



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO



FACULTAD DE ECONOMÍA

**“ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL
EN SALUD EN EL ESTADO DE MÉXICO. 2007-2012”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ECONOMÍA

PRESENTA:

LUZ MARÍA ANTONIO BIBIAN

ASESOR:

M. EN C. HÉCTOR RUIZ RAMÍREZ

REVISORES:

L. EN E. OCTAVIO C. BERNAL RAMOS

M. EN E. EDUARDO ELÍAS GUTIÉRREZ ALVA

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, AGOSTO 2013

Agradecimientos

A dios por haberme dado sabiduría, fortaleza, salud y coraje, y no dejarme sola en los momentos difíciles, para poder concluir este proyecto.

A la Universidad Autónoma del Estado de México por brindarme su voto de confianza, por las lecciones que aprendí en ella y por todo el apoyo otorgado a mí persona.

Al M. en C. Héctor Ruiz Ramírez, por su amabilidad, buena disposición y paciencia, por el tiempo que me dedico para que este trabajo culminara exitosamente, mi agradecimiento sincero. Igualmente a mis sinodales: L. en E. Octavio C. Bernal Ramos y al M. en E. Eduardo Elías Gutiérrez Alva, por sus valiosas sugerencias. Gracias por todo su tiempo invertido en la revisión de esta tesis.

Muy especialmente a mi madre Teresa Antonio Bibian, por su sincero apoyo en todo momento, por la confianza que mostro en mí y su amor incondicional. Mamá gracias por darme una carrera para mi futuro, todo esto te lo debo a ti. Por supuesto no puedo dejar de mencionar a mi madrina Filiberta Martínez García, quien en la medida de sus posibilidades me brindado siempre su cariño y respaldo.

Por último a mis amigos, quienes recién se sumaron a mi vida con sus sonrisas de ánimo, me enseñaron a ser un mejor ser humano y amiga.

Índice

Introducción.....	5
Capítulo I. Sistemas de Servicios de Salud.....	9
1.1 Definición de Sistemas de Salud	9
1.1.1 Funciones de los Sistemas de Salud.....	11
1.1.2 Importancia de los Sistemas de Salud.....	12
1.1.3 Objetivos de los Sistemas de Salud.....	13
1.2 Tipos ideales de Sistemas de Salud.....	15
1.2.1 Modelo Asistencialista.....	16
1.2.2 Modelo de Seguro Social.....	17
1.2.3 Modelo de la Seguridad Social.....	18
1.2.4 Modelo de Seguros Privados	19
1.2.5 Modelo de Sistemas Mixtos.....	21
1.3 Acceso a los servicios de salud en América Latina	22
1.3.1 Argentina.....	24
1.3.2 Brasil.....	26
1.3.3 Chile	28
1.4 Sistema de Salud Mexicano.....	30
1.4.1 Seguro Popular.....	34
1.4.2 Reformas a la Ley General de Salud.....	38
1.4.3 Aceptación del Sistema de Protección Social en Salud en México.....	41
Capítulo II. Funcionamiento del Sistema de Protección Social en Salud en México	43
2.1 Fuentes de subvención del Sistema de Protección Social en Salud	43
2.1.1 Aportaciones Federales	46
2.1.2 Aportación Solidaria Estatal.....	49
2.1.3 Cuota Familiar	51

2.1.4 Origen y aplicación de los recursos	54
2.2 Subsidios de acuerdo al número de afiliados por entidad federativa	57
2.2.1 Participación del Presupuesto de Egresos de la Federación.....	59
2.2.2 Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud.....	63
2.3 Cobertura Universal en México	65
2.3.1 Adelantos en la Cobertura Universal y compromiso de los estados	69
2.3.2 Peculiaridades de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud	74
2.3.2.1 Tamaño de los núcleos familiares protegidos por el Sistema de Protección Social en Salud	75
2.3.2.2 Titularidad de mujeres en la póliza de afiliación.....	77
2.3.2.3 Afiliados en localidades con 40% o más de habla indígena	79
2.3.2.4 Incorporados de acuerdo al decil de ingreso	82
2.3.2.5 Localidades con beneficiarios afiliados.....	84
2.3.2.6 Reafiliación de pólizas	86
2.3.3 Estrategias para el logro de la Cobertura Universal	90
2.4 Programas y Fondo de Reserva que componen al Sistema de Protección Social en Salud	92
2.4.1 Programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG).....	93
2.4.2 Programa Embarazo Saludable	101
2.4.3 Programa Desarrollo Humano Oportunidades (Componente salud)	105
2.4.4 Programa Nacional de Cirugía Extramuros (PNCE)	111
2.4.5 Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias (PDZP)	114
2.4.6 Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC)	117
2.5 Servicios de salud	123
2.5.1 Catálogo Universal de Servicios de Salud	124
2.5.2 Portabilidad	130

Capítulo III. Sistema de Protección Social en Salud en el Estado de México	134
3.1 Sistema de salud del Estado de México.....	134
3.1.1 Instituciones médicas que atienden a la población mexiquense	137
3.1.2 Descentralización de los servicios de salud	141
3.1.3 Relación entre la descentralización y el Seguro Popular	144
3.1.4 Problemática para el Estado de México a partir de la descentralización	145
3.2 Desigual distribución de los recursos en salud en el Estado de México.....	147
3.2.1 Gasto público total en salud.....	150
3.2.2 Gasto público en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto	153
3.2.3 Gasto público en salud para la población con seguridad social	155
3.2.4 Gasto público para la población sin seguridad social	157
3.2.5 Gasto per cápita en salud para la población con y sin seguridad social	160
3.2.6 Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)	163
3.3 Implementación del Sistema de Protección Social en Salud en el Estado de México	168
3.3.1 Programas y servicios impulsados en el Estado de México por el Sistema de Protección Social en Salud	171
3.3.1.1 Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG)	173
3.3.1.2 Estrategia Embarazo Saludable.....	176
3.3.1.3 Programa Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO).....	179
3.3.1.4 Programa Nacional de Cirugía Extramuros	183
3.3.1.5 Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias (PDZP)	186
3.3.1.6 Servicios de salud	189
3.4 Comparación del Estado de México con otras entidades federativas	193
3.4.1 Población total afiliada al Sistema de Protección Social en Salud	194

3.4.1.1 Representatividad de las mujeres en la afiliación al Sistema de Protección Social en Salud	200
3.4.1.2 Adultos mayores incorporados al Sistema de Protección Social en Salud.....	204
3.4.2 Financiación y uso de los recursos por parte del Estado de México.....	206
3.4.2.1 Recursos federales transferidos al Estado de México	209
3.4.2.2 Recursos estatales dirigidos al Sistema de Protección Social en Salud.....	214
3.4.2.3 Recursos transferidos al Estado de México por concepto del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y Fondo de Previsión Presupuestal	217
3.4.2.4 Total de recursos ejercidos y su relación con las metas de afiliación del Estado de México	221
3.5 Acciones implementadas por el Estado de México para el fortalecimiento del Sistema de Protección Social en Salud.....	225
3.5.1 Conformidad de los usuarios con respecto al Sistema de Protección Social en Salud en el Estado de México	228
3.5.2 Mecanismos que permiten el fortalecimiento de la oferta del servicio	231
3.5.3 Fortalezas y debilidades del Sistema de Protección Social en Salud	235
Conclusiones	242
Anexos	252
Bibliografía	257

Introducción

La presente investigación surge a partir de observar que un segmento de la población se encuentra sin seguridad social, y generalmente son las personas de bajos recursos que a causa de su actividad laboral ven frenado su derecho a la salud, que incluso está implícito en el artículo 4° de la Constitución Mexicana. Y es que se sabe que a nivel estatal existe una red de unidades médicas que atienden a estas personas pero se desconoce la calidad y servicio que están ofreciendo. La prestación del servicio no sólo depende de las instituciones de salud, sino también del gobierno federal y estatal, quienes tienen la enmienda de transferir los fondos para costear los gastos por intervenciones, medicamentos, equipo, infraestructura, mantenimiento y capital humano.

Las instituciones de seguridad social existentes han enfrentado restricciones, especialmente a nivel de cobertura y calidad del servicio, lo que las imposibilita para ampliar su servicio a las personas sin seguridad social. Con el tiempo se fue dando la reorganización del sistema, para así mejorar los indicadores de salud, no obstante preexistían en las comunidades los problemas más comunes del subdesarrollo (Amieva, 2004). La descentralización fue elemental para la puesta en marcha del Seguro Popular en Salud en 2001, que fue ideado por Julio Frenk en ese entonces secretario de salud. Lo trascendental de este programa es que sirvió como prueba piloto para lo que posteriormente sería el Sistema de Protección Social, que estaba diseñado para atender a las personas de menores ingresos que no cuentan con asistencia médica, y que sufren alto gasto de bolsillo por no estar aseguradas en alguna institución de salud.

Una vez que se reconocieron los beneficios que contrajeron los usuarios sin seguridad social se propuso establecer el Sistema de Protección Social en Salud a nivel nacional, con un esquema de financiamiento tripartita más equitativo y sólido, donde se incluyeran las aportaciones estatales. El Sistema de Protección Social en Salud se compone de programas como: Seguro Médico para una Nueva Generación, Embarazo Saludable, Programa Desarrollo Humano Oportunidades, Programa

Nacional de Cirugía Extramuros, Seguro Popular, Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. Todos en conjunto atienden a grupos específicos de la población, lo que permite que los usuarios se sientan más atraídos para realizar su afiliación.

Lo que motivó la investigación fue la relación que existe entre el desarrollo económico del país y las condiciones de salud de las personas, ya que a medida que se incrementa el primero se tienen mayores recursos para elevar los niveles de salud y servicios para elevar la calidad de vida. Asimismo el hecho de que México quede muy rezagado en materia de salud en comparación con otros países de la OCDE, es un tema de interés puesto que una baja porción del PIB a este sector, es comprensible que se traduzca en menor infraestructura, restricciones en la prestación del servicio, e insuficientes unidades médicas. Pero subsistía la duda sobre si los recursos económicos eran la fuente de la problemática o si también influía el mal uso, así como los obstáculos que se imponían para entregar en tiempo y forma los recursos a los estados.

Con fundamento en lo anterior se puede mencionar que el objetivo principal de esta investigación es examinar el proceso de afiliación que se llevó a cabo durante el periodo de estudio para el caso del Estado de México, y conocer el desarrollo de los programas integrados al Sistema de Protección Social en Salud. Ello con el propósito de conocer la cantidad de subsidios transferidos al Estado México y averiguar si el programa realmente ha cumplido con su finalidad de proteger la salud de las personas que no cuentan con seguridad social. Por ello se incluyó el estudio sobre el gasto público para la población con seguridad social y sin seguridad social, a fin de conocer el origen de las disparidades entre ambos grupos.

De lo antes señalado procede que el Sistema de Protección Social en Salud condiciona todo su funcionamiento a la cantidad de recursos que recibe, pues el servicio que brinda es muy caro y complicado, ya que existen pacientes que demandan más de un servicio, por lo que resultó de interés saber si ha sido suficiente el monto que se asigna por persona asegurada. Debido a lo anterior la hipótesis de esta tesis es precisamente que en el periodo que se estudia, “los recursos económicos

destinados al Sistema de Protección Social en Salud han sido insuficientes, provocado que los programas que lo conforman se vean limitados en su funcionamiento y por ende en que la prestación del servicio no sea integral”. Es importante señalar cada uno de los programas que constituyen al Sistema de Protección Social en Salud, se orientan a diferentes niveles de atención en salud, de ahí que los requerimientos de algunos de ellos sean más costosos que los de otros, en lo que coinciden es que brindarán sus servicios de acuerdo a la capacidad operativa de sus unidades, personal médico e insumos.

No tendrá que dejarse de lado que existe un vínculo directo entre el cumplimiento de las metas de afiliación de las entidades federativas y los recursos que reciben, ya que al menos las aportaciones federales se calculan con base en ello. Por lo anterior, el análisis es de tipo cuantitativo, utilizando los datos que emiten la Secretaría de Salud y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Para cumplir con el objetivo de conocer la dependencia que existe entre los montos captados y el funcionamiento del programa será conveniente utilizar el método deductivo, examinando primero la evolución del Sistema de Protección Social en Salud a nivel nacional para luego enfocarse en el Estado de México. Será crucial el análisis documental pues complementará los resultados que se obtengan y dará una percepción más amplia sobre las estrategias y mecanismo implementados.

Para lograr el cometido de la presente investigación, está se ha desarrollado en tres capítulos que van de lo general a lo particular. El primer capítulo, está conformado por un marco conceptual, en el que se definen los sistemas de salud y sus tipos, igualmente se detalla cómo funcionan en países como Argentina, Brasil, Chile y México, respecto a este último se hace un estudio más específico para comprender la creación del Sistema de Protección Social en Salud, y las reformas a la Ley General en Salud que se dieron para su instauración.

Dentro del segundo capítulo, se explica más a fondo la constitución del Sistema de Protección Social en Salud a nivel nacional, para ello fue necesario desagregar cada una de las fuentes de aportaciones y analizar la participación del Presupuesto de Egresos de la Federación. Además se especificó a las entidades federativas que

sobresalieron por la captación de los mayores recursos o por el esfuerzo que han puesto en cada uno de los programas, se toma en cuenta la cobertura universal en salud, así como las características de los afiliados, esto con el fin de conocer los grupos, localidades y reafiliados que están siendo atendidos.

El tercer y último capítulo de la investigación se centró en el Estado de México, al revelar las instituciones médicas estatales que concurren en beneficio de la población asegurada y no asegurada; también se efectuó el análisis sobre el gasto en salud de la entidad mexiquense y los recursos que le fueron transferidos para el sostenimiento del Sistema de Protección Social en Salud; incluso se reconocieron los programas que más han sido apoyados y se definió su posición para hacer la comparación con otras entidades federativas. Igualmente se reconocieron las acciones que se necesitaban fortalecer o seguir implementando para la consecución del Sistema de Protección Social en Salud en el Estado de México.

De forma final se presentan las conclusiones de esta investigación enfocadas al desarrollo del programa en la entidad mexiquense, este apartado se elaboró a partir del riguroso análisis de los capítulos antes mencionados, prestándole especial atención a las preexistentes restricciones económicas que sufre el sistema de salud del Estado de México.

Capítulo I. Sistemas de Servicios de Salud

1.1 Definición de Sistemas de Salud

Se pueden encontrar distintas acepciones sobre los sistemas de salud, no obstante, un sistema por sí mismo es un conjunto de elementos que organizados buscan cumplir un objetivo determinado, aunque en el caso de los sistemas de salud estaría orientado a brindar atención médica a toda la población y a la creación de instituciones que cumplan con el cometido de mejorar la salud y condiciones de vida.

“El sistema de salud es el conjunto de recursos dedicados a la atención de salud de las personas de una población. Incluye los derechos de esta población con respecto al acceso a los servicios de salud, cómo se financian y cómo se producen los servicios, su organización y articulación; además, la regulación sobre algunos determinantes de la salud relacionados con la higiene de los alimentos y el medio ambiente.” (Mogollón, 2009)

Los sistemas de salud se entienden como el conjunto de recursos físicos y materiales que contribuyen a mejorar la salud de la población. Intervienen desde los servicios de protección y promoción de salud hasta la prevención, cuidado y recuperación de enfermedades. Aunque cabe resaltar que la distribución de los recursos en los sistemas de salud se ven afectados por el hecho de que cada país o Estado, los asigna de manera distinta y muchas veces desigual. Asociado a esto existen aún muchas naciones en las cuales los recursos están muy limitados y donde se enfrentan con la incapacidad para moverlos de manera eficiente y asequible para sus pobladores.

La OMS (2000), señala que estos sistemas de salud están constituidos por todas aquellas personas y medidas que abarcan todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud. Dentro de las actividades se encuentran

las relacionadas con salud pública, y el mejoramiento de la salud vial o ambiental. Quedan fuera todas aquellas acciones distintas de la salud aun cuando tengan un beneficio secundario que mejore la salud. En la mayoría de los países estos servicios generan gran parte del empleo y del gasto.

Se dice que un buen sistema de salud mejora la vida cotidiana de las personas de forma tangible, como en el caso de asesoramiento nutricional o exámenes médicos. El desempeño global de los sistemas de salud son responsabilidad de los gobiernos que correspondan, ya sea a nivel regional, municipal o estatal. Por lo tanto su fortalecimiento y equidad son estrategias fundamentales para luchar contra la pobreza y fomentar el desarrollo. Para lo cual debe puntualizarse que el gobierno no sólo es el encargado de administrar los fondos, sino también de asegurar que las unidades cuenten con el equipo médico y suministros para cumplir con sus funciones como prestadores de servicios (OMS, 2005).

Por su parte Maya (2005), define un sistema de salud como un conjunto ordenado de instituciones, personas, legislaciones y procedimientos que articuladamente confluyen en un objetivo: un mejor nivel de salud para una comunidad determinada. Al hablar de sistemas de servicios de salud se hace referencia a todos aquellos elementos que forman parte del sector salud y que pueden organizarse de tal forma que confluyan para lograr el mantenimiento de la salud de la población donde se organizan. Uno de los objetivos que persigue un sistema de salud, es la equidad, pero no sólo desde el punto de vista de reducir las desigualdades mediante el acceso a servicios de salud, sino también a través del otorgamiento de protección ante la incertidumbre y por supuesto velar por la inclusión social.

1.1.1 Funciones de los Sistemas de Salud

De acuerdo con la OMS (2000), los objetivos de los sistemas de salud se alcanzan mediante el desempeño de cuatro funciones básicas: rectoría del sistema, financiamiento de los servicios, generación de recursos para la salud y la provisión de servicios. A continuación se describirá cada uno de ellos:

- i. **Rectoría.** Con respecto a este punto, Maya (2005), definió que la rectoría implica precisar la visión y orientación de las políticas sanitarias, establecer reglas y hacerlas cumplir, así como proporcionar orientación estratégica a los demás actores.
- ii. **Financiamiento.** Es el diseño de mecanismos que hagan posible atender los costos por el funcionamiento del sistema. Mogollón (2009), determinó que los países se pueden enfrentar a tres grandes retos relacionados con el financiamiento de los sistemas de salud: el primero, relacionado con la movilización de los fondos suficientes para financiar la atención de la salud; el segundo, con la asignación de los fondos y la organización de la asistencia para que produzca los mayores beneficios en salud al mayor número de personas; y el último, controlar los costos de atención a la salud.
- iii. **Generación de recursos.** Se entiende como la orientación para generar recursos humanos y físicos que hagan posible el servicio (Maya, 2005).
- iv. **Provisión de servicios.** Puede hacerse a través de las instituciones de red pública o a partir de la mezcla de organizaciones públicas y privadas con o sin ánimo de lucro, descendientes de una normatividad expedida por el ente rector del sistema (Maya, 2005).

1.1.2 Importancia de los Sistemas de Salud

La población se encuentra expuesta a múltiples enfermedades que pueden afectar su nivel de vida y que se traduce en gastos catastróficos para las familias que los sufren, esto se vuelve más problemático cuando su nivel de renta es bajo. Es por ello que los países ponen al alcance de los ciudadanos servicios de salud que no sólo los ayuden en la prevención y detección de enfermedades sino también que los apoyen para que esto no afecte su economía.

Se destaca el hecho de que en los últimos años se han emprendido medidas para reducir el costo de salvar una vida, esto a causa de la mejor organización e instalaciones mejor equipadas, lo que ha generado que las tasas de mortalidad disminuyeran en países de ingreso bajo y medio. Puesto que el sistema de salud es el que formula y ejecuta esas intervenciones, dos clases de pruebas, unas desglosadas y otras agrupadas, indican claramente que los sistemas de salud no sólo pueden, sino que logran cambios importantes en la salud. No obstante otros elementos de prueba parecen indicar que los sistemas de salud consiguen poco o ningún cambio. En el caso de Europa la disponibilidad de atención médica aumento la esperanza de vida de las mujeres y los hombres, esto debido a la reforma implementada (OMS, 2000).

Si bien los sistemas de salud han generado gran parte del progreso sanitario, este dista de ser uniforme entre los países en un momento dado, aun entre aquellos con niveles similares en ingresos y gasto sanitario. Así mismo es preciso reconocer que los errores del sistema de salud, menguan pero no anulan las cosas buenas que se han alcanzado; por otra parte resaltan los cambios obtenidos a partir de las mejoras en el saneamiento urbano y la higiene personal. De igual manera es destacable la labor de los sistemas de salud para proteger la salud de la población y el empeño que ponen los gobiernos para brindar una mayor cobertura a los grupos más sensibles los cuales no estaban asegurados por ninguna institución médica (OMS, 2000).

Maya (2005), ha destacado que la importancia de los sistemas de salud radica en trabajar con la totalidad de los factores que interactúan en el fenómeno de la salud, pues sólo así se tendrá un horizonte más amplio, para asegurar que la implementación

de la misma mejore los aspectos deseados. Para conseguir los cambios o fines sociales, es importante la transformación de la estructura, especialmente en la organización y gestión. El progreso de las condiciones de vida de la población mediante el acceso universal a los servicios de salud, es uno de los mayores retos que siguen estos sistemas, pero también se dirigen a crear modelos que permitan la protección y promoción de la salud, mediante información y capacitación de las comunidades.

1.1.3 Objetivos de los Sistemas de Salud

De acuerdo con la OMS (2000), los objetivos finales, básicos o *intrínsecos* de los sistemas de salud son tres:

- i. **Mejorar la salud de la población.** De acuerdo a las funciones que se plantean para los sistemas de salud, estos van a estar primordialmente orientados a mejorar la salud de la población, a través de la atención médica a lo largo de su vida, lo que supone contar con un nivel de salud efectivo. Aunque es muy común que no se cubra toda la demanda, esto por la falta de financiamiento que apoye la adquisición de infraestructura para la puesta en marcha de instituciones de salud.
- ii. **Ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud.** Este punto ofrece una serie de beneficios a los usuarios que son atendidos por algún sistema de salud. Se destaca la posibilidad de las personas elijan al médico que los tratará, o que seleccionen la clínica que se ajuste más a sus necesidades; independientemente de lo anterior tienen el derecho de disponer de todos los servicios que se brindan en las unidades de salud, así como de esperar tiempos razonables para ser atendidos, y por último contar con acceso a redes de apoyo social en especial durante las estancias hospitalarias.
- iii. **Garantizar la seguridad financiera en materia de salud.** Se centra en el establecimiento de esquemas de financiamiento que permitan que el gasto en

salud de los hogares con respecto a su capacidad de pago sea la misma para todos, esto con el propósito de evitar gastos excesivos. Para calcular la seguridad en el financiamiento se debe medir el porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud y el índice de justicia financiera.

Aunque principalmente se eligen estos objetivos como los más importantes en los sistemas de salud, aun cabe la duda por conocer la opinión de los usuarios, ya que ellos deben tener preferencia sobre alguno de ellos, y quizá perciban que en sus comunidades es más importante el emprendimiento de acciones hacia el mejoramiento de la salud, que sobre un trato adecuado para los usuarios, o viceversa. Pero estas prioridades se pueden ver influenciadas porque dentro de los servicios de salud con los que cuentan no se está llevando a cabo eficientemente el objetivo que ellos consideran como primordial, por lo que existe una insatisfacción por el servicio que se les otorga.

Esto también va a cambiar de acuerdo a la población de la cual se hable, por su parte Tapia (2006), señala que para la población rural el objetivo más importante es mejorar la salud de la población y en segundo lugar, está el de mejorar el trato. La población urbana por su parte prefiere un mejor trato, y en segundo lugar mejorar la salud de la población. Hay otros objetivos importantes dentro de los sistemas de salud, como la disponibilidad de insumos, el acceso y la utilización de los servicios, etc. A estos objetivos, sin embargo, se les ha denominado *instrumentales* porque son deseables sólo en la medida en que contribuyen a mejorar las condiciones de salud, o la seguridad financiera, es decir, en la medida en que contribuyen a alcanzar los objetivos intrínsecos o medulares del sistema de salud.

1.2 Tipos ideales de Sistemas de Salud

Es difícil observar que un país tenga un modelo de sistema de salud puro, es decir que sea único, en algunos casos se detecta cierta hegemonía en la organización y financiación, que es la que caracteriza al modelo, cuando tal hegemonía no es neta resulta más difícil la identificación del sistema. Al respecto Zerda et al., (2001), detallan que una clasificación muy utilizada en los sistemas de seguridad social de América Latina ha sido la desarrollada en 1985, por Mesa Lago, quien hace una distinción entre países pioneros, intermedios y tardíos en incorporar la seguridad social. En el trabajo de 1992 de Fleury Teixeira, se postula que existen afinidades entre las maneras en que los países atravesaron su transición al capitalismo y los mecanismos de protección social y sanitaria que en ellos se institucionalizaron.

Para Milton Terris, la clasificación de los Sistemas Nacionales de Salud, dependen de diferentes criterios, es así como los ordena en Asistencia Pública, el Seguro Nacional de Salud y el Servicio Nacional de Salud. Por su parte Mark Field centra su análisis en cuatro "tipos ideales": Plural, Seguro de Salud, Servicio de Salud y Socializado, posteriormente los clasificó como Privado, Pluralista (mezcla pública y privada), Aseguramiento, Seguridad Social, Servicio Nacional de Salud y Socializado, finalmente en el año de 1978 los catalogó en Asistencia Pública, Seguro Nacional de Salud y Servicio Nacional de Salud (Peirano, 2004).

La OMS, toma en cuenta en sus estudios la ordenación que hace Fleury Teixeira sobre los tipos ideales de sistemas de salud, ya que destacan por ser los más usuales a nivel internacional, por lo tanto para el análisis se tomará en cuenta esta clasificación:

1.2.1 Modelo Asistencialista

Se ocupa de proveer bienes y servicios públicos a las poblaciones urbanas que carecen de atención, también se orienta a la creación de mecanismos de vigilancia y control de condiciones sociales. Su objetivo es atender a las personas más pobres desheredadas y desprovistas de los atributos profesionales necesarios para las nuevas ocupaciones urbanas. El modelo asistencialista determina que la salud no es un derecho del pueblo sino una obligación de los ciudadanos, de tal forma las acciones de salud se limitarán en cuanto a variedad y cantidad (Zerda et al., 2001).

De acuerdo a Maya (2005), este esquema se caracteriza por atender a la mayor parte de la población y ser el responsable de la cobertura. El servicio que brinda es público y puede ser universal, ya que está abierto a toda la población sin que se sujete a condiciones específicas. Cuando se lleva a cabo a nivel nacional, opera de la misma forma en todo el país y existe una operación compartida entre los diferentes niveles gubernamentales. Se encuentra financiado con recursos del Estado pero sin participación de los ciudadanos, y a la cabeza del sistema se encuentra un ministerio de salud (Tabla 2). No existe libertad para el usuario y se enfrenta con problemas de eficiencia, los países que lo gestionan son: Cuba y Mongolia.

Un sistema de salud cualquiera que sea debe estar encaminado a incrementar el bienestar de la población y a mejorar la calidad de vida, un aspecto de suma importancia es que debe medirse por los resultados que genera entre la población, y por los efectos de cada unidad monetaria invertida, sin en cambio la eficiencia en el sistema no va a estar en función de la cantidad de dinero que gasta. Una forma muy sencilla de observar los resultados es viendo la calidad de vida que llevan los habitantes de un país y la percepción que tienen de las estrategias emprendidas.

Cabe señalar la existencia de cuatro valores esenciales que determinarán a los sistemas de salud, los cuales varían de acuerdo con la población a la que atienden y a su organización por sí misma. La tabla 1, muestra la evaluación de los tipos ideales de sistemas de salud que destacan Zerda et al., (2001), esto de acuerdo a los valores de

solidaridad, equidad, efectividad y universalidad para los modelos: Asistencialista, Seguro Social, Universalista y Seguros Privados.

Tabla 1. Evaluación de los tipos ideales de sistemas de salud, según valores

Valores	Asistencialista	Seguro Social	Universalista	Seguros Privados
Solidaridad	Caridad/Punición	Mecánica	Orgánica	-
Equidad	Regresiva	Horizontal	Vertical	Horizontal
Efectividad	Media	Alta	Muy alta	Media
Universalidad	Focalizada	Muy amplia	Máxima	Restringida

Fuente. Zerda et al., 2001

1.2.2 Modelo de Seguro Social

Se puede establecer que este modelo de seguro social fue creado a partir de la inclusión de la clase trabajadora en las sociedades industrializadas, comenzó atendiendo a militares y profesores, se difundió fuertemente por el crecimiento económico de los países, (desde 1930 hasta 1970), pero se distinguía por ser proteccionista y poco redistributivo, su labor es mantener protegida a la sociedad salarial. Por lo tanto se expresa como una modalidad de política social vinculada fuertemente al mundo del trabajo. Se ha ido estructurando de tal forma que proteja contingencias como: seguros de enfermedad, accidentes de trabajo, invalidez y vejez (De la Garza, 2002).

El financiamiento es de manera tripartita, ya que los ingresos provienen del impuesto al salario de los afiliados, así como de las aportaciones patronales de los empleadores, sin dejar de lado la participación del Estado. Una fracción de los recursos se destina al seguro de salud de los beneficiarios, mientras que otra se asigna a los fondos de pensiones, jubilación, invalidez, maternidad, montepío y otros (Tabla 2). De esta manera el seguro social fue promotor del llamado Estado de Bienestar. Por su parte el Estado tiene un menor protagonismo y su gestión es mucho más descentralizada mientras que su organización se basa más en la regulación que

en la planificación. Sólo cubre a los aportantes y su grupo familiar aunque en los últimos años ha tendido a universalizar su cobertura (Ochoa et al., 1999).

Tabla 2. Modelos de financiamiento de los sistemas de salud

Sector de la Población	Asistencialista	Seguro Social	Universalista	Seguros Privados
Necesitados y desempleados	Recursos fiscales y donaciones	Sin recursos definidos	Recursos fiscales y contribuciones sociales	Sin recursos definidos
Trabajadores formales y clase media	Pago directo por los servicios	Contribuciones sociales basadas en los salarios	Recursos fiscales y contribuciones sociales	Pago directo de las primas
Grupos de alto ingreso	Pago directo por los servicios	Pago directo por los servicios	Recursos fiscales y contribuciones sociales	Pago directo de las primas

Fuente. Zerda et al., 2001

1.2.3 Modelo de la Seguridad Social

Los países que han realizado reformas a sus sistemas de salud, han podido avanzar del sistema de “seguro social” al de “seguridad social” tales como Italia, España y Brasil, por lo cual la distinción es de uso corriente. No obstante, en la mayoría de los países de América Latina se les suele usar como sinónimos. El modelo involucra la adopción del Welfare State, cuya primera formulación legal aparece en el informe de Lord Beveridge Social Insurance and Allied Service en 1942, cobra importancia debido a que sirvió a muchos países en su organización de salud después de la segunda guerra mundial (OCDE, 2005).

Con respecto al sistema de la seguridad social el Estado cumple una doble función, primero al reconocer el derecho que tienen los ciudadanos de beneficiarse del mismo, y segundo al asumir su responsabilidad de emprender acciones que generen recursos para atender las necesidades de salud de las personas. Lo que pretende es proteger a los individuos ante cualquier contingencia que pudiera afectar su salud o ayudarlos en situaciones de necesidad como el desempleo; es así como se fundamenta en los principios de universalidad, unidad, solidaridad e igualdad. Las

personas que sean beneficiarias de este, deberán sujetarse a las disposiciones que señale la ley del respectivo país (Pautassi, 2002).

Forma parte del Sistema General de Seguridad Social, su financiamiento está determinado en menor o mayor medida por las contribuciones obrero- patronales, además de impuestos. Generalmente para pagar la afiliación de los ciudadanos que tienen bajos ingresos se utilizan los subsidios de diverso orden así como impuestos generales o específicos. En los países como Francia, Alemania, Costa Rica o Canadá que ponen en marcha este modelo, los gobiernos regionales o entidades específicas asumen el rol de aseguradores y articuladores de la entrega de servicios por proveedores públicos o privados. A este modelo se le puede distinguir por ser más equitativo y solidario (Maya, 2005).

1.2.4 Modelo de Seguros Privados

Utiliza preferencialmente la afiliación de los ciudadanos a seguros privados de salud como mecanismos de acceso a los servicios. En países como Estados Unidos o Sudáfrica existen grandes compañías privadas de seguros que ofrecen a los empleadores o directamente a los individuos, pólizas de salud con coberturas variables. Las primas que ofrecen son de acuerdo al riesgo calculado con base a cada una de las características de los usuarios y su historial de uso de los servicios de salud. Las compañías utilizan diversos mecanismos para compartir el costo de los servicios con los usuarios, como los deducibles, copagos, coseguros, y los toques en los saldos. La entrega de servicios está a cargo de proveedores, en un ambiente de libre mercado, donde los precios están determinados por las condiciones de dicho mercado (OCDE, 2005).

