



Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

Evaluación Integral del Desempeño de los

**Programas Federales
de Acceso y Mejoramiento
a Servicios de Salud**





Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

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



Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

COLABORADORES

Equipo técnico

Thania Paola de la Garza Navarrete
Hortensia Pérez Seldner
Liv Lafontaine Navarro
Érika Ávila Mérida
Florencia Leyson Lelevier

CONSULTOR EXTERNO

Consultor Independiente

Antonio Martín del Campo Rodríguez
Israel Martínez Ruiz
Francisco Eduardo de la Vega de Ávila
Vicente López Trueba
Daphne León Flores

Agradecimientos

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) agradece la colaboración de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en la revisión de este documento.

Evaluación Integral del Desempeño de los Programas Federales de Acceso y Mejoramiento a Servicios de Salud 2010

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 Servicios de Salud 2010*, México, D.F. CONEVAL, 2012.

Evaluación Integral del Desempeño de los Programas Federales de Acceso y Mejoramiento a Servicios de Salud 2010

Evaluaciones Específicas de Desempeño 2010-2011

Introducción

Con el propósito de contribuir a mejorar el diseño de políticas públicas, proporcionando una visión de las interacciones entre distintos programas sociales federales, se desarrollaron las *Evaluaciones Integrales* de las veintiún temáticas definidas por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL).¹

La *Evaluación Integral* facilita una valoración general del desempeño de los programas que conforman la temática, mediante la interpretación de los resultados en un contexto más amplio.

El documento aborda estos aspectos:

- a) Análisis general de la problemática que atiende el grupo temático. Explica, de manera sucinta, el contexto del objetivo, causas y efectos de los programas y el problema o necesidad que atienden.
- b) Análisis de la pertinencia de los programas del grupo como instrumento para resolver la problemática. Analiza la pertinencia del diseño de los programas, respecto de la atención a la problemática y si obedecen una estrategia articulada.
- c) Logros y fortalezas principales de los programas en su conjunto. Valora los resultados de los programas con una visión integral, y señala sus avances realizados en términos de la problemática que intentan solucionar.

¹Al final del documento se presentan los programas que integran las veintiún temáticas.

- d) Retos y recomendaciones generales del grupo evaluado. Identifica los principales retos y recomendaciones de los programas, que sean factibles en función de atender la problemática.
- e) Buenas prácticas externas. Señala las buenas prácticas en cuanto al diseño, operación o evaluación de programas similares instrumentados en México u otros países, destacando las que puedan mejorar el desempeño de los programas.

Este documento presenta la *Evaluación Integral del Desempeño (EED)* de los siete *Programas Federales de Acceso y Mejoramiento a Servicios de Salud 2010*, elaborada a partir de la realizada por el Dr. Antonio Martín del Campo Rodríguez con información de las *Evaluaciones Específicas de Desempeño 2010-2011* y otras fuentes externas de información pertinente.

Los programas considerados para el análisis están a cargo de la Secretaría de Salud (SALUD) y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y se muestran en este cuadro:

Cuadro 1.
Programas federales de acceso y mejoramiento a servicios de salud 2010

No.	Programa	Dependencia	Modalidad	
1	Programa IMSS-Oportunidades	IMSS	S	038
2	Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG)	SALUD	S	201
3	Seguro Popular (SP)	SALUD	U	005
4	Programa Comunidades Saludables	SALUD	S	037
5	Caravanas de la Salud (PCS)	SALUD	S	200
6	Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD)	SALUD	S	202
7	Formación de Recursos Humanos Especializados para la Salud (Hospitales)	SALUD	E	010

En el Anexo 1 se muestra un cuadro comparativo de las principales características de los programas.

a) Análisis general de la problemática que atiende el grupo temático

Problemática

El principal problema que los Programas Federales de Acceso y Mejoramiento a Servicios de Salud tratan de resolver es el elevado porcentaje de la población nacional que accede difícilmente o no puede acceder a los servicios de salud, al que por ley tiene derecho. Como se observa en el cuadro 2, 30.5 por ciento de la población nacional está afiliada al Seguro Popular, 28.8 por ciento al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 6.9 por ciento al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajador del Estado (ISSSTE), 0.9 por ciento a PEMEX, o los servicios de las secretarías de Defensa o de Marina y 1.1 por ciento a otras instituciones de Salud.

Cuadro 2
Porcentaje de población con acceso a los servicios de salud en localidades rurales y urbanas, 2010

Carencia	Rezago	Localidades rurales (por ciento)**	Localidades urbanas (por ciento)**/	Total nacional (por ciento)
Acceso a los servicios de salud*	Población afiliada al Seguro Popular	54.23	23.35	30.51
	Población afiliada al IMSS	9.74	34.52	28.77
	Población afiliada al ISSSTE o ISSSTE estatal	2.99	8.13	6.94
	Población afiliada a PEMEX, Defensa o Marina	0.29	1.06	0.88
	Población afiliada a otras instituciones	0.51	1.3	1.12

*Se presenta la composición de la población sin carencia, según institución de afiliación o inscripción.

**De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) las localidades rurales tienen menos de 2 499 habitantes; mientras que las localidades urbanas tienen más de 2,500 habitantes.

Fuente: Estimaciones del CONEVAL con base en la Encuesta Nacional de Ingreso Gasto de los Hogares (ENIGH) 2010.

