

Evaluación Integral del Desempeño de los Programas Federales de Acceso y Mejoramiento a los Servicios de Salud 2012-2013

Lo que se mide se puede mejorar

www.coneval.gob.mx



Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

Investigadores académicos 2010-2014

María del Rosario Cárdenas Elizalde
Universidad Autónoma Metropolitana

Fernando Alberto Cortés Cáceres
El Colegio de México

Agustín Escobar Latapí
Centro de Investigaciones y Estudios
Superiores en Antropología Social-Occidente

Salomón Nahmad Sittón
Centro de Investigaciones y Estudios
Superiores en Antropología Social-Pacífico Sur

John Scott Andretta
Centro de Investigación y Docencia Económicas

Graciela María Teruel Belismelis
Universidad Iberoamericana

Secretaría Ejecutiva

Gonzalo Hernández Licona
Secretario Ejecutivo

Thania Paola de la Garza Navarrete
Directora General Adjunta de Evaluación

Ricardo C. Aparicio Jiménez
Director General Adjunto de Análisis de la Pobreza

Edgar A. Martínez Mendoza
Director General Adjunto de Coordinación

Daniel Gutiérrez Cruz
Director General Adjunto de Administración

Colaboradores

Equipo técnico

Gonzalo Hernández Licona
Thania Paola de la Garza Navarrete
Manuel Triano Enríquez
Alice Zahí Martínez Treviño
Manuel Francisco Lemas Valencia

Consultores externos

Hortensia Reyes Morales

Agradecimientos

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social agradece la colaboración de la Dirección General de Evaluación del Desempeño de Secretaría de Salud y de la Dirección de Finanzas del Instituto Mexicano de Seguridad Social en la revisión de este documento.

Evaluación Integral del Desempeño de los Programas Federales de Acceso y Mejoramiento a los Servicios de Salud, 2012-2013.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
Boulevard Adolfo López Mateos 160
Colonia San Ángel Inn
CP. 01060
Delegación Álvaro Obregón
México, DF.

Citación sugerida:

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. *Evaluación Integral del Desempeño de los Programas Federales de Acceso y Mejoramiento a los Servicios de Salud, 2012-2013*, México, DF. CONEVAL, 2014.

Contenido

GLOSARIO.....	5
INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO 1. ANÁLISIS GENERAL DE LA PROBLEMÁTICA QUE ATIENDE EL GRUPO TEMÁTICO.....	12
CAPÍTULO 2. ANÁLISIS DE LA PERTINENCIA DE LOS PROGRAMAS DEL GRUPO COMO INSTRUMENTO PARA RESOLVER LA PROBLEMÁTICA.....	27
CAPÍTULO 3. LOGROS Y FORTALEZAS DE LOS PROGRAMAS.....	35
CAPÍTULO 4. RETOS Y RECOMENDACIONES.....	36
CAPÍTULO 5. BUENAS PRÁCTICAS.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
ANEXO.....	50

Glosario

Ambiente obesogénico	La suma de las influencias que los entornos, las oportunidades o circunstancias de la vida contienen o presentan para promover obesidad en individuos o la sociedad.
Atención médica preventiva	Incluyen las atenciones de promoción general y las de protección específica.
Atención médica curativa	Tiene como objetivo elaborar un diagnóstico temprano y establecer un tratamiento oportuno.
Atención médica de rehabilitación	Incluye acciones tendentes a limitar el daño y corregir las posibles secuelas.
Complementariedad	Dos o más programas son complementarios cuando atienden a la misma población, pero los apoyos son diferentes; o bien, cuando sus componentes son similares o iguales, pero atienden a una población distinta.
Coincidencia	Hay coincidencias entre dos o más programas cuando sus objetivos son similares; o bien, cuando sus componentes son similares o iguales, y atienden a la misma población.
Defunción materna	Fallecimiento de una mujer durante el embarazo, parto o dentro de los cuarenta y dos días siguientes a la terminación del embarazo (puerperio), debido a cualquier causa relacionada con o agravada por la gestación o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.
Diagnóstico	Documento de análisis que busca identificar el problema que se pretende resolver y detallar sus características relevantes, y de cuyos resultados se obtienen propuestas de atención.

**Enfermedades
crónicas o no
transmisibles**

Enfermedades que no se transmiten de persona a persona. Las cuatro principales patologías no transmisibles son: las enfermedades cardiovasculares (como enfermedad isquémica cardíaca o accidentes cerebrovasculares), los cánceres o neoplasias malignas, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o el asma) y la diabetes.

**Enfermedades
transmisibles**

Enfermedades causadas por agentes infecciosos específicos o por sus productos tóxicos en un hospedero susceptible, conocidas comúnmente como enfermedades contagiosas o infecciosas. Según la Organización Mundial de la Salud, se consideran enfermedades transmisibles aquellas que se contagian de un ser humano a otro, o de animales al hombre, o que son transportadas por insectos u otros vectores, transmitidas por el aire que respiramos, el agua que bebemos o el suelo que pisamos, o bien, alimentos contaminados.

**Esperanza de vida al
nacer**

Promedio de años que se espera viva una persona nacida en el periodo para el cual se calcula el indicador si se mantienen las condiciones de mortalidad prevalecientes al momento de su estimación.

Evaluación

Análisis sistemático e imparcial de una intervención pública cuya finalidad es determinar la pertinencia y el logro de sus objetivos y metas, así como la eficiencia, eficacia, calidad, resultados, impacto y sostenibilidad.

**Gasto de bolsillo en
salud**

Gasto directo de los consumidores en consultas, hospitalizaciones, medicamentos, estudios de laboratorio o gabinete, procedimientos ambulatorios o medicamentos, entre otros.

- Gastos catastróficos** Derivan de aquellos tratamientos y medicamentos asociados y definidos por el Consejo de Salubridad General, que satisfagan las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, con criterios explícitos de carácter clínico y epidemiológico, seleccionados con base en su seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social, que impliquen un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o la frecuencia con que ocurren.
- Matriz de Indicadores para Resultados (Matriz de Marco Lógico)** Resumen de un programa en una estructura de una matriz de cuatro filas por cuatro columnas mediante la cual se describe el fin, el propósito, los componentes y las actividades, así como los indicadores, los medios de verificación y supuestos para cada uno de los objetivos.
- Monitoreo** Proceso continuo que usa la recolección sistemática de información, como indicadores, estudios, diagnósticos, entre otros, para orientar a los servidores públicos acerca de los avances en el logro de objetivos de una intervención pública respecto a los resultados esperados.
- Mortalidad materna** Conjunto de defunciones debidas a condiciones asociadas o agravadas por la gestación cuya ocurrencia provoca la muerte de una mujer durante el embarazo, parto o los cuarenta y dos días posteriores a éste (puerperio).
- Obesidad** Una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Una persona con obesidad tiene un índice de masa corporal (relación entre el peso y la talla al cuadrado) igual o superior a 30.

Obesidad tipo I	Persona que tiene un índice de masa corporal entre 30 y 34.9.
Obesidad tipo II	Persona que tiene un índice de masa corporal entre 35 y 39.9.
Obesidad tipo III	Persona que tiene un índice de masa corporal igual o mayor a 40.
Padrón de beneficiarios	Relación oficial de beneficiarios que incluye a las personas atendidas por los programas federales de desarrollo social cuyo perfil socioeconómico se establece en la normativa correspondiente.
Población atendida	Población beneficiada por un programa en un ejercicio fiscal.
Población objetivo	Población que un programa tiene planeado o programado atender para cubrir la población potencial y que cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en su normativa.
Población potencial	Población total que presenta la necesidad o problema que justifica la existencia de un programa y que, por lo tanto, pudiera ser elegible para su atención.
Pobreza extrema	Una persona está en situación de pobreza extrema cuando tiene tres o más carencias, de seis posibles, dentro del Índice de Privación Social y, además, se encuentra por debajo de la Línea de Bienestar Mínimo. Las personas en esta situación disponen de un ingreso tan bajo que, aun si lo dedicasen por completo a la adquisición de alimentos, no podrían adquirir los nutrientes necesarios para tener una vida sana.
Programa social	Programas presupuestarios de modalidad S (reglas de operación) o U (otros programas de subsidios).

- Recomendaciones** Sugerencias emitidas por el equipo evaluador derivadas de los hallazgos, debilidades, oportunidades y amenazas identificados en evaluaciones externas, cuyo propósito es contribuir a la mejora del programa.
- Reglas de operación** Conjunto de disposiciones que precisan la forma de operar un programa con el propósito de lograr los niveles esperados de eficacia, eficiencia, equidad y transparencia.
- Retos** Aspectos del diseño, implementación, gestión y resultados que las entidades y dependencias pueden mejorar debido a que son considerados áreas de oportunidad.
- Salud** Es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades.
- Sobrepeso** Acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Una persona con sobrepeso tiene un índice de masa corporal (relación entre el peso y la talla) igual o superior a 25.

Introducción

Con el propósito de contribuir a mejorar el diseño de políticas públicas, al ofrecer una visión del contexto y las interacciones entre diversos programas sociales federales, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) realiza las evaluaciones integrales sobre veintidós temáticas sociales.

La evaluación integral facilita una valoración general del desempeño de los programas que conforman la temática al interpretar los resultados en un contexto más amplio.

Este documento presenta la evaluación integral del desempeño de seis programas federales de acceso y mejoramiento a los servicios de salud en 2012.¹ Fue elaborado con base en las evaluaciones específicas de desempeño 2012-2013² realizadas por la doctora Hortensia Reyes Morales y otras fuentes externas de información pertinente.

La evaluación está organizada en cinco capítulos.

- Análisis general de la problemática que atiende el grupo temático. De manera sucinta, se describe el conjunto de problemas que los programas considerados buscan contribuir a resolver.
- Análisis de la pertinencia de los programas del grupo como instrumento para resolver la problemática. Se estudia la conveniencia de los programas respecto a la problemática que buscan contribuir a solventar y se identifica su vinculación y algunos de sus principales efectos o externalidades.