La OCDE (2005), ha destacado que generalmente estos servicios privados pueden ser elegidos por la cercanía que existe entre el prestador y el consumidor, por los tiempos de espera ya que estos son más cortos, o por la percepción de que el servicio es de “mejor calidad”. Pero no debe dejarse de lado que puede ser el resultado de la escasez de oferta pública o del uso ineficiente de los recursos con que cuenta el

sector público. Su crítica responde a que crea inequidad, por el hecho de que sólo los que tienen un mayor nivel de riqueza pueden beneficiarse de estos servicios y excluye a los que más lo necesitan. Es importante determinar a grandes rasgos las diferencias que existen entre los seguros sociales y privados, para hacer más ilustrativa la explicación se puede observar la tabla 3.

Tabla 3. Características distintivas de los Seguros Sociales vs Privados

Características	Sociales	Privados
Competencia	Usualmente no compiten	Compiten con precios, cobertura y calidad
Plan de Beneficios	Único	Diversidad de planes
Financiamiento	Público (contribuciones e impuestos). Subsidios cruzados a favor de los usuarios de bajo poder adquisitivo y mala salud	Primas y aranceles
Reclutamiento	Cerrado	Voluntario
	Obligatorio-clientela cautiva	Con libre afiliación
	No seleccionan a sus beneficiarios	Pueden practicar selección adversa. Tienden a concentrarse en aquellos de mayor ingreso y menor riesgo
Cobertura	Tiende a ser amplia	Están focalizados en determinados grupos
Propiedad/Lucro	Pública no tienen fines de lucro	Privada tienen fines de lucro

Fuente. Zerda et al., 2001

Acerca de este modelo Maya (2005), destaca que existe una carencia de regulación por parte del sector público tanto en las funciones de financiador como de prestador. Su organización típicamente fragmentada y descentralizada, ofrece servicios de salud a la población con los suficientes recursos económicos para hacer frente a un gasto tan caro. Se considera que opera en un mercado oligopólico, pese a esto dependerá del país y del tamaño de mercado en el cual se establezca. Su ventaja es que disminuye la incertidumbre del consumidor, y que cuenta con incentivos para contener sus costos y gastos, lo cual se refleja en mayores labores de promoción de la salud. Por otro lado este tipo de servicios privados propician la desigualdad entre las personas, y para ser eficiente necesita de una escala mínima en las compañías.

1.2.5 Modelo de Sistemas Mixtos

Este modelo no se encuentra dentro de los tipos ideales de sistemas de salud señalados por la OMS, empero de acuerdo a otras fuentes de literatura se halló que el sistema mixto puede destacar en algunos países, por eso se decidió señalar su funcionamiento y estructura. Según Maya (2005), el sistema mixto se caracteriza por ser la combinación del modelo público y privado. En el existe una coexistencia entre los sectores aseguradores y prestadores de servicios de salud, los cuales carecen de una normatividad que los cobije, por ello la cobertura es deficiente y su nivel de desarrollo suele variar. Las personas que provienen del sistema público y que se incorporan al sistema mixto son aquellos trabajadores sin seguridad social, que provienen de sectores formales.

Al componente privado de estos sistemas mixtos llegan individuos de niveles altos que pagan los servicios directamente o compran seguros privados. En este modelo hay importantes diferencias en disponibilidad y calidad de los servicios asociados a las diferentes modalidades, lo que a su vez se refleja en inequidad, baja solidaridad, duplicidad de atención para grupos privilegiados e incompletas coberturas, este es el caso de algunos países latinoamericanos y africanos. Coexiste una tendencia al financiamiento cruzado y el gasto es muy alto, asimismo la asignación no es la mejor porque no se establece adecuadamente la población objetivo (Maya, 2005).

1.3 Acceso a los servicios de salud en América Latina

Los cambios sociales provocados por la reorganización del capital, la producción y el trabajo que han tenido lugar en América Latina indujeron una serie de reestructuraciones y reformas a los sistemas de salud, esto crea mayores afectaciones en países con crecimiento inestable y desigual. A la par en las economías latinoamericanas se observa un crecimiento del empleo temporal y desempleo, los cuales se han intensificado en los últimos años; estos factores sin duda perturban el desarrollo de las instituciones de salud y seguridad social, que se ven limitadas por la falta de recursos, y que aún con todas estas variables en contra han logrado responder a la necesidades de una parte de la población.

Durante los años ochenta se agudizaron las condiciones bajo las cuales funcionaban las instituciones de salud y en especial los seguros sociales, esto debido a la crisis socioeconómica que se vivía, se brindaba atención médica con relativamente pocos recursos; la mayoría de las instituciones buscó financiarse a través de subsidios gubernamentales para hacer frente a los desajustes por el bajo salario y la inestabilidad del empleo. En la actualidad la región latinoamericana ha experimentado una mejoría en materia de esperanza de vida, y un retroceso significativo en las tasas de mortalidad infantil y materna; es por ello que los problemas más graves que enfrentan los sistemas de salud son la cobertura, calidad y crecimiento en los costos (Gutiérrez, 2002).

La recurrente transformación en materia de salud, va de la mano con el perfil demográfico y epidemiológico que se viven en un país, de tal forma que enfermedades contagiosas e infecciosas hasta enfermedades crónico-degenerativas, estén captando la atención de los centros de salud en muchos países de América Latina. Con respecto al financiamiento que se le destina a cada programa, este va a depender de los usuarios a los cuales se quiere beneficiar o las enfermedades que se pretende atacar, es el caso de los programas de atención a zonas marginadas o mujeres embarazadas (Arriagada et al., 2006).

Es indiscutible la existencia de distintos problemas en materia de atención sanitaria, como la precariedad institucional, la falta de equidad y la ineficiencia de los

sistemas de salud. Se puede considerar que el limitado acceso a los servicios de salud es el principal problema que enfrentan: Bolivia, Chile, Colombia, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Argentina. Al respecto las carencias económicas hacen más difícil cumplir con las demandas de la población, y es aún más complicado cuando existe un alto grado de desigualdad y de exclusión social. Ante tales circunstancias varios países han reestructurado su política nacional de salud, como es el caso de Argentina, Colombia, Costa Rica, Nicaragua, Perú y Paraguay, quienes también formularon nuevos modelos de atención integral (Arriagada et al., 2006).

La población de América Latina se ha vuelto más urbana en los últimos años, pero esto no significa que haya mejorado su nivel económico y calidad de vida, a pesar de ello solicita en forma creciente infraestructura y servicios de salubridad al Estado. La incidencia de todo tipo de enfermedades obliga a los gobiernos a reestructurar y modernizar los sistemas de salud, también a descentralizar, modificar planes y programas de desarrollo, de tal forma que incluso conlleven a cambios en materia constitucional tal fue el caso de ciertos países: Argentina, Bolivia, Colombia, México, República Dominicana, Jamaica y Paraguay. De la misma manera naciones como Argentina, México, Chile y Costa Rica han propuesto reformas que especialmente se dirijan a incrementar el gasto público en salud (Gutiérrez, 2002).

La sostenibilidad financiera y el mayor costo de la red institucional de los servicios de salud es un tema preocupante en países como: Brasil, Costa Rica, Nicaragua y República Dominicana; esto se liga a la limitada cobertura de los servicios y a la falta de equidad que constituye igualmente un problema prioritario en Costa Rica y Ecuador, y menos determinante en Argentina, Brasil, Nicaragua, y Panamá. Es comprensible que los países ajusten la atención médica a sus presupuestos, pero sin duda la existencia de déficits presupuestarios son la primera causa asociada a los problemas de atención en Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Nicaragua y Perú (Arriagada et al., 2006).

Una vez que se ha denotado la importancia que tienen los sistemas de salud, no sólo en México sino también a nivel internacional, debido a que es un motor crucial para el desarrollo político, social y económico; debe destacarse que en las naciones la

generación de los servicios de salud, se han visto afectados por los sistemas de atención y financiamiento, a causa de las diferencias en la atención que se brinda y a que se excluye a los más necesitados. En el trasfondo de las iniciativas que trazan los gobiernos se encuentra la preocupación por asegurar la cobertura básica universal, para de esta forma garantizar el acceso y cobertura de la mayor población posible.

En seguida se analizarán los sistemas de salud de Argentina, Brasil, Chile y México, que resaltan por tener aspectos en común, como el hecho de que son países de ingreso medio que durante años han trabajado por ampliar el servicio de salud.

1.3.1 Argentina

El sistema de salud de este país se estructuró de tal forma que la responsabilidad recayera principalmente en el Gobierno, con el paso del tiempo se logró expandir la cobertura sanitaria y centros de atención ambulatoria, lo que a su vez se tradujo en eficiencia y calidad en los servicios, acciones que más tarde se consolidarían con la creación de la Secretaría de Salud Pública que posteriormente sería el Ministerio de Salud en 1946, fue así como comenzó la transferencia de hospitales nacionales a provincias, e incrementó la coordinación entre prestadores de servicios (Acuña & Chudnovsky, 2002). Un suceso importante fue la descentralización que sufrió el sector salud en 1980, que sin duda definió las líneas presupuestarias que componen la estructura del gasto, esto en función de los requerimientos de la población y oferta (Gogna, 2004).

El sistema de salud de Argentina está orientado a cubrir a la población que requiera de servicios médicos, cabe destacar que son tres los subsectores que están a disposición de la población y que por tanto difieren en cuanto a financiamiento y administración. A continuación se explicará cada uno de ellos:

- i. **Público.** Se atiende principalmente a la población de baja renta, y tiene presencia en las zonas consideradas como no rentables. Lo que pretende es brindar a la población la cobertura universal, a través de una red de

hospitales públicos y centros de salud. Opera por medio de los Ministerios de Salud en los tres niveles jurisdiccionales. Se financia con ingresos provenientes de impuestos o recursos fiscales (Acuña & Chudnovsky, 2002).

- ii. **Seguro Social.** Está dirigido a atender los sectores de ingreso medio y alto, que están integrados al mercado formal del trabajo. Su objetivo es la protección de los trabajadores asalariados (y sus familiares directos). Para su operación requiere de los ingresos provenientes de aportes y contribuciones tanto del empleador como del empleado (forma obligatoria), estos se destinan a obras sociales a nivel nacional, o municipal (D'Elia et al., 2010).
- iii. **Privado.** La población que se beneficia por estos servicios de salud son por lo general aquellos de mayores ingresos; los usuarios los obtienen mediante la compra directa y voluntaria de los mismos en el mercado o de la contratación de seguros privados. Su financiamiento se basa en los gastos de las familias que realizan pagos directos o cuotas de seguros voluntarios (D'Elia et al., 2010).

El sistema de salud de Argentina destaca porque su fragmentación genera un uso ineficiente de los recursos disponibles al duplicar innecesariamente ofertas y servicios, y por tanto los gastos. Recientemente se ha visto disminuida su capacidad y enfrenta problemas cada vez más importantes, ocasionados por responder sólo demandas puntuales y de corto plazo, aunado a esto la falta de coordinación impide la formulación de políticas a largo plazo (Acuña & Chudnovsky, 2002). Las dificultades se centran en la escasa integración entre los subsectores, así como en el segmentado, heterogéneo y poco equitativo sector salud, hecho que se asemeja a lo vivido en México. Existen aspectos que deben corregirse para mejorar el servicio en este país, como la cobertura de los seguros, la regulación del sistema, la distribución de los recursos y la participación del gasto público nacional en el sector (Gogna, 2004).

Lo sobresaliente es que ha modificado la regulación en cuanto acceso y control de medicamentos, igualmente se han instaurado políticas de salud materna y

promovido la medicina comunitaria para así conocer las necesidades sociales y sanitarias de la población. Su mayor desafío es garantizar el acceso de toda la población a servicios médicos y medicamentos esenciales. Un aspecto muy peculiar en este país es que los altos niveles de desempleo y pobreza, figuran por ser la causa de los principales problemas de salud (Arriagada et al., 2006).

En cuanto al gasto total que destina Argentina en salud, según estimaciones de la CEPAL se calcula que es aproximadamente un 10% del PIB, proporción que se asemeja a los países desarrollados y lo posiciona por encima de la mayoría de los países latinoamericanos (D'Elia et al., 2010). Pero en el 2009, el total del gasto público consolidado a salud fue de 6.21 como porcentaje del PIB, según la OPS (2012). Ello responde principalmente, a la casi universalidad de la cobertura y a la multiplicidad de cobertura para una proporción importante de la población. De todos modos, cerca de la mitad de esos recursos son gasto privado directo que se destinan a las provincias; contrariamente sobresale la escasa participación del gasto público en salud, que en cierta manera inhibe el fortalecimiento de todo el sistema de salud.

1.3.2 Brasil

Con respecto a Brasil el acceso a los servicios de salud se considera como un derecho social, y esto se establece en su Constitución, aunque también indica que es un deber del Estado garantizarlo a partir de la implantación de políticas sociales y económicas que reduzcan el riesgo de enfermedad y el acceso universal e igualitario de salud. Brena (2004), ha determinado que el sistema de salud brasileño es mixto, segmentado y que según el origen de los recursos, está compuesto por dos subsistemas:

- i. **Público.** En este subsistema se encuentran dos segmentos: el primero, permite el acceso universal y gratuito, igualmente se financia con recursos públicos y se le denomina Sistema Único de Salud (SUS). El segundo, está dirigido a los funcionarios públicos y es financiado con recursos públicos y

aportaciones de los empleados; aproximadamente atiende al 75% de la población.

- ii. **Privado.** Este tipo de subsistema se beneficia de los incentivos fiscales, y se puede dividir en dos segmentos: el primero, está conformado por los seguros de salud, su afiliación es de forma voluntaria, no obligatoria, y financiado con recursos tanto del empleador, como del empleado. El segundo, brinda un acceso directo a proveedores y el pago se realiza al momento de la prestación del servicio asistencial. Su crecimiento ha sido tal que cubre al 25% de los brasileños.

En un principio la atención estaba dirigida únicamente a los empleados del sector formal y a los habitantes de áreas urbanas, quienes eran atendidos por el Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Seguridad Social (INAMPS), cubriéndose así solamente a un tercio de la población, lo que dio paso a inequidades que desviaban los recursos a zonas ricas (Dupuy, 2010). El gobierno brasileño se ha enfrentado a graves inestabilidades económicas que han repercutido en el presupuesto de seguridad social, y en el financiamiento de los programas. A pesar de esta problemática, a mediados de los noventa se aumentó el gasto federal en salud, mediante la instauración de nuevos impuestos (D'Elia et al., 2010).

El sector público se basa en el SUS que funciona con fondos municipales y estatales, se le ha criticado porque en si no adoptó una lógica de financiamiento propia además de que dio paso a grandes inequidades regionales lo que acrecentó la mala calidad y cobertura. El SUS destina los fondos al pago de los servicios, pagos anticipados a proveedores, infraestructura, entre otras cosas (Dupuy, 2010). Es importante resaltar la experiencia de Brasil, ya que durante varios años ha trabajado en la unificación de su sistema de salud mediante la capacitación y certificación de los territorios descentralizados para acceder a recursos financieros.

A pesar de que comenzó la prestación de sus servicios bajo ciertas limitantes, ahora tiene un sistema muy característico por su nivel de recaudación y por la

importancia del sector privado. Es de reconocer los avances en materia de salud que ha logrado este país, aunque falta aumentar más la cobertura, mejorar la capacidad resolutive de las unidades del sistema público, y consolidar las acciones de promoción de la salud. Le sería muy benéfico redefinir sus planes nacionales y objetivos financieros, así como mejorar la atención hospitalaria, aumentar la inversión en salud y reorganizar los sistemas de vigilancia sanitaria. Existen ciertos aspectos que dañan directamente la prestación del servicio como lo es la pobreza, el déficit de los servicios de salud y los escasos medios de transporte, esto en conjunto denota la necesidad de incrementar la proporción del PIB que se destina a la salud, que en 2008 fue de 8.4% (Arriagada et al., 2006).

1.3.3 Chile

La implementación de las reformas a los sistemas de salud y seguridad social en Chile se adoptaron con la finalidad de reducir el gasto fiscal, y aumentar el ahorro interno, así mismo estimular la expansión de la tasa de inversión a largo plazo. En Chile el funcionamiento de los servicios de salud se han enfrentado a problemas de segmentación, desigualdad y selección adversa al riesgo. Los cambios más relevantes en materia de financiamiento y administración se basan en que con el nuevo sistema se eliminó la contribución obligatoria del empleador, en su lugar se introdujo un subsidio para apoyar las aportaciones voluntarias de este mismo (Fleury, 2003).

Con respecto a las reformas que ha implementado Chile en su sector salud Goga (2004), destaca que estas iniciaron en 1970 cuando se proponía la descentralización del sector, asimismo la apertura al sector privado en el aseguramiento y la atención de la salud. Pero fue hasta 1980 que el proceso de privatización se vio impulsado a través de la reforma del sistema provisional. Ya en 1990 las reformas sectoriales pusieron énfasis en la recuperación del rol del Estado en este campo y del sector público en la atención, lo que se dio paso al rescate democrático. Durante las reformas se han notado discrepancias entre la visión “salubrista” y otra “economicista”, donde la primera se centra en aumentar el

presupuesto público y la segunda en una lógica privatizadora que influya en la asignación de los recursos.

La Constitución Política de Chile, especifica el derecho a la protección de la salud, e indica que cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, igualmente es el Estado quien debe garantizar la ejecución de las acciones de salud en las instituciones públicas o privadas. Este sistema se conforma por el subsector público y el subsector privado. Donde el primero de ellos, está compuesto por el Sistema Nacional de Servicios de Salud el cual se integra por el Ministerio y el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), este último es el encargado de administrar y distribuir los recursos de salud. Por su parte, el subsector privado, está conformado por las Instituciones de Salud Previsional, que son seguros basados en contratos individuales y proveedores privados (Brena, 2004).

De acuerdo a lo detallado por Fleury (2003), a partir de la reforma al sistema de salud, se establecieron ciertos principios que deben destacarse, como el papel subsidiario del Estado, la libre elección de los consumidores, los costos compartidos, la competencia entre compañías de seguro y proveedores, y la separación de las funciones de financiamiento y provisión. Específicamente en Chile la cobertura rural supera a la cobertura urbana, en la mayoría de los países esto es al revés, por ello es esencial que los equipos de salud estén bien entrenados para atender a las minorías.

Con el estudio de los países antes mencionados se puede determinar que su evolución ha sido progresiva y benéfica principalmente para la clase trabajadora. Los cambios más relevantes se dieron a partir de la instauración de los ministerios de salud, los cuales atendieron las problemáticas más graves de las comunidades. En general el sector salud de estos países suele estar influenciado en mayor medida por las inestabilidades del gasto y la falta de cobertura médica en las zonas más pobres, lo que no es muy distinto al panorama mexicano. El análisis sirvió para comprender que las naciones buscan un fin común que es acercar los servicios de salud a toda la población, con eficiencia y calidad.

1.4 Sistema de Salud Mexicano

El origen del sistema de salud público en México se ubica en 1905, cuando se crea la Dirección General de Beneficencia Pública y se inaugura el Hospital General. A partir de la Constitución de 1917, en sus artículos 73 y 74 el derecho a la salud es consagrado como un derecho del individuo. El principio constitucional establece que la salubridad y asistencia pueden ser federales, estatales o municipales. Respecto a la seguridad social su reglamentación se basa sobre todo en el artículo 123 en lo relativo al trabajo y sus consecuencias. La Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública (SSA), hoy Secretaría de Salud evolucionó en forma rápida en los años veinte y se consolida como un sistema nacional en los treinta, como respuesta a las necesidades que plantea la población carente de seguridad social a fin de garantizar el derecho a la salud (Gutiérrez, 2002).

Durante la gran depresión (1929-1933) se establecen los Servicios Coordinados de Salud Pública, y la coinversión entre el gobierno federal y estatal. Con la administración del presidente Cárdenas (1934-1940) se enfatiza la prestación de servicios médicos al campo. A partir de 1943 el sistema de salud adopta una nueva forma con el establecimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que se desarrollaría a la par de la industrialización y urbanización del país. Entre 1955 y 1961 el proceso de industrialización se profundizó duplicando la cobertura del IMSS, que hacia 1960 amparaba a más de 3 millones de trabajadores asegurados, en tanto que la SSA atendía a 23 millones de mexicanos a quienes les costeaba la atención (Gutiérrez, 2002).

En 1960, surgió un tercer sistema de seguro que cubría a los empleados del gobierno y a sus familias este era el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Es importante destacar las fuentes de financiamiento para el caso del IMSS e ISSSTE, ya que como se mencionó en el apartado de los sistemas de salud, esto va a determinar la calidad del servicio y la atención médica que se les brinde a los usuarios. Por su parte el IMSS se financia con recursos de tres fuentes: la contribución del trabajador a su pensión y a su seguro de

salud, que está en función del salario del trabajador; la contribución del empleador del sector privado, y la aportación del gobierno federal para cada trabajador y su familia (Secretaría de Salud, 2004).

Mientras tanto el ISSSTE se financia con recursos de dos fuentes: la contribución del empleado, que también es una función creciente de su salario, y la contribución del gobierno. La lógica del financiamiento del ISSSTE es similar a la del IMSS, ya que el gobierno juega también el papel del empleador. Desde su inicio y hasta la reforma del 2003, la Secretaría de Salud se financiaba básicamente con fondos federales y en menor medida con aportaciones de los gobiernos estatales y cuotas pagadas por las familias (Secretaría de Salud, 2004).

Cabe destacar que el modelo de salud mexicano está organizado por grupos sociales, y estos se encuentran segregados en dos: “asegurados” y “no-asegurados”. Los institutos de seguridad social son responsables de atender a la población llamada “asegurada”, es decir a todos los trabajadores públicos y privados con un empleo “formal” (Tabla 4). La población denominada “no asegurada” la constituyen las clases más pobres, urbanas y rurales, que en teoría deben ser atendidas por la infraestructura de la Secretaría de Salud (SSA), no obstante por el limitado número de instalaciones y equipo físico y humano la atención se ve afectada a nivel de calidad y cobertura (Lara, 2006).

Tabla 4. Organización actual de acuerdo a grupos sociales

Grupos sociales			
Funciones	Asegurados	No asegurados	
		Pobres	Clase Media
Rectoría Financiamiento Prestación	↓ IMSS e ISSSTE	↓ Secretarías de Salud Federal y estatales	↓ Sector Privado

Fuente. Secretaría de Salud, 2004

En tanto que en los años setenta, se procura la ampliación y regionalización de los servicios de salud y seguridad social, en especial hacia el medio urbano, frente a un crecimiento acelerado de la clase media, factor que propició el crecimiento en la oferta de servicios privados de salud. A finales de los setenta el Ejecutivo rompe con el modelo de oferta exclusiva del IMSS hacia los asegurados y se legisla para atender a la población de menores ingresos a través del Programa IMSS-Coplamar (posteriormente IMSS solidaridad). En 1983 se promulga la Ley General en Salud que establece el derecho de toda persona a recibir asistencia social, atención médica y albergar los beneficios de la salud pública. En marzo de 1984, se integra por decreto el Programa IMSS-Coplamar a nivel estatal (Gutiérrez, 2002).

Amieva (2004), hace referencia a que los indicadores de salud de la población mexicana mejoraron sustancialmente en el periodo 1970-1989, más sin embargo, alrededor de 40 millones de personas tienen los problemas más comunes del subdesarrollo: alta tasa de mortalidad infantil (más de 50 por cada 1,000 en los estados más pobres: Chiapas, Oaxaca y Guerrero), enfermedades infecciosas y crónicas, debido a las condiciones sanitarias deficientes, desnutrición y urbanización sin servicios, así como pobres prácticas de salud, esto se agrava en poblaciones rurales y en las conurbadas a zonas urbanas.

A finales de los noventa se sugería una reorganización de los sistemas de salud, mediante la integración horizontal de sus funciones básicas: rectoría, financiamiento y prestación. La base financiera del IMSS se fortaleció al tiempo que se mejoró la calidad de atención desde que se aprobó la reforma legislativa en 1997. Este mismo año se creó un programa de bienestar social integral basado en incentivos que se llamó Progresá (Programa de Educación, Salud y Nutrición), cuyo nombre después cambió por el de Oportunidades en 2011 que estaba dirigido a la población pobre, en el año 2003 incluyó a 4.2 millones de familias. El programa destaca por su evaluación periódica de forma rigurosa y el uso de una encuesta para identificar el nivel socio-económico de las familias (Secretaría de Salud, 2004).

Con respecto a los cambios implementados en 1995, Ayala (2001), señala que se puso en marcha a nivel nacional un sistema para monitorear la demanda de atención

en las principales instituciones de salud, que pretendía configurar la prestación del servicio, esto junto con acciones de promoción, protección, curación y rehabilitación, dirigidos al individuo y la familia (Tabla 5). En este año la infraestructura médica no tuvo avances significativos a consecuencia de los limitados recursos económicos, esto provocó que no hubiera un progreso en materia de calidad y cobertura. Sin duda alguna, las reformas que pretendían llevarse a cabo con la finalidad de mejorar el servicio, eran de largo plazo, ya que se requería de la organización de todo el sistema.

Tabla 5. Cambios propuestos al sistema de salud en México. 1995-1997

Segmento de la población	Función	
	Financiamiento	Prestación
Asegurados	Contribución mixta, con cuota única e impuesto a la nómina	Libre elección del médico de familia
	Creciente financiamiento por impuestos generales	Potencial responsabilidad de empresas por la prestación
	Revisión de cuotas	Cobertura a todos los asegurados
	Cambio de la prima para riesgos de trabajo	
No asegurados	Seguro de salud subsidiado para la familia	Paquete básico de servicios de salud
	Descentralización del gasto público	Descentralización operativa
		Fusión del SSA-IMSS en los estados

Fuente. Ayala, 2001

Los problemas que tiene el sector empeoran cuando se halla un exceso de capacidad instalada en zonas urbanas, y donde además la mayor parte del presupuesto beneficia a estas mismas zonas. Este tipo de complicaciones hace más difícil la labor de trasladar servicios de salud a los grupos de pobreza extrema, dando paso a la modesta calidad del servicio y carencia de materiales. Se puede determinar entonces que el actual sistema requiere de programas de innovación administrativa, reordenamiento de los recursos humanos en centros de salud y hospitales, descentralización financiera hacia los hospitales estatales, instalación de mecanismos

de control del abasto de medicamentos esenciales, así como del mantenimiento de equipo e instalaciones para el uso eficiente de los recursos escasos (Amieva, 2004).

A partir de la cronología expuesta hasta el momento y según cifras oficiales del INEGI (2011a), a nivel nacional el IMSS aseguró un total de 15,350,335 beneficiarios en 2011, de los cuales 9,768,328 eran hombres y 5,582,007 mujeres, el número de cotizantes aumentó en todo el país; por su parte el ISSSTE afilió a 12,206,730 personas, lo que es coherente con la incorporación de los usuarios al sector formal.

1.4.1 Seguro Popular

La Secretaría de Salud (2004), ha determinado que el programa que fue abriendo paso a lo que ahora se llama Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), es el Seguro Popular de Salud (SPS) en el año 2001, que antes se denominó oficialmente “Programa Salud para Todos”. A finales de 2003 ya contaba con un total de 625,000 familias afiliadas, en 24 de los 32 estados de la República. Esto permitió el desarrollo de la reforma, aunado a la participación de los usuarios quienes aceptaron con éxito el programa. Puede haber confusiones respecto a si el SPS es igual al SPSS, por lo que cabe hacer mención de que el SPS forma parte del SPSS, ambos son dependientes de la Secretaría de Salud y se encuentran en coordinación con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS).

La importancia del SPS es ser pilar fundamental del SPSS, a este se le han designado tres objetivos para seguir en nuestro país:

- i. Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de la opción de aseguramiento público en materia de salud.
- ii. Crear una cultura de pago anticipado entre los beneficiarios.
- iii. Disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos en salud (Secretaría de Salud, 2006).

El Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (CESOP), designó al SPS como un instrumento de la política social del Estado, debido a que disminuye la tensión entre equidad e inequidad y es justificada por varios factores por ejemplo: A nivel *político* existe un compromiso de elevar los niveles de salud, y garantizar el acceso con calidad y trato digno. Desde la parte *jurídica* se destaca, el derecho de toda persona a tener protección de la salud, la cual se sustenta en la Constitución Política, explícitamente en el artículo 4º. La justificación *social*, señala los rezagos en materia de salud, a causa de la pobreza; también la transición demográfica y el incremento en los precios de los medicamentos. Por último la justificación *financiera* enfatiza su preocupación por el empobrecimiento que se vive por los gastos de bolsillo¹; y la reducción del gasto en salud que conlleva a la desigual distribución de los recursos entre las entidades federativas (CESOP, 2005).

La tabla 6, nos muestra los principales estados que en 2002, tuvieron el mayor número de hogares con gastos catastróficos, entre los que destacan: Chiapas, Zacatecas y Michoacán con 7.3, 7.0 y 6.7 por ciento respectivamente. Por su parte el Estado de México se ubica por debajo del promedio nacional con 3.1 hogares con gastos catastróficos por motivos de salud. Con respecto al índice de justicia financiera la entidad mexiquense se halla por arriba del nacional con una cifra de 85.3, esto quiere decir que el sistema de salud estaba por encima de la mayoría de las entidades federativas.

¹ Es el gasto realizado por una familia por concepto de consultas médicas y compra de medicamentos.

Tabla 6. Porcentaje de hogares por entidad federativa con gastos catastróficos en salud. 2002

Entidad Federativa	Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud	Índice de justicia en la contribución financiera	Porcentaje de hogares asegurados por el jefe de familia	% de aprobación trato digno	
				Atención ambulatoria	Atención hospitalaria
Nacional	3.9	84.8	45.3	88.4	87.2
México	3.1	85.3	44.0	88.4	88.1
Chiapas	7.3	83.0	22.3	87.3	86.4
Durango	5.2	82.2	47.2	90.5	90.1
Michoacán	6.7	83.2	31.4	87.8	83.9
Nayarit	5.6	83.7	38.0	91.4	91.9
Oaxaca	5.2	83.9	25.1	88.2	81.6
Tlaxcala	5.6	84.7	31.3	87.9	89.3
Zacatecas	7.0	81.4	27.7	91.6	92.0

Fuente. CESOP, 2005

Desde su inicio se orientó a servir a la población no derechohabiente de seguridad social y que se encuentra en los primeros deciles de la distribución del ingreso, su importancia recae en el hecho de que es un seguro público que busca evitar que las familias de bajos ingresos sufran a causa de los gastos catastróficos en salud. Cabe recalcar que el nivel de ingreso no ha sido una limitante para la afiliación de los usuarios, ya que lo que se intentaba era que ellos por medio de un pago contarán con los servicios de salud, pero era el asegurado quien determinaba la periodicidad de este pago (semestral o anual). La unidad de afiliación del SPS es la familia conformada por el cónyuge, los hijos menores de 18 años y los ascendientes mayores de 64 años (Secretaría de Salud, 2006).

Su implantación fue de manera gradual ya que se comenzó afiliando a las personas que pertenecían a los primeros seis deciles de la distribución de ingreso. En su etapa inicial en 2001, se logró implementar el programa en cinco estados, ya para 2003 cuando terminó eran 24 las entidades que se beneficiaban con este programa de salud (Tabla 7). Los derechohabientes contaban con una serie de beneficios que se puntualizaban en el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME), pero a su vez les fue entregada una “carta de derechos” donde incluían las obligaciones de los afiliados y sus beneficios (Secretaría de Salud, 2006).

Tabla 7. Estadísticas del Seguro Popular de Salud. 2001-2003

Año	Estados incorporados al Seguro Popular de Salud	Número de familias afiliadas	Recursos adicionales etiquetados para el Seguro Popular de Salud (pesos)	Costo promedio nacional por persona (pesos)
2001	Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco	59,484	250,000,000.00	n.d.
2002	20 Estados	296,000	202,618,000.00	1,411.00
2003	24 Estados	614,000	293,530,000.00	1,572.00

Fuente. Secretaría de Salud, 2006

Desde el inicio contó financieramente con las aportaciones que otorga el gobierno federal, mediante un subsidio transferido a través de la Secretaría de Salud quien entregaba a los Servicios Estatales de Salud (SESA), los ingresos. El subsidio para cada ejercicio fiscal se calculó con base al costo promedio del CABEME, estimado para cada Estado menos el monto per cápita de recursos públicos destinados a la prestación de servicios de salud a la persona (Tabla 8). Además el subsidio se multiplicó por el número promedio de integrantes por familia. En cuanto al subsidio federal los estados se sujetaron a criterios de selectividad, equidad, objetividad, transparencia, temporalidad y publicidad (Secretaría de Salud, 2006).