De manera complementaria, es importante resaltar que la afiliación es una meta intermedia en la búsqueda de la atención efectiva de los servicios de salud; la cual resulte de dos dimensiones: el acceso a los servicios y la disponibilidad y suficiencia bajo atributos de oportunidad y calidad. En este sentido, la oferta de los servicios de salud debe ser de la amplitud y calidad suficientes para atender con eficacia a la población nacional.

De acuerdo con la Organización de Cooperación Económica (OCDE), el Sistema Nacional de Salud (SNS) mexicano muestra una desarticulación entre sus subsistemas y poca coordinación entre el nivel nacional (rector), las entidades federativas (los Sistemas Estatales de Servicios de Salud,

SESA) y sus jurisdicciones.² En el caso particular de estos siete programas, el problema se manifiesta en la complementariedad de esfuerzos, que podría incrementarse, y en las regiones prioritarias aún no atendidas.

Causas de la problemática

El Consejo Nacional de la Población (CONAPO) estimó que en 2005 las localidades marginadas representaban una proporción importante en el país, por su número y por su significado en términos de población: 26.2 por ciento de localidades presentaban un nivel muy alto de marginación y 45.3 por ciento un nivel alto, lo que en términos de población representa 3.2 por ciento y 14.2 por ciento respectivamente.³ Esta población enfrenta una oferta limitada de los servicios de salud en dichas localidades.

Por otro lado, cabe destacar que es relativamente reciente el énfasis en la cobertura universal. En 1995, como parte del Programa de Reforma del Sector Salud se adoptaron políticas de cobertura universal. Sin embargo, esta cobertura consistía únicamente en un paquete de servicios esenciales (16 intervenciones) que se alineaba con las políticas de combate a la pobreza. En abril de 2003, el Congreso aprobó la reforma a la Ley General de Salud (LGS) que sentó las bases para la creación en 2004 del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y su brazo operativo, el Seguro Popular (SP). El SPSS representó un nuevo esquema de seguridad social que promueve una mayor equidad en el financiamiento de la atención a la salud y extender el aseguramiento público a la población sin acceso a la seguridad social.

Inicialmente, debido a la ausencia de reformas las instituciones de salud operaron por mucho tiempo de manera independiente, pero la persistencia de algunas ineficacias en el SNS se explica, en gran medida, porque en la práctica el sistema no se concreta enteramente. Aun así, la estructura jurídico-normativa del SNS resulta suficiente y consistente, lo que explica el actual desarrollo de su articulación sistémica. Sin embargo, en el andamiaje institucional es necesario mejorar la relación de las organizaciones y programas en conjunto. En muchos casos, los programas analizados no

² Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2005.

³ Consejo Nacional de Población, 2007.

toman en cuenta problemáticas y necesidades del sector (distintas a las que atienden), lo que se traduce en falta de coordinación en la planeación.

En esas condiciones, las decisiones y acciones de los programas suelen realizarse de manera independiente, sin coordinarse con los esfuerzos e iniciativas de otros programas del Gobierno Federal, otros órdenes de gobierno y los sectores privado y social.

Efectos de la problemática

La falta de acceso a los servicios de salud acarrea consecuencias en las condiciones de salud de las personas, en la economía de los hogares y en el desarrollo y crecimiento económicos a nivel general.⁴ Diversos estudios y trabajos han documentado que, a reserva de los logros en salud que México ha alcanzado en los últimos años, la población que no accede o lo hace insatisfactoriamente a los servicios se encuentra en desventaja. Ello tiene implicaciones importantes sobre las condiciones epidemiológicas y de salud, así como sobre la incidencia de enfermedades en esta población.⁵

Asimismo, como parte de la transición epidemiológica, al mismo tiempo que persisten problemas asociados a la marginación y a la pobreza —como la desnutrición infantil, las complicaciones en la salud materno-infantil (con especial énfasis en el embarazo saludable y la prevención-atención de las emergencias), las altas tasas de embarazo (especialmente en jóvenes), las enfermedades diarreicas agudas (EDA) o las infecciones respiratorias agudas (IRA)—, han surgido y se han profundizado otras enfermedades y problemas asociados con cambios en los hábitos sociales, como la insuficiente alimentación y, en muchos casos, la mala nutrición, la ausencia de prácticas saludables y el abuso en la ingesta de ciertas sustancias tóxicas.

La falta de acceso a los servicios de salud también obliga a parte de la población a efectuar para recibir atención médica gastos de bolsillo que suelen ser, en buena medida, catastróficos y empobrecedores para las familias y personas con los más bajos niveles de ingreso. De acuerdo con el Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), en 2010 el gasto privado

⁴Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud, 2006.

⁵Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2011.

en salud *per cápita* fue de 3 918.12 pesos, del cual 46.2 por ciento se utilizó en el pago de medicamentos, 43.5 por ciento en servicios hospitalarios y 10.3 por ciento en hospitalización,⁶ como se observa en el cuadro 3.

