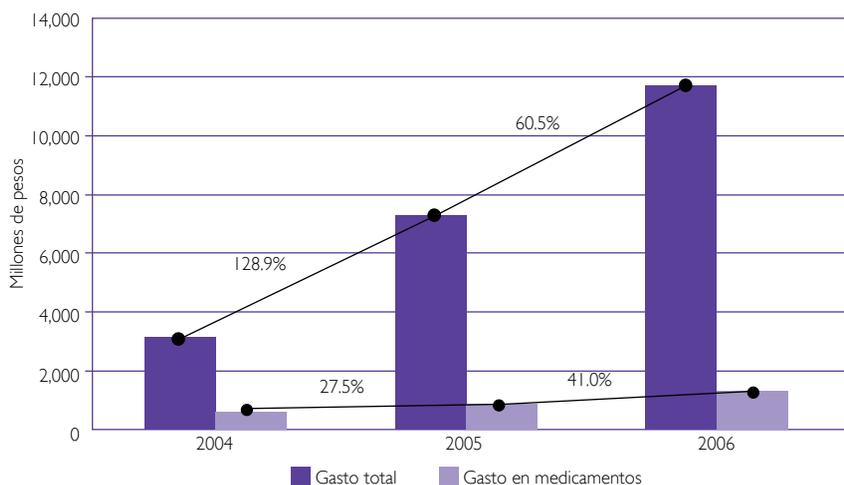
El gasto total en medicamentos para el periodo de 2004 a 2006 fue de 2,954 millones de pesos (expresados en pesos del 2006). Durante ese lapso, el gasto en medicamentos tuvo un incremento de 80%, que fue menor al incremento del gasto total del SPS (200%). El gasto en medicamentos representó 22.7% del gasto total del SPS en 2004 y disminuyó significativamente a 12.7% en 2005 y a 11.4% en 2006, como se observa en la figura 3.

El comportamiento del gasto en medicamentos tuvo enormes variaciones entre las entidades federativas en el periodo estudiado (cuadro 8). En 22% de ellas se registró una disminución en el monto destinado a la compra de medicamentos, mientras que en 41% se verificó un incremento superior a 100%.

El gasto en medicamentos entre estados tiende a ser más alto conforme éstos tienen un mayor número de afiliados. Si bien la afiliación no es la única variable explicativa del gasto, permite identificar una mayor parte de la tendencia conforme avanza el tiempo. Así, el gasto en medicamentos por afiliado promedio en 2004 tuvo una gran variación, que ascendió a  $137 \pm 198$  pesos, mientras que para 2005 el promedio fue  $80.7 \pm 54$  pesos. En 2006 aumentó ligeramente, para llegar a  $84.7 \pm 69$ . El Estado de México y Tlaxcala son las entidades con mayores fluctuaciones a la baja en el gasto durante el periodo.

■ Figura 3

### Gasto total de los REPSS y gasto nacional en medicamentos de 2004 a 2006, expresado en millones de pesos de 2006



Puede observarse que no hay una tendencia clara en el patrón de gasto y que el promedio de cambio en el gasto por afiliado para el periodo fue notable en algunos estados, como Querétaro, que reportaron incrementos de 1,007%; Tabasco, Colima, Coahuila y Veracruz también muestran cambios importantes. Sin embargo, otras entidades registraron disminuciones en el gasto; es el caso de Tlaxcala, Guerrero y Estado de México (figura 4), en gran medida generado por un mayor crecimiento de la población afiliada en relación con el gasto ejercido.

## 5.3 Surtimiento de recetas en el lugar de atención, gasto de bolsillo y satisfacción de los usuarios

En términos del surtimiento de recetas por institución en el lugar de atención, 68.1% de los afiliados atendidos en las últimas dos semanas en los servicios de la SSA obtuvo los medicamentos en el lugar de atención. Aunque esta cifra es claramente inferior a los porcentajes de las instituciones de seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social con 87.8% e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado con 78.5%), se ubica por arriba del 60.2% correspondiente a los usuarios de la SSA (figura 5).

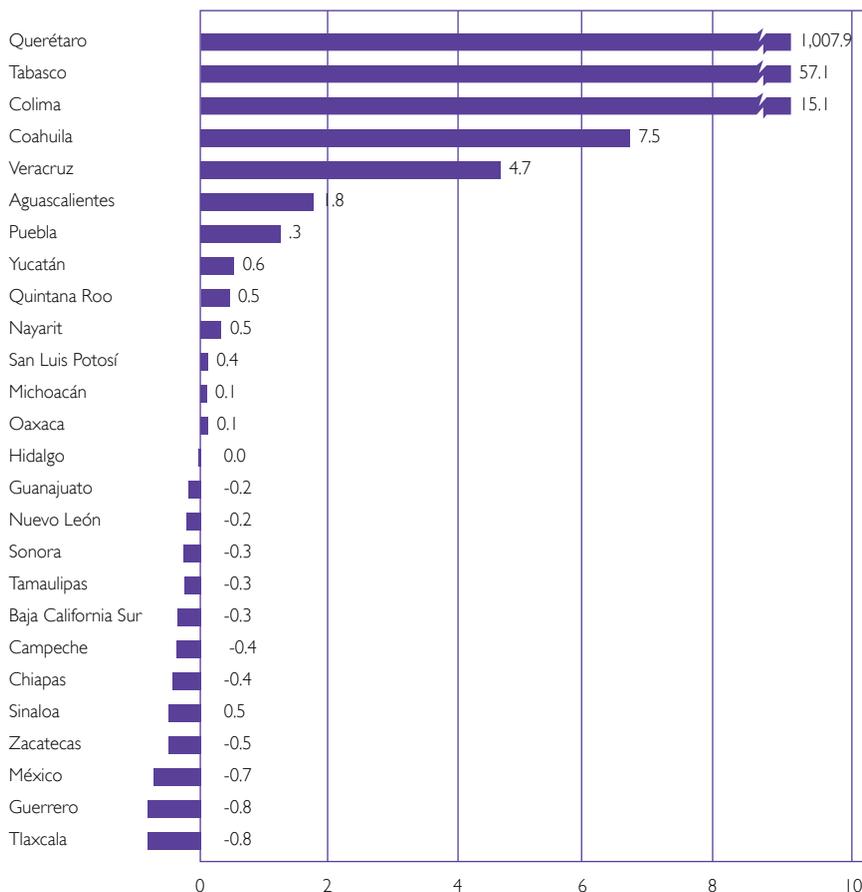
■ Cuadro 8  
**Gasto en medicamentos en el SPS, 2004-2006, expresado en miles de pesos de 2006**