¹ El periodo evaluado es 2012, por lo que algunos de los retos citados pueden haber sido atendidos o estar en proceso de ello. De conformidad con el numeral 22 de los Mecanismos para el seguimiento de los aspectos susceptibles de mejora derivados de informes y evaluaciones a los programas presupuestarios de la administración pública federal, las dependencias deben publicar en sus páginas de internet los avances en la materia; por ello, para saber el estado en el que se encuentran los retos mencionados deberá consultarse la página institucional de cada una de éstas.

² Las evaluaciones específicas del desempeño 2012-2013 cuentan con opiniones de las dependencias cuyos programas fueron evaluados. Dichas opiniones institucionales pueden clarificar algunos aspectos presentados en esta evaluación y están disponibles en <http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Paginas/InformeEvaluacion.aspx>

- Logros y fortalezas principales de los programas en su conjunto. Se valoran los resultados de los programas con una visión integral y se incluyen sus avances en términos de la problemática que intentan solucionar.
- Retos y recomendaciones generales del grupo evaluado. Se identifican áreas de oportunidad de los programas derivadas de evaluaciones externas que sean factibles en función de atender la problemática.

Buenas prácticas externas. Se señalan las buenas prácticas en cuanto al diseño, operación o evaluación de programas similares desarrollados en México u otros países, y se destacan las que puedan mejorar el desempeño de los programas.

Los programas analizados están a cargo de la Secretaría de Salud y del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) (ver cuadro 1).

Cuadro 1. Programas federales de acceso y mejoramiento a los servicios de salud, México, 2013-2014

Modalidad	Programa	Acrónimo	Dependencia	Estatus programático 2014
U005	Seguro Popular	-----	Secretaría de Salud	Sin cambio
S201	Seguro Médico para una Nueva Generación/Seguro Médico Siglo XXI	-----	Secretaría de Salud	Sin cambio
S200	Caravanas de la Salud	-----	Secretaría de Salud	Sin cambio
S202	Sistema Integral de Calidad en Salud	SICALIDAD	Secretaría de Salud	Sin cambio
S038	IMSS-Oportunidades	-----	IMSS	Sin cambio
S037	Comunidades Saludables	-----	Secretaría de Salud	Sin cambio

Fuente: Elaboración propia con base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2014.

Capítulo 1. Análisis general de la problemática que atiende el grupo temático

En México, a pesar de los avances en las políticas públicas que han incluido la conformación del sistema de salud y el reforzamiento de los programas dirigidos a las poblaciones vulnerables, aún persiste la falta de acceso a la atención médica o desigualdades en el servicio de salud. La desigualdad está condicionada por factores como la pobreza persistente, la dispersión de la población, principalmente en las áreas rurales, y los bajos niveles educativos que impiden la identificación oportuna de sus necesidades de salud para demandar atención (Muñoz-Hernández, 2012), entre otros.

En este capítulo se presenta un diagnóstico general de la problemática en materia de salud. Para ello, se hace un análisis sobre algunos indicadores referentes al acceso a los servicios de salud y se caracteriza la situación del sistema de salud en México con la finalidad de identificar los principales retos en la materia.

ACCESO A LA SALUD

El acceso a los servicios de salud es un elemento primordial para alcanzar el nivel de vida que brinda las bases necesarias para el mantenimiento de la existencia humana y su adecuado funcionamiento físico y mental. Cuando las personas carecen de un acceso oportuno y efectivo a estos servicios, el costo de la atención de una enfermedad o accidente puede vulnerar el patrimonio familiar o, incluso, su integridad física (CONEVAL, 2013a).

El artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos señala que toda la población mexicana tiene derecho a la protección de la salud, y en específico, en términos de la Ley General de Salud (LGS), este derecho constitucional se refiere al derecho de todos los mexicanos a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud (artículo 77 bis 1 de la LGS). En ese sentido, se considera que una persona se encuentra en situación de carencia por acceso a los servicios de salud cuando “no cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluyendo el Seguro Popular, las instituciones públicas de seguridad social (IMSS,

ISSSTE federal o estatal, Pemex, Ejército o Marina) o los servicios médicos privados” (CONEVAL 2012f).

A pesar de ser un derecho constitucional, aún no se alcanza el acceso universal de todos los mexicanos a éste. La mayoría de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) tienen cobertura universal (o casi universal) de salud en relación con un conjunto de servicios y bienes esenciales, excepto México y Estados Unidos (OCDE, 2013).

Respecto a la carencia de acceso a los servicios de salud, en 2010 se reportaron 33.5 millones de personas con dicha carencia. En 2012, dicha cifra se redujo a 8.2 millones de personas, es decir, 25.3 millones de personas con carencia de acceso a la salud (ver cuadro 2).

Cuadro 2. Incidencia, número de personas y carencias promedio para los indicadores de pobreza, México, 2010 y 2012

Indicadores	Porcentaje		Millones de personas	
	2010	2012	2010	2012
Pobreza				
Población en situación de pobreza	46.1	45.5	52.8	53.3
Población en situación de pobreza moderada	34.8	35.7	39.8	41.8
Población en situación de pobreza extrema	11.3	9.8	13.0	11.5
Población vulnerable por carencias sociales	28.1	28.6	32.1	33.5
Población vulnerable por ingresos	5.9	6.2	6.7	7.2
Población no pobre y no vulnerable	19.9	19.8	22.8	23.2
Privación social				
Población con al menos una carencia social	74.2	74.1	85.0	86.9
Población con al menos tres carencias sociales	28.2	23.9	32.4	28.1
Indicadores de carencia social				
Rezago educativo	20.7	19.2	23.7	22.6
Carencia por acceso a los servicios de salud	29.2	21.5	33.5	25.3
Carencia por acceso a la seguridad social	60.7	61.2	69.6	71.8
Carencia por calidad y espacios en la vivienda	15.2	13.6	17.4	15.9
Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda	22.9	21.2	26.3	24.9
Carencia por acceso a la alimentación	24.8	23.3	28.4	27.4
Bienestar				
Población con ingreso inferior a la Línea de Bienestar Mínimo	19.4	20.0	22.2	23.5
Población con ingreso inferior a la Línea de Bienestar	52.0	51.6	59.6	60.6

Fuente: Estimaciones del CONEVAL con base en el Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (MCS-ENIGH) 2010 y 2012.

El aumento en la cobertura de salud se debe principalmente a la población que se afilió al Seguro Popular entre 2010 y 2012. En este periodo se incorporaron a éste 12.8 millones de personas, es decir, se pasó de 35 millones de personas afiliadas en 2010 a 47.8 millones en 2012 (CONEVAL, 2013a).

En el caso del IMSS, entre 2010 y 2012 hubo 1.2 millones de nuevos afiliados (ver cuadro 3). Este aumento tiene una dinámica diferente a la del Seguro Popular, pues para éste no es una condición el que las personas cuenten con un empleo formal para tener acceso a los servicios de salud, sino que en un esquema no corporativo se puede acceder a través de una afiliación voluntaria al programa.

Cuadro 3. Carencia por acceso a los servicios de salud, México, 2010-2012

Indicadores	Porcentaje		Millones de personas	
	2010	2012	2010	2012
Carencia por acceso a los servicios de salud*¹				
Población afiliada al Seguro Popular	30.5	40.8	35.0	47.8
Población afiliada al IMSS	31.8	32.1	36.4	37.6
Población afiliada al ISSSTE	5.6	5.8	6.4	6.8
Población afiliada al ISSSTE estatal	1.7	0.8	2.0	0.9
Población afiliada a Pemex, Defensa o Marina	0.9	0.9	1.1	1.0
Población con seguro privado de gastos médicos	0.9	0.9	1.0	1.1
Población con acceso a servicios médicos por seguridad social indirecta**	2.5	1.8	2.9	2.2
Población afiliada a otra institución médica distinta de las anteriores	1.4	1.7	1.6	2.0

Fuente: Estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010 y 2012.

*Se presenta la composición de la población sin carencia, según institución de afiliación o inscripción. Se debe señalar que una persona puede estar afiliada a más de una institución.

**Personas que tienen acceso a servicios médicos por parentesco directo con algún familiar y que no cuentan con Seguro Popular.

La carencia por acceso a los servicios de salud tiene dinámicas diferenciadas de acuerdo con el lugar de residencia. Se tiene una mayor carencia en el ámbito urbano en comparación con el rural. Así, en 2012, 19.7 millones de personas reportaron carencia por acceso a los servicios de salud en el ámbito urbano, y en el rural, 5.6 millones de personas se encontraban en la misma situación, lo que representa 21.8 y 20.6 por ciento, respectivamente, para cada ámbito (ver cuadro 4).

Cuadro 4. Porcentaje y número de personas con carencia por acceso a los servicios de salud, según lugar de residencia, México, 2010-2012

Rural				Urbano			
Porcentaje		Millones de personas		Porcentaje		Millones de personas	
2010	2012	2010	2012	2010	2012	2010	2012
31.4	20.6	8.3	5.6	28.6	21.8	25.1	19.7

Fuente: Estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010 y 2012.

En 2010, el porcentaje de la población rural que carecía de acceso a los servicios de salud era mayor que en el ámbito urbano. No obstante, en 2012, la situación se revirtió, ya

que el porcentaje de personas que no contaban con ese servicio era mayor en la población habitante de zonas urbanas, con 21.8 por ciento, en comparación con 20.6 por ciento de residentes rurales que carecían del acceso referido.

A pesar de los avances registrados en la disminución del número de personas con carencia de acceso a los servicios de salud, el objetivo de alcanzar cobertura universal aún no se logra. Contar con el acceso (estar afiliado) al sistema de salud no es un indicador suficiente para dar cuenta de la materialización del derecho constitucional a la salud; resulta necesario tomar en consideración otra serie de indicadores.

En ese sentido, el acceso es sólo uno de los pasos que deben seguirse para lograr una atención real de los problemas de salud; por lo tanto, se debe analizar tanto si se obtiene atención médica como si ésta es de calidad, si se recibe cuando se requiere y si el problema de salud es resuelto; todo ello de manera independiente de factores como el ingreso, la residencia, la condición laboral o la condición étnica (CONEVAL, 2013a).

Al respecto, a fin de enriquecer o complementar la medición del acceso a la salud, se han generado diferentes indicadores que buscan aproximar una medición del acceso y uso efectivo de los servicios de salud. A éstos se les denomina indicadores complementarios de salud (CONEVAL, 2013a).