Cuadro 3.
Gasto privado en Salud 2000-2010 (nacional)

Año	Gasto privado en salud per cápita (pesos constantes)	Distribución del gasto privado en salud por componentes		
		por ciento en medicamentos	por ciento en servicios ambulatorios	por ciento en hospitalización
2000	2 568.91	38.1	43.5	18.4
2001	2 863.84	37.4	43.9	18.7
2002	3 028.52	36.8	44.9	18.3
2003	3 228.46	43.8	44.3	11.9
2004	3 513.69	46.2	42.8	11.0
2005	3 549.76	45.0	43.8	11.2
2006	3 685.76	44.6	44.4	11.0
2007	3 872.07	45.5	44.0	10.6
2008	3 817.42	45.8	43.8	10.5
2009	3 807.66	46.0	43.4	10.6
2010	3 918.12	46.2	43.5	10.3

Nota. La distribución del gasto privado en salud por componentes incluye únicamente el gasto privado en sanidad.
Fuente: Elaborado por el equipo evaluador con base en la información de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2011.

Por otra parte, la oferta de los servicios de salud no tiene la amplitud suficiente para atender a la población del país, lo que impide garantizar los servicios de manera oportuna y con calidad, situación que influye en el estado de salud de las personas.

Como se observa en el cuadro 4, en los últimos años se ha incrementado el gasto público en salud, en un 26.7 por ciento entre 2005 y 2010, de 302.3 a 404.4 mil millones de pesos (constantes), lo que representó 2.6 por ciento del PIB en 2005 y 3.1 por ciento en 2010. No obstante, el porcentaje aún es bajo en comparación con otros países con nivel de desarrollo similar, como Brasil (5.3), Argentina (4.09) o Chile (4.01).⁷

⁶Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), 2011.

⁷Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), con base en la información contenida en la base de datos sobre gasto social.

Cuadro 4
Gasto público en Salud 2000-2010 (nacional)

Año	Gasto público total en salud (Miles de pesos constantes)	Gasto total en salud como por ciento del PIB	Gasto público total en salud como por ciento del PIB	Gasto público total en salud como por ciento del gasto total en salud	Gasto público total en salud como por ciento del gasto público total
2000	220 340 817	5.6	2.6	46.6	16.6
2001	231 239 234	6.0	2.7	44.7	16.6
2002	238 500 471	6.2	2.7	43.8	15.7
2003	260 497 557	5.8	2.6	44.2	15.5
2004	298 052 170	6.0	2.7	45.2	17.4
2005	302 312 397	5.9	2.6	45.0	16.5
2006	319 052 013	5.7	2.6	45.2	15.9
2007	340 590 420	5.8	2.6	45.4	15.5
2008	360 090 714	5.8	2.7	46.9	15.0
2009	382 614 208	6.4	3.1	48.3	15.0
2010	404 404 335	6.3	3.1	48.8	15.3

Fuente: Elaborada por el equipo evaluador con base en la información de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México, 2011.

Igualmente, la distribución del Gasto Público en Salud difiere entre la población con y sin seguridad social que en términos absolutos es mayor en los primeros—como lo muestra la figura 1—, a pesar de que la tasa de crecimiento promedio anual de los segundos (9.7 por ciento) haya sido más del doble que la de los primeros (4.17 por ciento) en el periodo 2000-2010.

Figura 1.
Distribución del gasto público en salud por tipo de población 2000-2010



Fuente: Elaborada por el equipo evaluador con base en la información de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México, 2011.

Notas: El Gasto Público en Salud para la Población sin Seguridad Social = Gasto Estatal en Salud + Gasto del Ramo 12 + Gasto del FASSA + IMSS-Oportunidades. El Gasto Público en Salud para la Población con Seguridad Social = Gasto del IMSS + Gasto del ISSSTE + Gasto de PEMEX.

Características de la Población Objetivo

Entre los programas analizados, cuatro comparten el objetivo de ampliar el acceso de la población que no cuenta con atención efectiva de los servicios de salud: Seguro Popular (SP), Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), IMSS-Oportunidades y Caravanas de la Salud (PCS). Todos intentan contribuir a concretar el postulado constitucional y de la política de salud de lograr el acceso universal en salud. Ello implica que, pese a sus diversas especificaciones respecto de su normatividad, comparten la noción fundamental de considerar como Población Objetivo a la que no tiene acceso a los servicios de salud o que éste no sea satisfactorio.

La gran mayoría de la Población Objetivo de estos cuatro programas habita en localidades marginadas, rurales y urbanas, y se caracteriza por sus bajos niveles de desarrollo humano, una proporción importante de población indígena e incidencia de otras carencias fundamentales.

Cabe señalar que favorecer el acceso a los servicios de salud se vincula estrechamente con el desarrollo de las instituciones públicas que integran el SNS. Las unidades de atención en salud de ese gran conjunto resuelven la mayor parte de la demanda para la población que en el pasado habría sido parte de su Población Objetivo. Por tanto, el crecimiento de su capacidad de servicio resuelve, paralelamente, la atención de la Población Objetivo.

La Población Objetivo del SICALIDAD se define como las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud que desarrollan proyectos para mejorar la calidad técnica y la seguridad del paciente, la calidad percibida y la calidad de la gestión de los Servicios de Salud.

En el caso de los dos programas restantes del grupo temático, después de analizar las poblaciones, tanto las definiciones establecidas en la normatividad como las utilizadas en la práctica, se concluyó que presentan oportunidades de mejora.

El Programa de Formación de Recursos Humanos Especializados para la Salud define su Población Objetivo como a) el número de becas proporcionadas por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), así como las propias entidades de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) para especialidades médicas; b) número de profesionales que pueden admitirse para realizar estudios de posgrado y c) personal de salud inscrito a los cursos de educación continua. Como beneficiarios sólo se cuantifican los médicos residentes que reciben becas para estudiar especialidades médicas, puesto que el Programa proporciona otros servicios.