Estados	Gasto 2004*	Gasto 2005*	Gasto 2006	Variación 2004-2006
<b>Nacional</b>	<b>725,221</b>	<b>924,978</b>	<b>1,303,808</b>	<b>80%</b>
Aguascalientes	3,380	14,846	34,526	921%
Baja California	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Baja California Sur	6,768	4,915	7,411	10%
Campeche	7,051	11,342	5,258	-25%
Coahuila	135	5,554	8,536	6,223%
Colima	729	22,896	36,587	4,919%
Chiapas	16,168	41,192	13,916	-14%
Chihuahua	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Distrito Federal	n.d.	6,200	78	n.d.
Durango	n.d.	11,879	21,002	n.d.
Guanajuato	18,231	90,298	n.d.	n.d.
Guerrero	6,793	8,095	4,253	-37%
Hidalgo	17,859	30,535	50,829	185%
Jalisco	605	n.d.	42,474	6,920%
México	303,405	106,078	68,137	-78%
Michoacán	1,695	3,431	10,446	516%
Morelos	n.d.	10,782	28,580	n.d.
Nayarit	7,212	14,261	27,656	283%
Nuevo León	8,536	16,047	13,106	54%
Oaxaca	25,730	89,685	101,112	293%
Puebla	8,005	53,774	53,189	564%
Querétaro	2	12,905	12,078	603,800%
Quintana Roo	7,684	3,235	13,782	79%
San Luis Potosí	22,370	10,910	30,024	34%
Sinaloa	76,168	63,154	31,736	-58%
Sonora	16,962	9,598	19,968	18%
Tabasco	802	167,002	305,791	38,029%
Tamaulipas	94,585	49,053	57,777	-39%
Tlaxcala	40,627	3,040	1,150	-97%
Veracruz	18,599	17,404	266,181	1,331%
Yucatán	1,630	14,212	30,643	1,780%
Zacatecas	13,489	32,654	7,582	-44%

\*Tasa de inflación diciembre 2004-diciembre 2006: 7.52%; diciembre 2005-diciembre 2006: 4.05%. Banxico Calculadora de inflación.  
n.d.: no disponible.

Fuente: Evaluación del SPSS, México, 2007.

■ Figura 4  
**Variación porcentual promedio en el gasto en medicamentos por afiliado, SPSS, 2004-2006**

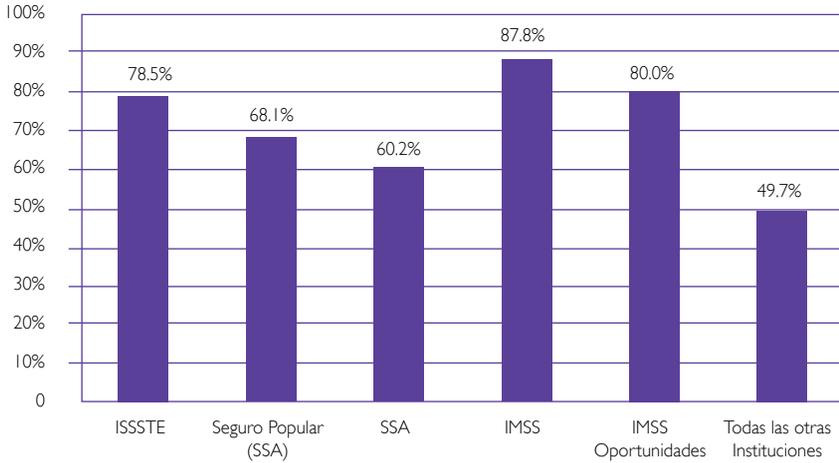


Fuente: Información secundaria recolectada durante el trabajo de campo en las entidades federativas para efectos de la Evaluación del SPSS 2007.

El hecho de recibir los medicamentos parece haber contribuido a la satisfacción de los afiliados del SPSS, dado que los medicamentos fueron mencionados en el tercer lugar de las razones por las cuales los usuarios renovaron la afiliación. En términos del porcentaje de los usuarios que tuvieron que pagar por los medicamentos, los afiliados al SPSS fueron menos que los usuarios de la SSA (22.6% contra 42.2%). Sin embargo, los gastos de los que siguen pagando son iguales o mayores entre los afiliados respecto a los no afiliados (\$170 frente a \$150). Esta diferencia no resultó estadísticamente significativa debido a que la población de estudio dentro del grupo de afiliados al SPSS es pequeña y, en consecuencia, su

varianza es alta. Una interpretación posible de este hallazgo es que si el SPSS mejora la calidad de la atención, podría conducir a un incremento en la demanda de medicamentos y en ese caso el sistema tendría que estar preparado para satisfacer este requerimiento.

■ **Figura 5**  
**Surtimiento de receta por institución: ¿consiguió los medicamentos en el lugar de consulta?**



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Utilización de Servicios de Salud, México, 2006.

## 6. Recursos humanos

**E**l SPS significó un importante estímulo a la demanda de servicios de salud por parte de las familias afiliadas; por lo tanto, los SESA identificaron la necesidad de fortalecer la oferta, principalmente en el área de recursos humanos capacitados. La evaluación indagó sobre la suficiencia del personal para la operación del SPS, el volumen de contrataciones nuevas para lograr dicha suficiencia y las modalidades de la contratación. Se averiguó, asimismo, con respecto a la capacitación del personal según las diversas categorías laborales y los aspectos cubiertos en ella.

### 6.1 Suficiencia de recursos humanos

La evaluación parte de tres supuestos en torno al fortalecimiento de los recursos humanos para la operación del SPS:

- La contratación estaba detenida antes de la operación del SPS
- El incremento en la demanda derivada del SPS generó nuevas contrataciones por cuenta exclusiva del programa
- El incremento en la contratación de personal en 2006 tiene dos posibles explicaciones:
  - Solventar el déficit histórico de recursos humanos en los SESA
  - Atender el incremento en la demanda de servicios de los afiliados al SPS