Tabla 8. Monto anual de subsidio para el CABEME de 78 intervenciones. 2003 (Cifras en pesos)

Estados	Por persona	Por familia
Baja California	543.00	2,213.00
Chiapas	517.00	2,535.00
Guanajuato	472.00	2,374.00
Quintana Roo	543.00	2,224.00
Tabasco	543.00	2,489.00
México	472.00	2,135.00

Fuente. CESOP, 2005

La otra fuente de financiamiento del SPS, eran las cuotas de afiliación que pagaban las familias, estas eran progresivas y dependían del nivel de ingreso de las familias. Los encargados de administrarlos son los SESA, quienes los empleaban para adquirir medicamentos. Por consiguiente el esquema de financiamiento del SPS era

bipartita a comparación del SPSS el cual está integrado por un modelo tripartita (Secretaría de Salud, 2006).

1.4.2 Reformas a la Ley General de Salud

El acceso de todos los mexicanos a servicios de salud de calidad ha sido uno de los principales objetivos del Estado Mexicano, un mandato expreso en el artículo cuarto constitucional, que a pesar del reconocimiento que se hace a la salud, no todas las personas ejercen el derecho por igual, en la constitución se menciona textualmente lo siguiente:

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.” (CPEUM, 2012)

Por lo tanto una vez que se tiene conocimiento sobre el modelo de salud en México y el mandato constitucional que establece la atención en servicios de salud de los mexicanos cualquiera que sea su posición social o lugar de residencia, origen étnico o situación laboral, se puede dar paso a describir cómo fue que a partir de la reforma a la Ley General de Salud (LGS) se crea el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), el cual se inició con la integración de las distintas fracciones parlamentarias y permitió esclarecer las reglas de financiamiento para la prestación de servicios estatales de salud.

Para que fuera posible el establecimiento del SPSS, se necesitaba de la participación de los distintos actores políticos ya que ello conllevaría a la fácil aceptación por parte de las entidades federativas. Fue el 24 de Abril de 2003, cuando el Senado de la República aprobó el proyecto, y días después tanto la Cámara de

Diputados, como la Cámara de Senadores hicieron lo propio al ratificar su voto a favor. Se publicó en el Diario Oficial de la Federación² el 15 de Mayo de 2003. Sin embargo, la iniciativa motivo a los poderes Legislativo y Ejecutivo al intercambio de ideas, lo que permitió el enriquecimiento de la iniciativa original (Secretaría de Salud, 2006).

La aprobación del reglamento en materia de Protección Social en Salud, tuvo una duración de más de un año a pesar de que ya se había instaurado la reforma a la ley. Esto a fin de fortalecer la transparencia y seguridad en la asignación de recursos al SPSS, incluso fue un tema ampliamente discutido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). Por lo tanto se aprobó y publicó el reglamento en el Diario Oficial de la Federación hasta el 5 de Abril de 2004. En cuanto a la reforma a la LGS los principales aspectos que se pretendía cubrir era el de establecer la protección social en salud como materia de salubridad general e incorporar reglas de financiamiento y prestación de los servicios (Secretaría de Salud, 2006).

Con la finalidad de hacer cumplir los nuevos planteamientos de la reforma, se modificaron los artículos 3, 13, 17, 28 y 35 de la LGS, de igual forma se adiciona el título tercero Bis, que incluye diez capítulos y 41 artículos que engloban los rubros referentes a la población beneficiaria de protección social en salud, a la constitución del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) entre otros. Debe destacarse que la reforma nace como una necesidad de atender a la población que carece de algún esquema de aseguramiento público. Luego de la reforma de 2003 se incorporó la protección social en salud como materia de salubridad general y se añadieron las reglas generales de financiamiento y prestación de los servicios para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud (Secretaría de Salud, 2006).

Dentro de los cambios jurídicos que se implementaron para coordinar el SPSS, está la definición de las estructuras del Consejo Nacional de Protección Social en Salud (CONPSS) y de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). El primero de ellos está presidido por el Secretario de Salud, y representará a las distintas autoridades del Sistema Nacional de Salud, también contará con la facultad de opinar

² El Artículo 77 de la Ley General de Salud y otras normas, contienen las reglas para el financiamiento y la prestación de los servicios de salud a los afiliados del SPSS.

sobre el funcionamiento del SPSS y proponer medidas para su mejor funcionamiento. La CNPSS, tiene la función de intervenir y promover acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas, y junto con los REPSS³ deberá responder las quejas o preguntas de los beneficiarios (Secretaría de Salud, 2006).

Las reformas al sistema de salud mexicano y SPSS, permitieron atender los retos de la población mexicana en materia de salud, lo que buscan es aminorar la proporción de gasto de bolsillo, reducir la prevalencia de gastos catastróficos por motivos de salud, e incrementar la cobertura del aseguramiento en salud; las probabilidades de que la población mexicana sufra de alguno de estos problemas es alta y más aún cuando se trata de las personas en condiciones rezago y desventaja relativa. En principio de cuentas el objetivo planteado era abarcar a cerca del 50 por ciento de la población del país, ubicada en zonas de alta marginación y de difícil acceso. No debe dejarse de lado que este programa también busca incrementar el nivel de inversión en salud como porcentaje del PIB (CNPSS, 2008).

Para alcanzar la cobertura universal el SPSS planteaba la obligación de fortalecer la infraestructura disponible, y mejorar el acceso efectivo a los servicios de atención médica de forma que satisfaga las necesidades de la población. Entre los cambios más distintivos estaba la implementación de un sistema de rendición de cuentas que indicará los avances de cada uno de los estados. El CESOP (2005), menciona que el Estado de México realizó la firma del Acuerdo de Coordinación para operar el Seguro Popular el 20 de Enero de 2004; se planteaba que en ese año el SPS tuviera vigencia en todas las entidades federativas bajo el SPSS, para que las familias beneficiarias recibiesen atención en los centros de salud y hospitales generales incorporados al sistema.

³ Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.

1.4.3 Aceptación del Sistema de Protección Social en Salud en México

Las autoridades mexicanas a fin de lograr un sistema más universal crearon el SPSS, que para conseguir sus metas de largo plazo necesitaba del cumplimiento de varios objetivos como: el fortalecimiento del papel rector de la Secretaría de Salud; la creación de un seguro familiar que funcionará como prueba piloto (SPS); la transferencia de recursos al sistema de servicios de salud del gobierno para así corregir las desigualdades entre los estados; el establecimiento de un mecanismo llamado Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC); la protección de los gastos en salud pública a partir de la separación entre los servicios comunitarios y personales; y finalmente crear incentivos para que los estados se centren en beneficiar a su población por medio de la afiliación (OCDE, 2005).

Como ya se mencionó uno de los problemas que se buscó solucionar son las desigualdades en cuanto al financiamiento, y esto por la inherente diferencia entre el gasto que se destina a los asegurados y los no asegurados, ya que mientras los primeros recibe servicios de seguridad social, los segundos se enfrentan a limitados servicios de salud. A nivel estatal también se observa una desigual distribución de los recursos y esto debido a las transferencias que se les designa. De la misma forma había una distorsión del financiamiento entre las entidades federativas pues estas gastaban de acuerdo a sus recursos fiscales que en el caso de los estados más pobres era muy poco (OCDE, 2005).

Una vez que los estados se comprometieron a participar en el programa SPSS, se tuvo que iniciar la negociación de la firma de los acuerdos, donde según lo señalado por la Secretaría de Salud (2006), el proceso consta de tres etapas fundamentales:

- i. Presentación de las ventajas y compromisos que adquiere la entidad federativa al adherirse al SPSS.
- ii. Definición de metas de afiliación para el año que ampara el acuerdo.
- iii. Ratificación de compromisos.

Es así como la unidad de protección será la familia, integrada por los cónyuges, los hijos menores de 18 años o mayores de veinticinco pero que sean discapacitados o estudiantes, igualmente los mayores de setenta y cuatro años. Por lo tanto la población objetivo es toda aquella que no es derechohabiente de las instituciones de seguridad social, y la conforman los migrantes, niños recién nacidos, mujeres embarazadas, indígenas, y las personas afiliadas por el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. La incorporación es de forma voluntaria a petición del jefe de familia y una vez afiliados pueden beneficiarse del CAUSES que contempla 275 intervenciones (Aguilera & Quintana, 2012).

Para el adecuado funcionamiento del SPSS se necesita de la participación de las 31 entidades federativas y Distrito Federal, esto debido a que a partir de la reforma a la LGS se dio una separación entre el área administrativa y de gestión. A los estados les corresponde establecer el programa en cada uno de los municipios que lo conforman, así como ejecutar acciones de financiamiento, supervisión y afiliación. Por medio del SPSS se ha dado una mayor integración a nivel nacional de los servicios de salud, ya que cada una de las entidades colabora y administra los recursos de tal forma que cubran a la población no asegurada. De cierta manera el incentivo que tienen al afiliar a más usuarios, es que reciben mayores subsidios por parte de la Federación (Secretaría de Salud, 2006).

La CNPSS se encarga de promover, coordinar y supervisar las acciones que realiza el SPSS, está opera como un organismo rector que tiene la capacidad operativa, y técnica para dirigir el sistema. También se le designa como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, que busca regular los acuerdos entre gobiernos para mejorar los criterios de afiliación, así como la administración de los recursos, y se encarga de rendir cuentas a los ciudadanos. No debe dejarse de lado la colaboración de cada una de las autoridades estatales, ya que tienen a su cargo la responsabilidad de adecuar su marco legal y administrativo, para hacer cumplir cada una de las metas establecidas por el SPSS (Secretaría de Salud, 2006).

Capítulo II. Funcionamiento del Sistema de Protección Social en Salud en México

2.1 Fuentes de subvención del Sistema de Protección Social en Salud

Una vez que se conocen las reformas a la LGS que permitieron el establecimiento del SPSS en cada una de las entidades federativas y que se tiene la aceptación por parte de cada uno de los órdenes de gobierno, se puede proseguir a determinar el esquema de financiamiento con el que cuenta el SPSS. Este punto toma especial relevancia pues si las aportaciones no se dirigen de manera adecuada a las estrategias y acciones que más lo requieren, se puede ocasionar una serie de desequilibrios que afectan la disponibilidad del servicio, como ha sucedido en años anteriores, por ejemplo: bajo nivel de inversión, recursos ineficientes que causan altos gastos de bolsillo, distribución inequitativa de recursos entre instituciones y áreas geográficas, además la falta de corresponsabilidad entre los órdenes de gobierno y el creciente destino del gasto público hacia la nómina.

Mediante la instauración del nuevo esquema financiero se pretende promover una mayor equidad en la distribución de los recursos públicos, la disminución del gasto de bolsillo y el incremento del nivel de inversión en salud. Ahora los recursos se establecieron con base en las personas que demandan el servicio y las metas de afiliación. Lo que intenta el SPSS con estas reformas es incentivar y a su vez comprometer a los estados a que mejoren sus estrategias de afiliación. Bajo tales circunstancias la Secretaría de Salud (2006), indica que el programa se orienta a las personas no derechohabientes del seguro social, que viven en zonas rurales e indígenas, que por su situación de pobreza están expuestas a complicaciones de salud por falta de atención médica oportuna. Es por ello que se buscó acercar los servicios de salud a toda la población independientemente de su nivel de ingresos.

El financiamiento de los servicios de salud con la finalidad de apoyar a las familias, quedó conformado por los recursos públicos que se recaudan mediante impuestos (Impuesto al Valor Agregado e Impuesto Sobre la Renta); por las contribuciones a la seguridad social, que se obtienen a través de impuestos a la

nómina (participan empleadores y trabajadores); y el gasto privado que realizan los hogares a través de primas de seguros o gasto de bolsillo (Knaul et al., 2003). La prevalencia del gasto de bolsillo en la sociedad mexicana implica una reducción en los recursos para el desarrollo económico y productividad, así mismo frena la competitividad, pero su resultado más negativo es el aumento de la pobreza, lo cual afecta el aseguramiento de las familias (Knaul et al., 2005).

La tabla 9, señala las fuentes de ingreso de cada una de las instituciones de salud, incluyendo al SPSS. Esta última promueve la participación del gobierno federal y estatal, asimismo de las familias, lo que se requiere es aumentar el financiamiento público para que se incluya a los trabajadores independientes, no asalariados e informales.

Tabla 9. Organización según fuente de aportación de los seguros públicos en México

Seguro Públicos	Aportantes			
IMSS	Obrero	Patrón	Estado Nacional (Cuota Social)	
ISSSTE	Empleado	Gobierno Federal	Estado Nacional (Cuota Social)	
SPSS	Familia	Gobierno		Estado Nacional (Cuota Social)
		Estatal	Federal	

Fuente. Knaul et al., 2003

Bajo el nuevo esquema, se busca impulsar la participación del gobierno federal, entidades federativas y sociedad para la prestación de un mejor servicio asociado a la salud. El ofrecer a la población un mecanismo de protección social en salud, garantiza el acceso oportuno y de calidad a los servicios médicos y acredita la disponibilidad de fondos económicos que cubren los altos costos de tratamientos. Pero quizá el reto más importante que tiene el Estado no sólo es la prestación del servicio en las unidades médicas sino también la cobertura equitativa en todo el país por medio de atención de primer y segundo nivel⁴; lo que el gobierno trata de evitar con este

⁴ Se refiere al hecho de que los beneficiarios sean atendidos en espacios más equipados donde se puedan llevar a cabo tratamientos que mejoren su salud. Otorga al paciente atención especializada conforme a sus necesidades.

programa es que las familias pierdan su patrimonio al enfrentar una contingencia de salud (Secretaría de Salud, 2004).

Se debe mencionar que el SPSS oferta los servicios de salud de acuerdo a dos vertientes, los cuales son: los servicios de salud a la persona, que se orientan a la atención médica que reciben las personas, incluyendo la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Pero también los servicios de salud a la comunidad, que ofertan bienes públicos de salud con independencia de la condición de aseguramiento de la población, se consideran las funciones de rectoría y la provisión de servicios a la comunidad (vacunación), se brindan a nivel local, regional y nacional. De acuerdo al servicio que se brinda serán las fuentes de financiamiento; por lo tanto el SPSS es costeado de manera solidaria por la Federación, las entidades federativas y los beneficiarios.

Los recursos para financiar el SPSS provienen del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) a que se refiere la Ley de Coordinación Fiscal (LCF); los recursos de los programas del Ramo 12 Salud del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF); y los recursos para la función salud aprobados para el SPSS. Para el caso de los servicios de salud a la persona, el gobierno federal cubre una Cuota Social (CS) con recursos del Ramo Administrativo 12 Salud, así como una Aportación Solidaria Federal (ASF), a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASP), cuyos recursos provienen del FASSA (Ramo 33).

Las entidades federativas realizan una Aportación Solidaria Estatal (ASE); y los beneficiarios cubren una Cuota Familiar (CF). Los bienes públicos de salud a la comunidad a nivel local, se financian con el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASC) que se integra también con los recursos del Ramo 33; a nivel regional y nacional, son financiados con un FASC complementario cuyos recursos provienen del Ramo 12 (Tabla 10).

Tabla 10. Fuentes de financiamiento y origen de los recursos

Sistema de Protección Social en Salud						
Servicio	Servicios de Salud a la Persona				Servicios de salud a la comunidad	
Fuente de Financiamiento	Gobierno Federal		Entidades federativas	Familias beneficiarias	Gobierno Federal	
					Bienes a nivel local	Bienes a nivel regional y nacional
	Cuota Social	Aportación Solidaria Federal (FASP)*	Aportación Solidaria Estatal	Cuota Familiar	FASC*	
Origen de los recursos	Ramo 12 Salud	FASSA (Ramo 33) y Ramo 12 Salud	Presupuestos estatales	Familias beneficiarias	FASSA (Ramo 33)	Ramo 12 Salud

*FASC, Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad; FASP, Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona

Fuente. Elaboración propia con base en los Informes de Resultados del SPSS

2.1.1 Aportaciones Federales

Las aportaciones que realiza el gobierno federal al SPSS de forma anual, están constituidas por dos fuentes:

- i. **Cuota Social (CS).** Las transferencias de recursos a las entidades federativas y Distrito Federal se otorgan de acuerdo al padrón de afiliados del SPSS y de los términos dispuestos por la LGS. Este rubro se financia con los recursos que se establecen en el presupuesto de la Secretaría de Salud, pertenecientes al Ramo 12. A partir de la puesta en marcha del programa y hasta el 2009, la Federación cubrió la CS por familia beneficiaria, está era equivalente al 15% de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal siendo actualizada de acuerdo al INPC⁵ (CNPSS, 2008).

Sin embargo, como resultado de las reformas a la LGS a partir de 2009, la cuota se otorgó por persona beneficiaria, equivalente al 3.9% de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal; se calculó por primera

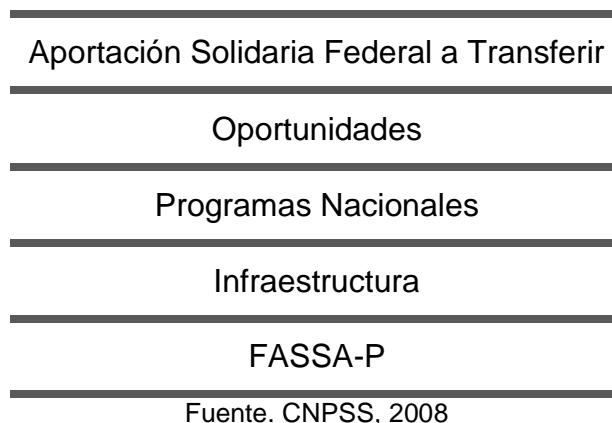
⁵ Índice Nacional de Precios al Consumidor

vez en 2010 y se actualiza trimestralmente con base en la variación del INPC. Su fijación ha permitido reducir la brecha entre el gasto público para la población con seguridad social y el gasto público para los no asegurados (CNPSS, 2012a).

- ii. **Aportación Solidaria Federal (ASF).** Los ingresos que sustentan el pago de la aportación a las entidades federativas y Distrito Federal, provienen del FASSA (Ramo 33), al respecto la LGS señala que a partir de que se celebre el Acuerdo de Coordinación con los estados, estos podrán utilizar los recursos del FASP para financiar el SPSS (Secretaría de Salud, 2006). La ASF equivale a una y media veces el monto de la CS, la distribución a cada entidad federativa varía ya que la aportación se designa con una fórmula (Anexo 1), diseñada para beneficiar a la población que más lo requiere, por lo cual es común que el valor de ASF sea ligeramente superior a 1.5 veces la CS (CNPSS, 2012a).

En la determinación del ASF se toman en cuenta los recursos presupuestales asociados a otros programas de salud que tienen acciones contenidas en el CAUSES, tal es el caso del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud destinados a la Persona (FASSA-P, Ramo 33), infraestructura, Programas Nacionales de Salud y Oportunidades (Ramo 12). Esto con el fin de evitar la duplicidad de recursos presupuestales, la Federación transfiere a las entidades federativas la diferencia entre el cálculo de la ASF y los recursos por otros programas de salud (CNPSS, 2008).

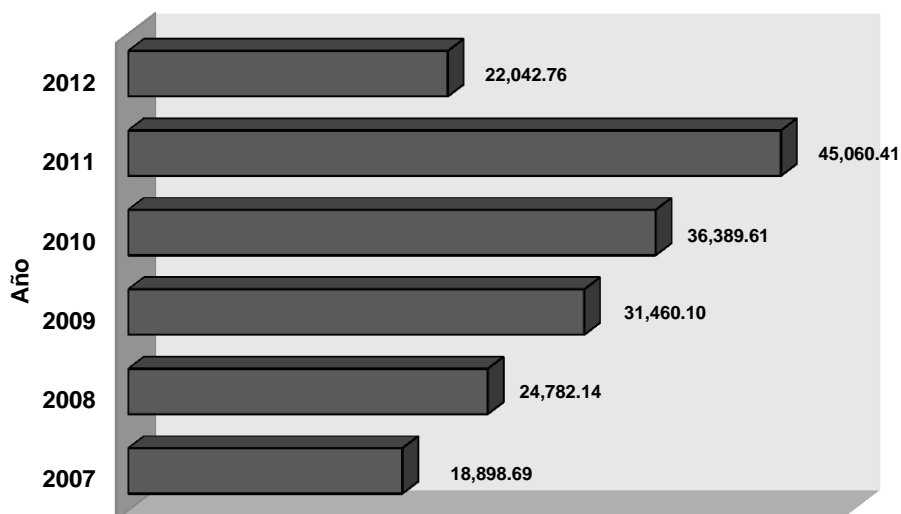
Esquema 1. Recursos para integrar la ASF



Durante el periodo los recursos federales cedidos a las entidades federativas, por los conceptos de CS y ASF, estuvieron en función del crecimiento observado de la afiliación, como se observa en la gráfica 1. Muestra de ello es que en 2007, se asignó un total de \$18,898.69 mdp con lo cual se puede distinguir una variación absoluta de \$5,883.45 mdp en proporción al 2008. Los recursos federales otorgados en 2011 para cubrir a los estados ascienden a \$45,060.41 mdp lo que representa un incremento de 23.8% con respecto a lo transferido en el 2010. En cuanto al 2012⁶ se tiene un decremento en comparación con el 2011 a causa de que es la transferencia correspondiente a Junio de 2012. La distribución de recursos va a cambiar de una entidad a otra, pues la asignación se hace con base en las necesidades de salud, esfuerzo estatal y desempeño.

⁶ Las cifras que pertenecen a 2012, corresponden a los recursos transferidos a las entidades federativas hasta Junio de 2012, sin embargo se ha proyectado que al final de 2012 se transfieran \$51,672.00 mdp.

**Gráfica 1. Aportaciones Federales transferidas a los estados por CS y ASF.
2007-2012* (Millones de pesos)**



*La cifra de 2012 corresponde al primer semestre del año

Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Resultados del SPSS

2.1.2 Aportación Solidaria Estatal

Así como la Federación realiza su aportación para financiar al SPSS, los estados y Distrito Federal deben asignar un monto mínimo que es equivalente a la mitad de la CS. Esto es independiente de alguna otra aportación que los gobiernos estatales decidan efectuar como parte de su gasto en salud. La CNPSS (2012a), indica que conforme a los lineamientos para la integración de la ASE, se consideran tres procedimientos:

- i. **Aportación líquida.** Toma en cuenta las aportaciones que los estados y Distrito Federal efectúan de forma líquida al sistema y que deben registrarse de manera específica en el presupuesto estatal.
- ii. **Acreditación del gasto estatal.** Es el gasto que las entidades federativas destinan a los servicios de salud, con la finalidad de fortalecerlos, esto durante el ejercicio fiscal en curso.

- iii. **Mezcla.** Se efectúa cuando existe una combinación de los dos procedimientos antes descritos.

Las entidades federativas que efectúan su ASE, al igual que en el caso de la ASF, pueden acreditar el gasto dentro de su presupuesto estatal que será destinado para la prestación de servicios de la salud a la persona debiendo aportar recursos líquidos en caso de no alcanzar la mitad de la CS. Es muy importante que los gobiernos estatales, concuerden sus presupuestos con los federales, pues esto ayudará a que se relacionen los recursos sobre las mismas bases (CNPSS, 2012a). La gráfica 2, muestra el progreso que ha tenido la ASE durante los seis años de estudio. La respuesta ha sido favorable con base en el crecimiento de la afiliación, al pasar de \$8,395.00 mdp en 2007 a \$23,262.10 mdp en 2012, esto representa un crecimiento acumulado de 177.1% tomando en cuenta que las cifras de 2012 sólo corresponden hasta el mes de junio.

De 2011 a Junio 2012, hubo una variación absoluta de \$2,797.30 mdp, lo que significó un incremento de 13.7%. Es importante mencionar que los estados y Distrito Federal celebran acuerdos de coordinación para la ejecución del SPSS, y será la Secretaría de Salud quien establezca el modelo nacional al que se sujetarán. La importancia de los acuerdos reside en que en ellos se determinan aspectos del gasto, el destino de los recursos, los indicadores de seguimiento a la operación y los términos de la evaluación integral del sistema, esto ayuda a transparentar el uso de los recursos (CNPSS, 2012b).

Gráfica 2. Evolución de la ASE. 2007-2012* (Millones de pesos)



*La cifra de 2012 corresponde al primer semestre del año

Fuente. Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud, 2012

2.1.3 Cuota Familiar

Cuando las familias se afilian se corresponsabilizan del financiamiento mediante una Cuota Familiar (CF) la cual permite realizar un pago anticipado que sustituye al pago de cuotas de recuperación en el momento de demandar la atención, a través de su implementación se busca reducir el gasto de bolsillo y el número de hogares que se empobrecen. El monto que se paga es de forma anual y se cobra por familia afiliada, la cantidad se determina a partir de la evaluación socioeconómica llevada a cabo al momento de la afiliación, a las familias se les ubica por decil de ingreso. Cabe señalar que cada año la cuota anual por familia cambia y que con el tiempo se han ampliado los deciles que pertenecen al régimen de no contribuyentes (CNPSS, 2008).

Dado que bajo ninguna circunstancia económica se excluirá a las personas para que formen parte del SPSS, se estipularon dos regímenes:

- i. **Régimen contributivo.** Los afiliados que aportan a la CF lo deberán hacer de manera anual, anticipada y progresiva, de acuerdo al monto que fije el Ejecutivo Federal. A cada familia registrada se le hará una evaluación, a fin

de ubicarla en el decil de ingreso que corresponda, la verificación del decil se realizará cada tres años. No obstante, a pesar de que la CF aumenta cada año de acuerdo a la variación del INPC, recibe un subsidio importante ya que de otra forma no cubriría la totalidad de los gastos (CNPSS, 2012a).

- ii. **Régimen no contributivo.** Lo que se pretende con la implementación de este régimen, es no excluir a las familias o personas que por su falta de ingresos no pueden pagar la CF. Se aplica este régimen a la población de bajos recursos, entre ellas las beneficiarias de los programas de combate a la pobreza, las que residen en localidades de muy alta marginación, e inclusive las que determine la CNPSS (CNPSS, 2012a).

El llevar acabo la clasificación de las familias por deciles permite detectar los niveles de bienestar de cada uno de los núcleos afiliados y saber cuáles serán objeto de una CF al momento de su afiliación. Dependiendo de las disposiciones que estén vigentes se podrá conocer las familias y los deciles que pertenecen a cada régimen (Secretaría de Salud, 2006). Desde el año 2007 hasta el 2009, las familias de los deciles I y II, y las del decil III que contaban con al menos un integrante de hasta 5 años de edad cumplidos, al momento de su afiliación pertenecían al régimen no contributivo (Tabla 11).

A partir de 2010, las familias de los deciles I, II, III, IV, así como así ubicadas en los deciles I al VII, que tengan al menos un niño mexicano nacido a partir del 1 de Diciembre de 2006 al momento de incorporarse al SPSS, o que cuenten con una mujer embarazada van a formar parte del régimen no contributivo (CNPSS, 2010a).

Tabla 11. Cuota Familiar según decil de ingreso. 2007-2012
(Cifras en pesos)

Decil de Ingreso	2007	2008	2009	2010	2011	2012
I	0	0	0	0	0	0
II	0	0	0	0	0	0
III	688.09	713.96	714	0	0	0
IV	1,349.31	1,400.04	1,400.00	0	0	0
V	1,999.78	2,074.97	2,075.00	2,075.00	2,075.00	2,075.00
VI	2,730.88	2,833.56	2,833.60	2,833.60	2,833.60	2,833.60
VII	3,515.74	3,647.93	3,647.90	3,647.90	3,647.90	3,647.90
VIII	5,445.62	5,650.38	5,650.40	5,650.40	5,650.40	5,650.40
IX	7,426.50	7,518.97	7,519.00	7,519.00	7,519.00	7,519.00
X	10,966.52	11,378.86	11,378.90	11,378.90	11,378.90	11,378.90

Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Resultados del SPSS

Las aportaciones que realizan los afiliados al SPSS, representan un monto muy pequeño con respecto al total de las aportaciones al sistema, esto es menos del uno por ciento en promedio en cada uno de los años. En la tabla 12, se muestran las cifras correspondientes a la CF, las cuales sólo incluyen las aportaciones de las familias pertenecientes al régimen contributivo, así como de las denominadas familias unipersonales, es decir, de un sólo integrante beneficiario, quienes aportan únicamente el 50% de la CF que corresponda a su decil de ingreso, lo que limita en mayor medida los recursos (CNPSS, 2009).

Tabla 12. Recursos captados por Cuotas Familiares. 2007-2012*
(Millones de pesos)

Año	Cuota Familiar
2007	213.23
2008	228.56
2009	181.68
2010	212.5
2011	184.5
2012	40.74

*La cifra de 2012 corresponde al primer semestre del año
Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Resultados del SPSS

Durante 2007 el monto totalizó \$213.23 mdp, esto es 7.2% menos de los recaudado en el año 2008. En los años 2009 y 2011, se observan decrementos porcentuales de 20.5% y 13.2% respectivamente, pues se aumentaron las familias

unipersonales en 2009 y las familias del régimen no contributivo en 2011. Debe mencionarse que las cuotas familiares que se recaudan, se administran y permanecen en el Estado pero no se contabilizan como parte de la bolsa de recursos para la prestación de servicios que otorga la Federación, y aunque no llegan a representar un monto muy grande si sirven para solventar algunos gastos menores dentro de las instituciones de salud (pago de medicamentos). A partir de esto sería importante conocer el destino y la aplicación de los recursos para que se conozca la preponderancia de manejarlos con transparencia y equidad.

2.1.4 Origen y aplicación de los recursos

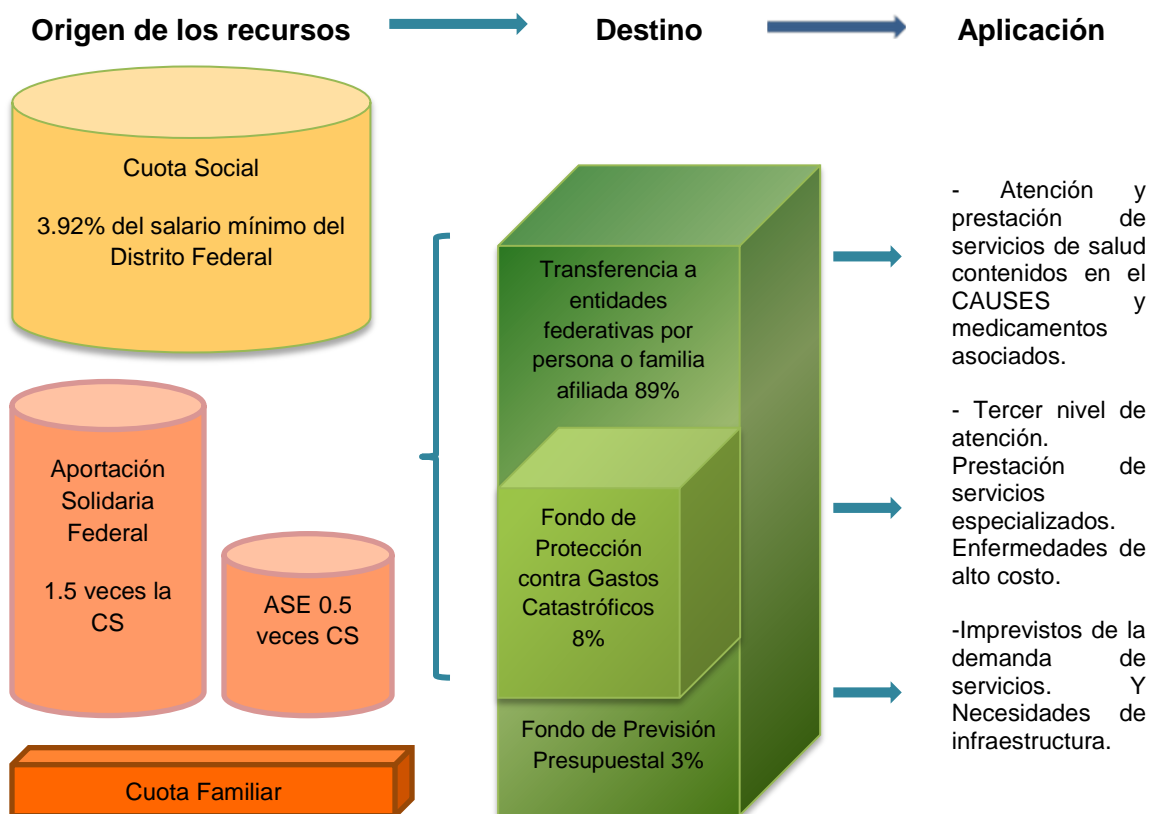
Una vez que se cuenta con los recursos provenientes de la Cuota Social, Aportaciones Solidarias (ASF y ASE) y Cuota Familiar se prosigue a determinar el destino de estas contribuciones, de tal forma que se asegure el financiamiento para la prestación de los servicios de salud a cada uno de los beneficiarios. La CNPSS (2011), detalla que del total de recursos captados, el 89% se transfiere a entidades federativas y Distrito Federal, para que cubran los gastos derivados de la implementación del SPSS en sus comunidades. El monto dirigido a cada Estado dependerá del número de afiliados⁷ registrados en el Padrón de Beneficiarios y se empleará para la prestación de servicios de salud contenidos en el CAUSES y el suministro de medicamentos asociados.