Por último, el Programa Comunidades Saludables define su Población Potencial como los municipios con localidades de 500 a 2 500 habitantes y la Población Objetivo como la que cada proyecto determine como población a beneficiar; cada proyecto debe establecer el nombre y el número de localidades y el total de habitantes que cubrirá. No obstante, estas definiciones son ambiguas y no delimitan la Población Objetivo. Además, cada proyecto establece cuál es su población beneficiaria, pero el Programa no cuenta con métodos para cuantificar la información o verificar su validez.

b) Análisis de la pertinencia de los programas del grupo como instrumento para resolver la problemática

En general, los programas tienen un diseño adecuado para abordar los segmentos de la problemática. También tienen dimensiones comunes con el PCS e IMSS-Oportunidades, ya que ambos focalizan población que habita en áreas rurales marginadas.

En términos de cobertura, aunque los programas hayan avanzado significativamente (sin considerar los casos de SICALIDAD, Comunidades Saludables y Formación de Recursos Humanos Especializados que no definen una cobertura programada), sobresalen el SP y el SMNG, los cuales en 2010 afiliaron, en conjunto, a 44.82 millones de personas, duplicando en tres años el número de afiliados, como se observa en el Cuadro 5. Sin embargo, los esfuerzos por incrementar la afiliación deben continuar ya que parte de la población aún no accede a servicios de salud (31.8 por ciento).

Cuadro 5
Población Atendida SP y SMNG 2004-2010

Año	Seguro Popular	SMNG	Total
2004	5 318 289	-	5 318 289
2005	11 404 861	-	11 404 861
2006	15 672 374	-	15 672 374
2007	21 834 619	851 789	22 686 408
2008	27 176 914	844 683	28 021 597
2009	31 132 949	838 126	31 971 075
2010	43 518 719	1 304 787	44 823 506

Fuente: Elaborado por el equipo evaluador con base en la información de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

La Estrategia Sectorial de Salud establecida en el PROSESA 2007-2011 define los ejes estratégicos que deben armonizar las acciones de los siete programas. Por ello, a nivel normativo los programas presentan evidentes complementariedades, tanto para ampliar el acceso a los servicios de salud como para proporcionar una atención médica satisfactoria, por la composición de la oferta de servicios y su calidad. Sin embargo, a nivel operativo las oportunidades para aprovechar sus complementariedades han sido limitadas debido a que no es compartida la

programación, ni las fases de la gestión asociadas al seguimiento y control de la ejecución (y su posterior evaluación).

Por su potencial para movilizar recursos y vigilar su uso apropiado, los esfuerzos de SP y SMNG pueden suscitar sinergias. Además, su carácter transversal puede armonizar las acciones de instituciones y programas del SNS fortaleciendo un sistema único e integral de servicios de salud.

El SNS está compuesto por instituciones integradas verticalmente y segmentadas entre sí, lo que ha originado desigualdades entre grupos de la población. Particularmente, ha habido diferencias importantes en el acceso efectivo a servicios de salud entre los trabajadores del sector formal y sus familias con acceso a la seguridad social y el resto de la población. Las reformas a la LGS que dieron origen al SPSS y al SP representaron un importante avance para cerrar las brechas y atenuar dichas desigualdades. Las evaluaciones externas y de impacto aplicadas al SP muestran el efecto que ha tenido para disminuir el gasto privado en salud en los grupos de la población con menores niveles de ingreso.

Sin embargo, el SPSS está asociado con mayores recursos, aunque no necesariamente ha contribuido a mejorar el acceso y la protección financiera de las familias o a disminuir la desigualdad del gasto entre estados, por lo que es necesaria una reforma de mayor alcance que la propuesta por el SPSS y con una coordinación decidida entre diferentes instituciones.⁸

Por otra parte, en el Informe sobre Desarrollo Humano 2011 del PNUD se concluye que

“...en general el gasto en salud es relativamente mayor para aquellos grupos con indicadores que sugieren mayores necesidades de salud. Sin embargo, ese gasto muestra una característica notoria: o bien tiene un sesgo contra los grupos de menos ingreso o desarrollo humano, o el sesgo a favor de estos sectores es moderado en comparación con aquello que puede alcanzarse con otro tipo de gastos. En particular, el gasto federal muestra una asignación regresiva, producto de un gasto en la Población Asegurada que privilegia al segmento de más ingreso o

⁸ Martínez, 2009.

desarrollo humano, y esta tendencia no se compensa con la progresividad del gasto dedicado a la Población No Asegurada. Sobre este último punto, cabe destacar que programas como el Seguro Popular o IMSS-Oportunidades muestran una alta progresividad, independientemente del tipo de medición, por lo que deben ser considerados altamente redistributivos, al promover de manera directa o indirecta una mayor igualdad en salud”.⁹

c) Logros y fortalezas principales de los programas en su conjunto

El acceso y la atención a la salud son temas prioritarios para el país. De ahí que la base jurídico-normativa de los programas del grupo sea sólida. En este sentido, esto puede facilitar la estructuración y operación sistémica a la que se aspira en el SNS. Adicionalmente, los postulados constitucionales de México al acceso universal a la protección social en salud y la política exterior del país promueven compromisos similares o complementarios a nivel internacional.