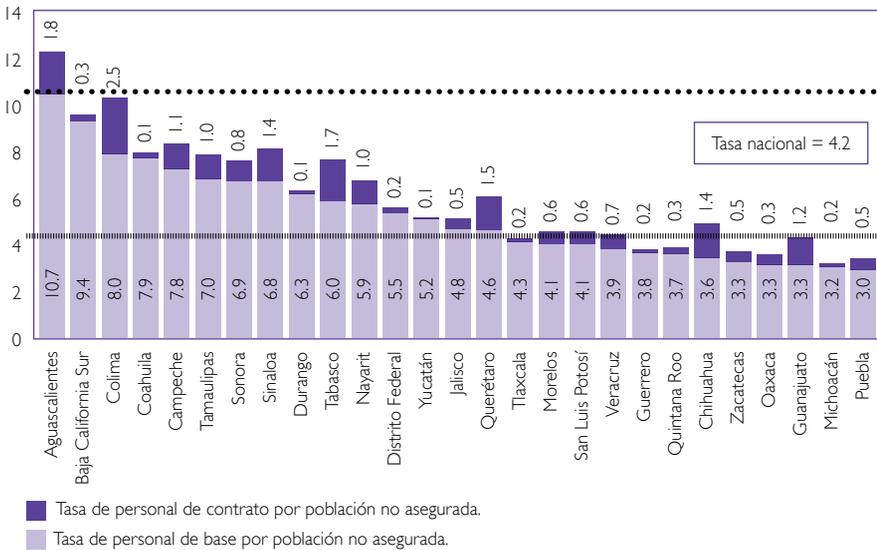
Si el incremento en la contratación buscara resolver el rezago histórico de personal, se esperaría que los estados determinaran sus volúmenes de contratación a partir de la diferencia entre el número de personas necesarias para garantizar la suficiencia de los recursos humanos en las instituciones de salud y el número de trabajadores con que cuentan actualmente. Sin embargo, debido a que ese indicador de suficiencia no se ha elaborado, para el presente análisis se tomó como referencia la tasa estatal más alta de trabajadores con plaza por cada mil personas sin seguridad social.

Al estimar este dato, se observa que en 27 entidades federativas la tasa más alta fue la alcanzada por Aguascalientes, con 10.7 trabajadores por cada mil personas sin seguridad social. Considerando que esta tasa fuera la ideal para garantizar la

suficiencia en recursos humanos, de acuerdo con la primera explicación el resto de los estados debería tender a igualarla a partir de las contrataciones de personal eventual con recursos del SPS.

Sin embargo, como se observa en la figura 6, sólo Colima y Baja California Sur se acercaron a dicha tasa, mientras el resto se ubicó muy por debajo. Destaca, asimismo, que algunos de los estados que registraron las tasas más altas de personal de base fueron también los que contrataron más personal eventual (Aguascalientes, Colima y Tabasco). En contraparte, estados que realmente justificaban una proporción más alta de contrataciones, no sólo mantuvieron su rezago en relación con la definida tasa ideal, sino que, incluso con sus nuevas contrataciones no alcanzaron siquiera el promedio nacional (Puebla, Michoacán, Oaxaca, Zacatecas, Quintana Roo y Guerrero).

■ Figura 6  
**Personal de base y de contrato por cada mil personas sin seguridad social en 27 estados, 2006**

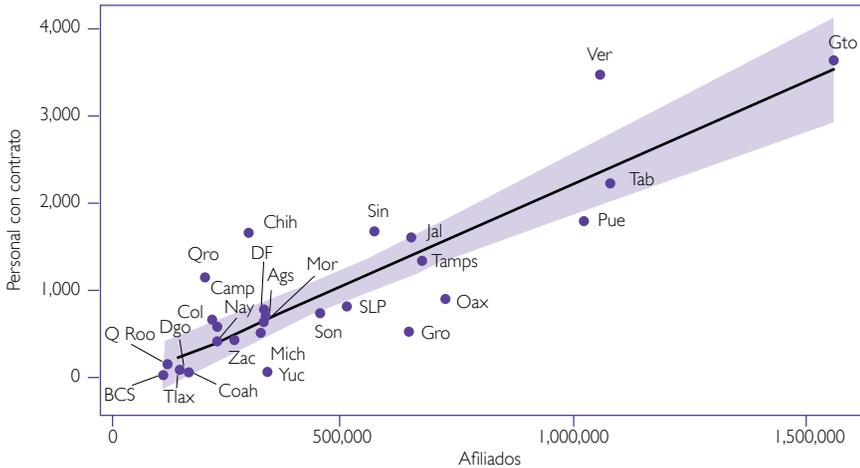


Fuentes: SSA, *Boletín de Información Estadística*, 2006. Información secundaria proporcionada por la CNPSS y los SESA en 25 estados, 2007.

Por otro lado, el análisis de la información para estos 27 estados sugiere que la contratación de personal con recursos del SPS en 2006 guardó una fuerte relación con el número de personas afiliadas en ese mismo año ( $\rho$  de Spearman = 0.78,  $p < 0.000$ ) (figura 7).

■ Figura 7

**Relación entre el total de afiliados y personal contratado con recursos del SPS en 27 estados, 2006**



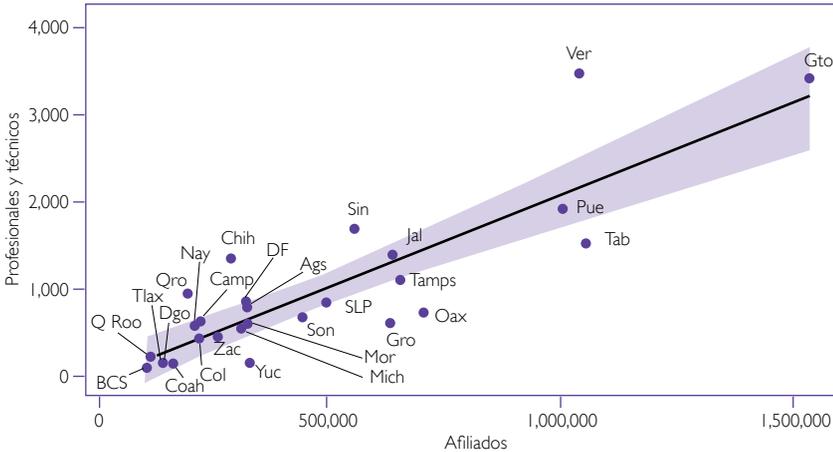
Fuente: Información secundaria proporcionada por la CNPSS y los SESA, 2007.

Sin embargo, al desglosar el total de personal contratado en tres categorías (profesionales, técnicos y administrativos), se encontró que sólo los primeros dos estaban estrechamente relacionados con el número de afiliados en cada una de las entidades. En la figura 8 se aprecian 18 estados dentro de rango de correlación ( $\rho$  de Spearman = 0.77,  $p < 0.000$ ). De las nueve entidades restantes, cuatro (Veracruz, Sinaloa, Chihuahua y Querétaro) se ubican por encima de dicho rango, lo que indica que su número de técnicos y profesionales de la salud es alto en relación con su afiliación, mientras que los otros cinco estados (Tabasco, Oaxaca, Tamaulipas, Guerrero y Yucatán) se encuentran en la situación opuesta.