Tres de los cinco indicadores complementarios sobre el acceso oportuno a la atención médica y el acceso efectivo a los servicios de salud mostraron una reducción de 2010 a 2012 y dos de éstos aumentaron en dicho periodo (ver cuadro 5); por ejemplo, para el indicador de “Porcentaje de hogares cuyos integrantes tardarían más de dos horas en llegar a un hospital en caso de emergencia”, en 2010 se reportó 3.7 por ciento y en 2012 se registró una reducción de sólo 0.8 por ciento para el mismo indicador.

Cuadro 5. Indicadores complementarios de salud, México, 2010-2012

Indicadores	2010	2012
Porcentaje de hogares cuyos integrantes tardarían más de dos horas en llegar a un hospital en caso de emergencia*	3.7	2.9
Porcentaje de población que en los últimos doce meses sufrió algún dolor, malestar, enfermedad o accidentes que le haya impedido realizar sus actividades cotidianas y no recibió atención médica**	3.1	2.9
Utilización de los servicios preventivos		
Porcentaje de población que en los últimos doce meses no ha sido pesada o medida por un médico o enfermera (control de peso y medida)	30.4	30.8
Porcentaje de población de treinta años de edad o más a la cual en los últimos doce meses no se le ha tomado una muestra de sangre mediante punción de alguno de sus dedos para detectar diabetes (detección de diabetes)		
Porcentaje de población de treinta años de edad o más a la cual en los últimos doce meses no se le ha medido la presión arterial (detección de hipertensión arterial)		

Fuente: Estimaciones del CONEVAL con base en el MCS- ENIGH 2010 y 2012.

Nota: Cifras expandidas conforme a las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población (CONAPO), actualizadas en abril de 2013.

*Se considera como acceso oportuno a la atención médica.

**Se considera como acceso efectivo a los servicios de salud.

LA SALUD EN MÉXICO

Mientras que en los países de la OCDE la esperanza de vida aumentó tres años entre 2000 y 2011 (pasando de 77.1 a 80.1 años), en México el incremento fue de menos de un año (de 73.3 a 74.2 años).³

El reducido cambio en el nivel de la esperanza de vida en México se debe, entre otros (como la violencia), a comportamientos nocivos para la salud, incluyendo malos hábitos de nutrición y muy altas tasas de obesidad, lo que ha elevado las tasas de mortandad a causa de la diabetes y la no reducción de las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares. También se debe a los altos porcentajes de muertes causadas por

³ De acuerdo con las proyecciones del CONAPO, en 2013 la esperanza de vida de una persona al nacer era de 74.51 años en promedio; para las mujeres, de 77.41 años y para los hombres, de 71.74 años.

accidentes de tránsito y homicidios, así como a las persistentes barreras de acceso a servicios de calidad en materia de salud (OCDE, 2013) (ver cuadro 6).

Cuadro 6. Indicadores del estado de salud de la población, México, 2013

Indicador	OCDE
Esperanza de vida al nacimiento (años) ambos sexos	80.1
Mujeres	82.8
Hombres	77.3
Esperanza de vida a los 65 años ambos sexos	19.3
Mujeres	20.9
Hombres	17.6
Bajo peso al nacer*	6.8
Tasa de mortalidad neonatal**	2.8
Tasa de mortalidad infantil**	4.1
Razón de mortalidad materna***	7.3
Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino****	3.7

Fuente: Elaboración propia con datos de la OCDE, *Indicators, Health at a Glance 2013*.

* Por 100 nacidos vivos.

** Por 1,000 nacidos vivos.

*** Por 100,000 nacidos vivos.

**** Por 100,000 mujeres.

ENFERMEDADES CRÓNICAS

Las enfermedades no transmisibles,⁴ de índole crónica, son un reto en materia de salud en México (ver cuadro 7); entre los principales factores de riesgo para el desarrollo o intensificación del efecto de varias enfermedades crónicas se encuentra la obesidad. La *Diabetes mellitus* y las enfermedades cardiovasculares son dos de las patologías de mayor relevancia en el país cuya dinámica se ve fuertemente afectada por la prevalencia del sobrepeso u obesidad (INSP, 2012a).

⁴ También conocidas como enfermedades crónicas, no se transmiten de persona a persona, y son de larga duración, por lo que evolucionan lentamente (OCDE, 2013). Las principales enfermedades no transmisibles son las cardiovasculares (como ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.

Cuadro 7. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, México, 2012

Prevalencia	Mujeres	Hombres	Total
Diagnóstico previo de <i>Diabetes mellitus</i> en adultos	8.6	9.7	9.2
Hipertensión en adultos	32.3	30.7	31.5
Sobrepeso y obesidad en adultos	69.4	73.0	71.3
Sobrepeso y obesidad en adolescentes	34.1	35.8	34.9
Sobrepeso y obesidad en niños	36.9	29.2	34.4

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012.

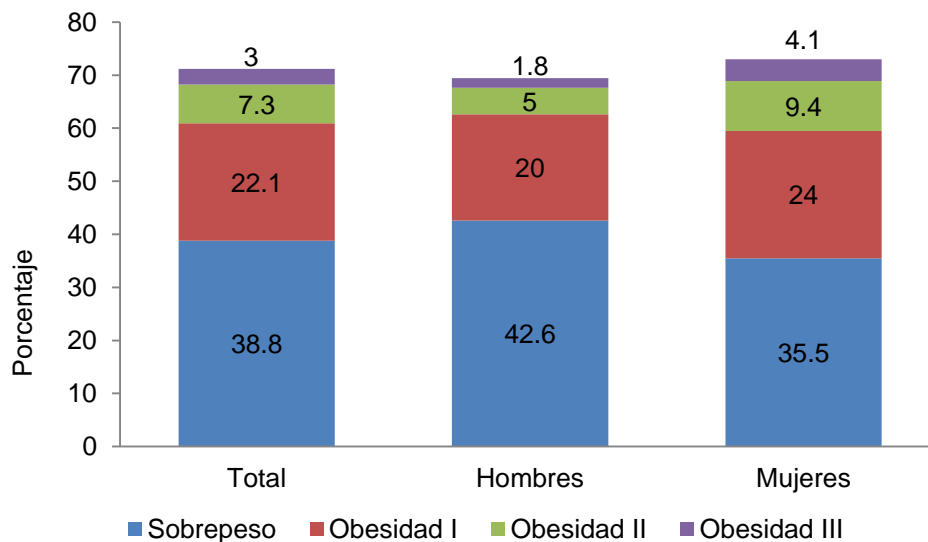
ˆ Población de 20 años de edad y más.

** Población de 12 a 19 años de edad.

*** Población de 5 a 11 años de edad.

México es el segundo país, después de Estados Unidos, con mayor obesidad (OCDE, 2013). En 2012, casi un tercio de los adultos, es decir, 32.4 por ciento de mexicanos sufrían obesidad (tipo I, II y III), lo que significa un importante aumento si se considera que en el 2000 se registró 24 por ciento (ver gráfica 1). La obesidad fue mayor en las mujeres, con 37.5 por ciento, en comparación con 26.8 reportado para los hombres. En suma, la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población adulta fue de 71.3 por ciento, esto es, siete de cada diez mexicanos tenían sobrepeso u obesidad (INSP, 2012a).

Gráfica 1. Sobrepeso y obesidad, México, 2012



Fuente: Elaboración propia con base en la ENSANUT 2012.

El problema es mayor si se analiza que el gasto del gobierno mexicano para la atención a la obesidad es de siete por ciento del presupuesto destinado a salud, sólo por debajo de Estados Unidos, que invierte nueve por ciento (Secretaría de Salud, 2014).

La mala alimentación, el sedentarismo y la falta de acceso a alimentos nutritivos son factores determinantes del sobrepeso y la obesidad. Por tanto, un reto importante para el sector salud es la promoción de estilos de vida saludables en la población, así como el desarrollo de políticas públicas para revertir el ambiente obesogénico.

La diabetes es otra de las enfermedades que también tiene una amplia presencia en la población mexicana. En su etapa inicial no se producen síntomas y cuando no se trata adecuadamente ocasiona complicaciones de salud graves, como infarto del miocardio, ceguera, falla renal, amputaciones de las extremidades inferiores y muerte prematura. En México, durante 2011, setenta de cada cien mil personas murieron por causa de esta enfermedad. Las defunciones por diabetes se concentraron en la de tipo II. En 2011 representaron 62 por ciento en mujeres y 61 por ciento en hombres (INEGI, 2013). En la actualidad se invierten 3,430 millones de dólares en su atención y sus complicaciones (INSP, 2012d).

El número de personas que padecen diabetes se ha incrementado. En 2012 se registraron cerca de 6.5 millones de casos diagnosticados con esta enfermedad (INSP, 2012 d). Sólo dos de cada diez personas con diabetes la controlan de manera adecuada (CNPSS, 2014).

Otra de las enfermedades crónicas no transmisibles es la hipertensión arterial, que constituye uno de los principales factores de riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares, cerebrovascular y falla renal, importantes causas de mortalidad en México.

En México se estima que hay 22.4 millones de adultos de veinte años o más que padecen hipertensión arterial, de los cuales únicamente 11.2 millones han sido diagnosticados por

un médico (INSP, 2012c). La prevalencia de presión arterial alta, tomando en cuenta los criterios establecidos para la población de veinte años y más, es de 33.3 en hombres y 30.8 en mujeres de cada 100 personas de este grupo de edad y sexo. Este padecimiento en su fase inicial es asintomático, lo que dificulta una detección oportuna e incrementa los factores de riesgo asociados al iniciar tratamientos de control tardíos (INSP, 2012c).

Además de los aquí mencionados, otros factores de riesgo que se suman a las principales enfermedades no transmisibles son el consumo de tabaco y el consumo excesivo de alcohol, los cuales, al mismo tiempo, aumentan el riesgo de las enfermedades no transmisibles o las causan de manera directa (OMS, 2013).

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN MÉXICO

En 2012 se registraron más de 600,000 defunciones (INEGI, 2012). Las principales causas de mortalidad fueron las enfermedades del corazón, con 109,309 personas anualmente; en segundo lugar se ubicaron las muertes relacionadas por la *Diabetes mellitus*, con 85,055, y en tercer sitio, aquellas ocasionadas por tumores malignos, con 73,240 (ver cuadro 8).