Por su parte el FPGC, se encarga de dar continuidad a la atención médica proporcionada por el SPSS, cubre padecimientos de alta especialidad y costo, que representan un riesgo financiero o gasto catastrófico para las familias. Este fondo se encuentra financiado a través de una aportación de 8% de la ASF y ASE, los recursos son manejados por el comité del Fondo de Gastos Catastróficos. Al respecto la LGS, establece la posibilidad de recibir recursos financieros a través de aportaciones

⁷ Se debe señalar que a partir del año 2010, las transferencias de recursos se hicieron por persona afiliada, y no como se llevaba a cabo de 2007 a 2009 cuando la transferencia era por familia afiliada.

adicionales de terceras instancias para el FPGC, lo cual ha motivado la negociación de la Secretaría de Salud con múltiples sectores industriales y sociedad civil para acuerdos de cooperación financiera (Secretaría de Salud, 2006).

Esquema 2. Origen, destino y aplicación de los recursos



Fuente. CNPSS, 2009

En cuanto al Fondo de Previsión Presupuestal (FPP) se le ha designado un 3% del presupuesto, para que financie tres conceptos los cuales la Secretaría de Salud (2006), define de la siguiente forma:

- i. **Desarrollo de infraestructura médica para atención primaria y de especialidades básicas en zonas de mayor marginación.** Se lleva a cabo en zonas de mayor marginación social, pero deben ser autorizadas en el Plan

Maestro de Infraestructura, para que puedan acceder al financiamiento estatal y así invertir en obra física y equipamiento, se le otorga un 2% de los recursos. El requisito para el proyecto es contar con un certificado de necesidades y seguir los lineamientos establecidos por la Secretaría, a través de la Subsecretaría de Innovación y Calidad.

ii. Diferencias imprevistas en la demanda de servicios esenciales de salud.

Dichas diferencias imprevistas en la demanda de servicios (DI) cubiertas por el FPP son las que se derivan de un exceso en la demanda esperada de servicios. Dentro de estas no se incluyen los desastres naturales o urgencias epidemiológicas. Los recursos que se destinan representan una reserva modesta del 1%, que se reparte entre está y la garantía del pago por la prestación interestatal de servicios. Las entidades federativas podrán acceder una vez al año a estos recursos con previa aprobación de la CNPSS.

iii. Garantía de pago por incumplimiento en la compensación económica por la prestación interestatal de servicios esenciales de salud.

La garantía de pago (GAPA) es un mecanismo de apoyo a la compensación económica, permite dar certeza de pago a la entidad federativa que presta los servicios convenidos. Los recursos erogados por la GAPA, se recuperarán al descontar el monto a deber de los recursos que por concepto de la CS correspondan a la entidad federativa deudora en el trimestre inmediato posterior al trimestre en que se verificó la erogación. Debe mencionarse que existe prioridad por las solicitudes de financiamiento para las diferencias imprevistas en la demanda, que por las solicitudes de financiamiento por GAPA.

2.2 Subsidios de acuerdo al número de afiliados por entidad federativa

Como ya se mencionó el gobierno federal con base en la afiliación registrada por cada Estado, transfiere durante cada ejercicio fiscal, los recursos correspondientes por concepto de CS y ASF, con la intención de que las entidades federativas los consignen a sustentar financieramente la atención médica de los afiliados al Seguro Popular. No obstante deberán informar a la CNPSS de manera mensual el avance en el ejercicio de los recursos transferidos. El hecho de que los recursos se asignen de acuerdo al esfuerzo estatal, número de beneficiarios, necesidades de salud y desempeño de los servicios de salud provoca que haya una mayor competencia por los recursos así mismo se estimula a los estados para que mejoren la calidad de los servicios médicos.

La Secretaría de Salud (2006), ha determinado que a los REPSS les corresponde la gestión, administración de los recursos financieros y la coordinación de los servicios de atención médica, pero su operación estará supervisada y evaluada por la CNPSS. Los gobiernos estatales tienen a su cargo la ejecución del SPSS, por lo que de ser necesario deben adecuar su marco legal y administrativo, esto sin incurrir en erogaciones adicionales, asimismo para el cumplimiento de su labor contarán con la participación subsidiaria de la Federación. Cada entidad federativa tendrá una Unidad Estatal de Protección Social en Salud (UEPSS), la cual trabajará de manera coordinada con los SESA en el seguimiento de los recursos financieros y en la integración de la red de prestadores de servicios.

De acuerdo a lo señalado anteriormente los subsidios federales que se han transferido a los estados durante el periodo, sumaron un total de \$178,633.71 mdp. Los siete estados que destacaron por captar el 55.8% del total de los recursos, fueron: Chiapas, Guanajuato, México, Puebla, Jalisco, Oaxaca y Veracruz, esto por el gran número de personas que lograron afiliar y su desempeño. Aunque se puede observar que los recursos se ajustaron de tal forma que se beneficiará a los estados con más necesidades en materia de salud, tal es el caso de Chiapas y Oaxaca.

A continuación se presentan los recursos transferidos correspondientes a los cierres de afiliación⁸:

Tabla 13. Subsidios transferidos a las entidades federativas por CS y ASF. 2007-2012* (Millones de Pesos)

Entidad Federativa	Ejercicio Fiscal						Total
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Aguascalientes	206.06	221.30	241.50	226.88	257.42	73.90	1,227.07
Baja California	720.58	796.88	846.39	671.63	922.50	363.74	4,321.71
Baja California Sur	66.45	71.57	78.30	76.97	102.50	29.44	425.24
Campeche	144.93	193.01	232.65	213.30	247.72	137.29	1,168.90
Coahuila	119.21	203.21	321.51	346.11	378.36	100.67	1,469.08
Colima	151.71	162.90	181.00	145.59	163.25	85.41	889.86
Chiapas	1,490.50	1,706.31	2,191.20	2,692.04	3,098.55	1,272.67	12,451.26
Chihuahua	361.75	447.10	572.10	680.70	838.28	500.48	3,400.41
Distrito Federal	492.47	932.84	1,471.91	1,751.61	2,512.48	1,524.21	8,685.52
Durango	103.10	176.25	233.54	254.66	367.66	106.72	1,241.92
Guanajuato	2,159.22	2,346.57	2,940.78	3,081.44	3,553.40	1,554.53	15,635.94
Guerrero	545.36	877.77	543.31	1,517.46	1,901.10	751.84	6,136.85
Hidalgo	443.73	564.80	763.53	754.53	969.03	297.21	3,792.84
Jalisco	876.95	1,278.71	1,839.05	1,959.93	2,452.19	1,115.86	9,522.68
México	1,641.22	2,437.20	3,797.13	5,029.48	7,140.52	3,952.43	23,997.99
Michoacán	551.82	895.90	1,278.60	1,590.90	2,082.94	1,243.76	7,643.92
Morelos	472.50	542.79	597.53	740.30	875.58	336.23	3,564.92
Nayarit	201.57	225.99	279.77	268.28	334.31	184.26	1,494.19
Nuevo León	198.91	339.96	434.82	688.67	873.84	504.99	3,041.18
Oaxaca	961.33	1,353.47	1,741.94	1,927.76	2,161.79	880.07	9,026.36
Puebla	1,391.10	1,738.57	2,149.32	2,476.87	3,388.21	1,617.84	12,761.92
Querétaro	125.85	251.19	325.22	365.26	569.02	332.92	1,969.46
Quintana Roo	84.51	140.01	191.13	237.58	320.44	94.73	1,068.40
San Luis Potosí	515.21	584.99	621.81	959.48	1,017.28	636.14	4,334.92
Sinaloa	420.70	453.56	524.30	500.42	598.67	321.95	2,819.61
Sonora	331.41	353.77	385.34	401.67	444.28	128.16	2,044.63
Tabasco	1,375.37	1,418.95	1,381.51	1,321.93	1,286.20	691.93	7,475.88
Tamaulipas	519.50	678.34	722.05	870.36	811.96	486.64	4,088.86
Tlaxcala	161.43	325.46	531.09	667.53	658.18	248.77	2,592.46
Veracruz	1,577.92	2,401.74	3,257.34	3,148.42	3,802.06	2,072.79	16,260.27
Yucatán	230.55	316.64	396.50	459.31	482.32	272.10	2,157.43
Zacatecas	255.74	344.39	387.94	362.52	448.36	123.08	1,922.03
Total	18,898.69	24,782.14	31,460.10	36,389.61	45,060.41	22,042.76	178,633.71

*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año

Fuente. Elaboración propia con datos de la CNPSS, 2012a

Al Estado de Baja California Sur le fue destinado un monto de \$425.24 mdp, lo que representa 0.2% del total de los recursos. Por su parte, Colima obtuvo tan sólo el

⁸ Debe aclararse que las transferencias del mes diciembre, pudieron abarcar dos ejercicios fiscales, ya que al 31 de Diciembre no se cuenta con el cierre de afiliación de ese mes para hacer la transferencia correspondiente dentro del mismo ejercicio fiscal.

0.5% de la totalidad de las transferencias, ambos estados sobresalen por ser los que menores recursos tuvieron; pero esto se puede explicar por el hecho de que son los dos estados que menor población tienen, y que por lo tanto requieren menos recursos para cubrir a su población en comparación con estados como Jalisco, México o el Distrito Federal que son los más poblados. Por otro lado el Estado de México realizó un buen trabajo ya que albergó el 13.4% del total de los ingresos, dejando atrás a estados como Veracruz y Guanajuato. La cantidad que le fue transferida a la entidad mexiquense considera a la población afiliada, y las necesidades en salud que se tienen que cubrir.

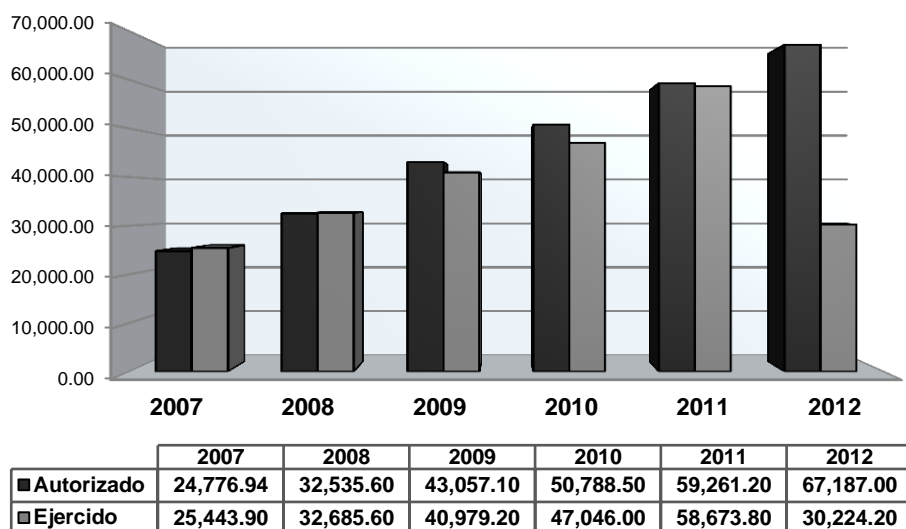
2.2.1 Participación del Presupuesto de Egresos de la Federación

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público incluyó dentro del PEF al SPSS, para asegurar su funcionamiento y realizar las modificaciones correspondientes. Por lo tanto, los recursos que son autorizados para el SPSS, se dividen en dos programas presupuestarios: 1) Seguro Popular, el cual toma en cuenta los servicios esenciales de salud (Recursos transferibles por concepto de CS y ASF), el FPGC, los cambios de la demanda de servicios y garantía interestatal; e, 2) Infraestructura y Equipamiento en Salud. En el caso de la totalidad de los recursos asignados al SPSS para los años 2007-2012, se considera tanto los manejados por la CNPSS (CS+ASF+Fondos), así como los incluidos en otras fuentes de financiamiento (Ramo 12 y 33) que se transfieren directamente a los estados (CNPSS, 2012a).

Con respecto a los recursos federales asignados al sistema, estos siguen una tendencia congruente con el incremento programado de la afiliación en los estados, los ingresos del SPSS han mostrado un crecimiento continuo en cada ejercicio fiscal, lo cual se debe al significativo aumento de los conceptos que constituyen al Seguro Popular, el cual en 2012 tuvo un incremento de 164.1% respecto al año 2007. El rubro del Seguro Popular en el 2007 ejerció la cantidad de \$25,443.90 mdp que representa un aumento de 2.7% con relación a lo autorizado (\$24,776.94 mdp), estas diferencias se justifican por los cambios en las metas de afiliación (6.8 a 7.3 millones de familias).

De esta forma en 2007 los recursos totales asignados para el progreso del SPSS fueron de \$26,320.80 mdp.

Gráfica 3. Recursos autorizados y ejercidos en el PEF para el Seguro Popular. 2007-2012* (Millones de Pesos)



*Cifras preliminares del ejercicio 2012

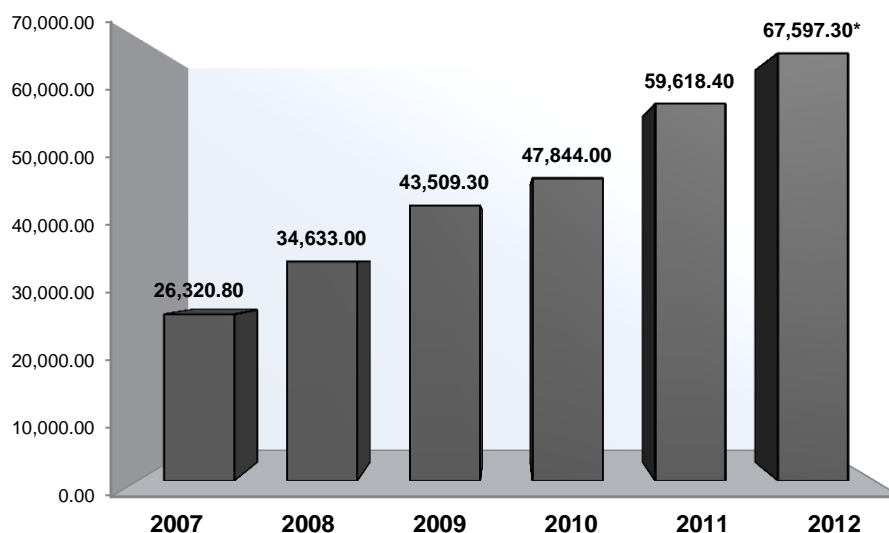
Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Resultados del SPSS

Durante el 2008 los recursos dirigidos al Seguro Popular ascendieron a \$32,685.60 mdp, monto superior en 28.5% en proporción de la disponibilidad de 2007; el incremento de 0.5% entre el presupuesto autorizado y el ejercido para el Seguro Popular se explica por la actualización en la proyección de las metas de afiliación. Sin embargo, en general los recursos del SPSS se vieron influenciados por la ampliación presupuestal para fortalecer el FPGC, así como la determinación de las aportaciones por familia, sin dejar de lado que se aumentó la transferencia de recursos a los estados, lo que conllevó a que el total de recursos correspondientes para el ejercicio fiscal 2008 fueran \$34,633.00 mdp.

En 2009, se efectuaron una serie de adecuaciones a la dinámica de distribución de los recursos y metas de afiliación, que afectaron el presupuesto destinado al Seguro Popular, de tal forma que se originó una reducción líquida presupuestal del 4.8% realizada por la SHCP (CNPSS, 2010a). Por lo tanto, al incorporar los

presupuestos destinados a la “Operación de la CNPSS” y “Otras acciones”, en suma se ejercieron en el SPSS \$43,509.30 mdp (Gráfica 4). De acuerdo a lo establecido en el PEF de 2010⁹, los recursos totales destinados al SPSS son \$47,844.00 mdp, lo que refleja un incremento de 9.9% en proporción al 2009, igualmente en este año se asignaron \$47,046.00 mdp al seguro popular lo que denota una disminución de 7.4% entre el monto autorizado y el ejercido, debido a la diferencia en la afiliación programada y observada para el año.

Gráfica 4. Presupuesto ejercido del SPSS. 2007-2012 (Millones de pesos)



*Cifras preliminares del ejercicio 2012

Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Resultados del SPSS

Los recursos totales ejercidos en el 2011 son \$59,618.40 mdp, cifra superior en 24.6% a lo observado en 2010. Por concepto del Seguro Popular se ejercieron \$58,673.80 mdp, monto que representa un incremento del 24.7% respecto a 2010. De acuerdo a lo establecido en el PEF se autorizaron para el Seguro Popular \$59,261.20 mdp pero sólo se ejerció una parte, tal discrepancia entre el valor autorizado y ejercido se justifica por los subsidios concedidos a las entidades federativas y por los cambios

⁹ Las modificaciones de 2010 que originaron el cambio de una prima por familia a una por persona, causaron la disminución de los ingresos de 11 estados, a quienes se les transfirió \$559.10 mdp.

en el gasto de operación de la CNPSS, que realiza acciones de promoción y prevención a la salud.

Acerca del presupuesto que se autorizó en 2012, este fue de \$67,597.30 mdp de los cuales se han ejercido hasta Junio, \$33,497.63 mdp. El Seguro Popular a esta misma fecha ejerció \$30,224.20 mdp, lo que significa que al primer semestre de 2012 ya se tenía un avance del 44.9%, esto con base en la CNPSS (2012c). En todo el periodo la tasa media de crecimiento anual (TCMA) fue de 20.8% en términos reales, en tanto que el crecimiento es de 13.4% en relación al 2011. En la siguiente tabla se muestran los recursos ejercidos y autorizados para cada ejercicio fiscal:

**Tabla 14. Presupuesto ejercido del SPSS. 2007-2011 y autorizado 2012
(Millones de pesos)**

Concepto	Ejercicio Fiscal						TCMA%	Variación 2012/2011
	2007	2008	2009	2010	2011	2012		
Total a+b+c	26,320.80	34,633.00	43,509.30	47,844.00	59,618.40	67,597.30	20.8	13.4
a) Seguro Popular	25,443.90	32,685.60	40,979.20	47,046.00	58,673.80	67,187.00	21.4	14.5
Cuota Social y Aportación Solidaria Federal ¹⁰	18,898.70	24,915.60	31,275.40	37,029.50	45,165.80	51,672.00	22.3	14.4
Fondo de Previsión Presupuestal	1,512.30	2,078.20	2,646.50	2,731.80	3,684.00	4,176.80	22.5	13.4
Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos	5,032.90	5,691.80	7,057.30	7,284.70	9,824.00	11,138.20	17.2	13.4
Enfermedad renal crónica	-	-	-	-	-	200	N.A.	N.A.
Gasto de Operación	-	-	-	-	-	-	N.A.	N.A.
b) Operación CNPSS	382.2	476.2	553	798	944.6	410.3	1.4	-56.6
c) Otras acciones	494.7	1,471.20	1,977.10	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Relación Porcentual (c/ total)	1.9	4.2	4.6	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Resultados del SPSS

¹⁰ El cuadro toma en cuenta los saldos que no fueron pagados en su momento o las reducciones por compromisos. El dato de 2008 incluye \$133.50 mdp de adeudo 2007 pagados con el ejercicio 2008; el de 2009 contiene reducción líquida por \$184.70 mdp; en 2010 se consideran \$639.89 mdp correspondientes al cierre parcial de afiliación del ejercicio 2010; la cifra de 2011 incluye \$105.40 mdp de adeudo del ejercicio 2010.

2.2.2 Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud

Los recursos pertenecientes al FPGC y el FPP son administrados a través del FSPSS, este es público y forma parte del gasto público federal, su constitución requiere de la creación de un Comité Técnico, el cual es el encargado de la toma de decisiones del fideicomiso, de aprobar las reglas de operación, autorizar los desembolsos para atender las enfermedades relacionadas con gastos catastróficos, destinar recursos para el fortalecimiento de infraestructura de alta especialidad, establecer las compensaciones para subsanar las diferencias imprevistas en la demanda de servicios y fijar los recursos para cubrir la garantía por la prestación interestatal de servicios (Secretaría de Salud, 2004).

Dicho Comité Técnico está conformado por siete representantes de la Secretaría de Salud los cuales son la cabeza del sector, también por dos representantes de la SHCP que fungen como fideicomitente, así como un representante del CSG¹¹, uno de la Secretaría de la Función Pública y un representante de la institución de crédito que fungirá como fiduciaria. La SHCP, es quien entrega los recursos a la fiduciaria para el cumplimiento de un fin lícito, esta fiduciaria es una institución de crédito autorizada y pueden ser el Banco Nacional de Obras y Servicios Públicos, S.N.C. Los fideicomisarios cuentan con la capacidad jurídica necesaria para recibir el beneficio que resulta del fin del fideicomiso. En el caso del FPGC, los fideicomisarios serán los prestadores de servicios de gastos catastróficos de la red del SPSS. Para el FPP los fideicomisarios serán las entidades federativas adheridas al SPSS a través de sus Regímenes Estatales de Salud (Secretaría de Salud, 2006).

La tabla 15, muestra los recursos que se han destinado al FSPSS, en el año 2007 se destinaron \$5,032.90 mdp al FPGC y \$1,512.30 mdp al FPP, lo que en suma son \$6,545.20 mdp. Ya para 2008 se destinó un total de \$7,770.00 mdp cifra superior en 18.7% en proporción al 2007. En 2009 se observa un incremento de 24.9% con respecto al 2008, no obstante el FPP mostró un incremento de 27.3%, cifra inferior al mostrado en 2008 (37.4%). Durante el 2010 se canalizaron \$10,016.50 mdp lo que

¹¹ Consejo de Salubridad General.

representa un incremento de 3.2% con respecto al año anterior. Los recursos orientados al fideicomiso en 2011, son \$13,508.00 mdp, de los cuales \$9,824.00 mdp fueron aportados al FPGC y \$2,088.40 mdp al FPP.

Tabla 15. Recursos destinados al FSPSS. 2007-2012*
(Millones de pesos)

Año	FPGC	FPP	Enfermedad renal crónica	FSPSS	Variación %
2007	5,032.90	1,512.30	-	6,545.20	-
2008	5,691.80	2,078.20	-	7,770.00	18.7
2009	7,057.30	2,646.50	-	9,703.80	24.9
2010	7,284.70	2,731.80	-	10,016.50	3.2
2011	9,824.00	3,684.00	-	13,508.00	34.9
2012	5,992.60	2,088.40	100	8,181.00	-39.4

*Cifras preliminares del ejercicio 2012

Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Resultados del SPSS

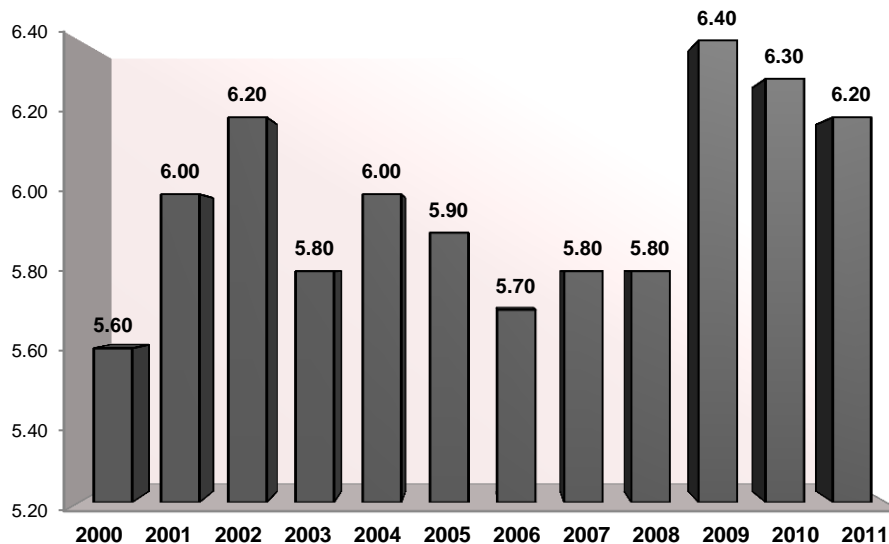
De acuerdo al PEF 2012, la cantidad que se autorizó es de \$15,515.00 mdp de los cuales \$4,176.80 mdp provienen del FPP y \$11,138.20 mdp del FPGC, también incluye \$200.00 mdp correspondientes a enfermedad renal crónica. Sin embargo, al 30 de Junio de 2012 se canalizaron \$8,181.00 mdp al FSPSS lo que representa un avance de 52.7% con respecto a lo programado en el año, el decrecimiento de explica porque son cifras preliminares (Tabla 15).

2.3 Cobertura Universal en México

Resulta innegable el esfuerzo que realizan las entidades federativas junto con el gobierno federal en materia de salud, pues a nivel nacional se percibe el aumento de la esperanza de vida y la reducción de las tasas de mortalidad infantil, a pesar de esto la OCDE (2012), indica que la expectativa de vida de los mexicanos es la cuarta más baja entre los países de la organización, por lo que aún falta mucho por mejorar especialmente en las zonas rurales y estados más pobres. La implementación de medidas innovadoras entre ellas el funcionamiento del Seguro Popular, han contribuido notablemente al aseguramiento de la población que se encuentra en condiciones más desfavorables, su modelo financiero promueve la transferencia de recursos de los estados más ricos a los más pobres, para así reducir las inequidades de cobertura y calidad.

Es necesario encontrar nuevos mecanismos que resuelvan los problemas del sistema mexicano de salud, entre ellos el gasto total en salud como porcentaje del PIB ya que México se encuentra muy por debajo de países como España, Brasil y Chile, esto a causa de que destina pocos recursos en comparación del promedio de los países de la OCDE, el cual en 2009, fue de 9.6 por ciento del PIB y en México fue sólo de 6.4 por ciento (OCDE, 2012). La gráfica 5, muestra la evolución del gasto como proporción del PIB del año 2000 al 2011, los datos señalan que en promedio el gasto en salud ha sido de 5.9%, alcanzándose en 2009 el mayor nivel (6.4%) y retrocediendo 0.1% en 2011.

Gráfica 5. Gasto total en salud como porcentaje del PIB. 2000-2011



Fuente. Elaboración propia con datos de SICUENTAS, 2012

La OMS (2012), específicamente la Asamblea Mundial de la Salud¹² ha destacado la importancia de los sistemas de financiación de la salud, para lograr en los países la cobertura universal, a veces llamada “cobertura sanitaria universal” o “protección social de la salud”, la cual la definen de la siguiente forma:

“La garantía de que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud que necesiten (de prevención, promoción, tratamiento o rehabilitación) sin enfrentarse a la ruina económica porque deban pagar por ellos.” (OMS, 2012)

De igual forma sostiene la posibilidad de que todos los países apliquen al menos una medida para acercarse a la cobertura universal entre las cuales están: 1) conseguir más recursos para la salud a escala nacional; 2) disminuir los obstáculos económicos para así ampliar las formas de prepago; y 3) hacer más eficiente y

¹² La cual funge como el máximo órgano decisorio de la OMS, sus integrantes se reúnen una vez al año, con asistencia de delegaciones ministeriales de todos los estados miembros. Su función es determinar las directrices de la OMS.

equitativo el uso de los fondos. No obstante, si los niveles de financiación son muy bajos será difícil garantizar el acceso universal en salud, esto se agrava si los recursos se manejan de forma ineficiente o inequitativa lo que ocasionaría que aún con una mayor financiación, la cobertura de los servicios no fuera beneficiada. Por lo tanto, la financiación orientada a la salud se encuentra delimitada por el nivel de riqueza que tiene el país, además del porcentaje del ingreso nacional dedicado a la salud, y las entradas de fondos para la salud procedentes de asociados externos (OMS, 2012).

La cobertura proporciona seguridad financiera frente al coste de enfermedades imprevistas o graves, así como una mejora en la accesibilidad a tratamientos innovadores y servicios preventivos. Sin embargo, la cobertura total de la población es un indicador imperfecto sobre la accesibilidad, ya que ésta depende de la generosidad del paquete de bienes, servicios sanitarios y del grado de reparto de costes aplicado a tales servicios. Los estados sufren por su incapacidad para administrar adecuadamente el programa que plantea la cobertura universal, esto se agrava cuando está de por medio el financiamiento. Cada cierto periodo conforme al crecimiento de la población se va aumentando las proyecciones de afiliación por lo cual se deben plantear reformas adicionales que hagan frente al crecimiento de la demanda (OCDE, 2007).

A causa del incremento en la demanda de los servicios, la LGS y los recursos presupuestales determinan un límite al crecimiento del número de afiliados, el cual se encuentra por debajo de la demanda nacional. Lo que conlleva a que las entidades federativas no estén en la posición de afiliar en tanto no cuenten con los recursos estatales correspondientes. Es por ello que aunque se definan las metas de afiliación para lograr la cobertura universal, estas van a estar en continuo cambio, ya que responden al crecimiento natural de la población y a la capacidad operativa de los REPSS (CNPSS, 2008). Se pueden distinguir cuatro grupos cuya afiliación representa retos particulares para el SPSS:

- i. Bajo nivel educativo, que trae consigo una baja o nula cultura de prevención de la salud.

- ii. Ausencia de la cultura de aseguramiento, que dificulta afrontar enfermedades con altos costos.
- iii. Carencia de infraestructura médica que permita la atención de toda la población que lo necesite.
- iv. Dispersión geográfica de la población objetivo, primordialmente de los programas Oportunidades y SMNG (Secretaría de Salud, 2004).

Para que sea posible la cobertura universal en salud se necesita la afiliación de los usuarios al SPSS, que es voluntaria y responsabilidad de los REPSS, quienes tienen a su cargo el establecimiento de los Módulos de Atención y Operación (MAO), asimismo se encargan de las brigadas las cuales cumplen con la función de promoción sobre las características, ventajas, beneficios, periodos de vigencia del sistema, requisitos y procesos de afiliación, así como los esquemas de cuotas familiares. Las personas que conocieron los beneficios del SPSS y deciden afiliarse al programa deberán dirigirse a los MAO o brigadas los cuales recibirán la documentación y pedirán que requisen la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH). Una vez que la información sea cargada en el Sistema de Administración del Padrón, se le otorgará al beneficiario la Póliza de Afiliación con la cual podrá hacer uso de los servicios del SPSS (Secretaría de Salud, 2004).

2.3.1 Adelantos en la Cobertura Universal y compromiso de los estados

El nivel de afiliación que se requiere para lograr la cobertura universal cambia constantemente ya que como se mencionó este depende directamente del crecimiento de la población, por consiguiente la meta de cobertura se actualiza cada año, incluyendo a los ciudadanos que por su situación laboral no son beneficiarios de seguridad social. En 2007, se observó un cambio en la meta de afiliación planteada para 2010, la cual paso de 11,898,254 a 12,580,432 familias, debido a las expectativas de crecimiento poblacional. Al cierre de 2007 se afiliaron 7,307,173 familias (Tabla 16), siendo los estados de Chiapas, Guanajuato, Guerrero, México, Puebla, Tabasco y Veracruz quienes afiliaron el 45.2% de las familias totales, mientras que las entidades más rezagadas fueron Baja California Sur y Quintana Roo con tan sólo el 0.5 y 0.9 por ciento de los afiliados.