A partir de los hallazgos anteriores se puede inferir que la contratación de recursos humanos en los estados no responde al déficit de trabajadores de la salud en cada entidad sino al aumento en la población afiliada al SPS. Esto no necesariamente es un criterio que beneficie a la operación del programa. Además de solventar el incremento en la demanda de servicios, es importante conocer cuáles son los servicios ofrecidos por el SPS que más se demandan entre los afiliados y que mayores dificultades (relacionadas con la insuficiencia de recursos humanos) denotan en su prestación.

■ Figura 8

### Relación entre el total de afiliados y personal profesional y técnico contratado con recursos del SPS en 27 estados, 2006



Fuente: Información secundaria proporcionada por la CNPSS y los SEESA, 2007.

## 6.2 Modalidades de contratación de personal

Para la contratación de recursos humanos se reportó una total dependencia hacia los recursos del SPS, invariablemente en la modalidad de honorarios profesionales. Los contratos se suscriben por obra determinada y tiempo limitado, siempre de manera individual y no colectiva, como sucede con el personal sindicalizado. Las prestaciones económicas y laborales con las que cuenta este personal varían entre los estados. En 16 de ellos se le otorgan vacaciones pagadas; en 25 se les paga una compensación anual similar al aguinaldo. Sólo en cinco tienen acceso a algún servicio de salud y en dos se les proporcionan vales por productividad.

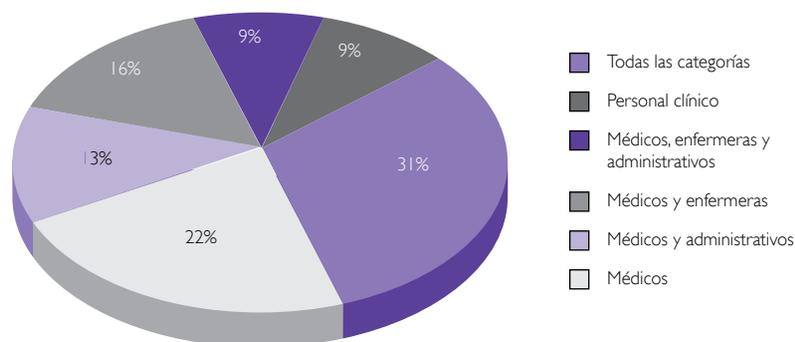
Los funcionarios opinaron sobre las ventajas que tendría la contratación del personal con plazas eventuales sindicalizadas, de acuerdo con lo propuesto en las subcomisiones estatales para la Regularización de Personal Contratado en Condición Precaria. En algunas entidades se recogieron opiniones según las cuales esta política amenaza el funcionamiento del SPS, pues el personal “basificado” reduciría su productividad, responsabilidad y desempeño. En cambio, en otros estados se consideró que debe cumplirse cabalmente con las leyes laborales y que no existe forma fácil ni efectiva de contender con la demanda de un trabajador que acude a las instancias jurídicas correspondientes en busca de regularizar su situación laboral.

## 6.3 SITUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN EN LOS ESTADOS

La capacitación de los recursos humanos tanto administrativos como de atención a la salud es fundamental para la correcta operación del SPS. Por ello, se indagó sobre la cobertura de capacitación a las distintas categorías de personal así como acerca de los temas que se abordan.

Todas las entidades otorgan capacitación en por lo menos una de las categorías de personal. Sólo 10 entidades (Aguascalientes, Colima, Distrito Federal, Durango, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Morelos, Nayarit y Tabasco) la extienden a todas las categorías (figura 9).

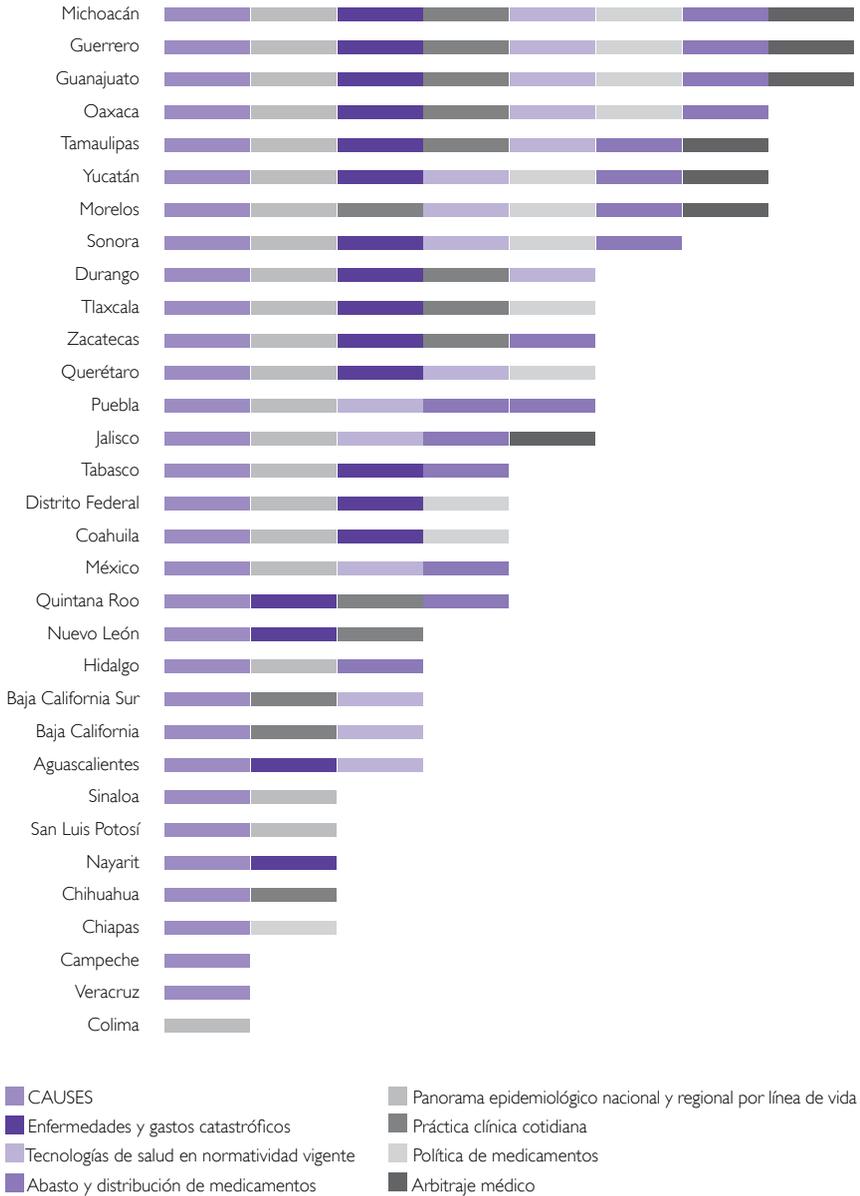
■ Figura 9  
**Porcentaje de entidades federativas que imparten capacitación a su personal, por categoría ocupacional, 2007**



Fuente: Información secundaria proporcionada por los SESA, 2007.