Recientemente se ha logrado ampliar la cobertura. Así, la población afiliada al SP y al SMNG ha aumentado de manera importante, alcanzando en 2010 a 44.8 millones de personas; por ejemplo, Caravanas de la Salud ha incrementado el número de rutas y localidades atendidas, mientras que IMSS-Oportunidades ha ampliado y diversificado los servicios de salud.

Por otra parte, se ha expandido la gama y la calidad de los servicios ofrecidos. Al respecto, destaca la ampliación permanente de los servicios del SP y del SMNG en 2010,¹⁰ el crecimiento sistemático de las unidades de atención acreditadas y la satisfacción de los usuarios con los servicios, como se muestra en el cuadro del Anexo 2.

Los programas pueden integrar formas de organización social que den profundidad a sus acciones. En su componente de acción comunitaria en la promoción de la salud, el Modelo de Atención Integral en Salud del Programa IMSS-Oportunidades registra resultados que evidencian este potencial.

⁹ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2011.

¹⁰ En 2010 se actualizó el número de intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud de 266 a 275, se incluyeron seis nuevas patologías para la atención de la emergencia obstétrica, dos patologías relacionadas con la salud mental y una nueva intervención relacionada con la atención a las adicciones.

En resumen, en su conjunto los programas han atenuado los contrastes en las condiciones de salud entre grupos de la población, aparte de que han reducido los gastos catastróficos y empobrecedores, en particular de los grupos de población en situación vulnerable.

d) Retos y recomendaciones generales del grupo evaluado

Debido a que las condiciones estructurales, culturales, físicas y geográficas impiden ofrecer y garantizar el acceso universal a los servicios de salud, los programas analizados deben buscar potencializar y maximizar sus efectos. En este sentido, un primer reto consiste en contribuir a la garantía del acceso universal a la protección social en salud y el fortalecimiento de los mecanismos de gestión y coordinación efectiva.

Un segundo reto es coordinar los programas de este grupo con el objetivo de una planeación y programación colegiada, en especial en lo relativo a la ampliación de la cobertura, y al análisis de una definición general de Población Objetivo.¹¹ Compartir las tareas de planeación puede incrementar la complementariedad efectiva, e integrar a los programas con otras instituciones del SNS y entre distintos órdenes de gobierno.

Otras dimensiones que demandan coordinación efectiva son: *a)* la creación de padrones, los modelos e iniciativas para promover la participación y organización social, así como *b)* la correspondencia de sus sistemas de gestión e información a través de las fases de seguimiento y control de la ejecución, evaluación y retroalimentación de los programas.

e) Buenas prácticas externas

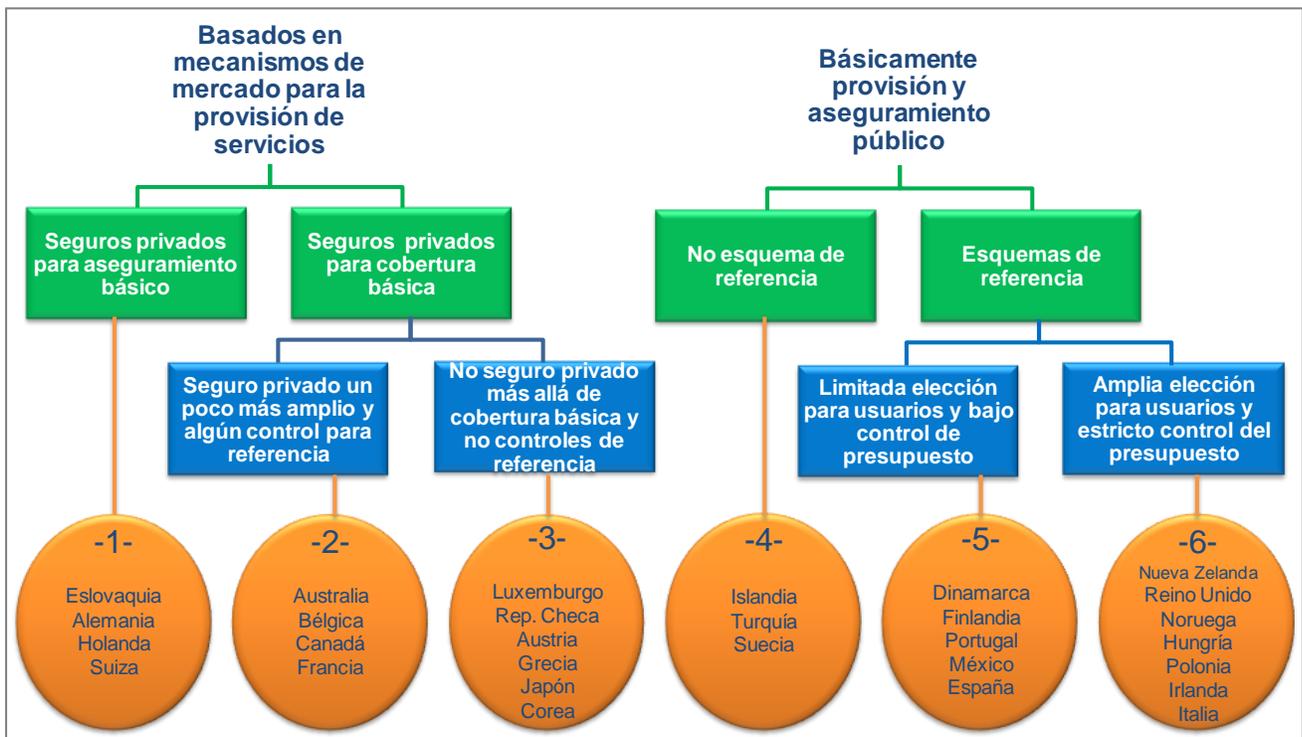
Los Programas Federales de Acceso y Mejoramiento a Servicios de Salud representan los mayores esfuerzos del Gobierno Federal para contribuir a cumplir el objetivo de garantizar el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan integralmente las necesidades de