Tabla 16. Afiliación nacional al SPSS. 2007- 2012

Año	Familias	Personas	Variación %	
			Familias	Personas
2007	7,307,173	21,834,619	-	-
2008	9,146,013	27,176,914	25.2	24.5
2009	10,514,325	31,132,949	14.9	14.6
2010	15,760,805	43,518,719	49.9	39.8
2011	19,811,349	51,823,314	25.7	19.1
2012	20,544,362	52,738,355	3.7	1.8

*Cifras preliminares del ejercicio 2012

Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Resultados del SPSS

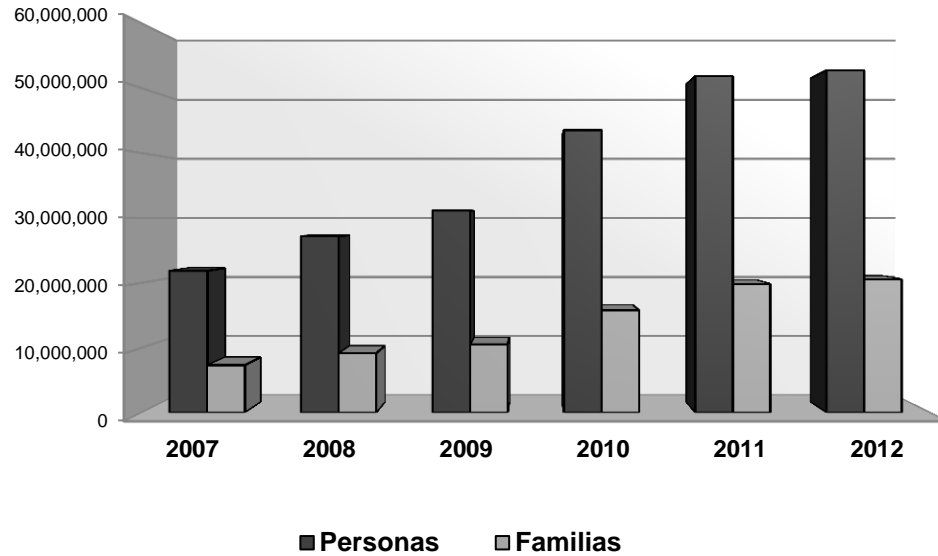
El programa SPSS en 2008, logró afiliar un total de 9,146,013 familias, cumpliendo de esta forma con la meta programada para el año (9.1 millones de familias), lo que representa un incremento en términos absolutos de 1,838,840 familias más que las registradas al cierre de 2007. A pesar de la tendencia favorable en la afiliación, los Estados de Sonora, Tabasco, Guerrero y Baja California, mostraron el menor incremento promedio (4.7%) con relación a la afiliación de 2007, lo cual se

explica porque las familias no acudieron antes del mes de Diciembre a realizar su registro. Destacan los estados de Veracruz, México y Guanajuato por su esfuerzo al afiliarse al mayor número de familias. En general se tuvo un avance de 72.7% con respecto a la meta 2010, siendo los estados de Aguascalientes, Colima y Tabasco los que rebasaron tal meta a consecuencia del incremento de familias unipersonales.

Con la finalidad de alcanzar la protección de la salud en el 2009, la CNPSS determinó la meta de afiliación en 10.9 millones de familias, de las cuales sólo se logró afiliarse a 10,514,325 familias, esto es un crecimiento de 14.9% con relación a 2008. Al mes de diciembre de 2009, se tuvo un avance del 95.6% respecto a los 10.9 millones de familias programadas. En este año Sonora mostró un retroceso (4.8%) en la afiliación a causa de que no presentó la documentación en el plazo requerido de 90 días, además su nivel de reafiliación fue muy reducido. El Estado de México junto con Veracruz, Guanajuato y Chiapas registraron la mayor afiliación al beneficiarse al 31.8% del total de las familias (CNPSS, 2010a).

Se debe puntualizar que debido al cambio en el régimen de familia a personas, la afiliación a partir de 2010 estuvo dada en millones de personas, bajo estas circunstancias la meta programada cambió a 49,148,823 beneficiarios, de los cuales sólo se afilió a 43,518,719 usuarios, esto representa un crecimiento de 39.8% en comparación a 2009. No obstante, el avance registrado fue del 87.1% con respecto a la meta, los estados que cumplieron con dicha meta dada su capacidad operativa fueron: Baja California Sur, Coahuila, Colima, Hidalgo, Nayarit, Quintana Roo, Sinaloa, Tabasco, Tamaulipas y Tlaxcala. En tanto que las entidades que quedaron rezagadas son el Distrito Federal, Puebla y Baja California.

Gráfica 6. Afiliación registrada de familias y personas al SPSS. 2007-2012*



*Cifras preliminares del ejercicio 2012

Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Resultados del SPSS

Durante el 2011, se tenía un total de 51,823,314 personas afiliadas al SPSS, que significaba un aumento de 8,304,595 en comparación con el 2010. Los tres estados que denotaron el mayor incremento en relación al 2010 son Baja California, Puebla, y Jalisco. Para el año se había establecido la meta de afiliación en 51,303,424 personas, pero a causa del destacado desempeño de las entidades federativas, la meta se superó, logrando con ello un avance del 101%. Del total de las entidades federativas, 29 alcanzaron la cobertura planteada para el año y estuvieron en proceso de conseguirla el Distrito Federal, Michoacán y Guanajuato. Entre las acciones que se instrumentaron en 2011, está la actualización del Padrón Nacional de Beneficiarios e identificar la validez del 90% de las claves únicas de registros de población.

Al mes de Junio de 2012 se han afiliado al SPSS, 915,041 personas adicionales a las del cierre de 2011, llegando con ello a 52,738,355 de beneficiarios, el incremento en términos porcentuales con respecto al 2011 es de 1.8%. Para el año 2012, se propuso mantener la Cobertura Universal alcanzada en 2011, más el crecimiento natural de la población, por lo tanto la meta se definió en 52,630,454 personas, lo que refleja un avance del 100.2%, este número puede variar en el transcurso del ejercicio. El limitado crecimiento se explica porque no se exigió un esfuerzo operativo mayor,

puesto que la prioridad será transitar de lo curativo a lo preventivo y establecer un sistema nominal robusto de salud; no obstante la mayoría de los estados lograron la cobertura excepto el Distrito Federal (90%) y Colima (98%).

La tabla 17, detalla la afiliación por persona del SPSS de acuerdo a cada entidad federativa, sobresalen los estados de Guanajuato, Puebla, Chiapas, Veracruz y México, al sumar la mayor afiliación durante los seis años. Tan sólo ellos captaron al 38.5% de los beneficiarios. La colaboración de los estados con la CNPSS y Secretaría de Salud, favorece a las localidades más pobres o marginadas que carecen de servicios de salud, estos usuarios no sólo se benefician del SPSS, sino también de programas como el SMNG y Seguro Popular, que cubren enfermedades que tienen un mayor costo económico y que sin duda generan gastos catastróficos en las personas que los padecen.

Tabla 17. Afiliación de personas al SPSS por entidad federativa. 2007-2012*

Entidad Federativa	Ejercicio Fiscal					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Aguascalientes	336,132	369,410	392,765	416,961	487,946	503,450
Baja California	537,602	581,575	594,928	797,261	1,143,638	1,145,958
Baja California Sur	106,053	119,958	123,015	164,681	191,983	204,501
Campeche	291,158	327,980	362,705	416,328	457,529	475,362
Coahuila	286,327	418,265	469,323	630,000	674,156	683,869
Colima	207,140	227,421	234,625	275,487	300,203	295,186
Chiapas	1,425,262	1,756,549	2,069,736	2,997,900	3,353,506	3,402,703
Chihuahua	426,301	557,374	665,328	1,033,038	1,170,601	1,231,065
Distrito Federal	522,108	773,299	1,108,461	1,744,419	2,300,083	2,460,145
Durango	268,543	317,693	383,101	538,607	715,430	728,617
Guanajuato	1,711,300	1,893,335	2,080,049	2,560,975	3,007,993	3,066,793
Guerrero	1,021,709	1,073,795	1,146,246	1,973,798	2,279,358	2,284,898
Hidalgo	679,347	922,157	1,072,325	1,403,601	1,569,901	1,574,746
Jalisco	981,036	1,455,938	1,710,472	1,967,804	2,757,491	2,763,091
México	1,780,727	2,718,024	3,371,043	5,826,998	6,566,681	6,588,989
Michoacán	710,266	938,091	1,231,370	1,647,610	2,254,722	2,334,904
Morelos	480,289	541,479	603,442	780,672	949,748	958,430
Nayarit	318,696	370,033	399,759	550,000	625,672	632,499
Nuevo León	382,140	519,124	611,148	946,529	1,121,425	1,149,820
Oaxaca	962,426	1,291,324	1,547,336	2,069,971	2,620,120	2,625,440
Puebla	1,224,245	1,453,284	1,571,934	2,188,072	3,123,724	3,130,064
Querétaro	369,702	470,140	515,916	711,236	820,460	847,431
Quintana Roo	193,689	250,822	315,719	509,134	577,933	602,613

Entidad Federativa	Ejercicio Fiscal					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
San Luis Potosí	678,423	764,334	861,518	1,211,402	1,372,389	1,428,034
Sinaloa	627,637	724,208	770,155	1,007,979	1,081,540	1,097,230
Sonora	526,551	537,033	511,152	689,720	834,753	855,290
Tabasco	1,154,195	1,192,720	1,259,003	1,381,712	1,531,218	1,550,339
Tamaulipas	852,841	953,306	983,673	1,220,269	1,356,200	1,395,623
Tlaxcala	307,068	492,949	533,082	725,497	766,283	852,113
Veracruz	1,550,518	2,057,432	2,392,627	3,620,147	4,090,181	4,098,486
Yucatán	474,338	549,666	618,059	783,368	886,809	928,449
Zacatecas	440,850	558,196	622,934	727,543	833,638	842,217
Total	21,834,619	27,176,914	31,132,949	43,518,719	51,823,314	52,738,355

*Cifras preliminares del ejercicio 2012

Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Resultados del SPSS

La meta para cumplir con la cobertura universal se acrecienta constantemente, lo cual presiona a las entidades federativas y a la vez las estimula a incrementar sus recursos al Ramo de la salud. La afiliación que han registrado cada uno de los estados se explica por el número de habitantes que tienen sin seguridad social, se debe especificar que no todos los estados van a afiliarse en la misma proporción, pues cada uno responde de acuerdo a sus posibilidades económicas y al tamaño de su población. Por su parte el Estado de México ha tenido una tendencia positiva en cuanto a la afiliación ya que llegó a registrar a 6,588,989 usuarios hasta Junio de 2012. Fue durante 2010, cuando se tuvo el mayor crecimiento el cual en términos porcentuales ascendió a 72.9% en comparación con el año 2009.

2.3.2 Peculiaridades de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud

Cada uno de los beneficiarios del SPSS posee características diferentes y específicas, lo que origina que se tengan que establecer estrategias concretas para afiliarlos. El objetivo es brindar servicios de salud a la población más desprotegida, como la que se encuentra en los primeros deciles de ingreso ya que son las más expuestas a gastos catastróficos, también se busca asegurar la salud de todos aquellos usuarios que pertenecen a localidades indígenas, pues suelen sufrir por la escasa cobertura en salud. Es importante tomar en cuenta las peculiaridades de los usuarios, ya que de esto depende la transferencia de los recursos. Con la reforma a la LGS se ha planteado resguardar a las familias más vulnerables económicamente hablando y aquellas que por su situación laboral no se encuentran afiliadas a alguna institución de salud.

Por consiguiente, el propósito se guía a lograr que la mayor población posible tenga su ingreso garantizado al programa, especialmente la que está en condición de rezago y desventaja relativa. Asimismo se busca garantizar el acceso efectivo, oportuno y de calidad independientemente de la comunidad o localidad de la que se hable. En la siguiente sección, se presentan a detalle algunas de peculiaridades que tienen los afiliados, esto con base en los datos contenidos en los informes de resultados del SPSS. Se incluyen las cifras correspondientes a la reafiliación por entidad federativa, ya que muestra el nivel de confianza y fidelidad que tienen los afiliados sobre el programa.

2.3.2.1 Tamaño de los núcleos familiares protegidos por el Sistema de Protección Social en Salud

A través de los años el número de personas que integran a la familia, han disminuido debido a cambios como el descenso de la fecundidad, ante tal escenario es de suma importancia la consideración de las tendencias y variantes en la estructura sociodemográfica de las familias, ya que ello permitirá planear de mejor manera la incorporación de los usuarios. El núcleo familiar podía ser de cualquiera de las siguientes formas: por los cónyuges; por la concubina y el concubinario; por el padre o la madre unidos en vínculo matrimonial o concubinato y por los que determine el CSG. Se considera como otra familia al hijo que sea mayor de 25 años y soltero, aunque viva en la misma vivienda, está es la razón del aumento de las familias unipersonales (CNPSS, 2012b).

La tabla 18, evidencia la tendencia de las familias a disminuir el número de integrantes, aunque es conveniente señalar que la composición familiar no guarda relación con el tamaño de familias en condiciones similares de nivel socioeconómico y de rezago. Cada vez fue más común la existencia de las familias denominadas unipersonales, es decir, de un sólo integrante afiliado, esto dio paso a la reforma de la LGS que cambio el régimen de familia al de personas. Tan sólo en 2007, el total de familias unipersonales fue de 1,880,918 lo que representó el 25.7% con relación al total de la afiliación en ese año, para 2008 las familias unipersonales aumentaron a 2 millones, mientras que en 2009 existe un crecimiento del 17.8% en comparación con el año anterior.

Tabla 18. Número de integrantes por hogar a nivel nacional, SPSS y Oportunidades. 2004-2012

Año	Nacional	SPSS	Oportunidades
2004	4.0	3.4	4.9
2005	4.2	3.2	4.9
2006	4.0	3.1	4.8
2007	4.0	3.0	4.7
2008	4.0	2.9	4.6
2009	3.9	2.9	4.5
2010	3.9	2.8	4.5
2011	3.8	2.6	4.4
2012	3.8	2.6	4.4

Fuente. CNPSS, 2012c

Los datos expuestos en la tabla 18, se tomaron desde el 2004 con la finalidad de tener una mayor perspectiva sobre la evolución del tamaño de los hogares. En 2004 a nivel nacional eran 4 las personas que conformaban los hogares; ya para 2012 había un descenso pues sólo 3.8 personas integraban el núcleo familiar. El tamaño de las familias afiliadas al SPSS es significativamente menor al promedio nacional que es de 4 integrantes por familia, en 2011 y 2012 eran 2.6 beneficiarios los que componían el hogar. Al realizar la comparación con el programa Oportunidades se detectó que en promedio 4.6 eran las personas que conformaban la familia, esto indica que el número de integrantes por familia del programa Oportunidades es incluso mayor que el nacional y SPSS.

2.3.2.2 Titularidad de mujeres en la póliza de afiliación

La creciente participación de la mujer en el mercado laboral y en la esfera económica ha ocasionado que las instituciones de salud y bienestar social se sientan comprometidas a incrementar los apoyos al núcleo familiar. Se percibe como la sociedad mexicana ha ido evolucionando de tal forma que cada año son más las mujeres que aparecen como las titulares dentro del programa, pero aunado a esto las comunidades cada vez son más participativas y críticas, lo que conduce a la demanda de más y mejor información, así como más opciones de atención a la salud y servicios de mayor calidad. Los constantes cambios se han traducido en presiones sobre los sistemas de salud, los cuales tienen que hacerse cargo del incremento en la demanda y a su vez ofertar complejos y costosos servicios de salud.

Conforme pasan los años es indudable el crecimiento de la titularidad de mujeres en las pólizas de afiliación, el registro se ha incentivado por la difusión sobre el cuidado materno infantil y la entrada en vigor del SMNG. Cabe hacer mención, que el SPSS no compara los resultados de la titularidad de la póliza con la jefatura femenina de los hogares en México, ya que su función no es cuestionar el papel funcional y sociológico de la mujer en el país, aunque sólo por mencionarlo su intervención se ha incrementado ya que pasó de 16% en 2000 a 25% en 2010. Durante el año 2007, se registró un total de 5,933,004 de pólizas siendo mujeres las titulares, siendo los estados de Chiapas, Guanajuato, México y Veracruz los que destacaron por tener la mayor afiliación. Mientras que en 2008 la afiliación ascendió en términos porcentuales en 26.6%, lo que representa 1,580,918 pólizas más que las registradas al cierre de 2007.

**Tabla 19. Titularidad de afiliación al SPSS encabezada por mujeres.
2007-2012***

Entidad Federativa	Ejercicio Fiscal					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Aguascalientes	87,137	90,615	98,207	107,390	129,824	136,204
Baja California	166,588	177,724	185,102	258,261	362,378	363,194
Baja California Sur	27,062	30,712	32,781	45,173	53,357	57,300
Campeche	73,178	83,228	95,235	116,759	133,573	140,372
Coahuila	75,766	119,628	135,225	187,003	205,164	211,246
Colima	57,858	61,607	65,741	79,070	86,970	87,418
Chiapas	404,400	489,545	558,446	826,814	924,077	932,537
Chihuahua	112,400	155,472	192,359	303,732	347,226	368,589
Distrito Federal	148,436	232,141	341,248	558,348	750,921	811,615
Durango	69,440	83,117	102,533	150,046	203,930	207,774
Guanajuato	472,371	521,535	575,344	732,358	885,956	908,240
Guerrero	259,024	325,241	323,763	542,816	659,437	662,910
Hidalgo	176,847	240,983	287,064	396,504	456,684	457,789
Jalisco	261,170	393,266	482,707	581,426	825,774	822,542
México	459,197	717,991	926,980	1,725,207	1,992,843	1,996,547
Michoacán	188,003	250,193	338,705	474,209	673,530	699,134
Morelos	139,586	163,392	185,319	241,523	300,412	302,768
Nayarit	89,116	104,680	114,251	165,474	192,053	193,923
Nuevo León	115,308	158,606	186,765	285,672	337,528	345,978
Oaxaca	295,474	391,218	456,790	596,811	770,315	775,050
Puebla	347,205	429,178	480,070	679,559	956,044	954,150
Querétaro	99,286	128,994	145,408	208,441	243,994	254,961
Quintana Roo	53,492	69,414	94,934	157,607	181,295	189,136
San Luis Potosí	175,667	195,324	218,781	315,677	360,406	380,495
Sinaloa	153,734	182,090	200,906	276,155	303,291	310,880
Sonora	161,537	162,251	151,200	208,310	255,490	263,210
Tabasco	260,302	269,970	293,720	342,870	397,246	408,798
Tamaulipas	232,653	262,788	277,121	358,307	405,393	421,530
Tlaxcala	82,680	134,010	146,993	208,036	225,854	254,747
Veracruz	446,167	597,487	696,572	1,075,412	1,237,383	1,238,851
Yucatán	128,747	147,644	168,415	221,885	252,851	269,063
Zacatecas	113,173	143,878	160,834	194,908	229,577	231,955
Total	5,933,004	7,513,922	8,719,519	12,621,763	15,340,776	15,658,906

*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año

Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Resultados del SPSS

La titularidad de afiliación femenina, se incrementó en 2009 hasta un total de 8,719,519 pólizas, es decir 1,205,597 más respecto al año anterior, asimismo se aprecia un crecimiento porcentual de 16%; las dos únicas entidades que tuvieron un retroceso fueron Sonora (-6.8%) y Guerrero (-0.5%). Al final del 2010 se consiguió un alza de 44.8% en relación al 2009, este aumento destaca por ser el mayor en el periodo de estudio, pese a ello dos son los estados que se encuentran rezagados:

Aguascalientes (9.4%) y Tabasco (16.7%). Es así como la afiliación total en 2010 fue de 12,621,763 pólizas (Tabla 19).

El alistamiento total en 2011 fue de 15,340,776 pólizas, lo que representa un incremento de 21.5% en comparación a lo observado en 2010, en este año Baja California, Puebla, Jalisco y Michoacán tuvieron el mayor progreso, mientras que contrario a ello se encontraban Coahuila (9.7%), Sinaloa (9.8%) y Tlaxcala (8.6%). En Junio de 2012, la afiliación era de 15,658,906, lo que significa a penas un incremento del 2.1%, las entidades federativas de Jalisco y Puebla resaltaron por descender 0.4% y 0.2% respectivamente; contrario a lo anterior se encontraban los estados de Baja California Sur, Distrito Federal y Tlaxcala. Con respecto al Estado de México se distingue como en 2012 la afiliación encabezada por mujeres llegó a ser de 1,996,547 mujeres, lo que la sitúa como la entidad con más titulares femeninas a nivel nacional.

2.3.2.3 Afiliados en localidades con 40% o más de habla indígena

La mayor disparidad que se puede observar entre la población indígena y el resto de la población es la derechohabiencia a servicios de salud, lo cual resulta razonable considerando que se favorece a la población que se inserta como trabajador asalariado, por tal situación el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, reconoce a las comunidades indígenas como un grupo de atención prioritaria, el cual necesita de programas que combatan los actuales rezagos en materia de alimentación, salud, educación y empleo. Así mismo es necesario impulsar el desarrollo de las zonas indígenas y fortalecer las economías locales para de esta manera mejorar las condiciones de vida. De acuerdo al CESOP (2011), sólo una quinta parte de la población indígena reporta adscripción a alguno de los sistemas de seguridad social que cubren a los trabajadores en el sector formal.

La escasa cobertura de los sistemas de salud a la población indígena relacionados con el sector formal de la economía, nos indica la poca inclusión de este grupo en trabajos con seguridad social. Un punto que debe tomarse en cuenta es que

la actividad económica que desarrollan los indígenas, es una variable que limita su acceso a los servicios de seguridad social, esto se explica porque muchas de estas personas se dedican a trabajar en el sector primario, situación que provoca que no sean beneficiarios de alguna institución de salud. Ante la prevalencia de alguna enfermedad, la población acude esencialmente a instituciones públicas tales como: IMSS o la red de centros de salud operados por los sistemas estatales de salud, pero en mayor proporción al Seguro Popular (CESOP, 2011).

El SPSS, ha mostrado gran interés en la afiliación de las comunidades indígenas debido al riesgo que corren, pues una significativa proporción de ellos vive por debajo de la línea de pobreza. Se establece como de elevada prioridad el registro de las personas que se encuentran en esta situación, pues su esperanza de vida es siete años inferior que la del resto de la población, asimismo presentan tasas de mortalidad infantil, preescolar, escolar y materna superiores al promedio nacional, a causa de padecimientos que se agravan por la falta de atención médica y los cuales pueden ser prevenidos o curables a tiempo. Tan sólo por mencionar el riesgo que tiene un niño indígena de morir antes de cumplir un año de edad es 1.7 veces mayor que el resto de los niños del país (CNPSS, 2009).

Tabla 20. Afiliados en localidades con 40% o más de población de habla indígena. 2007-2012*

Entidad Federativa	Ejercicio Fiscal					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Aguascalientes	0	0	0	0	0	0
Baja California	48	29	9	2	15	15
Baja California Sur	18	17.4	21	11	10	0
Campeche	45,378	52,081	64,131	70,250	75,389	77,043
Coahuila	0	0	0	0	0	0
Colima	0	0	0	0	3	3
Chiapas	323,889	412,806	542,612	737,533	825,897	829,528
Chihuahua	6,378	10,759	17,335	21,834	26,389	30,855
Distrito Federal	3	5.8	5	4	4	0
Durango	8,727	10,191	9,952	12,169	17,670	18,300
Guanajuato	6	8.7	13	1	10	9
Guerrero	256,122	265,225	241,061	385,592	391,642	388,396
Hidalgo	69,303	144,696	199,163	243,107	241,780	244,633
Jalisco	111	2491.1	3,789	6,399	7,656	10,110
México	49,341	57,171	109,727	137,342	141,815	143,791

Entidad Federativa	Ejercicio Fiscal					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Michoacán	18,630	19,987	29,268	39,564	72,676	76,673
Morelos	2298	2180.8	2,573	3,251	3,440	3,468
Nayarit	16,407	19,703	19,900	23,721	26,239	27,079
Nuevo León	36	37.7	0	0	0	0
Oaxaca	281,376	398,860	488,751	699,623	920,090	908,920
Puebla	204,966	232,171	266,281	352,731	477,822	476,071
Querétaro	10,611	13,224	18,403	20,563	21,090	21,281
Quintana Roo	55,470	67,248	74,766	84,224	71,450	71,452
San Luis Potosí	108,186	109,913	148,028	216,928	238,921	247,874
Sinaloa	2568	2517.2	3,227	3,249	3,265	3,105
Sonora	21,105	19,218	20,721	23,375	25,465	25,522
Tabasco	36,069	35,125	23,661	24,435	25,503	26,176
Tamaulipas	0	0	0	0	0	0
Tlaxcala	3,150	5,208	6,083	7,308	8,055	8,861
Veracruz	248,556	268,897	339,916	530,668	562,551	558,196
Yucatán	268,404	300,301	319,183	381,167	418,537	427,744
Zacatecas	9	5.8	12	11	22	20
Total	2,037,165	2,450,077	2,948,579	4,025,062	4,603,406	4,625,125

*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año

Nota. A causa de que en 2007 y 2008 la información está considerada en familias y no en personas, se tomó el convencionalismo de multiplicar el número de familias reportadas en este rubro, por el número de integrantes reportados por familia afiliada al cierre de ese año

Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Resultados del SPSS

Durante el 2007, la afiliación total era de 2,037,165 usuarios los cuales se ubicaban en localidades donde más del 40% de la población es de habla indígena, los estados donde se concentra el mayor grupo de beneficiarios de este tipo son: Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Yucatán, estas cuatro entidades federativas captan al 55.5% de los afiliados. Mientras que estados como Aguascalientes, Coahuila, Colima y Tamaulipas no registraron ningún afiliado. Entretanto en 2008, se observó un ascenso en la afiliación de 20.3% en comparación con el año anterior, de tal forma que la afiliación total fue de 2,450,077 personas, lo que representa un aumento de 412,912 personas más de las afiliadas en 2007, en este año nuevamente Chiapas, Oaxaca y Yucatán tuvieron el mayor número de afiliados (Tabla 20).

Al final de 2009 la afiliación ascendió a 2,948,579 personas, pese a que estados como Nuevo León, Baja California, Tabasco, Distrito Federal, Guerrero y Durango, bajaron drásticamente su nivel de afiliación, llegando incluso a no incorporar usuarios. En tanto que en 2010, hubo un crecimiento de 1,706,483 personas más afiliadas, lo que representa un incremento de 36.5% con relación al 2009. Con respecto a 2011, se

afiliaron 4,603,406 usuarios, los estados con el mayor número de afiliados en estas localidades son Oaxaca, Chiapas, Veracruz, Puebla, Yucatán y Guerrero, en los que radica el 78.1% de los afiliados.

Hasta Junio de 2012, había un total de 4,625,125 personas indígenas incorporadas, con lo cual se tienen 21,719 personas más que las registradas en el ejercicio preliminar. A pesar de que los estados de Oaxaca, Veracruz, Puebla, y Guerrero sobresalen por su cobertura, en este último periodo les ha faltado esforzarse pues han retrocedido en promedio 0.8%. El Estado de México, suministró atención médica a 143,791 personas ubicadas en localidades indígenas y aunque quedo rezagado en comparación con otros estados, consiguió afiliar un número importante de usuarios en condiciones de vulnerabilidad, de hecho en 2009 creció la afiliación en 91.8% con relación al 2008, siendo el año en que puso más énfasis en la prestación médica a estas localidades.

2.3.2.4 Incorporados de acuerdo al decil de ingreso

Como se mencionó anteriormente el programa ubica a los usuarios de acuerdo al nivel de ingresos que tienen y también dependiendo de ello se va a definir el régimen al que pertenecen, ya sea el contributivo o no contributivo. Debe recordarse que en los primero tres años solamente los beneficiarios que se encuentran en los deciles I y II son los del régimen no contributivo, todos los demás deben pagar una cuota. A partir de 2010 se extendió el régimen de los no contributivos al incluirse los deciles del I al IV. La mayor parte de los usuarios pertenecen a los primeros dos deciles (no contributivo), esto es el reflejo de la naturaleza solidaria del SPSS con las familias más pobres del país, privilegiando su afiliación y cumpliendo de esta manera con el propósito fundamental bajo el cual fue concebido (CNPSS, 2009).

Tabla 21. Afiliación nacional por decil de ingreso. 2007-2012

Año	Total	Decil de ingreso							
		I	%	II	%	III	%	IV a X	%
2007	7,307,173	5,159,654	70.61	1,917,897	26.25	159,655	2.18	69,967	0.96
2008	9,146,013	6,846,804	74.86	2,018,699	22.07	176,560	1.93	103,950	1.14
2009	10,514,325	7,617,586	72.40	2,498,586	23.80	232,880	2.20	165,273	1.60
2010	43,518,719	33,621,869	77.26	8,203,923	18.85	1,061,337	2.44	631,590	1.45
2011	51,823,314	36,803,535	71.02	12,038,071	23.23	2,024,771	3.91	956,937	1.84
2012	52,738,355	36,570,382	69.34	12,857,148	24.38	2,301,066	4.36	1,009,759	1.92

*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año

Nota. La afiliación de los años 2007, 2008, y 2009 está expresada en función del número de familias, mientras que del año 2010 en adelante la afiliación está dada en personas

Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Resultados del SPSS

Del total de familias afiliadas en 2007 al SPSS, 7,077,551 se encuentran en los primeros dos deciles de la población, por lo que integran al 96.9% del total de familias afiliadas. El resto, 229,622 familias que representan 3.1% del total se encuentran distribuidas en los deciles III al X, formando así parte del régimen contributivo a excepción de las familias en el decil III que tengan un integrante de hasta 5 años de edad cumplidos al momento de su afiliación. En 2008, los primeros dos deciles de la población concentraban el 96.9% de los beneficiarios, lo que representaba un total de 8,865,503 familias, el régimen contributivo se agrupó con un total de 280,510 familias las cuales pertenecían a los deciles III al X, salvo las familias del SMNG, Embarazo Saludable y aquellas en el decil III que tengan un integrante menor de 5 años.

Con relación al 2009, se observa que 10,116,172 son las familias pertenecientes al primer y segundo decil, lo que equivale al 96.2% del total de las afiliaciones y sólo 398,153 familias corresponden a los deciles III al X, razón por la cual el 3.8% de los afiliados se ubica en el régimen contributivo. De los afiliados en 2010, el 99.4% corresponde a los cuatro primeros deciles de ingreso, mientras que los deciles del V al X agrupan a 243,909 que integran al régimen contributivo, con excepción de los afiliados del SMNG y Embarazo Saludable. Hasta finales de 2011, había un total de 51,513,252 personas en los deciles del I al IV, el resto de los beneficiarios se agruparon en los últimos deciles (V al X) lo que representó el 0.6% del total. Finalmente en 2012, el régimen no contributivo sumó un total 52,437,101 personas cifra que equivale al 99.4% del total de afiliados, por lo tanto el régimen contributivo fue de 301,254 beneficiarios (Tabla 21).

2.3.2.5 Localidades con beneficiarios afiliados

Lo que se pretende es exhibir los estados que tienen la mayor cantidad de localidades beneficiadas por el SPSS, el desafío que debe afrontar el programa es cubrir la mayor parte de estas, tomando en cuenta que existe un numeroso grupo de localidades pequeñas y atomizadas, principalmente en el medio rural. Es así como en 2007, había un total de 187,938 localidades con viviendas habitadas, de las cuales sólo 76,587 tienen familias afiliadas al SPSS, en términos relativos la presencia del programa representa el 40.8% del total de las localidades, por lo cual faltaban por cubrir un total 111,351 localidades, siendo los estados de Colima, Quintana Roo y Distrito Federal quienes tienen que trabajar más en la cobertura.

A nivel nacional en 2008, se registraron 88,848 localidades, lo que significa una cobertura del 47.3% con relación al total (187,938). El crecimiento porcentual fue de 16%, que en términos absolutos son 12,261 localidades más que las registradas en 2007. Aunque existe el continuo esfuerzo por parte de la administración para aumentar la afiliación, es necesaria la participación de todos los estados especialmente Colima que mostró un decremento (-1.4%) en la incorporación de las localidades. En 2009 eran 95,977 localidades incorporadas al SPSS, lo que implicaba que un poco más de la mitad del total de las localidades en el país contaban con la presencia del SPSS (51.1%).

Tabla 22. Localidades cubiertas por entidad federativa. 2007-2012*

Entidad Federativa	Localidades Cubiertas					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Aguascalientes	667	699	773	847	969	995
Baja California	488	537	619	752	846	872
Baja California Sur	787	862	707	864	1,003	917
Campeche	612	695	731	933	1,006	1,025
Coahuila	903	1,071	1,130	1,297	1,374	1,402
Colima	346	341	345	297	338	358
Chiapas	6,163	7,558	8,801	10,013	10,860	10,884
Chihuahua	2,137	2,747	3,174	3,683	4,998	5,571
Distrito Federal	75	123	153	187	259	247
Durango	2,006	2,434	2,703	3,143	3,553	3,604
Guanajuato	5,410	5,523	5,597	5,882	6,207	6,281
Guerrero	3,450	4,067	4,391	5,228	5,334	5,376
Hidalgo	2,915	3,561	3,740	3,927	4,032	4,067
Jalisco	4,391	6,169	6,633	6,933	6,454	6,957
México	3,356	3,892	4,128	4,374	4,640	4,458
Michoacán	4,218	5,248	5,855	6,523	7,021	6,949
Morelos	740	797	821	880	969	970
Nayarit	1,125	1,211	1,311	1,478	1,548	1,552
Nuevo León	1,632	1,706	2,252	3,113	3,264	3,272
Oaxaca	4,115	5,456	6,045	6,659	7,060	7,129
Puebla	3,860	4,225	4,399	4,706	5,170	5,074
Querétaro	1,545	1,591	1,620	1,700	1,796	1,850
Quintana Roo	403	442	505	672	775	743
San Luis Potosí	3,242	3,380	3,897	4,576	4,723	4,781
Sinaloa	3,087	3,376	3,459	3,600	3,615	3,619
Sonora	1,666	1,677	1,620	1,907	1,938	1,961
Tabasco	1,939	1,957	1,978	2,009	2,040	2,083
Tamaulipas	2,704	2,879	2,867	3,070	3,303	3,373
Tlaxcala	509	618	639	769	793	801
Veracruz	8,823	10,362	11,172	12,373	12,821	12,801
Yucatán	992	1,120	1,287	1,659	1,670	1,661
Zacatecas	2,281	2,524	2,625	2,788	3,004	3,002
Total	76,587	88,848	95,977	106,842	113,383	114,635

*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año

Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Resultados del SPSS

Como resultado de los esfuerzos por extender la cobertura, durante 2010 se consiguió ampliar la afiliación en 10,865 localidades más que las reportadas en 2009, lo que representa un incremento de 11.3%, para que de esta forma el total de afiliados en el año fueran 106,842 localidades. Es así como las entidades que destacaron por sus altos niveles de cobertura son Chiapas y Veracruz, mientras que las que presentan el menor avance son Colima y Distrito Federal. La CNPSS (2012b), señala el total de localidades vigentes para el 2011, de acuerdo con INEGI son 299,275 localidades, de

las cuales el 37.9% están cubiertas por el SPSS. De esta forma faltan por cubrir 185,892 localidades en todo el país. En ese año el Estado de Jalisco sorprendió al tener 479 localidades menos de las observadas en 2010 (Tabla 22).