En cuanto a los aspectos del SPS sobre los que se brinda capacitación al personal de los estados, se consideró tanto la frecuencia con la que se abordan los temas, como el grado en el que cubren toda la gama. El principal énfasis de la capacitación del personal está en ampliar su conocimiento y mejorar el manejo del CAUSES (figura 10). En efecto, prácticamente todas las entidades, con excepción de Veracruz y Colima, capacitaron a su personal en este aspecto. El tema del arbitraje médico se abordó como parte de la capacitación en siete entidades. Aun cuando la evaluación no indagó sobre el alcance de cobertura del personal ni acerca del grado de fortalecimiento de su capacidad, entre categorías clave de personal, en algunas entidades se manifestó desconocimiento del CAUSES. Esto puede estar asociado con problemas como el surtimiento de recetas fuera de catálogo.

■ **Figura 10**  
**Número y temas de los cursos ofrecidos por las entidades federativas a su personal de salud, 2007**



Fuente: Información secundaria proporcionada por los SESA, 2007.

## 7.

# Plataforma tecnológica

**P**ara indagar sobre este tema se recabó información referente a los procesos operativos de control, evaluación y transparencia del SPSS, y acerca del expediente clínico electrónico y de la implementación y funciones de la tarjeta inteligente TUSALUD.

Se observaron distintos grados de avance en el expediente clínico electrónico en 25 entidades. Las excepciones fueron Chiapas, Distrito Federal, Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, Quintana Roo y Tamaulipas. Se pudo constatar que los funcionarios en todas las entidades reconocen grandes ventajas en el expediente clínico electrónico, tales como la agilización en la atención a los pacientes; el control sobre los expedientes, tratamientos y abasto de medicamentos; la facilitación de referencias y contrarreferencias. En contraparte, se observaron limitaciones para su aplicación, tales como la falta de recursos para completar las plataformas y para adquirir, operar y mantener el equipo, así como resistencias en su aceptación y en la capacitación para su manejo.

La tarjeta TUSALUD se comenzó a implementar en 15 estados con la expedición de la tarjeta y la capacitación del personal. En ocho estados se verificó que se hubieran recibido las terminales, pero en todos los casos se reportaron problemas en la conexión o el mantenimiento. En ningún estado se registró una utilización efectiva de la tarjeta TUSALUD, habida cuenta de que el programa de implementación fue interrumpido a nivel federal. En Durango y Guerrero, estados donde se encontraba más avanzada la implementación, los funcionarios conocen detalles, como el mecanismo para asegurar que la tarjeta pertenece a quien la porta y para reponer una tarjeta extraviada para evitar el riesgo de duplicación.

Las opiniones sobre las ventajas de la tarjeta TUSALUD fueron escasas debido a que cuando se recabó la información ya se había suspendido su aplicación. A pesar de ello, se identificó un amplio apoyo de esta tecnología para agilizar los procesos de identificación y consulta médica. Algunas de las desventajas expresadas son que la tarjeta se expide para la familia y no para cada individuo; no tiene foto, lo que limita su uso como identificación; no es práctica, pues exige múltiples inserciones al aparato lector según la función a la que se quiere acceder; no identifica el estatus de contribución de la familia, y las terminales para leer la tarjeta no son compatibles con el Sistema de Información para la Gerencia

Hospitalaria, herramienta promovida en los estados por la Dirección General de Información en Salud.

No se detectaron proyectos estatales de implementación de la tarjeta TUSALUD, con excepción de Jalisco, donde opera una tarjeta alterna, limitada a los datos nominales, foto y código de barras. En Durango se inició un proyecto alternativo de credencial con fotografía y huella dactilar, en convenio con la CNPSS, que pretendía lograr la identificación universal en el estado; sin embargo, se interrumpió su aplicación. En otras entidades se explicó la falta de iniciativas con el argumento de que se trata de una iniciativa del ámbito federal.

## 8.

# Efectos intermedios del Seguro Popular

La evaluación analizó diversas bases de datos y publicaciones existentes con el propósito de valorar los avances en la afiliación, satisfacción con la atención, utilización de servicios e incidencia de gasto catastrófico y de bolsillo. También se investigó la composición de las familias afiliadas a fin de establecer su correspondencia con la información censal y verificar así el grado en el que la afiliación está siguiendo la distribución esperada.

### 8.1 Afiliación

La implementación del SPS es un proceso que se ha dado en forma gradual y con el cual se espera alcanzar 100% de afiliación entre la población sin seguridad social en el año 2010. Si se considera la cobertura de afiliación de las familias en el 2007, se observa que cuatro estados han rebasado el 100% de sus metas: Coahuila, Colima, Aguascalientes y Tabasco. Sin embargo, tomando como indicador de cobertura el total de individuos afiliados a nivel estatal con respecto al número de personas sin seguridad social, cambia la cobertura de metas y la posición de los estados.<sup>3</sup>

Las entidades que cambian considerablemente su posición si se toma como referencia este último indicador son Colima y Coahuila, que de una cobertura familiar de más de 100% pasan a tener una cobertura individual de 27% y 34%, respectivamente. De acuerdo con el indicador de cobertura individual, las entidades que tienen una cobertura de más de 80% pero menor de 100% son únicamente tres: Aguascalientes, Chihuahua y Tabasco. Adicionalmente, sólo tres estados han cubierto entre 50% y 60% del total de población sin seguridad social: Baja California Sur, Campeche y Tamaulipas. A su vez, son cinco los estados con un porcentaje de cobertura de más de 40% pero menor de 50%: Guerrero, Sonora, Sinaloa, Baja California y Nayarit.

---

<sup>3</sup> Cabe destacar que el indicador de cobertura de afiliación familiar puede estar afectado por la fragmentación en la afiliación de familias debido a la afiliación de familias unipersonales, lo que en alguna medida puede explicar la existencia de estados con una cobertura de más de 100%.

El escaso cumplimiento de las metas de afiliación (menor a 30%), sumado a las condiciones geográficas, orográficas y socioeconómicas, son factores que desincentivan las actividades de afiliación y la perspectiva de cumplimiento total de las metas para el 2010 en seis estados: Michoacán, Veracruz, Oaxaca, Hidalgo, Puebla y Chiapas. Finalmente, destacan los casos del Distrito Federal, Jalisco y Querétaro, que sin presentar condiciones desfavorables, no mostraron avances considerables en sus metas de afiliación entre 2006 y 2007.