¹¹La definición general de Población Objetivo puede partir del alto porcentaje de la población nacional sin acceso o que tiene acceso insatisfactorio a los servicios de salud.

salud.¹² Para ello, se efectuado reformas y puesto en marcha políticas de salud que han modificado el perfil del Sistema de Salud en México.

La estructura de los sistemas de salud y las políticas de salud varían entre regiones y países. Como se muestra en la figura 2, una de las principales diferencias entre sistemas de salud se asocia con los mecanismos de provisión de los servicios de salud: unos se basan en mecanismos de mercado y otros en provisión y aseguramiento público.

Figura 2
Países según Modelos de Sistemas de Salud



Fuente: García Peña, 2011.

En América Latina y el Caribe, pese a la gran heterogeneidad entre los países, se aprecia que desde hace más de una década las políticas de salud han evolucionado. Esta evolución se caracteriza por la expansión en las funciones de regulación y coordinación del Estado, si bien se ha

¹²Ley General de Salud, Artículo 77 bis 1.

incrementado la descentralización así como se han incorporado gradualmente agentes y organismos no gubernamentales, ampliando la participación de la sociedad civil y modificando los marcos legales y normativos con el fin de reestructurar y fortalecer los sistemas y servicios de salud.

A continuación, se presentan algunas reflexiones en términos de aseguramiento, prestación de los servicios y su financiamiento:

- a) Reducir la carga regresiva que suponen los pagos directos por los servicios de salud, ampliando los planes de pago anticipado que distribuyen el riesgo financiero y disminuyen, en lo posible, la amenaza de los gastos catastróficos.
- b) Brindar más atención al financiamiento y la prestación de servicios privados, que en ciertas regiones y para ciertos grupos de la población son tan o incluso más importantes que los servicios públicos.¹³
- c) Mejorar la coordinación con los sectores privado y social que podrían, bajo ciertas condiciones, desempeñar un papel relevante en la prestación de servicios.
- d) Fortalecer el papel rector del gobierno, logrando ampliar y mejorar la supervisión en todo el sector, a partir de mecanismos de seguimiento, control, evaluación y retroalimentación.
- e) La combinación de ambos aspectos: mayor participación y coordinación con los sectores privado y social, así como la mayor y mejor regulación y conducción estatal podría permitir instituir esquemas que eleven la competencia entre los aseguradores, incluyendo las instituciones de seguridad, para volver más eficiente la prestación de los servicios y contribuir a una mayor integración del sector.

¹³Ello no se explica únicamente por mayor poder adquisitivo y capacidad de pago por los servicios sino también, en gran parte, por la importancia en amplios sectores de la población de la medicina no alópata, como la tradicional y homeopática, en muchos casos ofrecida por oferentes privados.

Referencias

Aguilera, Nelly (2010). *Gasto en salud: gasto público en salud en México en el marco de la cobertura universal*. México. México Evalúa.

Bennet, Steve, Woods, Tony, Liyanage, Winitha M., y Smith, Duane L. (1991). *A Simplified General Method for Cluster-Sample surveys of Health in Developing Countries*.

Brachet-Márquez, Viviane. (2007). "La reforma de los sistemas de salud y previsión social en México, 1982-2000". Brachet-Márquez, V. (coord.) *Salud pública y regímenes de pensiones en la era neoliberal. Argentina, Brasil, Chile y México*. México. El Colegio de México.

Cochran, William G. (1953). *Sample Techniques*. New York. John Wiley & Sons. Inc.

Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud. (2006). *Macroeconomía y salud: invertir en salud para el desarrollo económico*. México. Secretaría de Salud,

Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). (2006). *Reporte N° 6. Indicadores de resultados, Segundo semestre 2005*. México. Secretaría de Salud.

Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). (2007). *Informe de resultados. Primer Semestre*.

Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). (s.f.) *Cifras acumuladas al 30 de junio de 2007*.

Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). (2009). *Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados 2008*. México. Secretaría de Salud.

Consejo Nacional de Población. (2007). *Índice de Marginación a Nivel Localidad 2005, México. Banco Mundial. Matriz de Marco Lógico. Una herramienta de formulación de proyectos*. The Longframe Handbook.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2008). *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México 2008*. Consultado en junio 2011 en

http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/evaluacion/evaluacion_de_la_politica_de_desarrollo_social.es.do.

Dirección General de Planeación en Salud (2007) *Estrategia Nacional Caravanas de la Salud, Manual de Inducción para personal operativo*. (Marzo).

Evaluación Externa 2007. Programa Caravanas de la Salud.

Evaluación Externa 2008. Programa Caravanas de la Salud.

Frenk, Julio, Lozano, Rafael, y González-Block, Miguel Ángel. (1994) *Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México*. México. Fundación Mexicana para la Salud.