Para finalizar en 2012 se reportan 114,635 localidades afiliadas al SPSS, con ello se obtuvo un avance del 60% en cuanto a la cobertura del total de las localidades. Sobresalen los estados de Jalisco, Oaxaca, Chiapas y Veracruz ya que abarcan el 32.9% del total de los afiliados. Del lado contrario se encuentran los estados de México, Puebla y Baja California Sur, debido a las disminuciones mostradas. De acuerdo a lo observado en la tabla 22, el Estado de México venía desarrollando un crecimiento continuo desde 2007 hasta 2011, empero en 2012 disminuyó a 4,458 localidades con familias incorporadas al SPSS, si se tomará como referencia el número de localidades existentes en 2010 para la entidad, se denotaría que el 92% del total de las localidades están cubiertas por el SPSS.

2.3.2.6 Reafiliación de pólizas

La CNPSS (2010b), ha establecido claramente las condiciones bajo las cuales se ejercerá la reafiliación de pólizas, con la finalidad de que los beneficiarios reciban la atención médica en el momento que lo requieran. Por lo tanto se distingue lo siguiente:

- i. Tendrá una vigencia de 90 días, la póliza de todas las familias con expediente incompleto.
- ii. Contarán con una vigencia anual, las pólizas de familias ubicadas en el régimen contributivo, familias del SMNG que hayan entregado certificado de nacimiento y familias afiliadas a la estrategia Embarazo Saludable.
- iii. La vigencia trianual, será para las familias con expediente completo ubicadas en el régimen no contributivo.

Resulta de suma importancia para el SPSS la reafiliación de los usuarios ya que por medio de este indicador se expresa el grado de variación en las condiciones de elegibilidad de las personas, su entrada y salida de la seguridad social, aunque también refleja el nivel de satisfacción del usuario y la confianza en el programa. El proceso puede verse afectado por distintos fenómenos entre ellos la migración y la propia dinámica económica al transitar la población no derechohabiente a la seguridad social; además de factores como los desastres naturales, la disposición de reafiliarse de la población susceptible, la falta de documentos comprobatorios, el cambio de domicilio y hasta el olvido. Algunas de las personas que han dejado pasar su reafiliación posteriormente se reincorporan al SPSS mediante una nueva afiliación (CNPSS, 2011).

Por tales motivos se contempla la proyección en materia de reafiliación para cada año, esto para lograr la Cobertura Universal, se calcula por medio del número de personas cuya afiliación llegaba a su término durante ese año, de tal forma que todas esas pólizas vencidas se establecen como la meta a cumplir para el año correspondiente. Sin embargo, una vez considerados los factores que pueden afectar la reafiliación es de esperarse que no todas las personas realicen el trámite y más aun tomando en cuenta el carácter voluntario de afiliarse al programa. Existen casos en los cuales las personas aplazan su reafiliación a meses posteriores hasta el momento en que tienen la necesidad de utilizar el SPSS. En la tabla 23, se muestra la reafiliación que mostró cada uno de los estados durante el periodo de estudio.

Tabla 23. Personas reafiliadas por entidad federativa. 2007-2012*

Entidad Federativa	Ejercicio Fiscal					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Aguascalientes	266,622	256,467	25,129	37,366	89,021	24,312
Baja California	297,834	586,589	100,520	18,523	69,827	33,818
Baja California Sur	87,372	87,972	31,517	5,686	15,534	8,589
Campeche	189,222	248,054	39,739	21,008	111,706	27,960
Coahuila	129,609	252,935	60,117	13,730	116,516	32,201
Colima	189,780	218,927	79,744	13,993	40,470	24,648
Chiapas	1,082,640	1,282,119	576,221	56,914	667,888	312,541
Chihuahua	293,352	399,878	174,075	21,867	241,758	147,940
Distrito Federal	299,991	307,818	14,834	8,599	122,422	46,395
Durango	125,877	219,814	41,087	23,513	96,336	27,152
Guanajuato	1,396,362	1,517,210	223,552	105,057	953,045	186,100
Guerrero	388,371	758,353	268,685	79,931	354,670	61,733
Hidalgo	417,999	592,427	148,271	64,032	247,248	32,559
Jalisco	399,018	819,308	88,006	101,353	549,155	106,277
México	1,076,652	1,464,570	224,486	213,608	1,229,276	272,800
Michoacán	271,929	514,074	97,283	96,014	225,066	68,518
Morelos	286,062	366,685	38,106	63,767	173,490	25,946
Nayarit	226,323	314,676	18,551	59,426	165,275	21,061
Nuevo León	196,701	411,095	46,009	73,823	136,581	17,356
Oaxaca	770,523	1,097,952	465,572	92,297	334,945	209,598
Puebla	838,398	1,061,661	216,297	114,365	338,582	54,825
Querétaro	143,475	315,569	46,644	58,659	153,535	44,402
Quintana Roo	97,485	155,118	38,744	25,526	93,655	31,517
San Luis Potosí	440,592	626,910	163,447	57,306	175,871	152,826
Sinaloa	440,718	481,110	148,381	14,706	184,129	87,160
Sonora	433,728	479,646	69,203	24,462	115,599	22,616
Tabasco	948,237	997,261	129,546	175,645	258,885	83,942
Tamaulipas	653,511	836,218	211,477	102,420	168,506	88,923
Tlaxcala	118,488	277,643	29,026	51,286	288,022	46,965
Veracruz	971,286	1,522,474	244,447	223,370	872,652	161,455
Yucatán	291,297	432,106	111,592	55,896	148,318	47,660
Zacatecas	216,078	365,641	53,418	39,663	192,356	42,646
Total	13,985,532	19,268,279	4,223,725	2,113,811	8,930,339	2,552,441

*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año

Nota. A causa de que en los primeros tres años la información está considerada en familias y no en personas, se tomó el convencionalismo de multiplicar el número de familias reportadas en este rubro, por el número de integrantes reportados por familia afiliada al cierre de ese año

Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Resultados del SPSS

Para tener un imagen más clara sobre la reafiliación en 2007, es necesario mencionar que en 2006 se afiliaron 18,910,000 usuarios de los cuales 13,985,532 conservaron su registro en 2007, lo que representa una tasa de reafiliación de 74% a nivel nacional. Las entidades que reafiliaron al mayor número de personas con relación a las afiliadas en 2006 fueron Chiapas, México y Guanajuato. En 2008 se reafiliaron

19,268,279 personas lo que constituye el 88.2% del total de los usuarios afiliados en 2007, siendo los estados de Hidalgo, Oaxaca, Tamaulipas y Nuevo León, los que reafiliaron a la mayor cantidad de personas. Por el contrario, el Distrito Federal únicamente reafilió al 62.1% de sus beneficiarios.

A partir de 2009 cambió la dinámica de reafiliación, al proyectarse una meta específica la cual no necesariamente tenían que alcanzar los estados y que se planteaba en función del número de beneficiarios. Bajo tales circunstancias la reafiliación en 2009 se dispuso en 5,657,946 personas, pero sólo fue posible cubrir el 74.7% de lo programado (4,223,725 personas), sobresaliendo los estados de Nayarit, Veracruz y Querétaro por su dinamismo en la retención de sus beneficiarios. La tabla 23, delata la disminución en la reafiliación durante el año 2010, que se explica por lo siguiente: la dispersión de renovaciones debido al vencimiento diario de las pólizas, a la situación tan vulnerable de algunas personas que les impide afrontar el pago de su traslado a los módulos de afiliación y a la carente notificación de los usuarios respecto a su cambios de domicilio.

Una vez que se han manifestado los inconvenientes que enfrenta la reafiliación a nivel nacional en 2010, se puede detallar que fueron 2,113,811 las personas reafiliadas, lo que constituye un avance de 73.1% en relación con la estimación prevista de 2,893,641 beneficiarios. Por sus altos niveles de reafiliación destacaron: Guerrero, Nayarit y México. En el 2011 se reafiliaron al SPSS un total de 8,930,339 personas, lo que constituye un avance del 72% en relación a la proyección anual estimada en 12,411,213. Las entidades de Baja California y Distrito Federal no alcanzaron a reafiliar ni a la mitad de los usuarios programados. Es importante que el SPSS detalle los factores que están perturbando la reafiliación en estos estados ya que pareciera que no se están entablando las medidas necesarias de promoción.

Para 2012 aumentaron las proyecciones de reafiliación, pues existían 10,896,903 pólizas las que vencían durante el año, empero hasta el primer semestre de 2012 las reafiliaciones eran de 2,552,441 beneficiarios, lo que significó un avance de 23.4%. Siendo los estados de Guerrero e Hidalgo los que llevaban un adelanto menor al 10%. Contrario a ello estaban Tlaxcala y Chihuahua quienes ya habían

rebasado la mitad de su meta. Particularmente el Estado de México ha sido inestable en la reafiliación, puesto que durante 2009 y 2010 decreció su nivel y volvió a incrementarlo en 2011. Se ha programado en 2012, la reafiliación de 1,034,314 de pólizas, el avance hasta Junio de 2012 es de 26.4%.

2.3.3 Estrategias para el logro de la Cobertura Universal

Mediante la implementación del SPSS en México se ha buscado asegurar a todas las personas desprotegidas por las instituciones de seguridad social, la meta que se ha planteado para el programa, es garantizar la cobertura universal, que se encuentra sujeta a una serie de elementos entre ellos la disponibilidad financiera; el gobierno federal cada año detalla en el PEF los montos que serán transferidos a cada uno de los programas entre ellos los relacionados con el componente de la salud, como lo es el SPSS. Es por ello que la afiliación por sí misma no asegura el acceso a los servicios de salud pues depende de manera importante del presupuesto que se destine a los programas y de la infraestructura disponible en cada uno de los centros de salud.

El programa no sólo debe guiarse a conseguir la cobertura sino también a igualar los derechos de los beneficiarios con aquellos que pertenecen a otros esquemas de salud. La prestación del servicio se requiere que sea de manera igualitaria para toda la población pues de no ser así se estaría infringiendo la esencia del SPSS. Una estrategia que se ha implementado para mejorar la calidad en la operación de los servicios, es separar las funciones de financiamiento y prestación. Esto indica que en la medida en que un prestador mejore sus servicios, obtendrá mayor financiamiento, lo que se busca es que se sientan incentivados al realizar sus labores, para que se aumente la cobertura y satisfacción de los usuarios.

Por su parte Ruvalcaba y Vargas (2010), mencionan que para cumplir con la cobertura universal es trascendental que las entidades federativas intervengan en el establecimiento de las metas de afiliación, pues así ellos plantearían las necesidades

que tiene cada una de sus localidades y se apegarían más a las metas. Asimismo los estados deben acordar los mecanismos que entablarán para asegurar la afiliación de sus habitantes, sin dejar de lado que la prioridad son las personas que sufren económicamente a causa de las enfermedades denominadas catastróficas. También puntualizaron que en la medida en que se asegure la cobertura horizontal (población objetivo que desea incorporarse) y la cobertura vertical (aumento en el número de intervenciones) se estará otorgando protección social en salud a toda la población y con ello se disminuirán los gastos catastróficos.

Para alcanzar la cobertura universal se necesita dar continuidad a ciertas estrategias como lo son: el reforzamiento de los mecanismos de reafiliación en los estados; la optimización de los recursos para garantizar la prestación del servicio; la ampliación del paquete de servicios que se otorgan a los afiliados ya que es un factor que incide de manera directa sobre las personas; la intensificación de las acciones de promoción del SPSS en las comunidades así como la asesoría sobre el proceso de afiliación; la incorporación de más prestadores de servicios con el propósito de que se mejoren las condiciones de salud de los beneficiarios; y el fortalecimiento de los estados a quienes les corresponde trabajar por los derechos de los afiliados, y por el buen manejo de los fondos, así como buscar la inclusión de grupos prioritarios al SPSS.

El medio más factible para cumplir con estas estrategias es la obtención de más recursos económicos, a través del establecimiento de convenios con el sector privado, que resulten en aportaciones monetarias o de infraestructura médica, esto ayudará a extender la cobertura en todo el territorio y a compensar los recursos que pudieron haberse perdido por no cumplir con las proyecciones de afiliación. El cumplimiento de la cobertura universal se vuelve complejo por el hecho de que el programa se enfrenta a una población en continuo crecimiento y cambio, es por ello que en los últimos años la cobertura se calcula con base en el crecimiento poblacional y se transfieren los fondos en razón del número de beneficiarios.

2.4 Programas y Fondo de Reserva que componen al Sistema de Protección Social en Salud

Para el SPSS es imprescindible contar con una serie de programas que lo fortalezcan, ya que le permiten conceder mayores servicios de salud a los afiliados y le ayudan a acrecentar el número de casos tratados. De la misma manera ha posibilitado que vastos sectores de la población desvinculados de la seguridad social atiendan sus padecimientos sin desembolso alguno. Lo especial de estos programas es que cada uno, se dirige a atender diferentes segmentos de la población los cuales se encuentran susceptibles por la falta de asistencia médica. Una vez que las personas son atendidas por cualquiera de los programas, se vuelven candidatos para formar parte del SPSS e inmediatamente se les da a conocer los privilegios que obtienen si se afilian.

Es así como los programas aportan usuarios al SPSS, aunque estos suelen atraer a grupos específicos, tal es el caso del Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) que se dirige a cuidar la salud de los niños recién nacidos a quienes afilia desde su nacimiento. Por su parte el programa Embarazo Saludable se ha propuesto disminuir el número de muertes maternas por medio de la atención oportuna a mujeres embarazadas. El programa Oportunidades y Zonas Prioritarias destinan sus recursos y equipo médico a la población en condiciones de alta o muy alta marginación. Mientras que Cirugía Extramuros se encauza a cuidar la salud de las comunidades en situación de marginación y rezago que carecen de cirugías especializadas. Es evidente como a pesar de que cada uno de los programas tiene cierta población objetivo, al final se unen para cambiar el entorno en el que viven muchos individuos.

El FPGC no es un programa sino un fondo de reserva que tiene el SPSS, cuya función es cubrir las enfermedades de alta especialidad que generan elevados costos, las intervenciones que cubre tal fondo están sujetas a la prevalencia y viabilidad financiera, en la actualidad son 58 intervenciones en 17 grupos de enfermedades, y 327 prestadores de servicios.

2.4.1 Programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG)

La creciente incidencia de enfermedades y discapacidades en niños menores de cinco años indujo al gobierno federal ha instrumentar el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), el cual busca proteger la salud de la población infantil mexicana nacida a partir del 1° de Diciembre de 2006, tomando en cuenta que la salud de los niños es uno de los factores más importantes en el desarrollo de la sociedad y que su bienestar conduce a mayores niveles de rendimiento educativo, así como efectos positivos en la capacidad productiva durante la edad adulta. Es por ello, que mediante el programa, se ofrece atención médica completa a niños en situación de vulnerabilidad (CNPSS, 2012d).

El objetivo se orienta a la reducción de la mortalidad, morbilidad infantil y preescolar, así como a contribuir al crecimiento y desarrollo saludable de los infantes, mediante el otorgamiento de un paquete explícito de acciones preventivas, intervenciones y medicamentos asociados que respondan al perfil epidemiológico y a la demanda de los servicios. La meta es afiliar al 100% de las familias sin seguridad social, asimismo ampliar la cobertura de intervenciones curativas y de rehabilitación, la labor se incrementa al tomar en cuenta que el SMNG maniobra en todas las localidades del país. A partir de la afiliación, los niños tienen derecho a recibir los servicios médicos de 131 intervenciones, atención médica de primer, segundo y tercer nivel¹³ que se condicionan en el Causes y FPGC, estudios de laboratorio y gabinete que permitan diagnósticos tempranos, esto sin ningún desembolso por el servicio (CNPSS, 2012b).

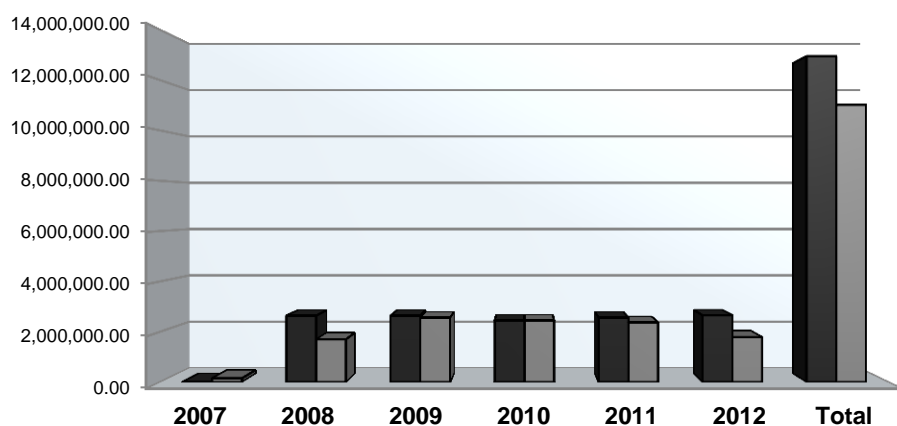
A causa de que el SMNG es un programa a nivel nacional, su rectoría está a cargo de la Secretaría de Salud y funciona conforme a las Reglas de Operación del Programa (ROP) publicadas en cada ejercicio fiscal, en este documento se determina la normatividad para la instrumentación, operación, seguimiento y evaluación del

¹³ Se refiere a la atención encaminada a restaurar la salud y rehabilitar a usuarios que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, a través de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas (ISSEA, 2011).

programa SMNG (CNPSS, 2011). Se caracteriza por ser público, voluntario y financiado mediante los subsidios federales autorizados en el PEF correspondiente, vía los Ramos 12 y 33 destinados a la prestación de servicios médicos. Durante su primer año de funcionamiento no contó con recursos propios, únicamente con el apoyo del SPSS para la instalación de módulos de afiliación y pago per cápita. Según lo mencionado por la CNPSS (2012d), fue a partir de 2008 cuando le fueron autorizados los recursos para cumplir con sus obligaciones.

En cuanto a la transferencia de los recursos esta se hará siempre y cuando la Secretaría de Salud y los estados celebren con la CNPSS, los acuerdos de coordinación correspondientes, los montos estarán en función del desarrollo del SMNG. En la gráfica 7, se observa el presupuesto autorizado y el ejercido para cada uno de los ejercicios fiscales, el total de los recursos ejercidos fue de \$11,016,905.20, de los cuales \$1,785,724.80 fueron ejercidos en 2012. A partir de 2010 hay una disminución tanto del presupuesto autorizado (-7.3%) como del ejercido (-4.6%) con relación al 2009. Mientras que en el ejercicio fiscal 2011 el presupuesto ejercido mostró un decremento porcentual de 3% en proporción al año anterior.

Gráfica 7. Presupuesto autorizado y ejercido para el SMNG. 2007-2012*
(Millones de pesos)



	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
■ Autorizado	0.00	2,641,185.20	2,641,533.50	2,450,000.00	2,563,310.10	2,653,025.90	12,949,054.7
■ Ejercido	147,677.60	1,699,724.60	2,564,617.80	2,446,515.90	2,372,644.50	1,785,724.80	11,016,905.2

*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año
Fuente. Elaboración propia con datos de la CNPSS, 2012c

Los informes de resultados del SPSS detallan la afiliación del SMNG que en 2007 fue de 819,410 niños recién nacidos, siendo los estados de Jalisco, Veracruz y México los que captaron al 26.4% del total de los afiliados, tal y como se aprecia en la tabla 24. Al término de 2008, los niños incorporados al SMNG eran 1,852,891, observándose un incremento porcentual de 126.1% en comparación con 2007. Los estados con el menor crecimiento fueron: Quintana Roo, Sonora y Michoacán, quienes incorporaron al 6.5% del total de los recién nacidos. El aumento en la afiliación continuó y en 2009 alcanzó la cifra de 2,958,973 beneficiarios, las entidades federativas de Michoacán (80.2%), Baja California Sur (90.5%) y Quintana Roo (103.7%), fueron las que mayor empeño pusieron en la afiliación ya que entre las tres lograron concentrar al 5.4% de los niños afiliados.

Tabla 24. Total de recién nacidos afiliados al SMNG por entidad federativa. 2007-2012*

Entidad Federativa	Ejercicio Fiscal					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Aguascalientes	6,374	20,192	33,523	45,939	64,646	70,453
Baja California	15,429	33,030	53,296	67,245	105,109	113,971
Baja California Sur	2,592	6,628	12,628	19,706	25,688	28,465
Campeche	9,222	19,165	28,095	37,844	51,331	56,308
Coahuila	16,335	34,859	53,435	68,954	78,631	90,538
Colima	6,629	14,181	20,411	26,117	33,681	35,745
Chiapas	46,580	112,328	180,602	261,894	349,524	390,959
Chihuahua	21,748	42,828	66,862	102,975	138,488	155,181
Distrito Federal	38,949	92,395	160,670	182,917	229,659	242,189
Durango	10,942	25,182	42,800	62,276	88,104	97,613
Guanajuato	43,571	109,010	185,118	259,056	359,809	391,783
Guerrero	29,347	62,247	88,301	146,395	220,365	242,483
Hidalgo	21,028	51,008	87,793	123,962	155,740	172,050
Jalisco	61,860	120,649	192,239	248,446	382,048	418,890
México	91,484	232,076	373,411	588,688	762,948	832,846
Michoacán	30,655	58,785	105,922	176,651	238,592	264,771
Morelos	16,453	33,009	44,156	64,786	97,625	105,469
Nayarit	10,199	23,004	34,690	52,757	69,484	76,961
Nuevo León	19,364	49,676	78,866	107,359	134,824	145,663
Oaxaca	23,359	68,926	122,612	184,261	260,840	287,769
Puebla	48,743	108,227	157,113	225,378	335,771	348,508
Querétaro	14,752	34,254	49,786	77,216	106,087	118,139
Quintana Roo	11,927	20,747	42,258	71,706	84,367	91,492
San Luis Potosí	21,037	44,670	76,404	117,025	163,328	184,471
Sinaloa	19,189	43,618	70,181	96,917	124,727	137,695
Sonora	21,300	40,768	58,064	75,858	105,288	116,339
Tabasco	25,734	54,218	84,066	120,772	163,714	181,141

Entidad Federativa	Ejercicio Fiscal					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Tamaulipas	26,278	59,027	88,965	124,876	155,781	165,580
Tlaxcala	12,448	33,107	43,182	57,840	85,629	95,706
Veracruz	63,190	134,836	213,880	314,711	409,169	440,004
Yucatán	17,168	34,197	52,622	74,966	98,806	106,522
Zacatecas	15,524	36,044	57,022	78,267	103,311	113,953
Total	819,410	1,852,891	2,958,973	4,263,760	5,783,114	6,319,657

*El número de recién nacidos alcanzados, corresponde al total de niños afiliados, validados y acumulados desde el inicio de operación del programa, al mes de Junio de 2012
Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Resultados del SPSS

En 2010, se afilió a 1,304,787 niños más de los registrados en el año anterior, lo que representa un crecimiento de 44.1% en relación al 2009, por lo tanto se incorporó a nivel nacional un total de 4,263,760 recién nacidos, destacando los estados de Baja California, Colima y Distrito Federal por sus bajos niveles de crecimiento en comparación con 2009. La afiliación en 2011, fue de 5,783,114 niños, cifra superior en 35.6% con relación al 2010, siendo los estados de Morelos (50.7%), Jalisco (53.8%) y Baja California (56.3%) los que progresaron más durante el año, en tanto que entidades como Coahuila (14%) y Quintana Roo (17.7%), fueron más moderadas en su crecimiento.

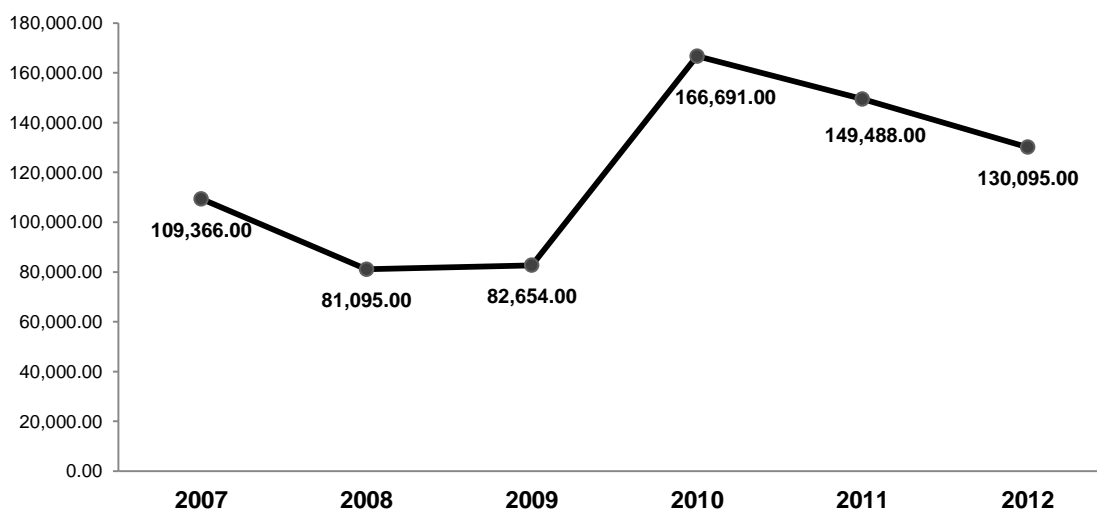
De Enero a Junio de 2012 se afiliaron 6,319,657 niños al SMNG, lo que significa un aumento de 9.3% en relación al 2011. Los estados de Veracruz, México y Jalisco, son las entidades donde la afiliación al SMNG ha sido mayor, seguidos por Chiapas y Guanajuato, en estas entidades se concentra poco más de la tercera parte (39.2%) del total de los beneficiarios del programa. En términos generales el Estado de México, tuvo una TCMA de 55.5% en términos generales, alcanzando el mayor crecimiento en 2008 debido a que fue de 153.7% en comparación al 2007. Hasta Junio de 2012, había aumentado apenas 9.2%, aunque debe aclararse que al primer semestre ya se había rebasado la afiliación del año anterior y que durante el segundo semestre los esfuerzos deben intensificarse a fin de beneficiar a más niños recién nacidos.

A causa del indiscutible incremento en la demanda de los servicios brindados por el SMNG, la Secretaría de Salud ofreció a los SESA, o dicho de otra manera a las entidades federativas, un pago de \$210.00 pesos anuales por una sola vez, por cada niño mexicano que se afilie al programa siempre y cuando haya nacido a partir del 1°

de Diciembre del 2006. La cantidad económica que se transfiere, tiene el propósito de alivianar los gastos en que incurren los estados, debido a la sobredemanda de los servicios de salud del CAUSES y a la concentración de nuevas familias afiliadas al sistema (CNPSS, 2011).

La tendencia que ha seguido la transferencia de recursos se observa en la gráfica 8. Respecto a su trayectoria es evidente como en 2008 tuvo la caída más pronunciada (25.9%) y como en 2010 mejoraron las cosas a tal magnitud que el incremento fue de 101.7% en comparación a 2009. El apoyo económico en 2012, fue por un total de \$130,095.00 mil de pesos cifra inferior en 13% a lo otorgado en 2011.

Gráfica 8. Apoyo económico por incremento en la demanda de servicios. 2007-2012* (Miles de Pesos)



*La cifra de 2012 corresponde al mes de Septiembre
Fuente. Elaboración propia con datos de la CNPSS, 2012d

El SMNG cubrirá todas aquellas intervenciones descritas dentro de las ROP, en la actualidad abarca 131 intervenciones de segundo y tercer nivel; las acciones se cubren a través del reembolso de cada intervención realizada a los usuarios del SMNG, el monto a cubrir se determina con base en las tarifas del tabulador señalado por la Comisión, que es publicado en el Diario Oficial de la Federación, asimismo se podrán pagar aquellas intervenciones no incluidas en el CAUSES o FPGC, que sean

registradas por el prestador de servicios antes del 31 de Enero del siguiente año (CNPSS, 2012d). Una vez aclarado, se prosigue a enlistar los principales padecimientos atendidos por el SMNG¹⁴, destacando el año 2009 por el incremento de 235.8% en la cobertura de las intervenciones y el 2011 por la cantidad de padecimientos atendidos.

Tabla 25. Principales padecimientos atendidos por el SMNG. 2008-2012*

Intervenciones cubiertas por el SMNG	Ejercicio Fiscal				
	2008	2009	2010	2011	2012
Taquipnea transitoria del recién nacido	0	4,138	4,713	5,272	1,064
Ictericia neonatal por otras causas y las no especificadas	1,599	3,040	2,988	3,430	805
Asfixia al nacimiento	1,480	3,901	4,045	4,392	859
Retardo del crecimiento fetal y desnutrición fetal	808	2,597	3,208	3,581	670
Septicemia, no especificada (incluye choque séptico)	0	1,848	594	948	260
Feto y recién nacido afectados por ruptura prematura de las membranas	0	1,510	1,929	2,528	548
Enterocolitis necrotizante	445	1,133	1,343	1,457	324
Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido	444	1,008	1,047	981	205
Ictericia neonatal debida a otras hemólisis excesivas	420	542	469	483	31
Feto y recién nacido afectados por trastornos hipertensivos	410	1,107	1,239	1,332	299
Trastornos transitorios del metabolismo de los carbohidratos	385	1,196	1,509	1,231	287
Síndromes de aspiración neonatal	0	1,069	1,100	1,196	259
Trastornos relacionados con el embarazo prolongado y con sobrepeso al nacer	0	647	675	937	289
Hipoxia intrauterina	235	515	515	489	77
Otras	2,930	6,498	8,435	11,808	2,589
Total de casos autorizados	9,156	30,749	33,809	40,065	8,566

*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año

Fuente. Secretaría de Salud, 2012

El SMNG está involucrado directamente con el programa de vacunación universal, esto ha permitido disminuir la mortalidad de la población mexicana debido a enfermedades transmisibles que son previsibles con la aplicación de vacunas, por tal

¹⁴ Solamente se encuentran datos disponibles a partir de 2008 y hasta Junio de 2012, por lo tanto en esta ocasión no se incluyen los padecimientos correspondientes a 2007.

motivo desde 2008 se transfirieron recursos del SMNG al Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA) para la adquisición de vacunas contra rotavirus (infecciones digestivas) y neumococo (infecciones respiratorias). Por lo tanto el CeNSIA, se volvió el área responsable de establecer los criterios de aplicación y ejercicio de los recursos, así como el encargado de la adquisición, distribución y aplicación de las vacunas, bajo las mejores condiciones posibles de calidad, precio y seguridad (CNPSS, 2011). A partir del financiamiento a las vacunas se han visto beneficiados 6.2 millones de niños por la vacuna del neumococo y 7.3 millones por la vacuna de rotavirus (Tabla 26).

Tabla 26. Vacunas financiadas a través del SMNG. 2008-2012

Año	Vacunas	Dosis	Millones de niños beneficiados	Monto transferido (Miles de pesos)
2008	Neumococo	1,680,654	0.9	1,453,750.00
2008	Rotavirus	2,466,000	1.2	
2009	Neumococo	3,726,105	1.2	1,303,272.00
2009	Rotavirus	2,300,700	1.6	
2010	Neumococo	2,600,000	1.2	342,826.00
2010	Rotavirus	2,300,000	1.6	
2011	Neumococo	4,400,000	1.5	1,096,181.00
2011	Rotavirus	4,100,000	1.5	
2012	Neumococo	3,600,000	1.4	899,912.00
2012	Rotavirus	4,548,003	1.4	

*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año
Fuente. Elaboración propia con datos de la CNPSS,2012c

Durante el primer semestre del 2012 se transfirieron \$899,912.00, para la adquisición de 4,548,003 dosis contra el rotavirus y 3,600,000 contra el neumococo. Sobre la importancia del financiamiento al CeNSIA, el Director General Adjunto de la CNPSS, puntualizó que de 1990 a la fecha se ha disminuido la mortalidad, ya que se registraban aproximadamente 46 muertes por cada mil nacimientos, panorama que cambió a 17 defunciones por cada mil, en el año 2012, lo que resulta de las tareas emprendidas hasta ahora por el SMNG y CeNSIA (Secretaría de Salud , 2012).