Cuadro 8. Principales causas de mortalidad general, México, 2012

Causas	Defunciones
Total de defunciones	602,354
Enfermedades del corazón*	109,309
Diabetes mellitus	85,055
Tumores malignos	73,240
Accidentes	37,727
Enfermedades del hígado	33,310
Enfermedades cerebrovasculares	31,905
Agresiones	25,967
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	18,532
Influenza y neumonía	15,734
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	14,391
Otras	157,184

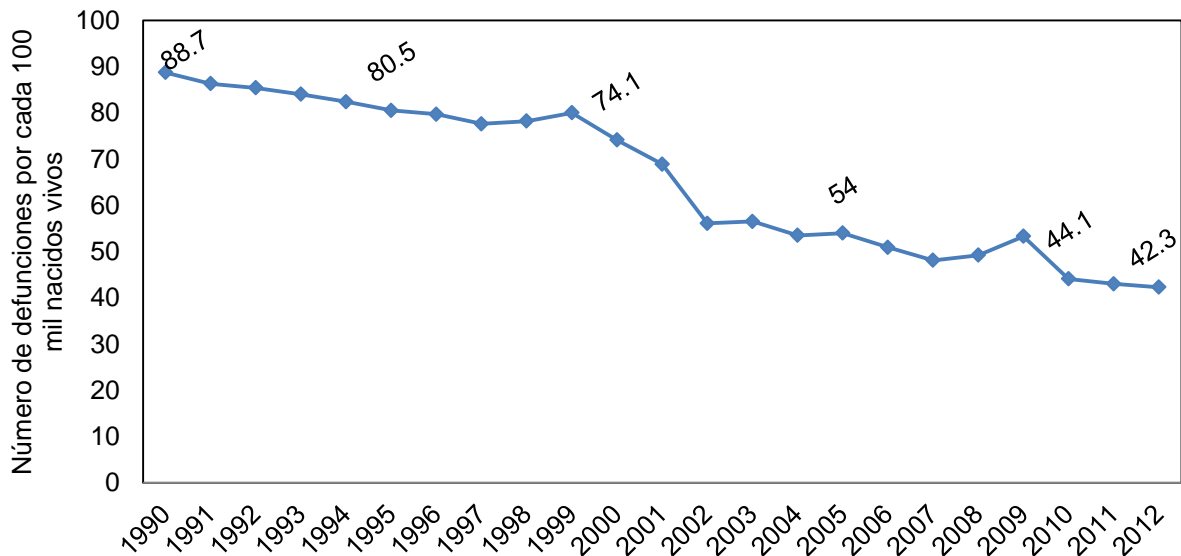
Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI. Estadísticas de mortalidad (2012).
Se excluye paro cardíaco.

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO RESPECTO DE MORTALIDAD MATERNA

En relación con los Objetivos del Desarrollo del Milenio en materia de salud, el gobierno mexicano se comprometió a mejorar la salud materna y estableció como meta reducir para 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes a la registrada en 1990. Al respecto, la razón de la mortalidad materna en 1990 se encontraba en 88.7 por ciento y en 2012 descendió a 42.3 (ver gráfica 2).

En ese sentido, entre los aspectos más relevantes de las causas de muerte aparecen la enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE), hemorragia obstétrica, aborto y sepsis, así como causas de muerte indirectas, como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) e influenza. Durante 2010, la EHE fue la principal muerte materna, con 25 por ciento del total; la hemorragia obstétrica se colocó como la segunda causa de muerte materna, con 19.6 por ciento; el aborto fue la tercera en orden de importancia, con 9 por ciento; y la sepsis representó 1.8 por ciento de las muertes en el embarazo (CONEVAL, 2012d).

Gráfica 2. Razón de mortalidad materna,* México, 2012



Fuente: Elaboración propia con base en el Sistema de Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2012).
 *Defunciones por cada 100,000 nacidos vivos.

Aun cuando se observa una disminución en la mortalidad materna de 1990 a 2012, todavía se está lejos de alcanzar la meta comprometida para 2015 como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que es de 22 defunciones maternas por cada 100,000 nacidos vivos.

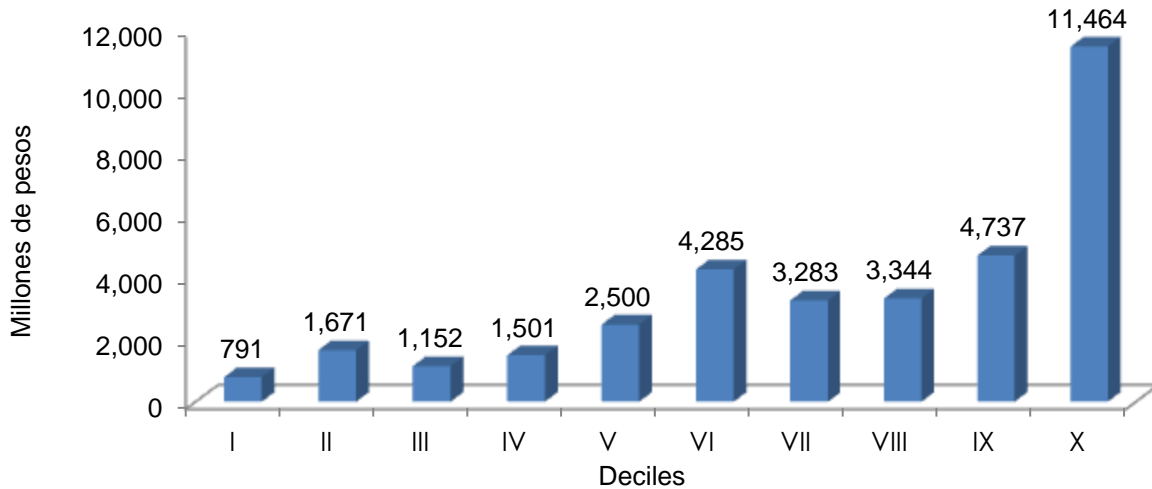
GASTO DE LOS HOGARES DE SALUD

Una de las causas principales de la carencia en el acceso a los servicios de salud es el gasto de bolsillo⁵ que ésta implica. El gasto corriente monetario en servicios de salud fue de 791 millones de pesos para el primer decil de ingresos; en el segundo fue de 1,671 millones de pesos; en el tercero, de 1,151 millones de pesos; en el cuarto, de 1,501 millones; y en el quinto, de 2,500 millones.

En el último decil de ingresos, el gasto fue de 11,464 millones de pesos, es decir, más de diez veces del gasto realizado por los hogares en el primer decil. Entre los deciles sexto y noveno, el gasto en servicios de salud osciló entre los 3,283 y 4,285 millones de pesos (ver gráfica 3).

⁵ El gasto de bolsillo incluye todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia del servicio de salud, como honorarios médicos, compras de medicamentos, facturas de hospital, medicina alternativa y tradicional.

Gráfica 3. Gasto monetario en servicios de salud por hogares según deciles,⁶ México, 2012



Fuente: Elaboración propia con base en la ENIGH 2012, cifras expandidas a partir de las proyecciones del CONAPO actualizadas en abril de 2013.

El gasto anual del hogar en salud para niños menores de cinco años fue mayor en promedio para el área urbana que para la rural. Sin embargo, para los hogares rurales el gasto en salud representó un mayor porcentaje sobre el total de gastos del hogar. Tomando en cuenta solamente hogares con gasto catastrófico por motivos de salud,⁷ éste fue más de ocho por ciento mayor en los hogares del área rural (ver cuadro 9).

⁶ Los datos graficados representan la suma del gasto en cuidados de la salud, servicios médicos, medicamentos recetados y atención hospitalaria.

⁷ El gasto catastrófico por motivos de salud se aplica cuando los gastos de bolsillo en salud de un hogar representan cuarenta por ciento o más de su capacidad de pago; este porcentaje puede ser modificado según la situación específica de cada país (nota de los autores: en México se utiliza el treinta por ciento como referente para este rubro). World Health Organization. *Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos. Metodología*, 2005. Recuperado el 6 de septiembre de 2013 de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85626/1/EIP_HSF_DP.05.2_spa.pdf

Cuadro 9. Gasto en salud, México, 2012

Concepto	Área urbana	Área rural
Promedio de gasto anual en salud para niños menores de cinco años del hogar	\$3,379	\$3,127
Porcentaje sobre el total de gastos del hogar	6.10	7.70
Porcentaje de hogares con gasto catastrófico por motivos de salud	18.30	26.80

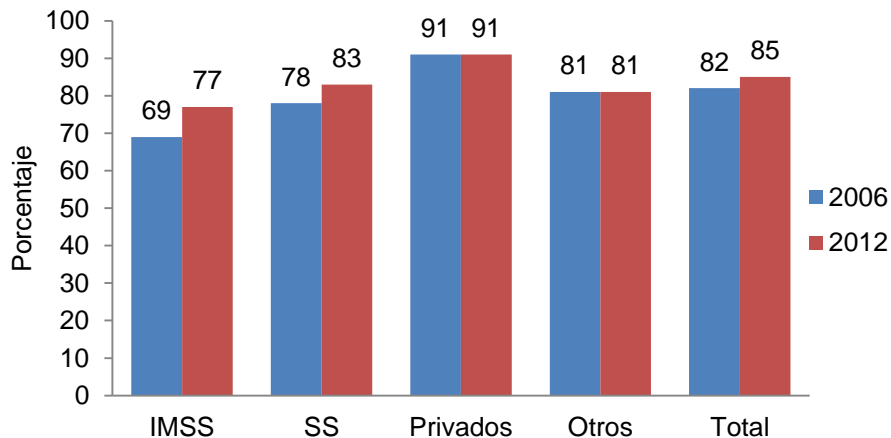
Fuente: Elaboración propia con base en la ENSANUT 2012.

Dado el gran gasto que significa la atención en salud de los menores de edad, 37 por ciento de los hogares recurrieron a fuentes externas de financiamiento, como préstamo por familiares, ahorros y venta de bienes del hogar. Además, 15.5 por ciento de los hogares pospusieron la atención médica necesaria para el niño por motivos económicos y uno de cada diez la cancelaron definitivamente (Rodríguez, 2012).