Frenk, Julio. (2007). "Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias". *Salud Pública Mexicana*, (Vol. 49, suplemento 1), (pp. 14-22).

Frenk, Julio, Sepúlveda, Jaime, Sepúlveda Gómez-Dantés, Octavio y Knaul, Felicia. (2003) Evidence-based Health Policy: Three Generations of Reform in Mexico. *The Lancet*, (Vol. 362). Consultado en junio de 2011 en www.thelancet.com.

Knaul, Felicia, Arreola-Ornelas, Héctor, y Méndez, Óscar. (2005). "Protección financiera en salud: México, 1992 a 2004", *Salud Pública Mexicana*. Vol. 47, pp. 430-439.

Martínez, Gabriel. (2009). Análisis de Desigualdad del Gasto en México: *Documento de apoyo el Informe sobre Desarrollo Humano 2008/2009*. México.

Olaiz-Fernández, G., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Rojas, R., Villalpando-Hernández, S., Hernández-Ávila, M., Sepúlveda-Amor, J. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. México. Instituto Nacional de Salud Pública.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2005). *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud-México*. Francia. OCDE.

Organización de las Naciones Unidas. (s.f.) *Objetivos de desarrollo del milenio 2015*. Consultado en junio 2011 en <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals>

Organización Mundial de la Salud. (2009) *Informe Mundial de Salud*.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2007). *La salud en las Américas*. Washington, D.C. OPS/OMS.

Presidencia de la República. (2003). “Decreto por el que se reforma y adiciona la *Ley General de Salud*”, en *Diario Oficial de la Federación* el 15 de mayo 2003.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2011). *Informe sobre desarrollo humano México 2011-Equidad del Gasto Público: Derechos sociales universales con subsidios focalizados: México*.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2010). *Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas en México-El Reto de la Desigualdad de Oportunidades*. México.

Scott, John (2010). *Gasto público para la equidad: del Estado excluyente hacia un Estado de bienestar universal*. México. México Evalúa.

Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. (2011). *Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS)*. México.

Secretaría de Salud. *Programa Nacional de Salud, 2007-2012*.

Tobar, Federico. (2006). “¿Qué es el universalismo básico en salud?”, en Molina, C. G. (Ed.). *Universalismo básico. Una nueva política social para América Latina*. Washington, D.C./México. BID/Editorial Planeta, (pp. 283-291).

UNPD, Evaluation Office. (2002). “Handbook on Monitoring and Evaluating for Results”. New York, USA.

Anexo 1

Cuadro Comparativo de los Programas Federales de Acceso y Mejoramiento a los Servicios de Salud

Programa	Bienes y servicios otorgados	Grupo de Atención	Cobertura	Localidades Atendidas	Tipo de Apoyo	Tipo de Programa	Instancias Ejecutoras
IMSS-Oportunidades	Atención médica a través de acciones integrales de salud de 1er y 2do nivel y actividades comunitarias de promoción y prevención de la salud.	Población abierta y sin seguridad social que habita en condiciones de marginación en las entidades donde el Programa tiene cobertura.	19 entidades federativas en el ámbito rural y 26 en el ámbito urbano.	El ámbito de operación del Programa es en 3,669 localidades rurales (sede: en donde se ubican las Unidades Médicas).	Servicios de atención, promoción, prevención bajo modelos de participación social.	Preventivo, Curativo y Capacitación	IMSS, Instancias de organización y participación comunitaria
Seguro Popular	Cobertura de servicios de salud, a través de un aseguramiento público y voluntario.	Mexicanos sin derechohabiencia a la de seguridad social.	Las 32 entidades federativas.	Todo tipo de localidades donde habitan personas sin seguridad social.	No monetario. Protección financiera a las familias que les garantice atención médica oportuna y de calidad	Preventivo, Curativo y Capacitación. El SP ofrece (indirectamente) servicios tanto de prevención como de atención (curación), promoción de la salud y capacitación	Gobierno Federal, Gobiernos estatales, a través de los Servicios Estatales de Salud
SMNG	Cobertura de servicios de salud, a través de un aseguramiento público y voluntario para los niños desde que nacen y hasta que cumplen cinco años de edad y garantiza la afiliación inmediata de toda la familia al SPSS.	Niños desde que nacen y hasta que cumplen cinco años de edad y no son derechohabientes a ninguna institución de seguridad social.	Las 32 entidades federativas.	Atiende todo tipo de localidades donde habitan menores sin seguridad social.	No monetario. Protección financiera a las familias que les garantice atención médica, de cobertura amplia a los menores	Preventivo, Curativo, Capacitación. El SMNG ofrece (indirectamente) servicios de prevención, atención, promoción de la salud y capacitación	Gobierno Federal, Gobiernos estatales, a través de los Servicios Estatales de Salud
Caravanas de la Salud	Servicios regulares de promoción, prevención y atención médica y odontológica.	Población que habita en localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso	Las 32 entidades federativas.	Localidades rurales principalmente y, en una baja proporción, urbano marginadas.	No monetario Servicios de atención, promoción y prevención de la salud.	Preventivo Curativo Capacitación	Gobierno Federal Gobiernos estatales, a través de los Servicios Estatales de Salud