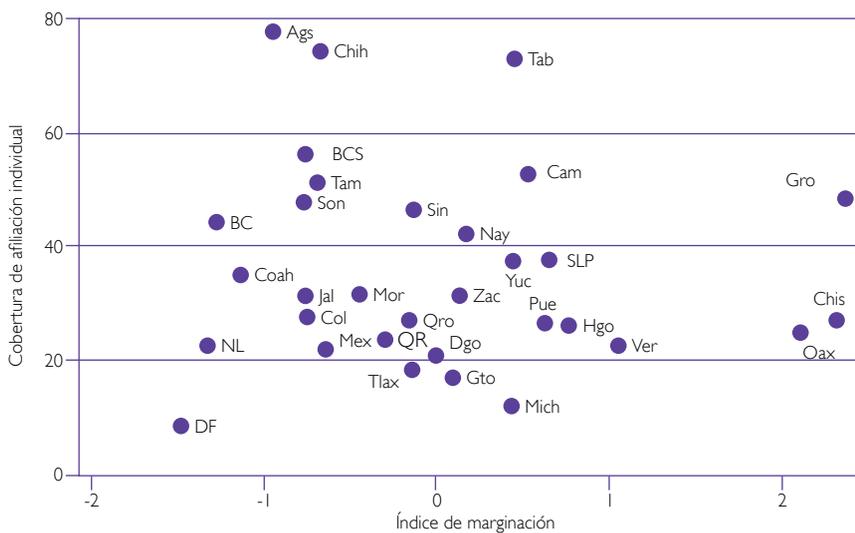
En Coahuila, Oaxaca, Hidalgo, Estado de México, Guanajuato, Chiapas, Veracruz, Querétaro y Yucatán —todos ellos con afiliación menor a 40%— se encuentra también un bajo porcentaje de unidades de salud acreditadas (menos de 30%), lo que en alguna medida refleja la ausencia de capacidad para cubrir a la población sin seguro, y podría poner en riesgo el cumplimiento de sus metas de afiliación.

Entre las entidades que empezaron tarde con el proceso de afiliación y que presentan cobertura limitada están el Distrito Federal y Durango. En el primer caso, se espera que en el 2010 alcance sus metas, tomando en cuenta que posee una mayor capacidad de infraestructura y recursos humanos. Con respecto a Durango, el bajo porcentaje de población sujeta a afiliación le podría permitir alcanzar sus metas de afiliación para el 2010. En contraste, Jalisco, que fue uno de los primeros estados en incorporarse al proceso de afiliación presentó en 2007 una baja cobertura de afiliación y un reducido porcentaje de unidades de salud acreditadas, lo que pone en riesgo el cumplimiento de sus metas. Por último, los graves problemas derivados de la geografía de Oaxaca, Chiapas y Michoacán, comprometen el cumplimiento de las metas de afiliación para el 2010 en esos tres estados.

Aunque no existe una tendencia significativa en la correlación entre el índice de marginación y el grado de afiliación (figura 11), se observa un mayor rezago en el proceso de afiliación en entidades con altos índices de marginación, como son Chiapas, Oaxaca, Veracruz, Hidalgo, Puebla y Michoacán. Destaca el caso de Guerrero, que entre 2006 y 2007 incrementó considerablemente su porcentaje de cobertura para alcanzar casi 50% de cobertura individual.

Se observó que la afiliación es mayor en los dos primeros deciles de ingreso y de afiliación gratuita, que alcanzan, respectivamente, 17% y 16% de la población (figura 12). No obstante, se aprecia ya una afiliación igualmente importante en los deciles 3 a 5, que habría de implicar el pago de una cuota por parte de la familia. Es claro que se le ha dado mayor importancia a la afiliación de la población en los estratos más pobres, lo cual se infiere al comparar la estratificación de la población afiliada y la no afiliada.

■ Figura 11  
**Correlación entre la cobertura de afiliación individual y el índice de marginación por entidad federativa**



Fuente: Información del CNPSS.

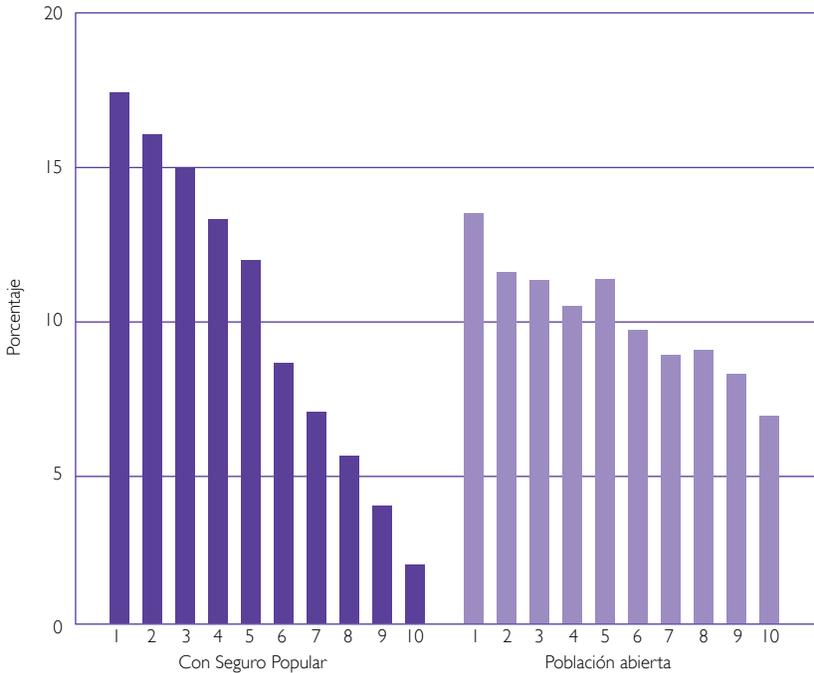
Nota. Cobertura de afiliación individual = número de individuos afiliados/número de individuos sin Seguro Social.

Las familias indígenas, así como aquellas beneficiadas por el programa Oportunidades, aún presentan una baja cobertura del SPS. Apenas 14.6% de las familias indígenas y 15.4% de las familias adscritas a Oportunidades mencionaron estar afiliadas al SPS. Al respecto, los funcionarios de diversas entidades informaron que enfrentan dificultades para afiliar a población indígena y a familias beneficiadas por el programa Oportunidades.