CALIDAD EN LOS SERVICIOS

En relación con la calidad en los servicios de salud, de manera general, la buena percepción se incrementó de 82 por ciento en 2006 a 85 por ciento en 2012. En específico, la Secretaría de Salud y el IMSS aumentaron la percepción de sus servicios en 5 y 8 por ciento, respectivamente. Las instituciones del ISSSTE, Pemex, Defensa, Marina e IMSS-Oportunidades mantuvieron el mismo porcentaje de 81 por ciento en el periodo señalado (INSP, 2012f) (ver gráfica 4).

Gráfica 4. Percepción de la calidad de la atención por tipo de servicio, México, 2006-2012



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), 2012f.
SS: Centro de salud u hospitales de la Secretaría de Salud.
Privados: Médicos privados y consultorios dependientes de farmacias.
Otros: Pemex, Defensa, Marina, IMSS-Oportunidades, ISSSTE, ISSSTE Estatal, otro lugar.

En 2012, las personas entrevistadas indicaron que su buena percepción fue por la buena atención, con 44.3 por ciento; el buen trato, con 39.9 por ciento; la explicación del médico acerca de la enfermedad y su tratamiento, con 15 por ciento; y la prontitud en la atención, con 10.7 por ciento (INSP, 2012f).

En caso contrario, los usuarios expresaron que los motivos por los que no regresarían fueron el tiempo de espera prolongado, con 28.5 por ciento; el mal trato, con 23.6 por ciento; la falta de mejoría, con 21 por ciento; por estar en desacuerdo con el diagnóstico o el tratamiento, con 20.8 por ciento; y por la falta de medicamentos, con 15.9 por ciento (INSP, 2012f).

En este primer apartado de la evaluación integral se describieron algunas problemáticas en el ámbito de la salud con la finalidad de hacer una caracterización general que permita entender los principales retos en la materia. En síntesis, éstos son: falta de acceso universal a la salud en México; poco incremento en la esperanza de vida en México en comparación con los países de la OCDE; alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión, diabetes, sobrepeso y obesidad); insuficiente reducción de la mortalidad materna para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio; y mala percepción de los usuarios sobre los servicios de salud.

Capítulo 2. Análisis de la pertinencia de los programas del grupo como instrumento para resolver la problemática

Dentro de la estrategia gubernamental para atender la problemática en materia de salud, se han impulsado diversos programas cuyos objetivos, de manera general, buscan mejorar las condiciones de salud de la población. Su fundamento es la provisión de servicios de salud a población que radica en comunidades marginadas principalmente rurales en regiones geográficas dispersas, pero también en ciertas áreas urbanas cuyas condiciones socioeconómicas excluyen a un sector de la población de la cobertura regular de estos servicios.

En este capítulo se analizan los programas dirigidos a atender cada problemática específica y, entre otros rubros, se describe tanto la cobertura como el gasto ejercido para la consecución de sus objetivos y se formulan consideraciones sobre si existe complementariedad o coincidencia, o ambas, entre éstos (en el anexo se detalla cada uno de los grupos y ámbitos de atención, los bienes y servicios otorgados, el tipo de apoyo y las entidades federativas donde operan los programas).

Los programas de acceso y mejoramiento a los servicios de salud fueron agrupados en tres temáticas según sus objetivos. En el primer grupo están los que proveen servicios de salud a toda población que no cuente con el acceso a este servicio; en el segundo, los que buscan que la atención sea de calidad; y en el tercero, los que promueven la participación comunitaria en los servicios de salud (ver cuadro 10).

Cuadro 10. Agrupación temática de los programas federales de acceso y mejoramiento a los servicios de salud, México, 2012

Temática	Programa
Acceso a los servicios de salud	Seguro Popular
	Seguro Médico para una Nueva Generación/Seguro Médico Siglo XXI
	Caravanas de la Salud
Calidad en los servicios de salud	Sistema Integral de Calidad en Salud
Participación comunitaria en los servicios de salud	IMSS-Oportunidades
	Comunidades Saludables

Fuente: Elaboración propia con base en las evaluaciones específicas de desempeño 2012-2013 (CONEVAL, 2013).

En el primer grupo de programas están las intervenciones que buscan resolver la problemática de acceso a los servicios de salud de la población en general y, en específico, de las personas en condiciones de vulnerabilidad y habitantes de zonas marginadas. Estos programas pueden considerarse como integradores por sus características de focalización y su vínculo con las redes de servicios estatales (ver cuadro 11).

Cuadro 11. Objetivos de los programas federales de acceso y mejoramiento a los servicios de salud de apoyo al acceso, México, 2012

Programas	Objetivos
Seguro Popular	Garantizar el acceso a servicios de salud de la población que no cuenta con seguridad social y evitar que realice gastos catastróficos por atender problemas de salud. Busca el acceso, sin gasto de bolsillo, a un conjunto de intervenciones de salud garantizadas en los tres niveles de atención. Las intervenciones que cubre incluyen el Catálogo Universal de Servicios de Salud y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.
Seguro Médico para una Nueva Generación/ Seguro Médico Siglo XXI	Contribuir a la disminución del empobrecimiento por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal de los niños menores de cinco años de edad, sin seguridad social y nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006. El aseguramiento médico se realiza a través del financiamiento de acciones preventivas, estudios de laboratorio y gabinete, atención médica ambulatoria y del segundo y tercer nivel previstas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud o el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y, a su vez, una cobertura adicional en padecimientos no incluidos en el Sistema de Protección Social en Salud.
Caravanas de la Salud	Acercar y complementar las Redes de Servicios de Salud a poblaciones con bajo Índice de Desarrollo Humano y a localidades dispersas y marginadas. Busca ampliar la cobertura de atención resolutive y garantizar el acceso a comunidades que no cuentan con servicios de salud; otorgar provisión de servicios con calidad, sensibilidad intercultural, perspectiva de género y respeto a la diversidad; promover la participación social y comunitaria. Opera “bajo una combinación de modalidades de extensión de cobertura itinerante” con unidades médicas móviles que tienen diversos niveles de capacidad resolutive en rutas programadas, con un paquete básico de 128 intervenciones de atención médica ambulatoria y 20 preventivas.

Fuente: Elaboración propia con base en las evaluaciones específicas de desempeño 2012-2013 (CONEVAL, 2013).

En el segundo segmento de análisis se encuentra el programa que se enfoca a la problemática de la variabilidad de la calidad en la atención ofrecida en los servicios públicos de salud (ver cuadro 12).

Cuadro 12. Objetivos de los programas federales de acceso y mejoramiento a los servicios de salud de apoyo a la calidad en los servicios, México, 2012

Programa	Objetivo
Sistema Integral de Calidad en Salud	Implementar el Sistema Integral de Calidad en Salud que contribuya a mejorar la calidad técnica y percibida de los servicios públicos de salud. Mediante la implementación de estrategias y acciones concretas, impulsa la acreditación de unidades, realiza acuerdos de gestión, otorga apoyos económicos para proyectos de mejora, fomenta la organización-funcionamiento de avales ciudadanos, efectúa encuestas de satisfacción, entre otras. Está dirigido a las unidades médicas de todos los niveles de los Servicios Estatales de Salud y otras instancias públicas del Sistema Nacional de Salud.

Fuente: Elaboración propia con base en las evaluaciones específicas de desempeño 2012-2013 (CONEVAL, 2013).

En el tercer grupo se encuentran los programas encaminados a promover la participación comunitaria en materia de salud. Éstos están orientados a focalizar acciones hacia la población rural y urbano-marginada del país (ver cuadro 13).

Cuadro 13. Objetivos de los programas federales de acceso y mejoramiento a los servicios de salud de participación comunitaria, México, 2012

Programa	Objetivos
IMSS - Oportunidades	Contribuir a garantizar el derecho a la salud de la población que carece de seguridad social y que vive en condiciones de marginación en las entidades donde cuenta con infraestructura. Su operación se sustenta en el Modelo de Atención Integral a la Salud, que articula las acciones médicas con las comunitarias con el fin de propiciar entornos saludables. Proporciona servicios médicos preventivos y curativos a nivel ambulatorio y hospitalario, en unidades de primer y segundo nivel de atención y es vinculado a la acción comunitaria mediante estrategias de comunicación educativa para formar y actualizar a los voluntarios encargados de organizar a su comunidad y efectuar labores de prevención, promoción y autocuidado de la salud; todos los servicios son gratuitos.
Comunidades Saludables	Apoyar proyectos elaborados por la comunidad organizada y los sectores sociales a nivel municipal para la promoción de la salud. Se enfoca a municipios del país con localidades de 500 a 2,500 habitantes y apoya proyectos que propongan modificaciones de los determinantes de la salud e incluyan la participación comunitaria en localidades y sectores. Los proyectos seleccionados reciben recursos monetarios para su realización, se capacita al personal de salud que participa y se establece un mecanismo de supervisión, asesoría y evaluación para determinar su alcance.

Fuente: Elaboración propia con base en las evaluaciones específicas de desempeño 2012-2013 (CONEVAL, 2013).

COBERTURA

En cuanto a la cobertura de los programas, de manera general puede decirse que ésta ha aumentado significativamente en el Seguro Popular y el Seguro Médico para una Nueva Generación/Seguro Médico Siglo XXI y ha mostrado avances en Caravanas de la Salud, IMSS-Oportunidades y SICALIDAD.

El programa Comunidades Saludables, si bien ha registrado un incremento en este aspecto, ha sido a expensas de una reducción de su población objetivo. La eficiencia en cobertura alcanzada por este programa fue de 31.4 por ciento en 2012 (ver cuadro 14).

Cuadro 14. Cobertura de los programas federales de acceso y mejoramiento a los servicios de salud, México, 2012

Programa	Unidad de atención	Población potencial (PP)	Población objetivo (PO)	Población atendida (PA)	Eficiencia en cobertura (PO/PA*100)
Seguro Popular	Personas	59,124,464	52,630,454	52,908,011	100.53
Seguro Médico para una Nueva Generación /Seguro Médico Siglo XXI	Niños	1,026,753	821,402	1,519,354	184.97
Caravanas de la salud	Municipios	3,900,000	4,086,469	3,839,056	93.95
Sistema integral de calidad en salud	Unidades médicas	15,470	12,002	10,788	89.89
Programa IMSS-Oportunidades	Personas	SD	11,042,067	11,854,724	107.36
Programa Comunidades Saludables	Municipios	2,456	242	76	31.4

Fuente: Elaboración propia con base en las evaluaciones específicas de desempeño 2012-2013 (CONEVAL, 2013).