Por otra parte, con la finalidad de contribuir a la atención integral de los niños con hipoacusia severa, el SMNG transfirió durante 2009 y 2010, un monto de

\$35,000.00 y \$16,150.00 respectivamente para la realización del tamizaje auditivo. Pero en este caso el Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad (CONADIS), coordinó la colocación de implantes cocleares en las 32 entidades federativas. En 2011 se realizó la prueba de tamiz auditivo neonatal a 884,652 recién nacidos, mientras que en 2012 se le efectuó a otros 232,533 niños, por otro lado fueron 78 infantes con sordera neurosensorial severa y profunda, los que se beneficiaron con implantes cocleares (CNPSS, 2012c).

Otro de los programas que financia el SMNG, es el Banco de Leche Humana, el cual consta de seis bancos a nivel nacional en estados como: Tabasco, Jalisco, Veracruz, Zacatecas y Distrito Federal. Se otorgan los recursos por medio del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR), para el fomento de la lactancia materna en recién nacidos y disminuir así las condiciones de riesgo o enfermedad; tan sólo en 2012 se destinó un total de \$10.80 mdp. Durante 2010 y 2012, se destinaron \$100.00 mdp para la realización del tamiz metabólico semiampliado, que consta de tres enfermedades congénitas: galactosemia, fenilcetonuria e hiperplasia suprarrenal congénita. La atención a estos padecimientos evitará la muerte de cerca de 200 niños y será el CNEGySR quien aplique y ejecute los recursos (CNPSS, 2012c).

La CNPSS (2012d), señala que el fortalecimiento de la prevención en salud es otra de las acciones en las que se involucra el SMNG, lo que se quiere es promover la lactancia materna y el desarrollo cognitivo infantil, además de prevenir la muerte de cuna, esto no sólo en la población afiliada sino también en el personal de salud implicado. Se les denomina Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud (TCAS), a los que promueven el autocuidado de la salud y las conductas saludables. Actualmente tales medidas se aplican en 23 entidades federativas, excepto en: Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Distrito Federal, Guerrero, Hidalgo, México, Nayarit y Sinaloa.

2.4.2 Programa Embarazo Saludable

Anteriormente a la implementación del programa Embarazo Saludable, las mujeres que requerían de atención materna tenían que pagar el costo de la atención obstétrica y los niños eran los únicos en condiciones de ser afiliados en alguno de los programas existentes. Pero eso sólo representaba uno de los problemas, ya que el más grave era el prevaleciente incremento de muertes en mujeres durante su embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del mismo. Las defunciones eran el resultado de complicaciones durante el embarazo o parto, de tratamientos incorrectos, además de enfermedades existentes antes del embarazo que se agravan por la carente atención.

La CNPSS (2009), indica que los padecimientos varían de acuerdo a la zona a la que pertenece la población, muestra de ello es que en las zonas rurales las muertes se deben mayormente a hemorragias y falta de atención oportuna, mientras que en zonas urbanas las complicaciones son por preeclampsia y padecimientos sistémicos subyacentes. Bajo el panorama antes mencionado, la Secretaría de Salud y las entidades federativas, con la finalidad de reducir la mortalidad materna pusieron en marcha el programa Embarazo Saludable, dirigido a atender a las zonas marginadas sin seguridad social, dicho programa actúa como una ampliación al SMNG y permite la afiliación de las mujeres al SPSS

Una vez afiliadas, podían disfrutar de las intervenciones contempladas en el CAUSES y recibir los tratamientos del FPGC. Fue a partir del 1° de Agosto de 2008, cuando la población femenina y sus familias pertenecientes a zonas marginadas, comenzaron a ser afiliadas. En caso de que se ubicarán dentro de los deciles I al VII, serían afiliadas bajo el régimen no contributivo y en el momento en que naciera el niño se le afiliaría al SMNG (CNPSS, 2011). Con el programa Embarazo Saludable muchas mujeres embarazadas pudieron arribar oportunamente a los servicios de salud y eliminaron barreras de acceso.

Por lo tanto se debe incentivar a las entidades federativas a fortalecer la oferta e intensificar la promoción de servicios de salud en las zonas más marginadas,

asimismo los esfuerzos deben ajustarse a las necesidades de cada una de las comunidades ya que tienen carencias distintas. Dado que el programa empezó a funcionar a partir de 2008, la afiliación a nivel nacional fue de 188,913 mujeres embarazadas, siendo los estados de Guerrero, Guanajuato y Jalisco, los que destacaron por afiliar al 20% del total de la población objetivo (Tabla 27).

Tabla 27. Afiliación al programa Embarazo Saludable por entidad federativa. 2008-2012*

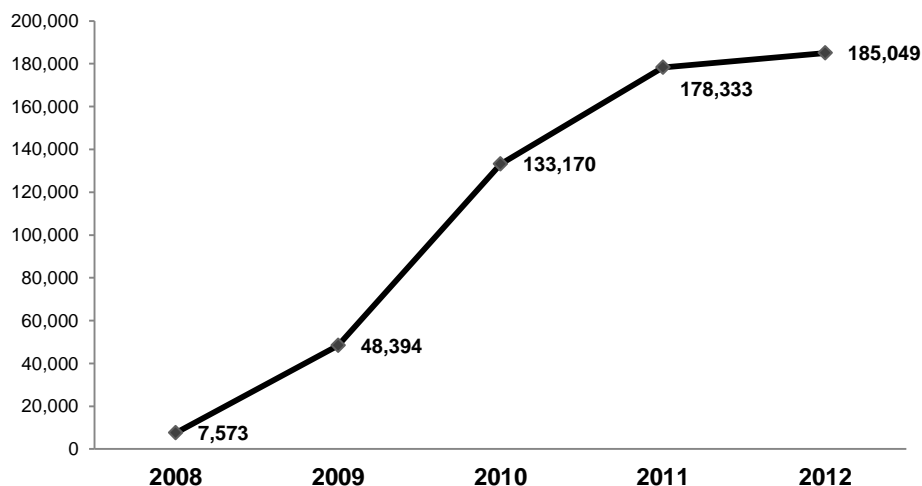
Entidad Federativa	Ejercicio Fiscal				
	2008	2009	2010	2011	2012
Aguascalientes	1,930	5,012	15,588	20,210	21,008
Baja California	5082	14,366	34,805	38,220	36,169
Baja California Sur	2,490	4,973	11,522	13,261	13,420
Campeche	1,339	4,119	10,562	13,819	14,928
Coahuila	6,124	15,620	24,173	30,295	32,743
Colima	795	2,042	7,120	8,808	9,168
Chiapas	9,694	28,867	69,156	80,938	83,528
Chihuahua	9,194	21,114	47,881	53,032	53,668
Distrito Federal	3,311	22,360	41,187	49,785	43,880
Durango	4,351	11,924	22,297	28,221	29,987
Guanajuato	12,367	33,997	84,909	101,483	102,902
Guerrero	11,426	32,865	66,362	84,292	85,661
Hidalgo	5,593	16,241	43,964	50,574	51,496
Jalisco	14,039	37,453	103,000	137,201	144,801
México	7,573	48,394	133,170	178,333	185,049
Michoacán	10,680	32,353	83,485	100,883	101,211
Morelos	3,373	9,297	25,553	33,233	34,013
Nayarit	2,651	6,058	14,348	17,757	18,847
Nuevo León	4,354	14,958	42,975	51,786	53,350
Oaxaca	10,685	29,328	62,885	77,913	81,286
Puebla	9,379	28,800	73,507	98,583	98,517
Querétaro	2,241	8,129	21,599	27,199	28,717
Quintana Roo	3,197	8,865	23,394	28,716	30,542
San Luis Potosí	2,839	10,080	30,576	37,978	40,809
Sinaloa	7,019	16,700	45,028	53,752	55,111
Sonora	5,709	13,967	34,127	40,937	40,666
Tabasco	5,261	16,304	38,206	51,665	57,179
Tamaulipas	7,162	18,540	41,144	49,581	49,643
Tlaxcala	3,673	8,260	17,404	24,508	26,862
Veracruz	9,226	30,834	91,091	116,712	121,016
Yucatán	2,223	6,996	19,278	22,671	22,580
Zacatecas	3,933	9,448	27,567	33,264	34,484
Total	188,913	568,264	1,407,863	1,755,610	1,803,241

*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año

Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Resultados del SPSS

En el año 2009, se tiene el mayor crecimiento de todo el periodo de estudio, ya que se duplico el número de afiliados (200.8%) en comparación con el 2008, por lo cual la afiliación acumulada en el año fue de 568,264 embarazadas. La afiliación en 2010 fue de 1,407,863 mujeres, lo que representa un incremento de 147.7% en relación al 2009, durante el año los estados de Veracruz, Jalisco y México captaron al 23.2% de los afiliados. El incremento observado en la afiliación durante 2011, fue muy bajo ya que sólo se creció 24.7%, que son 347,747 afiliados más que en 2010, las entidades federativas de Baja California (9.8%), Chihuahua (10.8%) e Hidalgo (15%), se quedaron rezagadas pues su crecimiento estuvo por debajo de estados como: Puebla, Tabasco, y Tlaxcala.

Gráfica 9. Afiliación al programa Embarazo Saludable en el Estado de México. 2008-2012*



*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año
Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Resultados del SPSS

A Junio de 2012, había un total de 1,803,241 usuarios afiliados por medio del programa Embarazo Saludable, los cinco estados que muestran un retroceso en comparación con 2011 son: Distrito Federal (-11.9%), Baja California (-5.4%), Sonora (-0.7%), Yucatán (-0.4%) y Puebla (-0.1%). Del lado contrario se encuentran Tlaxcala y Tabasco con un crecimiento promedio del 10%. El Estado de México consiguió afiliar a 185,049 mujeres embarazadas, siendo en el año 2009 cuando creció el registro en 539% con respecto al año preliminar. La tendencia creciente que ha mostrado la

entidad mexiquense se debe al esfuerzo y a la promoción por afiliar a la mayor cantidad mujeres embarazadas, dicho incremento se observa en la gráfica 9.

Tabla 28. Mujeres afiliadas al programa Embarazo Saludable por decil de ingreso. 2009-2012*

Año	Decil de ingreso									
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
2009	194,813	296,241	36,390	26,227	11,224	1,595	896	409	399	70
2010	491,470	675,775	116,684	79,521	33,535	5,892	2,764	1,026	1,009	187
2011	606,208	845,209	157,872	96,816	36,554	6,009	2,468	2,054	2,073	347
2012	642,750	852,641	168,875	93,942	33,230	5,606	2,038	1,925	1,901	333

*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año

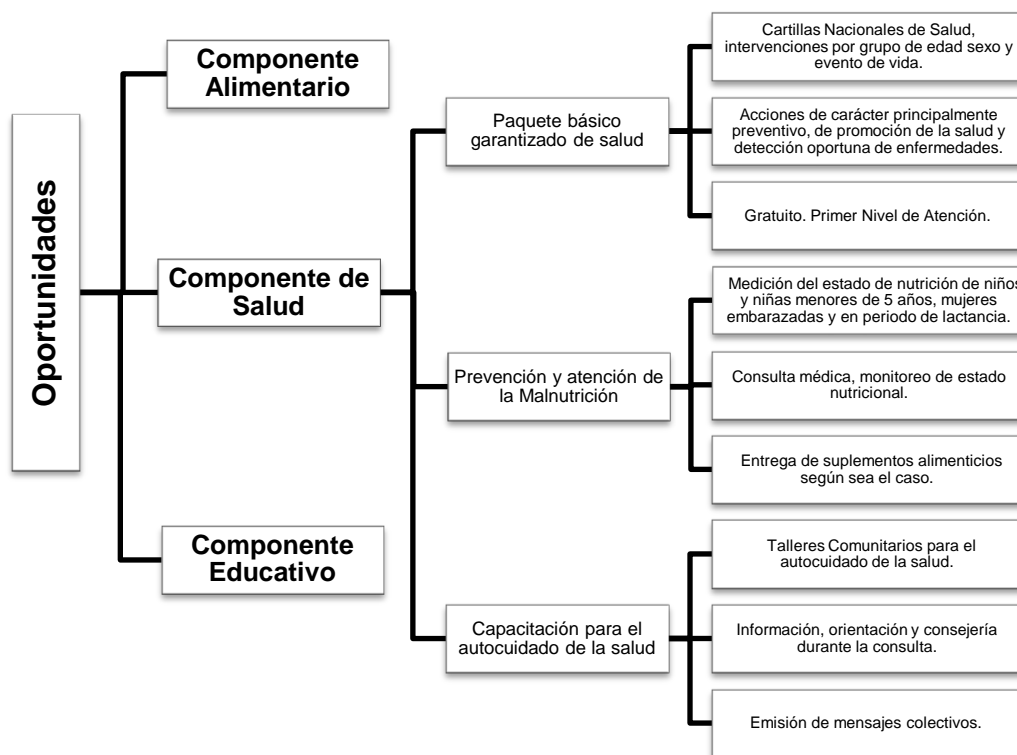
Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Resultados del SPSS

Uno de los objetivos que persigue fundamentalmente el programa es afiliar a las mujeres que por su situación económica no tienen la posibilidad de pagar los servicios de alguna institución de salud, de ahí la importancia de determinar los usuarios que pertenecen al régimen contributivo y no contributivo. Todas las mujeres que se ubiquen entre los deciles I a VII quedarán exentas del pago de la Cuota Familiar, mientras que las afiliadas en los deciles VIII al X realizarán la aportación correspondiente. El importante papel social que tiene el programa Embarazo Saludable se ratifica al constatar que en promedio a partir de 2009 más del 99% de las mujeres embarazadas afiliadas se ubicaban dentro de los deciles de ingreso no contributivos (Tabla 28).

2.4.3 Programa Desarrollo Humano Oportunidades (Componente salud)

Por años la población mexicana se ha enfrentado a constantes cambios que repercuten directamente sobre su bienestar, y capacidades competitivas, razón por la cual se encuentran expuestos a menores condiciones de vida. Bajo tal panorama fue impulsado el programa Oportunidades en los hogares con pobreza extrema que requerían de un mejoramiento en sus condiciones socioeconómicas, la ayuda se brindó en términos monetarios a las familias, para que a través de su esfuerzo, superaran su situación precaria, accedieran a mejores niveles de bienestar y se incorporaran al desarrollo nacional. También se les ofreció la posibilidad de ser afiliados al SPSS y SMNG (Franco, 2008).

Esquema 3. Componte de la salud en el Programa Oportunidades



Fuente. CNPSS, 2012e

Para efectos de nuestro estudio solamente nos concentraremos en el componente de la salud del programa Oportunidades; su operación y financiamiento lo coordina la CNPSS, aunque son el IMSS Oportunidades y SPSS quienes brindan atención básica a los miembros del núcleo familiar, sus esfuerzos se dirigen a impulsar una mejor nutrición en niños y mujeres embarazadas, y garantizar el acceso a trece intervenciones de carácter preventivo a todos los miembros del hogar, sin dejar de lado la capacitación para el autocuidado de la salud, tales acciones se observan en el esquema 3. El programa desde sus inicios fue diseñado para atender primordialmente a las zonas rurales que tenían un alto nivel de marginación, dejando de lado a las zonas urbanas, no obstante fue hasta 2002, cuando se incorporaron al programa familias en áreas urbanas que requerían de los servicios que brinda Oportunidades.

A partir de la aprobación del Modelo Alternativo de Salud (MAS), se atiende a las familias urbanas con base en su dinámica social y epidemiológica, al igual se garantizan los servicios de salud a los afiliados con base en la Cartilla Nacional de Salud, tan sólo a Junio de 2012 se estimaba la cobertura de 655,952 familias urbanas (CNPSS, 2012c). Otra de las herramientas que se puso en marcha para favorecer a la población desde 2008, fue la Estrategia Integral de Atención a la Nutrición (EsiAN), que intentaba afrontar la problemática de la mala nutrición, su cometido era crear una cultura de autocuidado entre la población y promover el uso de suplementos alimenticios entre niños y mujeres embarazadas (CNPSS, 2012e).

Una medida muy favorable del programa Oportunidades es la ejecución del Plan de Comunicación Indígena (PCI), intervienen en este 15 entidades federativas, entre ellas el Estado de México donde se utilizan los medios de comunicación local, y se elaboran materiales impresos y audiovisuales para la población que habla alguna lengua indígena en los municipios de San Felipe del Progreso y San José del Rincón (CNPSS, 2012c). Los resultados son muy favorables, debido a que el programa se ajustó a las necesidades de los usuarios y no al revés, lo que contribuye a la promoción y difusión de materiales educativos en salud. Cada una de las estrategias implementadas por parte del programa Oportunidades, se financian con el

presupuesto¹⁵ que destina la H. Cámara de Diputados, a la Secretaría de Salud y CNPSS (Tabla 29).

Los recursos que se transfieren a cada uno de los estados son subsidios federales, que permiten dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas, de igual forma para que se cubran los gastos derivados de la puesta en marcha del programa Oportunidades. Generalmente suelen haber diferencias entre los recursos autorizados y los ejercidos, pues los recursos durante el año están sujetos a las variaciones del padrón de beneficiarios, como sucedió en 2007 cuando el monto autorizado fue mayor al ejercido debido a la disminución en el gasto de servicios personales y generales. Por el contrario en 2008, se ejercieron \$3,568,919.10 cifra mayor a la autorizada en \$138,702.40, los estados de Veracruz, Guerrero y México eran los que contaban con el mayor monto autorizado para ese año.

Lo mismo sucedió en 2009, al superar en 0.4% el monto ejercido al autorizado, los mayores gastos en ese año fueron por servicios generales y subsidios, a medida que los recursos se elevan se puede distribuir y proporcionar más servicios a las familias lo que conllevaría a mejorar la calidad de vida de los usuarios. En el año 2010, se transfirieron un total de \$4,704,636.60, a la Secretaría de Salud y CNPSS, este monto incluye \$782,164.70 por la producción de suplemento alimenticio, que beneficia especialmente a niños y mujeres embarazadas. Durante el año 2011, se disminuyó el monto destinado a la adquisición de suplemento alimenticio a \$738,170.50.

Para la ejecución de las acciones del programa Oportunidades durante el año 2012, se autorizó en el PEF un total de \$4,740,413.80, de los cuales se han ejecutado \$2,532,020.00. De esta forma se concedieron en el PEF un total de \$25,818,180.40 para el desarrollo del componente de la salud del programa Oportunidades, los recursos ejercidos en el lapso de 2007-Junio 2012, totalizaron \$22,886,747.60.

¹⁵ La distribución presupuestal se realiza conforme al capítulo del gasto del programa Oportunidades, por lo cual debe especificarse lo siguiente: el capítulo 1000 se refiere a los servicios personales, el capítulo 2000 a materiales y suministros, los servicios generales se identifican en el capítulo 3000, y finalmente el capítulo 4000 corresponde a subsidios y transferencias.

Tabla 29. Recursos autorizados y ejercidos por capítulo del gasto al Programa Desarrollo Humano Oportunidades. 2007-2012* (Miles de pesos)

Años	Capítulo	Presupuesto (\$)	
		Autorizado	Ejercido
2007	1000	825,645.80	446,657.00
	2000	1,116,508.80	656,504.10
	3000	83,879.00	37,311.20
	4000	2,104,434.40	2,603,688.40
Total		4,130,468.00	3,744,160.70
2008	1000	195,985.90	352,705.60
	2000	898,530.10	699,685.20
	3000	71,552.10	48,575.50
	4000	2,264,148.60	2,467,952.80
Total		3,430,216.70	3,568,919.10
2009	1000	470,764.50	349,268.40
	2000	914,545.20	593,463.30
	3000	60,748.90	67,507.70
	4000	2,020,927.20	2,471,913.20
Total		3,466,985.80	3,482,152.60
2010	1000	451,206.70	428,378.40
	2000	955,000.20	782,164.70
	3000	54,318.10	28,122.40
	4000	3,465,971.10	3,465,971.10
Total		4,926,496.10	4,704,636.60
2011	1000	460,200.00	391,810.80
	2000	0.00	738,170.50
	3000	0.00	97,155.00
	4000	4,663,400.00	3,627,722.30
Total		5,123,600.00	4,854,858.60
2012	1000	470,044.90	205,930.00
	2000	112,137.00	3,120.00
	3000	724,847.50	412,210.00
	4000	3,433,384.40	1,910,760.00
Total		4,740,413.80	2,532,020.00
Total		25,818,180.40	22,886,747.60

*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año

Fuente. Elaboración propia con datos de la CNPSS, 2012d y CNPSS, 2012b

La prestación del servicio a los usuarios depende en buena medida del equipo médico y de los recursos físicos, humanos y financieros, debido a que son el medio a través del cual se satisface la demanda de atención médica. Asimismo la disponibilidad de los centros de salud y unidades móviles facilitan la atención en salud. En cada entidad federativa la infraestructura instalada y los recursos presentan características y directrices definidas en función de las instituciones prestadora y del contexto social en el cual se encuentran, por lo tanto no es usual que los estados establezcan las mismas estrategias (SINAIS, 2008). Para cumplir con el otorgamiento

de los servicios establecidos en el Paquete Básico Garantizado de Salud, se necesita contar con la suficiente infraestructura médica, la tabla 30 evidencia el crecimiento de los centros de salud y unidades móviles.

Tabla 30. Infraestructura y recursos humanos para el componente salud Oportunidades. 2007-2012*

Recursos	Ejercicio Fiscal					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Infraestructura						
Centro de salud	13,477	13,621	13,865	13,896	14,105	14,349
Unidades móviles	1,465	1,548	1,709	1,774	1,854	1,863
Recursos Humanos Autorizados						
Médicos	2,840	2,870	3,058	3,352	3,582	3,628
Enfermeras	3,221	3,250	3,415	3,764	4,159	4,159
Otros	1,059	967	1,153	1,466	1,700	3,330
Auxiliares de salud	12,840	13,718	13,952	13,955	14,621	14,715

Nota. Los datos de 2012 corresponden a cifras estimadas
Fuente. Elaboración propia con datos de la CNPSS, 2012e

Dicho aumento en la infraestructura ha sido moderado ya que a 2012 se poseen 872 centros de salud más de los observados en 2007, con respecto al concepto de unidades móviles se tiene una TCMA de 4.9%, cifra que representa 398 unidades más que en 2007, sería importante saber si con dicha infraestructura se está beneficiando a la población más vulnerable y en que regiones se concentran mayormente las instalaciones. Los recursos humanos de IMSS-Oportunidades Rural y Urbano, se componen actualmente por 3,628 médicos, 4,159 enfermeras, 14,715 auxiliares de salud y 3,330 de otras áreas. La importancia del recurso humano no sólo radica en función de proveer servicios de salud, sino que además su desempeño interviene en la universalidad, calidad, eficiencia y equidad del programa.

Tabla 31. Familias en control y consultas totales. 2007-2012*

Concepto	Ejercicio Fiscal					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total de beneficiarios en control	4,988,348	5,034,314	5,073,573	5,533,939	5,701,700	5,707,022
Secretaría de Salud	3,659,500	3,713,600	3,758,500	4,145,800	4,233,100	4,312,100
IMSS-Oportunidades Rural	1,220,200	1,213,114	1,203,400	1,249,739	1,285,100	1,291,200
IMSS-Oportunidades Urbano	108,700	107,600	111,700	138,400	183,500	103,722
Familias registradas	5,068,966	5,109,527	5,148,523	5,614,401	5,732,421	5,804,592
Consultas totales	41,214,896	41,391,669	42,096,899	42,129,234	43,959,774	21,936,110

*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año
Fuente. Elaboración propia con datos de la CNPSS, 2012e

A través de los servicios que brinda el programa se consiguió atender a 5,707,022 beneficiarios en control¹⁶, la meta a incorporar era de 5,804,592 familias. El 75.6% de las familias fueron atendidas en las instalaciones de la Secretaría de Salud en 31 estados, con excepción del Distrito Federal; 22.6% correspondió a IMSS-Oportunidades Rural (18 entidades), y el restante 1.8% estuvieron a cargo del IMSS-Oportunidades Urbano (26 estados). En tanto que, se brindaron 21,936,110 consultas de medicina en general desde 2007 hasta Junio 2012, como se aprecia en la tabla 31. Por su parte el Estado de México tiene en control a 458,411 familias, lo que representa el 8% del total a nivel nacional y ofrece un total de 2,751,116 consultas lo que lo sitúa como el sexto Estado que más consultas otorga, sólo por debajo de Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla, y Veracruz.

¹⁶ Definidas como aquellos que cumplieron con su corresponsabilidad en salud.

2.4.4 Programa Nacional de Cirugía Extramuros (PNCE)

En todo el país existe un alto porcentaje de la población que se encuentra en condiciones de rezago debido a que no tienen acceso a los servicios de cirugía general y especializada, tal situación se agrava en las personas con mayores índices de marginación y que se localizan en los rincones más apartados del ámbito rural. Por esta razón, en 1991 surgió el Programa Nacional de Cirugía Extramuros (PNCE), mediante el cual se ha trazado una estrategia para ensanchar la cobertura médica en las zonas de alta y muy alta marginación, y hacer efectivo el derecho de protección a la salud. El programa por sí mismo tiene una serie de peculiaridades que lo distinguen de otros, entre ellas que se dirige a atender a la población marginada con alto grado de dispersión geográfica, esto es posible con la colaboración de universidades, instituciones y organizaciones (públicas y privadas) (CNPSS, 2012c).

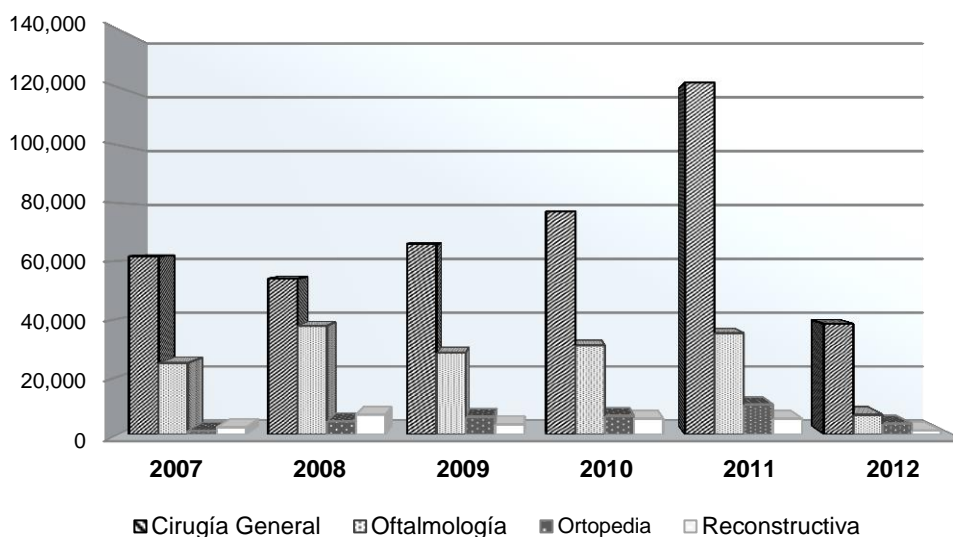
Otra de sus particularidades es que con la finalidad de ofrecer un mejor servicio, los especialistas se desplazan a las localidades que requieren atención médica, para así aprovechar la infraestructura gubernamental y privada existente, asimismo conocer el origen y forma de vida de los pacientes. El programa funciona mediante la combinación de aportaciones voluntarias y donaciones de organizaciones públicas y privadas. La CNPSS y los SESA van a fungir como supervisores del programa, para que el ejercicio de los recursos sea de la forma más transparente y equitativa posible. Hasta el momento se han atendido padecimientos como: labio y paladar hendido, cataratas, estrabismo, malformaciones en las extremidades, secuelas de quemaduras y todos aquellos que restringen el desempeño personal y laboral.

A los incorporados en el programa se les ofrece cirugías, correspondientes a cuatro especialidades las cuales son: cirugía general, reconstructiva, ortopédica y de oftalmología. Se puede observar en la gráfica 10 que la mayoría de las cirugías realizadas corresponden a cirugía general¹⁷, ya que en 2007 el 68.4% del total de las intervenciones eran por estos padecimientos y en 2011 aumentaron hasta llegar al

¹⁷ Se entiende como cirugía general, a las intervenciones de hernioplastias, varices, colecistectomías, entre otras.

70.5%. Por otro lado, la cirugía oftálmica ocupa el segundo lugar dentro de las intervenciones, pues se han realizado en total 163,186 cirugías durante el periodo. En comparación a las anteriores se han ejecutado menos cirugías ortopédicas, aunque debe mencionarse que cada año son más las intervenciones por este padecimiento. La totalidad de cirugías reconstructivas efectuadas hasta el primer semestre de 2012, eran 25,181, estas cirugías incluyen la atención de labio y paladar hendido y secuelas de quemaduras.

Gráfica 10. Especialidades atendidas por el programa Cirugía Extramuros. 2007-2012*



*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año
Fuente. Elaboración propia con datos de la CNPSS, 2012f

En la actualidad el PNCE, tiene presencia en todas las entidades federativas del país, empero cada una de ellas ha implementado el programa con base en la disponibilidad de sus recursos y en las campañas que ha efectuado. Como ocurrió en 2007, donde se pudo beneficiar a 90,006 usuarios con algún tipo de procedimiento quirúrgico, mientras que en 2008 los estados de Zacatecas, Tabasco y Puebla destacaron por practicar el 30.4% del total de las cirugías, lo que favoreció a 31,297 personas de bajos recursos, esto sin duda representa la oportunidad de mejorar las condiciones de salud de los más desprotegidos (Tabla 32).

Tabla 32. Cirugías realizadas por entidad federativa. 2007-2012*

Entidad Federativa	Ejercicio Fiscal					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Aguascalientes	707	138	264	856	8,696	4,275
Baja California	565	656	1,199	738	807	72
Baja California Sur	24	154	0	0	138	306
Campeche	566	495	250	360	614	30
Coahuila	2,796	4,083	4,493	4,759	6,738	1,936
Colima	725	2,593	2,375	3,740	12,489	4,483
Chiapas	14,842	3,911	8,680	9,682	7,663	0
Chihuahua	922	2,621	2,721	3,814	3,311	401
Distrito Federal	3,934	6,768	3,744	4,573	3,951	0
Durango	884	1,334	1,210	1,643	523	554
Guanajuato	2,389	8,113	7,429	16,601	14,432	4,921
Guerrero	1,356	1,478	5,881	1,138	6,269	998
Hidalgo	1,271	2,125	1,711	2,520	1,965	340
Jalisco	10,566	6,664	1,125	814	782	30
México	1,728	1,942	2,857	5,155	7,448	230
Michoacán	677	844	1,076	701	2,107	0
Morelos	333	450	94	297	2,056	0
Nayarit	768	889	763	937	7,291	0
Nuevo León	2,522	8,027	6,391	640	2,264	0
Oaxaca	1,902	1,725	1,879	2,839	2,802	300
Puebla	11,080	12,512	13,641	16,872	15,277	3,189
Querétaro	839	1,567	333	614	974	0
Quintana Roo	1,468	455	662	903	178	0
San Luis Potosí	149	1,916	1,783	1,502	1,551	689
Sinaloa	182	389	1,339	2,342	8,442	5,196
Sonora	124	481	2,067	3,793	2,272	0
Tabasco	5,005	9,865	7,466	7,551	6,764	2,463
Tamaulipas	275	1,472	692	559	1,074	0
Tlaxcala	345	2,181	1,150	674	1,099	824
Veracruz	6,746	6,639	1,098	2,937	19,264	6,452
Yucatán	438	1,378	765	884	2,099	16
Zacatecas	13,878	8,920	18,716	19,402	21,079	12,443
Total	90,006	102,785	103,854	119,840	172,419	50,148

*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año
Fuente. Elaboración propia con datos de la CNPSS, 2012f

Con el propósito de ayudar a más personas en situación de rezago, en 2009 se ejecutaron 1,069 cirugías más de las observadas en el año anterior, lo que fue posible debido a la motivación y adecuada coordinación de cada uno de los estados. La ejecución de las cirugías siguió una tendencia favorable en 2010, ya que el número de beneficiarios ascendió a 103,854, lo que significó un aumento de 15.4% en comparación con 2009, esto muestra la confianza de los usuarios en el programa y la creciente cooperación de las unidades de salud en todo el país. Con el desarrollo de 1,549 campañas a nivel nacional en 2011, se logró la optimización de los

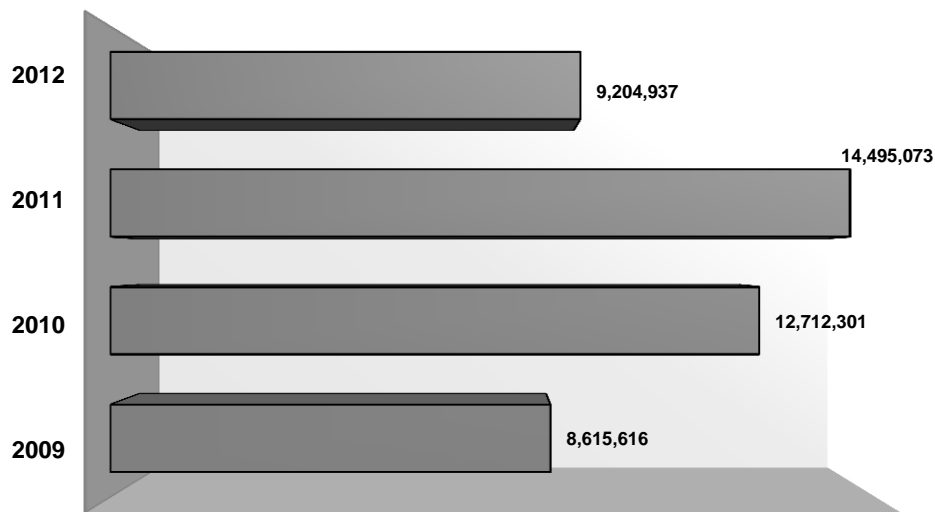
procedimientos y comunicación entre los sectores involucrados, lo cual resultó en 52,579 cirugías más de las realizadas en el año anterior, destacando que en este año el incremento porcentual (43.9%) fue el mayor de todo el periodo.