### **Familias unipersonales**

Las personas afiliadas al SPS se agrupan en familias significativamente más pequeñas que el promedio nacional: 3.2 miembros por familia entre los usuarios del SPS contra 3.8 a escala nacional. Entre las familias afiliadas al SPS son más comunes las familias nucleares (jefe del hogar y cónyuge e hijos) y las personas solas, que representan 56.74% y 33.18%, respectivamente de la afiliación. En el ámbito nacional predominan los hogares nucleares con 68.54%, seguidos de los hogares ampliados (jefe del hogar y cónyuge, hijos y otro familiar) con 22.62%, mientras que las familias unipersonales representan apenas 7.96%. Estos resultados fueron ratificados con información del tamaño promedio de las familias proveniente del registro del SPS.

■ **Figura 12**  
**Distribución de los deciles de ingreso entre afiliados al Seguro Popular y población abierta, 2006**



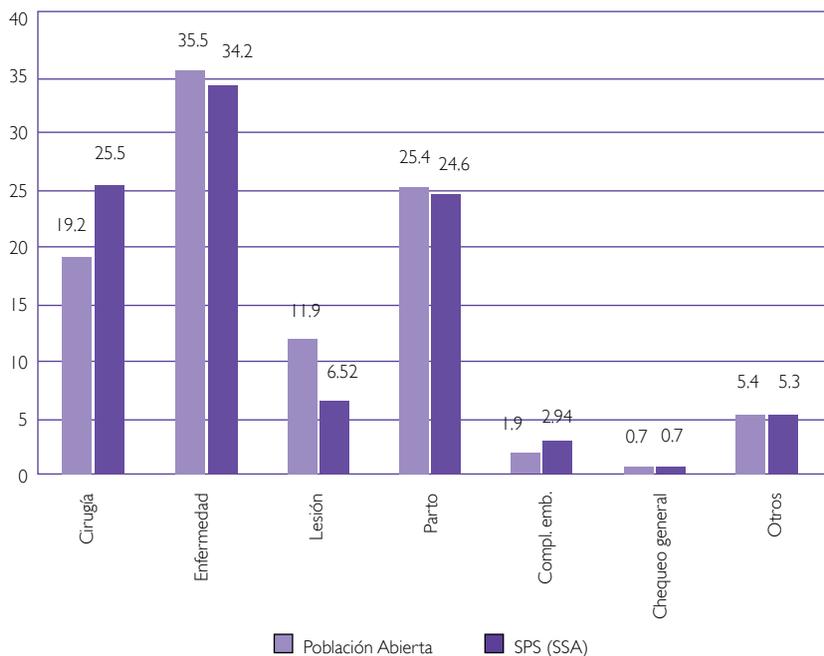
Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cada grupo de población suma 100%.

## 8.2 Utilización de los servicios

En general no se encontraron diferencias en las razones para la utilización de servicios entre los afiliados al SPS y la población abierta. En ambos tipos de poblaciones, los motivos para recurrir a los servicios de salud son las infecciones respiratorias, tos, catarro y dolor de garganta; le siguen diabetes, hipertensión arterial y diarrea, y finalmente dolor de cabeza, gastritis y enfermedades del corazón.

Las principales razones de hospitalización en el último año entre afiliados al SPS y la población abierta presentan una distribución similar. En orden descendente son: enfermedad, parto, cirugía, complicaciones del embarazo y lesiones por accidente (figura 13).

■ Figura 13  
**Demanda de servicios de hospitalización. Porcentaje de población afiliada al SPS y no asegurada (SSA)**



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006.

El tipo de demanda entre la población afiliada al SPS se concentra en la consulta externa (50%) y los servicios preventivos (27%), seguidos de la consulta externa en hospitales (10%), los servicios de urgencias (7%) y las hospitalizaciones (6%).

Al analizar el efecto del SPS en la utilización de algunos servicios incluidos en el CAUSES no se encontró ningún efecto estadísticamente significativo en intervenciones de carácter preventivo, tales como planificación familiar, atención prenatal y vacunación. En contraste, se halló que la afiliación al SPS tuvo un efecto estadísticamente significativo en la utilización de servicios para la atención del parto, atención y control de la diabetes, atención del asma, atención de artritis, diagnóstico y tratamiento de hipertensión y servicios dentales.

La afiliación al SPS ha influido en la demanda de intervenciones médicas que tienen más intensidad en el uso de infraestructura, medicamentos e insumos. En particular, se ha identificado mayor utilización en los siguientes casos:

- Servicios obstétricos
- Visitas médicas, exámenes de control y acceso a medicamentos para adultos con diabetes
- Tratamiento y control de adultos hipertensos
- Consultas externas en pacientes asmáticos y con artritis
- Consultas para atención dental

## 8.3 Trato adecuado

El derecho de las personas a ser tratadas con respeto y recibir la orientación necesaria para estar en condiciones de tomar decisiones informadas es, sin duda, un elemento que da muestra de la calidad de la atención otorgada por el SPS. Los dominios utilizados para valorar el adecuado trato a los usuarios fueron: trato digno, autonomía, confidencialidad, comunicación, pronta atención, comodidades básicas, acceso a redes de apoyo y elección del personal médico.

Evaluaciones previas han identificado mejorías en las áreas de trato adecuado y confidencialidad atribuibles al SPS. En la primera, la diferencia porcentual entre la población afiliada y la no afiliada que calificó la atención ambulatoria recibida en términos de muy buena o buena fue de cinco puntos porcentuales (83.2 contra 88.2%) y en la segunda, de tres puntos (87.1 frente a 90.8%).

Información de la ENCOS reveló que los afiliados al SPS reportan mejoría en los dominios de comunicación y confidencialidad, respecto de lo reportado por usuarios de la SSA en general (81.4 contra 73.8%, y 88.7 contra 81.6%, respectivamente). Por su parte, la atención hospitalaria fue mejor evaluada en el área de condiciones de las instalaciones por los usuarios del SPS (93.2%) que por quienes se atendieron en la SSA (80.8%). En general, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en otros componentes del trato adecuado, pero destaca que la pronta atención (tiempo de espera) fue el dominio con la valoración más baja tanto en la atención ambulatoria como en la hospitalaria, lo cual deberá ser un aspecto de atención para el programa.