SD: Sin datos.

PRESUPUESTO

El presupuesto de la mayoría de los programas evaluados se incrementó en el ejercicio fiscal 2012 en comparación con 2011, a excepción de SICALIDAD, que contó con uno menor para su operación (ver cuadro 15).

Cuadro 15. Gasto ejercido por los programas federales de acceso y mejoramiento a los servicios de salud (millones de pesos), México, 2012

Programa	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Seguro Popular	SD	SD	43,973.18	48,688.5	58,529.15	64,703.8
Seguro Médico para una Nueva Generación/Seguro Médico Siglo XXI	SD	2,005.58	2,641.55	,2611.23	2,438.75	3,107.28
Caravanas de la Salud	SD	382	675.76	710.19	612.78	685.74
Sistema Integral de Calidad en Salud	SD	116.66	89.23	164.86	151.46	85.54
IMMS-Oportunidades	6,268.19	6,947.44	7,821.23	7,759.88	8,171.89	8,500
Comunidades Saludables	78.23	68.76	72.25	106.89	85.51	107.28

Fuente: Elaboración propia con base en las evaluaciones específicas de desempeño 2012-2013 (CONeVAL, 2013), datos obtenidos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público deflactados a pesos constantes de 2012.

SD: Sin datos

COINCIDENCIAS Y COMPLEMENTARIEDADES

Con base en la revisión del diseño de los programas, es posible señalar la existencia de una estrategia global de atención a la salud, así como la complementariedad entre ellos. Destaca la atención que Caravanas de la Salud e IMSS-Oportunidades brindan a la población afiliada al Seguro Popular que radica en áreas carentes de unidades de atención de la Secretaría de Salud, con lo que se establece una coordinación para dar respuesta a la demanda de los servicios.

Los programas Comunidades Saludables y SICALIDAD atienden distintas áreas de la misma problemática con el propósito de apoyar proyectos de mejora en diferentes ámbitos, como la comunidad y las unidades de atención, respectivamente.

Los programas federales de acceso y mejoramiento de los servicios de salud representan en su conjunto una importante intervención gubernamental en beneficio de la población vulnerable por carencia de acceso a los servicios de salud, así como para la mejora de éstos mediante distintas estrategias que incluyen protección financiera (Seguro Popular y Seguro Médico para una Nueva Generación/Seguro Médico Siglo XXI), provisión de

servicios (IMSS-Oportunidades y Caravanas de la Salud) y apoyos o reconocimientos económicos para la mejora de la salud o de la calidad de la atención (Comunidades Saludables y SICALIDAD).

A pesar del impulso para el desarrollo de la mayor parte de los programas evaluados, no existe a la fecha evidencia que sustente un impacto en salud como resultado global de este grupo de programas.

Capítulo 3. Logros y fortalezas de los programas

Su aportación para el logro de la equidad en salud es, sin duda, la principal fortaleza grupal de los programas como estrategias complementarias que dan respuesta a las necesidades de salud de la población más vulnerable del país.

Las intervenciones que forman parte de sus acciones constituyen una ampliación a la Red de Servicios de Salud en las áreas más marginadas del país, tanto por sus condiciones de ruralidad o dispersión como de exclusión social por desventaja económica de su población.

El avance en la cobertura que se ha mostrado en los últimos años, aun considerando las limitaciones para su medición precisa, es otra fortaleza de los programas de salud analizados, la cual sugiere la eficiencia en el ejercicio del presupuesto que éstos han recibido (ver cuadro 16).

Capítulo 4. Retos y recomendaciones

Para todos los programas de acceso y mejoramiento a los servicios de salud analizados se reconoce como área de oportunidad la identificación rigurosa de sus poblaciones, principalmente la población objetivo. Resolver este reto es necesario para hacer posible la cuantificación precisa de la cobertura y, al mismo tiempo, poder evaluar con claridad el alcance los programas.

Además, el desarrollo actual de los programas hace recomendable la incorporación de nuevos indicadores de fin y propósito, los cuales deben ser pertinentes, confiables, con metas factibles que respondan a la problemática en salud que los programas buscan resolver y que, a su vez, permitan una adecuada valoración del avance de las acciones para fortalecer la medición del efecto de las intervenciones.

La implementación o mejora de sistemas de registro de información para contar con padrones nominales de beneficiarios que faciliten el seguimiento de las intervenciones y sus resultados es un reto que, si bien requerirá mecanismos graduales para su atención, resulta indispensable para la mejora permanente de los programas y para evitar duplicidades o exclusiones de la población cubierta; con ello se garantizaría su complementariedad (ver cuadro 16).

Cuadro 16. Avances y retos de los programas federales de acceso y mejoramiento a los servicios de salud, México, 2012

Programa	Fortalezas	Retos
Seguro Popular	<p>La afiliación de población sin derechohabencia ha sido considerable y hay tendencia hacia la cobertura universal.</p> <p>El programa ha sido evaluado de manera periódica por instancias externas, que han identificado áreas de oportunidad.</p> <p>Los indicadores de fin y propósito están bien planteados tanto en su denominación como en su método de cálculo.</p> <p>Sus resultados son demostrables por el cumplimiento de su objetivo de fin.</p>	<p>Efectuar una nueva evaluación externa de impacto que permita contrastar con la realizada en 2005, a fin de establecer los efectos del programa a través del tiempo.</p> <p>Generar nuevos indicadores que midan mejor la gestión del programa y no sólo el cumplimiento de acciones administrativas.</p> <p>Revisar las definición de población objetivo para hacerla conceptualmente coherente.</p> <p>Incorporar la dimensión de tutela de derecho para asumir la responsabilidad del programa en el acceso efectivo a los servicios y la calidad de la atención, más allá de la función financiadora.</p>

<p>Seguro Médico para una Nueva Generación / Seguro Médico Siglo XXI</p>	<p>Contribuye a alcanzar el Objetivo del Desarrollo del Milenio número cuatro (reducir la mortalidad de los menores de cinco años de edad).</p>	<p>Considerar la posibilidad de elaborar un indicador de fin que se refiera exclusivamente al gasto en salud del hogar por atención del menor de cinco años adicional al actual indicador de fin, que mide gasto total en salud del hogar; revisar integralmente la Matriz de Indicadores para Resultados y las reglas de operación.</p> <p>Incluir aspectos de utilización y desempeño de los servicios de salud, además de especificar que el programa busca contribuir a mejorar el estado de salud de los beneficiarios en la Matriz de Indicadores para Resultados y en las reglas de operación.</p> <p>Realizar las gestiones necesarias para que el presupuesto de vacunas se transfiera directamente al Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la adolescencia.</p> <p>Implementar mecanismos para contrastar el padrón del Seguro Médico para una Nueva Generación/Seguro Médico Siglo XXI con las listas de instituciones de la seguridad social para evitar duplicidades en afiliación.</p>
<p>Caravanas de la Salud</p>	<p>Infraestructura en condiciones apropiadas para la operación y personal de salud capacitado.</p> <p>Representa una ampliación a la Red de Servicios de Salud de los estados que aprovechan su organización.</p> <p>Respuesta de la población objetivo a la oferta de servicios.</p> <p>Avance en los aspectos susceptibles de mejora relevantes para su operación.</p>	<p>Conceptualizar las poblaciones potencial y objetivo con base en las necesidades de salud determinadas en las reglas de operación.</p> <p>Establecer un sistema de información confiable para la elaboración del padrón de beneficiarios.</p> <p>Diseñar mejores indicadores de fin y propósito.</p>
<p>Sistema Integral de Calidad en Salud</p>	<p>Aceptable conocimiento del programa en los Servicios Estatales de Salud y el resto de las instituciones del sector salud.</p> <p>Acreditación progresiva de las unidades médicas que han presentado proyectos de mejora de calidad.</p> <p>Elevada satisfacción de los usuarios de los servicios.</p>	<p>Definir líneas de acción para lograr una implantación paralela entre las diferentes instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.</p> <p>Consolidar el sistema de registro nacional de información en calidad en salud mediante indicadores validados de calidad técnica e interpersonal para su monitoreo y evaluación de avance.</p> <p>Fortalecer la implantación de las estrategias para la mejora de la calidad técnica, incluyendo la implantación efectiva de las guías de práctica clínica y protocolos de atención.</p> <p>Incorporar a la Matriz de Indicadores para Resultados indicadores de fin que aporten mediciones específicas de mejoras en calidad con resultados en salud y seguridad</p>

		de los pacientes.
IMSS – Oportunidades	<p>El programa posee una amplia experiencia en el otorgamiento de servicios de salud en áreas de pobreza y alta marginación.</p> <p>El Modelo de Atención Integral a la Salud que soporta las acciones y organización dentro de las comunidades lo distingue de otros programas de salud. Sus recursos humanos y de infraestructura permiten la adecuada conducción en los diferentes niveles operativos del programa.</p> <p>Desde 2004, el programa ha sido evaluado en su desempeño, consistencia, resultados y procesos, lo que ha incidido en una mejora permanente.</p> <p>El programa cuenta con su padrón de beneficiarios y el proyecto del SISPA Nominal, lo que permitirá cuantificar los beneficios recibidos a nivel individual y promover la continuidad de la atención.</p>	<p>Revisar el fin del programa y adecuar las definiciones de poblaciones atendida, objetivo y potencial, de tal manera que haya congruencia y que permita sus cuantificaciones y la medición de sus coberturas.</p> <p>Diseñar mecanismos a través de encuestas rápidas que validen la calidad de los servicios otorgados, así como las capacidades adquiridas y la aplicación del conocimiento en el hogar, producto de las acciones comunitarias.</p> <p>Elaborar el marco metodológico para cuantificar las metas de los indicadores del Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda para una mejor comprensión y valoración de los indicadores en términos de la cobertura de las necesidades de su población objetivo.</p> <p>Concretar las actividades necesarias para desarrollar un estudio de impacto, que permita discriminar el efecto específico de las acciones del programa en su población objetivo.</p>
Comunidades Saludables	<p>Su alcance llega a la población más vulnerable y favorece las prioridades locales en salud.</p> <p>El diseño metodológico incluye a las autoridades municipales y la población, lo que permite la participación conjunta para la identificación de las necesidades de salud a ser resueltas.</p> <p>Los proyectos promueven la capacitación al personal comunitario en salud y a la población local, lo que fortalece las capacidades para la cultura de la promoción de la salud.</p> <p>Cuenta con mecanismos para la transparencia en el uso de los recursos asignados al programa, que son públicos en cada ejercicio fiscal.</p>	<p>Rediseñar el programa en el mecanismo de selección de proyectos para establecer criterios claros de prioridades de apoyo a los proyectos municipales.</p> <p>Incorporar indicadores pertinentes y confiables de fin y propósito.</p> <p>Redefinir la población objetivo para establecer claramente la unidad de medida y su alcance.</p> <p>Formular un plan estratégico para el uso eficiente de los recursos disponibles para el apoyo a proyectos seleccionados.</p> <p>Establecer mecanismos para el seguimiento de los proyectos apoyados y la evaluación de los resultados.</p>

Fuente: Elaboración propia con información de las evaluaciones específicas de desempeño 2012-2013 (CONEVAL, 2013).