Programa	Bienes y servicios otorgados	Grupo de Atención	Cobertura	Localidades Atendidas	Tipo de Apoyo	Tipo de Programa	Instancias Ejecutoras
SICALIDAD	Apoyos financieros o en modalidad de cofinanciamiento a unidades de atención en salud.	Unidades médicas de primer nivel, hospitales generales, regionales de alta especialidad, Institutos Nacionales de Salud de instituciones públicas del SNS	Servicios Estatales de Salud de las 31 entidades federativas, la Secretaría de Salud del Gobierno del DF, la CCINSHAE y otras instituciones públicas del SNS.	Localidades donde se ubiquen unidades de atención en salud de instituciones públicas del SNS.	Monetario	Promoción y Capacitación	Gobierno Federal, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la SS.
Comunidad es Saludables	Cofinanciamiento a proyectos de promoción de la salud, así como asesoría técnica y capacitación en promoción de la salud	Población de los municipios, a través de sus gobiernos municipales.	En los municipios de las 32 entidades federativas.	Todo tipo de localidades	Monetario, principalmente. Adicionalmente, asesoría y capacitación.	Prevención y promoción de la salud	Gobierno Federal, Gobiernos estatales, a través de los Servicios Estatales de Salud y Gobiernos municipales
Formación de Recursos Humanos Especializados para la Salud	Becas académicas a médicos residentes en los Hospitales e Institutos del CCINSHAE. Apoyo en programas de especialidad no médica. Cursos de educación continua	Médicos residentes y personal de las instituciones públicas del SNS	Tiene cobertura en el D.F.	Tiene cobertura en el DF	Monetario, a través de becas a los residentes médicos	Capacitación y Formación de Recursos Humanos	Gobierno Federal a través de la DGCES, CCINSHAE, así como los hospitales e instituciones que la conforman.

Fuente: Elaborada por el equipo evaluador con base en las Reglas de Operación 2010 de los programas.

Anexo 2

Indicadores de Calidad de los Servicios de Salud

Año	Indicadores de primer nivel de atención				Indicadores de segundo nivel de atención			
	% de usuarios satisfechos con la información sobre su tratamiento	% de usuarios satisfechos con la información sobre su diagnóstico	% de recetas surtidas en forma completa /1	Tiempo de espera (Minutos)	% de usuarios satisfechos con la información sobre su tratamiento	% de usuarios satisfechos con la información sobre su diagnóstico	% de recetas surtidas en forma completa /1	Tiempo de espera (Minutos)
2000	73.7	72.6	95.2	29.0	84.5	84.7		22.0
2001 ^{2/}	91.1	90.4	94.6	22.6	89.9	89.4		17.4
2002 ^{3/}	92.7	92.5	91.5	22.6	89.8	89.7	55.0	14.4
2003 ^{4/}	97.3	96.8	86.2	27.0	92.9	93.8	64.5	18.9
2004 ^{5/}	97.8	97.4	86.0	26.3	93.7	94.4	74.3	18.1
2005 ^{6/}	98.5	98.2	88.2	25.6	94.8	95.5	n.d.	18.0
2006 ^{7/}	98.7	98.5	88.7	23.8	96.0	96.4	n.d.	16.1
2007 ^{8/}	98.9	98.8	87.2	21.5	95.5	96.2	n.a.	18.9
2008	98.9	97.3	90.2	23.9	96.6	92.7	n.a.	18.1
2009	99.0	98.8	90.9	25.9	95.3	96.2	n.a.	21.3
2010 ^{9/}	99.1	99.0	90.0	25.4	95.9	96.4	n.a.	21.2

1/ No incluye información de los Institutos Nacionales de Salud ni de los Hospitales Federales de Referencia. A partir de 2005 el indicador se obtiene de la Estrategia para el Fortalecimiento del Abasto de Medicamentos de la Secretaría de Salud, por la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.

2/ Corresponde a cifras promedio, recibidas de 2 938 unidades médicas de primer nivel y 438 de segundo nivel del sector en las entidades federativas.

3/ Corresponde a cifras promedio, recibidas de 4 329 unidades médicas de primer nivel y 582 de segundo nivel en las entidades federativas.

4/ Corresponde a cifras promedio, recibidas de 4 232 unidades médicas de primer nivel y 502 de segundo nivel en las entidades federativas.

5/ Corresponde a cifras promedio, recibidas de 7 902 unidades médicas de primer nivel y 670 de segundo nivel en las entidades federativas.

6/ Corresponde a cifras promedio, recibidas de 9 768 unidades médicas de primer nivel y 751 de segundo nivel en las entidades federativas.

7/ Corresponde a cifras promedio, recibidas de 11 068 unidades médicas de primer nivel y 778 de segundo nivel en las entidades federativas.

8/ Corresponde a cifras promedio del INDICAS durante 2007, recibidas de 8 681 unidades médicas de primer nivel y 351 de segundo nivel pertenecientes a la Secretaría de Salud en las entidades federativas.

9/ Corresponde a porcentajes en indicadores de satisfacción y medicamentos y a cifras promedio en tiempo de espera del primer cuatrimestre de 2010 (Enero- Abril). 6,877 unidades médicas de primer nivel y 397 de segundo nivel de la Secretaría de Salud en las entidades federativas.

n.a. No aplica, ya que no hay un indicador de surtimiento de medicamentos para segundo nivel. n.d. No disponible

Fuente: Elaborado por el equipo evaluador con base en la información del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS).

Tomado de: Presidencia de la República, IV Informe de Gobierno, Anexo Estadístico.