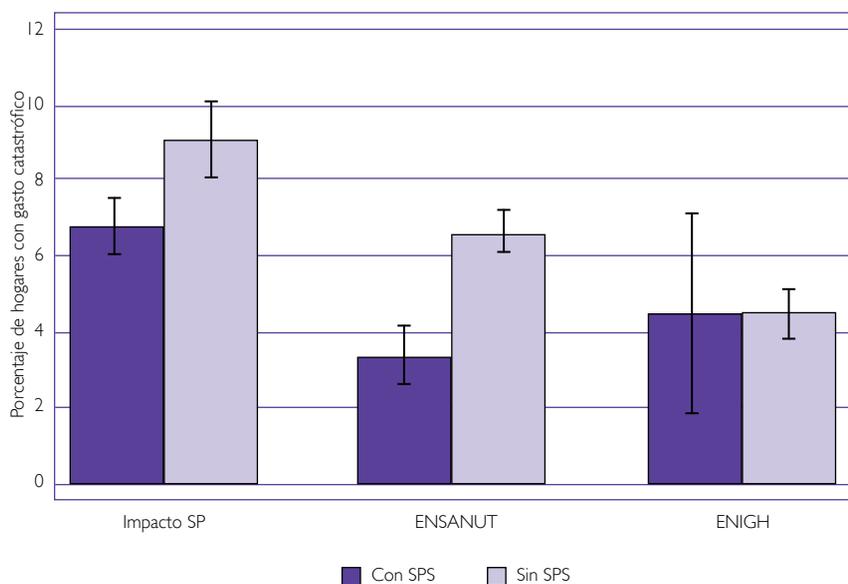
## 8.4 Gastos catastróficos y de bolsillo

La figura 14 muestra que existe un efecto de protección contra gastos catastróficos en familias afiliadas al SPS. Este efecto es claro en la medición realizada por la Encuesta de Impacto del SPS, así como en la ENSANUT.

De acuerdo con la Encuesta de Impacto, sólo 6.76% de la población afiliada sufrió gastos catastróficos en salud, en comparación con 8.96% de la población no afiliada. Los datos de la ENSANUT muestran una diferencia mayor: 3.35% para la población afiliada y 6.5% para la población no afiliada.

El SPS también tiene un efecto en la reducción del número de hogares con gastos de bolsillo en salud. En la figura 15 se observa que, de acuerdo con la ENSANUT, el porcentaje de hogares en la población sin SPS que reporta este tipo de gasto es de 54.88%, contra 44.73% de las familias cubiertas por el SPS. La misma tendencia, pero con distintas magnitudes, fue encontrada tanto en la Encuesta de Impacto del SPS 2005-2006 como en la ENIGH 2006.

■ Figura 14  
**Impacto del Seguro Popular de Salud en el gasto catastrófico**

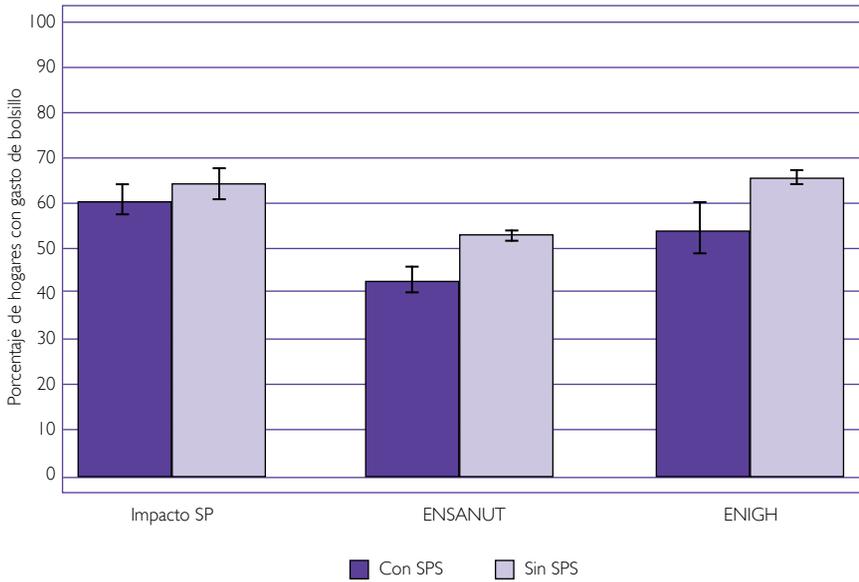


Fuente: Encuesta de Impacto del Seguro Popular 2005-2006, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2006.

Debe considerarse que el comportamiento de los indicadores de gasto catastrófico y de bolsillo depende del tipo de encuesta analizada y de los métodos para medir la posible asociación causal. La ENIGH mide con más precisión los gastos e ingresos, pero los aspectos de salud no se reportan de la forma más detallada. En cambio, la ENSANUT reporta con detalle las cuestiones de salud, pero su medición de ingreso y gasto tiene limitaciones.

■ Figura 15

**Impacto del Seguro Popular de Salud en el gasto de bolsillo**



Fuente: Encuesta de Impacto del Seguro Popular 2005-2006, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2006.

# Siglas

CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
ENCOS	Encuesta Continua de Salud en México
ENED	Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
ENSA	Encuesta Nacional de Salud
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
FPP	Fondo de Previsión Presupuestal
REPSS	Régimen Estatal de Protección Social en Salud
SESA	Servicios Estatales de Salud
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SPS	Seguro Popular de Salud
SSA	Secretaría de Salud

**Evaluación del Sistema  
de Protección Social  
en Salud, 2007**

RESUMEN ● EJECUTIVO

Se imprimió en abril de 2008  
La edición consta de 1 000 ejemplares

**E**l Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) ha desarrollado una gran capacidad 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 2003. Las evaluaciones han sido enfocadas a los procesos operativos, al cumplimiento de metas y a los efectos sobre el acceso de la población a los servicios, la protección financiera y sus condiciones de salud. La información generada en todos estos años ha sido un insumo importante para los tomadores de decisiones en el ajuste del diseño y aplicación de políticas y en general como fuente de información para la sociedad mexicana.

Para el año 2007 el INSP fue considerado para llevar a cabo la evaluación externa del Sistema de Protección Social en Salud. 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. Para el componente cualitativo se efectuaron 397 entrevistas con informantes clave de los niveles federal, estatal y local, así como grupos focales con afiliados al Seguro Popular de Salud. Para el componente cuantitativo se analizaron seis bases de datos de las siguientes encuestas: Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000; Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED) 2002; Encuesta Continua 2002; Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006; Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de Hogares (ENIGH) 2006, y Panel de Evaluación de Impacto del Seguro Popular 2005-2006.

De la evaluación sobresalen los resultados del manejo del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos desde su diseño hasta su funcionamiento, la forma jurídica de los Regímenes de Protección Social en Salud de cada estado, la contratación y capacitación de los recursos humanos en salud, los procesos de afiliación, el gasto en medicamentos en las entidades federativas, y el abasto y consumo de medicamentos de la población beneficiada por el programa.

Con el fin de optimizar el funcionamiento del Sistema de Protección Social en Salud se desarrollaron recomendaciones de políticas, las cuales se estructuraron para favorecer a corto plazo a la población beneficiada, así como para fortalecer la operación del Sistema de Protección Social en Salud en su conjunto.