Capítulo 5. Buenas prácticas

Las experiencias de programas de salud internacionales, y en particular de la región de Latinoamérica, constituyen una información valiosa para comparar el diseño, la operación y los mecanismos de monitoreo y evaluación del desempeño de las iniciativas implementadas en México. Se seleccionaron algunas referencias de contextos equiparables con el propósito de contrastar el alcance de los programas dentro del escenario regional.

Los modelos de los programas Comunidades Saludables y Caravanas de la Salud están respaldados por experiencias internacionales que conceptualizan la atención desde el abordaje de “auditoría social en salud” para fortalecer la participación comunitaria; en particular, son ejemplos de provisión de servicios mediante equipos itinerantes, que es la base del primero y que ha sido aplicada en países de la región, como Panamá, o el Programa de Extensión de Cobertura, puesto en práctica en Guatemala desde la década de los noventa (SIAS, 2000).

La Red de Municipios y Comunidades Saludables de las Américas promovida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha sido una vinculación fortalecedora para el programa Comunidades Saludables, ya que se posibilita el intercambio de experiencias y el aprendizaje entre países de la región (OPS, 2002).

Comparado con otros programas promovidos en América Latina, el ejemplo mexicano es pionero, pues llega a un nivel de acción local y comunitario, vía el apoyo de proyectos, mientras que los otros se quedan en el ámbito municipal a través de la capacitación (Lexia, Investigación Cualitativa, 2012).

Existe evidencia importante respecto a programas de salud con enfoque integrador de la atención primaria hacia la comunidad, como el Modelo de Atención Integral a la Salud, (MAIS) que es la base conceptual del programa IMSS-Oportunidades; el modelo incorpora

la acción conjunta de los servicios y la comunidad con especial interés en la prevención de riesgos y daños (reglas de operación, IMSS-Oportunidades, 2011).

Los resultados de este abordaje integrador han sido demostrados en programas como el Seguro Integral de Salud de Perú, que priorizó la atención gratuita materna y a niños con transferencias condicionadas en especies y que ha logrado un incremento en el acceso a servicios de salud para población de menor ingreso, incluyendo población indígena (Ministerio de Salud, 2013).

Por su parte, el Programa de Salud Familiar de Brasil es otra experiencia que incluye un conjunto de subprogramas orientados a la comunidad con una amplia gama de servicios de atención primaria; sus evaluaciones han demostrado aumento del acceso y utilización de los servicios de salud por la población más marginada, contribución que ha permitido contrarrestar los efectos negativos de la pobreza y promover los derechos en salud en áreas específicas, así como en indicadores de salud (Coneval, 2012a) (Gusso, 2004).

Respecto a las buenas prácticas en fondos de financiamiento para salud, diversos programas se han desarrollado en varios países. El programa federal Seguro de Salud Infantil del Estado (State Children's Health Insurance Program) de Estados Unidos provee financiamiento a los gobiernos locales para otorgar un seguro de salud a los niños sin seguro médico y con ciudadanía estadounidense exclusivamente (Dubay, 2007).

Sin embargo, han surgido nuevos retos para el citado programa: la suficiencia y permanencia del financiamiento en los siguientes años; las ganancias adicionales en cobertura y salud; la calidad de los servicios otorgados; y el aumento potencial de la demanda de servicios de salud debido a la cobertura creciente. Por lo anterior, se han formulado recomendaciones con el fin de mejorar la operación y el desempeño, como otorgar fondos federales a los estados mediante un esquema de incentivos; implementar la afiliación automática de los niños por parte de las unidades médicas; eliminar la restricción de la ciudadanía estadounidense para ser beneficiario; y monitorear la utilización, calidad y costo de los servicios otorgados (Kenney, 2007).

El Plan Nacer es un programa federal del Ministerio de Salud de Argentina que financia prestaciones de salud seleccionadas por su alto impacto y costo efectividad. Su objetivo es mejorar la cobertura de salud y calidad de atención de las mujeres embarazadas y de los niños menores de seis años de edad que no tienen derecho a la seguridad social; desde 2007 cubre todo el país.

Lo anterior se realiza mediante dos tipos de relaciones que determinan los flujos de fondos; la primera incluye la transferencia de recursos del gobierno central a los gobiernos locales en función de la nominalización de la población elegible y el cumplimiento de metas sanitarias y en la segunda los gobiernos locales, que tienen a su cargo la implementación del Plan en sus territorios, transfieren los fondos a los establecimientos de salud en función a la calidad de la prestación del servicio mediante un monitoreo periódico (Garriga, 2012).

Una evaluación realizada al Plan Nacer concluyó que el acceso a los servicios de salud y la calidad de éstos se mejora, lo que impacta sobre la tasa de mortalidad en menores de un año de edad; sin embargo, no se asocia con una disminución en la tasa de mortalidad materna (Yedlin, 2010).

Un ejemplo de experiencia internacional con similitudes al Seguro Popular, aunque con menor alcance, es el programa Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), del sistema de salud chileno y que se implementó en 2005 en respuesta a la complejidad del propio sistema, por su estructura (pública y privada) y por sus diversas fuentes de financiamiento.

El programa AUGE tiene entre sus objetivos garantizar el acceso oportuno a servicios de calidad para 56 problemas de salud, entre los cuales se encuentran el cáncer en niños, el de mama, las leucemias, los trastornos isquémicos del corazón, el VIH/sida y la diabetes. Las patologías se seleccionaron con base en su prevalencia, efectividad demostrada de su tratamiento e impacto en gasto de las familias, entre otros criterios (Becerril, 2011). Su

principal fuente de financiamiento es el Fondo Nacional de Salud, que constituye el ente financiero encargado de recaudar, administrar y distribuir los recursos estatales destinados a salud.

Los resultados del AUGE han sido interesantes y entre los principales se pueden mencionar el fomento de la participación social en distintas instancias relacionadas con su operación (Erazzo, 2011) (que incorporan universidades, dirigentes comunales, entre otros) y la asociación demostrada por un estudio de impacto entre el AUGE y la disminución de la mortalidad intrahospitalaria en un grupo de hospitales públicos (Nazzari, 2008).

Las características de una asistencia médica de calidad se han enfocado y comprendido mejor a partir del trabajo desarrollado en todo el mundo por distintas organizaciones, tanto públicas como privadas; como ejemplo, sólo en Estados Unidos se tienen las siguientes: Joint Commission, Agency for Healthcare Research and Quality, National Committee for Quality Assurance, Institute for Healthcare Improvement, entre otras.

Por medio de estas instituciones, la sociedad ha ido incrementando la presión sobre los proveedores de asistencia médica para añadir valor en los servicios que prestan y demostrar científicamente sus avances y la mejora continua; por ejemplo, la Agency for Healthcare Research and Quality, como institución gubernamental, tiene la misión de proporcionar apoyo a instituciones públicas y privadas en cualquier iniciativa que tenga que ver con la instauración de procesos de calidad, seguridad del paciente, resultados y efectividad de los cuidados, práctica clínica y tecnologías sanitarias, organización y gestión de los sistemas sanitarios, así como atención primaria y prevención en materia de salud. Esta agencia cuenta, además, con una serie de indicadores de calidad organizados en cuatro “módulos”, en los temas de calidad de la prevención, hospitalización, seguridad del paciente y calidad pediátrica.

En América Latina destacan las experiencias de Costa Rica y Brasil. En la Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS) se establecen compromisos de gestión con los

proveedores de servicios de salud para cumplir con los criterios de calidad acordes con las políticas de calidad total. El Ministerio de Salud, como ente rector, a través de la División Técnica de Rectoría, lleva a cabo procesos específicos para la habilitación y acreditación de instalaciones y servicios, así como la vigilancia y evaluación del impacto del préstamo de los servicios de salud.

Así, por ejemplo, se da un seguimiento cercano a indicadores trazadores e índices de mortalidad infantil y materna con el fin de encontrar estrategias para su reducción. Mediante el programa del mejoramiento continuo de la calidad, la CCSS realiza el seguimiento y monitoreo de los índices de calidad señalados en los Compromisos de Gestión anuales de sus instituciones (OPS, 2009).

En cuanto a Brasil, una iniciativa importante dirigida a mejorar la calidad de la atención ofrecida por el sistema público de salud es la Política Nacional de Humanización (HUMANIZASUS), cuya meta es la integralidad, universalidad, aumento de la equidad e incorporación de nuevas tecnologías y conocimientos.

Dicha política se propone consolidar cuatro hitos específicos: reducir las listas y el tiempo de espera con la ampliación del acceso y una atención acogedora y resolutoria sobre la base de criterios de riesgo; identificar claramente, en beneficio del usuario, a todos los profesionales que cuidan de su salud y los servicios sanitarios responsables de su referencia territorial; asegurar para los usuarios la información, el acompañamiento de personas de su red social (de libre selección) y los derechos del código de usuarios; y garantizar la gestión participativa a los trabajadores y usuarios, así como una educación permanente a los trabajadores (OPS, 2005).

Referencias bibliográficas

- Banco Mundial (2014). *Base de datos de cuentas nacionales de salud de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL/countries/1W-MX?display=graph> y <http://databank.worldbank.org/data/views/reports/tableview.aspx#>
- Becerril, V., J. Reyes y A. Manuel (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud Pública Méx.*, vol. 53, supl. 2, pp. S132-S143.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2014). Datos de proyecciones. Recuperados el 7 de mayo de 2014 de http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2013a). *Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular*. Recuperado el 1 de abril de 2014 de <http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Impacto/Acceso%20y%20Uso%20Efectivo.pdf>
- _____ (2013b). *Evaluaciones específicas de desempeño 2012-2013, Caravanas de la Salud*. México.
- _____ (2013c). *Evaluaciones específicas de desempeño 2012-2013, programa Comunidades Saludables*. México.
- _____ (2013d). *Evaluaciones específicas de desempeño 2012-2013, Seguro Médico para una Nueva Generación/Seguro Médico Siglo XXI*. México.
- _____ (2013e). *Evaluaciones específicas de desempeño 2012-2013, Seguro Popular*. México.

- _____ (2013f). *Evaluaciones específicas de desempeño 2012-2013, Sistema Integral de Calidad en Salud*. México.
- _____ (2013g). *Evaluaciones específicas de desempeño 2012-2013, programa IMSS-Oportunidades*. México.
- _____ (2012a). *Evaluación de consistencia y resultados 2011-2012, Programa IMSS-Oportunidades*. México.
- _____ (2012b). *Evaluación de consistencia y resultados 2011-2012, Seguro Médico para una Nueva Generación*. México.
- _____ (2012c). *Evaluación estratégica sobre mortalidad materna en México 2010: características sociodemográficas de las mujeres embarazadas que obstaculizan su acceso efectivo a instituciones de salud*. México.
- _____ (2012d). *Medición de la pobreza, Estados Unidos Mexicanos, 2012*. México.
- _____ (2010). *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México*. México.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) (2014). *Cifras del Seguro Popular*. Recuperado el 2 de abril de 2014 de http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=277&Itemid=293
- Diario Oficial de la Federación (2012). *Reglas de operación del programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal*. Recuperado el 1 de abril de 2014 de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5227375&fecha=29/12/2011
- Dubay, L. *et al.* (2007). Medicaid at the ten-year anniversary of SCHIP: looking back and moving forward. *Health Aff Millwood*, vol. 26, núm. 2, pp. 370-81.

Eraza, Á. (2011). *La protección social en Chile. El Plan AUGE: avances y desafío*. Cepal-ASDI. Recuperado el 16 de agosto de 2013 de <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/7/44517/P44517.xml&xsl=/ues/tpl/p9f.xsl&base=/ues/tpl/top-bottom.xsl>

Gusso, G. (2004). Atención primaria de salud en Brasil: pasado reciente y retos. *SEMERGEN*, vol. 30, núm. 8, pp. 408-10.

Garriga, S. (2012). *Impacto del Plan Nacer sobre la mortalidad infantil en Argentina, La Plata, Universidad Nacional de la Plata*. Tesis de maestría. Recuperado el 25 de marzo de 2014 de http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/24375/Documento_completo.pdf?sequence=1

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2012a). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. "Obesidad en adultos: los retos de la cuesta abajo."* Simón Barquera, Ismael Campos, Lucía Hernández y Juan Rivera.

_____ (2012b). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. "Cobertura efectiva en salud: reforzar la prevención y reducir la brecha socioeconómica."* Juan Pablo Gutiérrez.

_____ (2012c). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. "Hipertensión arterial en adultos mexicanos: importancia de mejorar el diagnóstico oportuno y el control."* Simón Barquera, Ismael Campos, Lucía Hernández, Rosalba Rijas, C. Medina y Aida Jiménez.

_____ (2012d). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. "Diabetes en adultos: urgente mejorar la atención y el control."* Sergio Flores, Hortensia Reyes, Salvador Villalpando, Nancy Reynoso y Mauricio Hernández.

_____ (2012e). *Estado de nutrición, anemia, seguridad alimentaria en la población mexicana*. Recuperado el 1 de abril de 2014 de http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_Nutricion.pdf

_____ (2012f). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. "Calidad de los procesos de atención ambulatoria en los servicios de salud: estándares y mejora organizacional."* Hortensia Reyes Morales, Sergio Flores, Alma Saucedo, José de Jesús Vértiz, Clara Juárez, Verónica Wirtz, Ricardo Pérez y Mauricio Hernández.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2013). *Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes*. Recuperado el 31 de marzo de 2014 de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2013/diabetes0.pdf>

_____ (2012). *Encuesta de Ingreso y Gasto de los Hogares 2012. Tabulados básicos*. Recuperado el 31 de marzo de 2014 de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/regulares/Enigh/Enigh2012/ncv/default.aspx>

_____ (2010). *Censo de Población y Vivienda 2010*. Recuperado el 2 de abril de 2014 de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>

Institute for Healthcare Improvement (s.f.). Recuperado el 23 de marzo de 2014 de <http://www.ihl.org/Pages/default.aspx>

Joint Commission. Recuperado el 16 de agosto de 2014 de <http://www.jointcommission.org/>

Kenney, G. y J. Yee (2007). SCHIP at a crossroads: experiences to date and challenges ahead. *Health Aff (Millwood)*, vol. 26, núm, 2, pp. 356-69.

Ministerio de Salud de Perú (s.f.). *Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud*. Recuperado el 23 de mayo de 2014 de <http://www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/MAIS/mais.asp>

Muñoz-Hernández, O. (coord.) (2012). *Propuesta de un sistema nacional de servicios de salud. Componente de salud de una propuesta de seguridad social universal*. Documento elaborado por el Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud del Hospital Infantil de México Federico Gómez para el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL).

National Committee for Quality Assurance (s.f.). Recuperado 1 de abril 2014 de 2014 de <http://www.ncqa.org/>

Nazzari, C. *et al.* (2008). Impacto del plan AUGE en el tratamiento de pacientes con infarto agudo al miocardio con supradesnivel ST, en hospitales chilenos. *Rev. Med. Chile*, vol. 136, pp. 1231-1239.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. Recuperado el 31 de marzo de 2014 de http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2013_health_glance-2013-en

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). *Datos y cifras de enfermedades no transmisibles*. Recuperado el 2 abril de 2014 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2009). *Perfil del Sistema de Salud de Costa Rica*, 3ra. ed. Washington, DC. Recuperado el 3 de abril de 2014 de www.lachealthsys.org

____ (2005). *Perfil del Sistema de Salud de Brasil*. Recuperado el 3 abril de 2014 de <http://www.bidihmujer.salud.gob.mx/documentos/5/Perfil%20sistema%20salud%20Brasil.pdf>

_____ (2002). *Municipios y comunidades saludables: guía de los alcaldes para promover calidad de vida*. Recuperado el 5 abril de 2014 de http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd63/MCS_Guiaesp/MCS_Guiaesp.pdf

Rodríguez-Ortega, E. y M. Pasillas (2012). Family healthcare expenditure on children affiliated to the Medical Insurance for a New Generation. *Salud Pública Méx.*, vol. 54, supl. 1, pp. S65-S72.

Secretaría de Salud (2014). *Datos sobre peso y obesidad*. Recuperado el 1 de abril de 2014 de http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=4034

Sistema de Información de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (2014). *Indicadores de mejora en salud materna*. Recuperado el 2 de abril de 2014 de <http://www.objetivosdedesarrollodelmilenio.org.mx/cgiwin/odm.exe/INDODM005000100010,26,2012,000,False,False,False,False,False,False,False,0,0,E>

Sistema Integral de Atención de Salud (SIAS), Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2000). *Guatemala, la experiencia exitosa de la ampliación de la cobertura*. Recuperado el 5 de abril de 2014 de <http://www.funsalud.org.mx/red-jlb/pdf/guat-mex.pdf>

World Health Organization (2004). *Commission on the Social Determinants of Health (CSDH): note by the Secretariat*. Document EB115/35. Recuperado el 7 de abril de 2014 de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/20230/1/B115_35-en.pdf

Yedlin, P. *et al.* (2010). Evaluación de impacto de dos estrategias combinadas para reducir la mortalidad infantil en Tucumán, Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, vol. 1, núm. 2, pp. 6-12.

Anexo

Cuadro comparativo de los programas federales de acceso y mejoramiento a los servicios de salud, México, 2012

Nombre del programa	Grupos de atención	Ámbito de atención	Bienes o servicios otorgados	Tipo de apoyo otorgado	Entidades federativas en las que opera el programa
Seguro Popular	Población que no cuenta con seguro médico	Ambos*	Servicios de salud	No monetario	Todas
Seguro Médico para una Nueva Generación	Población que no cuenta con seguro médico	Ambos*	Difusión, campañas y promoción. Servicios de salud	No monetario	Todas
Caravanas de la Salud	Población de localidades de alta o muy alta marginación	Rural	Difusión, campañas y promoción, capacitación, libros y material didáctico. Servicios de salud	No monetario	Todas
Sistema Integral de Calidad en Salud	Instituciones de Salud	Ambos*	Financiamiento de proyectos productivos o microcrédito	monetario	Todas
Programa IMSS-Oportunidades	Indígenas, grupos vulnerables, jornaleros agrícolas, población de localidades de alta o muy alta marginación, población en pobreza y población que no cuenta con seguro médico	Ambos*	Acción comunitaria	No monetario	Distrito Federal, Baja California, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas
Programa Comunidades Saludables	Dependencias/entidades estatales y dependencias/entidades municipales.	Rural	Asesoría técnica, difusión, campañas y promoción, capacitación, financiamiento de proyectos productivos o microcrédito.	Ambos**	Todas
Sistema Integral de Calidad en Salud	Instituciones de Salud	Ambos*	Financiamiento de proyectos productivos o microcrédito	Monetario	Todas

Fuente: Elaboración propia con base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social (CONEVAL 2013).

*Rural y urbano.

** Monetario y no monetario.