Finalmente al primer semestre de 2012, se continuaban efectuando las intervenciones en todo el país, muestra de ello es que eran 50,148 las cirugías realizadas, siendo los estados de Baja California Sur y Durango los únicos que ya habían superado su número de intervenciones realizadas en 2011, esto al crecer 121.7% y 5.9% respectivamente. Contrario a esto se encuentran diez estados quienes no han efectuado ninguna cirugía lo cual los deja en desventaja ante estados como Sinaloa, Zacatecas y Veracruz que han ejecutado casi la mitad de las cirugías en el año. Igualmente, fue Zacatecas una de las entidades federativas que desplegó el mayor número de campañas junto con Puebla y Guanajuato. Con respecto al Estado de México este ha mostrado un crecimiento moderado, siendo en el año 2011 cuando práctico el mayor número de cirugías (7,448), lo que exhibe el compromiso que tiene la entidad por mejorar las condiciones de salud de los mexiquenses.

2.4.5 Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias (PDZP)

La Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), es la encargada del funcionamiento del Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias (PDZP), que es producto de la fusión de los programas de Desarrollo Local, Microrregiones y Apoyo a Zonas de Atención Prioritaria. Tiene como objetivo atender los rezagos vinculados con la infraestructura básica comunitaria y la carencia de servicios básicos en las familias de muy alta marginación. Busca disminuir las desigualdades regionales y mejorar la infraestructura social, pero no excluye la protección a la salud, así como la atención a localidades con altos niveles de pobreza. El programa ha tenido avances positivos en materia de salud ya que se han reducido los casos de diarrea, anemia y parásitos en niños menores de 5 años, lo cual produce el descenso de los gastos de bolsillo (SEDESOL, 2012).

Gráfica 11. Evolución en la afiliación del Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias. 2009-2012*



*La cifra de 2012 corresponde al primer semestre del año

Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Resultados del SPSS

Debido a la importancia que tiene para el SPSS, la atención de las personas que viven en extrema pobreza, en 2009 se alineó a la estrategia federal PDZP, el desafío era afiliar a todas las personas que se encontraban en los municipios de zonas prioritarias. La SEDESOL (2011), señala algunos de los municipios del Estado de México que son considerados como de atención prioritaria por sus índices de marginación y pobreza son: Aculco, Amanalco, Coatepec Harinas, Jiquipilco, Temascaltepec, y Villa del Carbón, quienes de 2005 a 2010 pasaron del grado de marginación alto a bajo. En el gráfico 11 podemos observar el total de afiliados al programa; en 2009 se contaba con 8,615,616 afiliados en estas zonas, mientras que al cierre de 2011 se reporta un total acumulado de 14,495,073 beneficiarios, lo que significa un crecimiento de 68.2% en relación a 2009.

Tabla 33. Personas afiliadas por entidad federativa a través del programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias. 2009-2012*

Entidad Federativa	Ejercicio Fiscal			
	2009	2010	2011	2012
Aguascalientes	0	0	0	0
Baja California	0	0	0	0
Baja California Sur	0	0	0	0
Campeche	121,339	153,193	159,528	58,617
Coahuila	0	0	0	0
Colima	0	0	0	0
Chiapas	1,580,894	2,440,370	2,695,475	2,118,836
Chihuahua	102,759	140,316	165,486	145,200
Distrito Federal	0	0	0	0
Durango	65,621	86,701	109,159	53,527
Guanajuato	210,888	254,383	262,571	34,133
Guerrero	750,552	1,423,169	1,554,369	1,278,078
Hidalgo	397,152	529,790	589,591	337,983
Jalisco	85,567	89,820	107,817	42,662
México	585,707	870,682	906,045	482,734
Michoacán	230,083	334,868	462,605	217,157
Morelos	4,202	5,132	5,666	0
Nayarit	35,867	41,104	45,302	46,600
Nuevo León	74,481	58,532	61,242	5,107
Oaxaca	1,022,586	1,423,129	1,831,062	1,360,162
Puebla	729,501	1,005,044	1,353,807	890,801
Querétaro	181,270	248,143	259,134	108,301
Quintana Roo	79,840	113,040	114,677	0
San Luis Potosí	402,430	659,337	729,497	412,318
Sinaloa	106,505	130,876	130,269	52,768
Sonora	21,576	24,171	25,931	2,335
Tabasco	151,545	160,791	177,331	0
Tamaulipas	39,486	48,132	49,390	12,061
Tlaxcala	20,346	29,181	29,534	0
Veracruz	1,177,183	1,864,109	2,026,829	1,367,100
Yucatán	380,721	508,661	557,827	175,195
Zacatecas	57,513	69,627	84,929	3,262
Total	8,615,616	12,712,301	14,495,093	9,204,937

*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año

Nota. A causa de que hasta el 2009 la información está considerada en familias y no en personas, se tomó el convencionalismo de multiplicar el número de familias reportadas en este rubro por el número de integrantes reportados por familia afiliada al cierre de ese año

Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Resultados del SPSS

La tabla 33 muestra las personas afiliadas al PDZP, se detecta que desde el 2009 el 27.7% del total de los afiliados provenían de regiones de alta y muy alta marginación, en los estados de Guerrero, Chiapas y Yucatán donde la mayor parte de su población vivía en zonas prioritarias (67.8%). Como respuesta a las constantes desigualdades en el país en 2010, se incrementó la proporción de afiliados en zonas

prioritarias de tal forma que el 29.2% de los usuarios afiliados tenían características de rezago, esto principalmente en las entidades de Oaxaca, Chiapas y Guerrero. En 2011, se consideraban como zonas prioritarias a 1,250 municipios ubicados en 26 estados, las únicas entidades que no se incluían en el programa eran: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Colima y Distrito Federal. Mientras que en 2012 las entidades de Morelos, Quintana Roo, Tabasco y Tlaxcala tampoco registraron afiliados ya que no incluyen municipios determinados como de atención prioritaria, con esto son sólo 22 los estados integrados al PDZP.

2.4.6 Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC)

Con la intención de cubrir las enfermedades que son altamente costosas, complejas y que requieren de tratamientos especiales, el SPSS, la LGS y su reglamento en la materia, instituyeron las bases sobre las que funcionaría el FPGC. Este fondo se constituye con el 8% de los recursos destinados a la Cuota Social y Aportaciones Solidarias (Federal y Estatal), el manejo de tales montos y la transferencia a cada prestador de servicios se hace por medio de un Fideicomiso que regula la CNPSS, por otra parte el CSG es el encargado de determinar las enfermedades que pueden ser cubiertas, considerando la prevalencia, aceptabilidad social, y viabilidad financiera. Los Centros Regionales de Atención Especializada (CRAE), son los facultados a prestar los servicios siempre y cuando se encuentren acreditados (CNPSS, 2010c).

La CNPSS (2010c), indica que el FPGC concede servicios médicos de alta especialidad a las personas que no cuentan con seguridad social pues tienden a padecer enfermedades de alto costo que pueden poner en riesgo su vida y patrimonio familiar, de ahí que el desarrollo de sus actividades sea de interés para el SPSS. Una vez mencionado lo anterior se proseguirá a mencionar que cada año son más las enfermedades cubiertas ya que se desea incrementar la atención de nuevas patologías para grupos específicos de edad. La incorporación de nuevas enfermedades y servicios médicos, responden a los cambios epidemiológicos y al

desarrollo tecnológico, así mismo su cobertura se amplía tomando en cuenta la disponibilidad de los recursos y la aceptación social.

La ampliación del número de intervenciones es un indicador que muestra el interés del FPGC por dar cumplimiento al objetivo de proteger financieramente a las familias, como es el caso del cáncer, padecimiento que es una de las principales causas de muerte en el país y que más gastos crea a las personas que lo padecen. Los puntos de mayor discusión sobre el FPGC se centran en averiguar si realmente se están cubriendo las enfermedades que generan gastos catastróficos y si funciona como un instrumento apropiado para prevenir la ruina financiera y el quebramiento de la salud especialmente en los hogares más pobres (Aracena et al., 2011).

Con los años el FPGC ha ampliado su cobertura para proteger a más personas, ejemplo de ello es que en 2007 únicamente se cubrían 10 grupos de enfermedades, de las cuales algunas parecían no cumplir con los criterios de definición de enfermedad “catastrófica”, como la compra de antirretrovirales o las cirugías de cataratas, y se dejaban de lado enfermedades de riñón o cáncer de próstata. Ante tal panorama en 2011 y 2012 se amplió la cobertura de algunas patologías que afectaban a usuarios mayores de 18 años como: trasplante de médula ósea, cáncer de testículo y linfoma No Hodgkin; se puede evidenciar la existencia de nuevas enfermedades entre la población como: hemofilia para menores de 10 años, infarto agudo al miocardio para menores de 60 años, enfermedades lisosomales y trasplante de córnea. En agosto de 2011, se incluyó cáncer de próstata y en 2012 el trasplante de riñón en menores de 18 años (Secretaría de Salud , 2012).

Las enfermedades e intervenciones que son financiadas por el FPGC, han aumentado su cobertura a lo largo de los seis años de estudio ya que pasaron de 20 intervenciones catalogadas en 10 grupos durante el año 2007, a 58 intervenciones clasificadas en los siguientes 17 grupos de enfermedades en el año 2012: 1) Cáncer cérvico-uterino, 2) VIH/SIDA, 3) Cuidados intensivos neonatales, 4) Cataratas, 5) Cáncer de niños y adolescentes, 6) Trasplante de médula ósea en menores de 18 años, 7) Transplante de médula ósea en mayores de 18 años, 8) Cáncer de mama, 9) Cáncer de testículo, 10) Linfoma No Hodgkin, 11) Trastornos quirúrgicos congénicos y

adquiridos, 12) Trasplante de Córnea, 13) Enfermedades Lisosomales en menores de 10 años, 14) Hemofilia en menores de 10 años, 15) Infarto Agudo al Miocardio en menores de 60 años, 16) Cáncer de próstata y 17) Trasplante de riñón.

Tabla 34. Enfermedades e intervenciones que cubre el FPCG. 2007-2012*

Años	Grupo o enfermedad	Intervenciones
2007	10	20
2008	8	49
2009	8	49
2010	8	49
2011	16	57
2012	17	58

*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año
Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Resultados del SPSS

En 2007, el FPCG funcionaba por medio de 131 prestadores de servicios, de los cuales el Distrito Federal, Chihuahua, Jalisco, México, Sinaloa y Tamaulipas, albergaban al 37.4% del total. La operación del fondo en 2008, estaba conformada por 164 prestadores de servicios, lo que significaba un aumento de 25.2% con relación a 2007; del total, el 48.8% de dichos prestadores se concentraban en el Distrito Federal, Guanajuato, Sinaloa, México, Michoacán, Chihuahua, Jalisco y Veracruz. Los servicios del FPGC eran suministrados en 2009, por 192 prestadores de servicios, esto es 17.1% más en comparación al año anterior. Destacando los estados de Jalisco, Chihuahua, Guanajuato, Chiapas, México, Distrito Federal, Tamaulipas, Michoacán, Veracruz y Aguascalientes, por tener el mayor número de prestadores de servicios (Tabla 35).

**Tabla 35. Prestadores de servicios para el FPGC, por entidad federativa.
2007-2012***

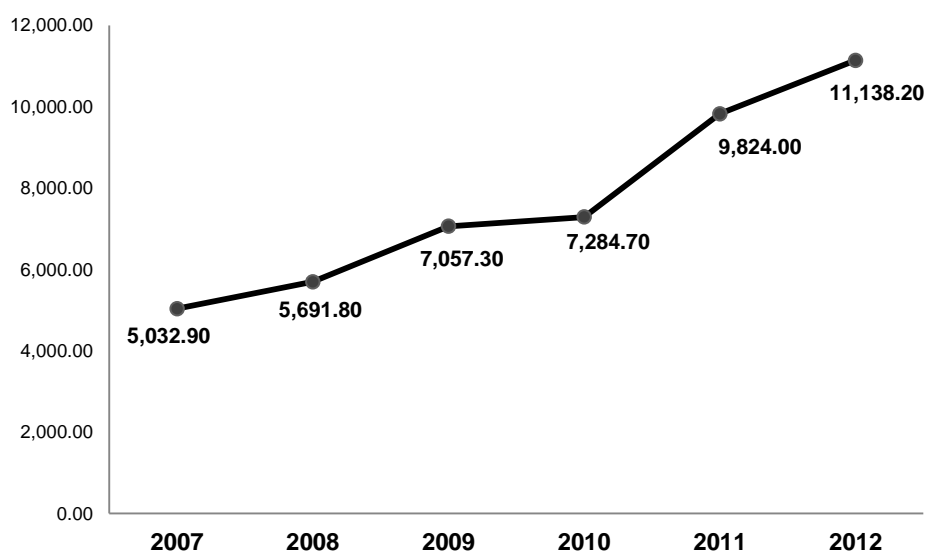
Entidad Federativa	Número de Prestadores					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Aguascalientes	5	6	8	6	8	10
Baja California	3	4	4	4	6	10
Baja California Sur	1	1	2	2	3	3
Campeche	1	2	2	3	3	7
Coahuila	3	3	6	7	6	13
Colima	2	2	2	2	3	3
Chiapas	5	4	9	9	5	7
Chihuahua	8	7	11	14	14	20
Distrito Federal	12	25	22	30	33	40
Durango	2	4	3	3	4	4
Guanajuato	6	9	10	10	18	20
Guerrero	4	5	7	7	7	7
Hidalgo	2	3	2	2	3	3
Jalisco	8	7	13	11	10	10
México	7	8	9	9	14	25
Michoacán	5	8	9	8	7	9
Morelos	4	2	6	2	5	7
Nayarit	3	2	3	4	4	5
Nuevo León	2	3	2	6	7	16
Oaxaca	4	5	4	5	7	8
Puebla	4	4	6	5	6	7
Querétaro	3	3	4	3	3	4
Quintana Roo	1	3	2	2	4	5
San Luis Potosí	5	4	5	5	5	9
Sinaloa	7	9	6	8	10	13
Sonora	4	4	4	5	5	8
Tabasco	3	4	4	5	5	8
Tamaulipas	7	6	9	11	14	17
Tlaxcala	0	5	5	4	5	6
Veracruz	6	7	8	8	11	15
Yucatán	1	1	2	1	2	3
Zacatecas	3	4	3	3	5	5
Total	131	164	192	204	242	327

*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año
Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Resultados del SPSS

La tabla 35, muestra el crecimiento del número de prestadores de servicios en 2010 (6.3%), este incremento se encuentra muy por debajo del observado en años anteriores, las entidades que más sobresalieron fueron Tamaulipas, Distrito Federal y Chihuahua. Mientras tanto en 2011, la atención a los beneficiarios la brindaron 242 servidores, quienes estaban acreditados para brindar las 16 intervenciones contempladas en el FPGC. Hasta Junio de 2012, el fondo operaba por medio de 327 prestadores de servicios, lo que representaba 35.1% más de los existentes en 2011.

Las entidades federativas de Chihuahua, Distrito Federal, Guanajuato y México reunieron al 32.1% de los prestadores de servicios. Específicamente el Estado de México en 2009 y 2010 se estancó en el número de prestadores y en 2012 nuevamente se esforzó al registrar 25 prestadores.

**Gráfica 12. Presupuesto ejercido del FPGC. 2007-2011 y autorizado 2012
(Millones de pesos)**



Fuente. Elaboración propia con datos de la CNPSS, 2012b

Como se estableció con anterioridad los recursos que se destinan al FPGC proceden del presupuesto asignado al SPSS, anualmente se le fija un monto para que cumpla con sus obligaciones como la cobertura de padecimientos, compra de medicamentos antirretrovirales, adquisición de vacunas y también la rehabilitación de la infraestructura hospitalaria. La gráfica 12 muestra que hasta el 17% de los recursos totales del SPSS fueron asignados al FPGC; el mayor crecimiento se tuvo durante los años 2009 (24%) y 2011 (34.9%); contrario a ello en 2010 los recursos apenas se incrementaron un 3.2%.

El FPGC ha obtenido recursos adicionales provenientes de sectores industriales, gracias a los convenios que ha entablado la SHCP, para así expandir la cobertura médica e incluir tratamientos para enfermedades cuya importancia a nivel

social es vital para el bienestar de las familias. Se pueden distinguir dos tipos de coberturas: la primera, es la cobertura vertical que está limitada por los recursos adicionales al fondo y a su vez permite la alineación de otros (Ramo 12); y la segunda es la cobertura horizontal que prioriza la atención de grupos vulnerables y se encuentra sujeta al tope de afiliación anual. Dos ejemplos de negociaciones exitosas conciernen a la industria tabacalera y a la Fundación Gonzalo Río Arronte, A.C. ya que ambas realizaron aportaciones para ampliar la oferta de intervenciones del FPGC (Secretaría de Salud, 2006).

Tabla 36. Casos y recursos validados para el FPGC. 2007-2012*
(Millones de pesos)

Año	Validados	
	Casos	Recursos (\$)
2007	59,414	2,701.20
2008	81,849	3,919.20
2009	87,738	3,707.20
2010	107,375	5,223.70
2011	119,971	4,929.80
2012	68,879	2,906.80
Total	525,226	23,387.90

*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año
Fuente. Elaboración propia con datos de la CNPSS, 2012c

De 2007 a Junio de 2012, se han financiado 525,226 casos por un monto de \$23,387.90 mdp, lo que representa un adelanto de 35.4% con respecto al monto autorizado para cubrir los casos (Tabla 36). En cada año resalta que una proporción significativa del monto total transferido se dirige al tratamiento del VIH/SIDA, como paso en 2012, cuando el monto total autorizado fue de \$2,346.10 mdp que corresponde al financiamiento de 54,362 casos. Resalta el financiamiento para la adquisición de vacunas contra la influenza desde 2009 por \$1,194.20 mdp. Sin embargo, al inicio de cada año se autoriza un cierto número de casos y un monto, el cual se diferencia de los validados ya que no todos los casos presentados por los prestadores de servicios cumplen con la normatividad.

2.5 Servicios de salud

Los servicios de salud a través de acciones planificadas y organizadas constituyen a los programas de salud, en este caso al SPSS, son el reflejo de la política sanitaria del país y buscan asegurar la atención médica a las comunidades que lo necesitan, sin hacer distinción alguna. Hasta el día de hoy el gobierno ha mostrado grandes restricciones al proveer los servicios de salud, no obstante, lo cierto es que debe existir la cooperación de los órdenes de gobierno y de la misma sociedad, ya que sólo así se mejorarán las políticas de planificación, implementación, control y financiación en salud. El manejo de los fondos que se destinan a los servicios, van a determinar la disponibilidad sanitaria en las localidades. La eficacia con la que los fondos pueden transformarse en servicios seguros depende de la organización del sistema de salud.

Para hacer efectiva la universalidad en la cobertura de servicios de salud, se requiere tomar en cuenta la demanda de los servicios, la transición demográfica y el incremento en la afiliación de la población a los diferentes subsistemas de salud, pues sólo así se asegurará la atención oportuna e inmediata y se reducirán las presiones al SPSS. No basta con tener programas innovadores para ampliar la protección social en el campo de la salud, ya que lo principal es reforzar los servicios que reciben los pobres, pues hasta ahora la calidad y la promoción han dejado mucho que desear. La reorientación de los servicios ayudará a mejorar la calidad de la atención sanitaria y el bienestar de la población (OPS, 2001).

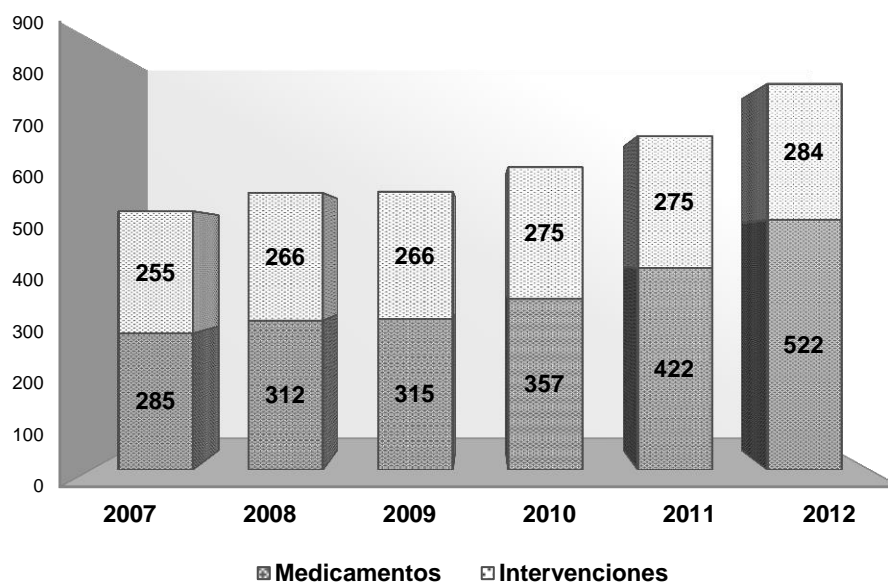
El SPSS es un mecanismo a través del cual el Estado asegura el ingreso oportuno y sin distinción de servicios médicos a las personas de bajos recursos, que carecen de empleo o seguridad social. La cobertura de servicios de salud se da a través de un aseguramiento público y privado. En este caso los servicios esenciales de salud del SPSS, están contenidos en el CAUSES, que asocia intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico paliativo y de rehabilitación (CNPSS, 2010d). A continuación se detalla el progreso que ha tenido el catálogo y las intervenciones que se han incorporado para el mejoramiento de la salud.

2.5.1 Catálogo Universal de Servicios de Salud

Hasta el momento se han señalado los beneficios que contraen las personas al afiliarse al SPSS, pero también se han puntualizado los derechos que obtienen los usuarios una vez que son parte del programa, como el acceso a los servicios de salud que se establecen en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). El catálogo funciona como una herramienta indicativa e instrumental, que se vincula con el SPSS para referenciar aquellos servicios de salud a los que tiene derecho un beneficiario. La meta reside en garantizar que se realicen las intervenciones descritas en el catálogo de manera eficaz, equitativa y uniforme, utilizando la red de prestadores de servicios de salud acreditados. Empero, el SPSS durante su desarrollo ha ido incrementando su cartera de servicios y en buena medida se debe a la evolución del catálogo.

En 2002 y 2003 el documento se denominaba “Catálogo de Beneficios Médicos” (CABEME) e incluía 78 intervenciones. Sin embargo, ante la notoria necesidad de proteger a la población que lo requiere se incrementó el número de intervenciones a 91 servicios, lo que dio origen al “Catálogo de Servicios Esenciales de Salud” (CASES); este mismo catálogo en 2005 se actualizó totalizando así 155 intervenciones. Fue durante 2006 y 2007, cuando se le nombro Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), lo que condujo a la inclusión de 249 y 255 intervenciones respectivamente. Finalmente en 2012 se contabilizaban dentro del catálogo 284 intervenciones, entre los programas que se robustecieron están los involucrados con la salud materna, adicciones, salud mental, esquemas de vacunación, trastornos de la alimentación y los relacionados con las personas de la tercera edad (Gráfica 13).

Gráfica 13. Intervenciones y medicamentos brindados por el CAUSES. 2007-2012*



*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año
Fuente. Elaboración propia con datos de la CNPSS, 2012c

El CAUSES sirve para estimar las tarifas de aquellas intervenciones o acciones médicas que se contemplan en el SPSS, también instaura las acciones de prevención y detección para su atención inmediata, asimismo enuncia los estudios de laboratorio y gabinete que permiten la detección oportuna de patologías malignas y por supuesto precisa los medicamentos que pueden ser utilizados. Las instancias operativas del SPSS en cada una de las entidades federativas son los REPSS, quienes se encargan de distribuir el CAUSES a las unidades acreditadas. La composición del CAUSES involucra criterios epidemiológicos y responde a las demandas de salud de la población. A los afiliados se les beneficia al 100% con intervenciones de primer nivel y al 95% si requiere de procedimientos o terapias más complicadas, el restante 5% corresponde a enfermedades de una baja incidencia y que por su complejidad deben ser financiadas por el FPGC (CNPSS, 2010d).

Las unidades médicas que están en proceso de ser incorporadas al SPSS, deben someterse a la acreditación pues esto asegura que cumplen con los requisitos necesarios de seguridad, calidad y que sus instalaciones están en condiciones óptimas para dar un buen servicio. Cada año se incrementa la red de prestadores de servicios que integran el CAUSES, conocidos como: centros de salud, hospitales generales,

unidades móviles y unidades de especialidades médicas (UNEMES), estos destacan por atender a los afiliados del SPSS. De acuerdo a la CNPSS (2008), en 2007, el total de unidades médicas por incorporar eran 11,037, de éstas, 4,212 fueron acreditadas; ya para 2012 los establecimientos susceptibles de acreditación eran 12,743, de los cuales hasta Junio se acreditaron 10,050 (CNPSS, 2012c).

Entre los servicios que se reciben los afiliados al SPSS, están las consultas médicas, en 2011 se registró la prestación de 75,029,118 consultas, lo que representa un incremento de 19.7% en comparación con 2010. En tanto que al finalizar el primer semestre de 2012, del total de consultas otorgadas el 68% correspondió a mujeres y el 32% a hombres, siendo de esta forma 40,189,130 consultas las que se brindaron a los usuarios; de las cuales 9.1 millones se otorgaron a la población afiliada entre los 30 y 49 años (CNPSS, 2012c). La importancia de las consultas médicas es que se puede evitar la automedicación, prevenir enfermedades, controlar el estado de salud y sirve como punto de entrada a otras sub-especialidades médicas, de ahí que sea uno de los servicios básicos que otorgan las unidades médicas (Tabla 37).

Tabla 37. Número de consultas otorgadas. 2007-2012*

Año	Número de consultas	Variación %
2007	31,975,574	-
2008	41,631,103	30.2
2009	52,618,924	26.4
2010	62,686,167	19.1
2011	75,029,118	19.7
2012	40,189,130	-46.4

*La cifra de 2012 corresponde al primer semestre del año
Fuente. Elaboración propia con datos de la DGIS, 2012a y
CNPSS, 2012c

Desde el año 2007 ha sido evidente la creciente utilización de los servicios de urgencias hospitalarias, situación que ha conllevado a que en 2011 fueran 3 millones más los afiliados que requirieron de este tipo de atención en relación a 2007. En la tabla 38, se puede apreciar como los estados de Tabasco, Jalisco, Guanajuato y México, atendieron el mayor número de casos, durante todo el periodo. La cifra de casos atendidos de Enero a Junio 2012 ascendió a 1.3 millones, de los cuales 67.3% se brindó a mujeres y el restante a hombres (32.7%). Los principales padecimientos

que se atendieron son: embarazo, diarrea y gastroenteritis, faringitis aguda, rinofaringitis aguda, infecciones en las vías respiratorias, entre otras (DGIS, 2012a).

Tabla 38. Servicios de urgencias hospitalarias a nivel nacional. 2007-2012*

Entidad Federativa	Ejercicio Fiscal					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Aguascalientes	67,029	81,648	92,377	87,673	96,657	30,571
Baja California	53,088	85,709	106,703	113,406	137,796	12,836
Baja California Sur	944	19,650	46,949	49,684	67,402	10,138
Campeche	16,169	27,740	42,594	58,251	31,699	6,675
Coahuila	7,286	17,599	25,344	27,778	18,532	23,356
Colima	1,321	27,594	31,840	30,423	33,200	8,442
Chiapas	2,967	25,112	66,143	85,951	143,485	9,833
Chihuahua	5,129	13,786	29,630	30,406	28,999	11,616
Distrito Federal	562	0	10,658	20,611	75,134	38,497
Durango	10,502	18,287	43,683	57,870	91,699	38,191
Guanajuato	8,918	81,236	241,920	362,046	372,688	151,126
Guerrero	9,432	35,827	60,609	77,769	89,914	32,301
Hidalgo	17,189	28,133	52,662	70,881	79,444	33,985
Jalisco	80,210	214,673	214,613	288,398	351,696	144,517
México	79,909	151,838	232,074	273,308	355,807	-
Michoacán	40,958	73,978	137,587	162,659	184,129	49,826
Morelos	10,317	37,764	49,971	87,055	136,691	51,222
Nayarit	51,743	73,173	102,195	94,897	76,767	19,990
Nuevo León	4,549	23,680	39,294	58,761	93,148	-
Oaxaca	26,002	59,011	66,362	102,207	131,189	46,246
Puebla	40,007	49,749	76,341	106,310	146,014	60,338
Querétaro	11,608	38,002	53,674	66,061	69,362	28,539
Quintana Roo	911	0	19,465	37,424	41,685	7,215
San Luis Potosí	5,464	27,043	33,686	39,146	81,127	32,283
Sinaloa	21,630	24,339	127,652	127,067	159,029	78,357
Sonora	69,008	104,621	145,865	187,405	227,885	94,462
Tabasco	199,855	247,383	266,005	249,944	244,549	99,846
Tamaulipas	56,836	78,295	103,789	142,963	130,481	18,671
Tlaxcala	12,415	29,865	59,831	38,844	35,891	5,981
Veracruz	71,854	79,569	148,648	169,247	182,869	73,642
Yucatán	7,197	13,351	17,920	22,279	31,287	16,586
Zacatecas	56,348	91,297	128,548	134,957	120,897	49,223
Total	1,047,357	1,879,952	2,874,632	3,461,681	4,067,152	1,284,511

*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año

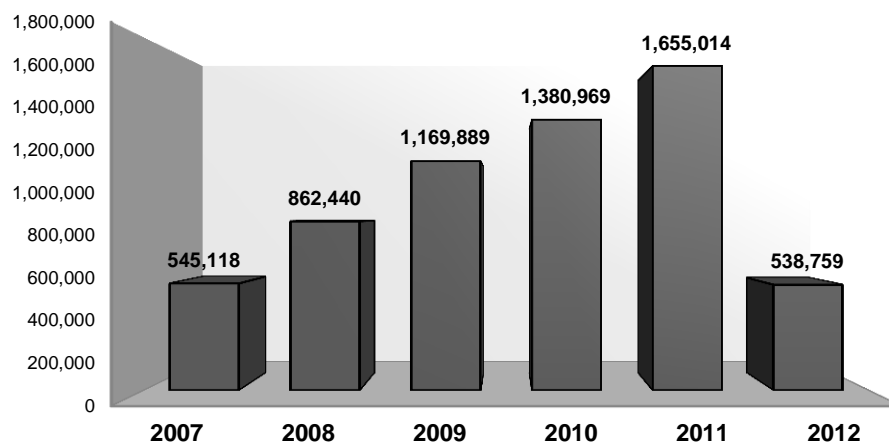
Nota. No se tiene información disponible de los estados de México y Nuevo León, en 2012

Fuente. Elaboración propia con datos de la DGIS, 2012a y CNPSS, 2012c

Los servicios de urgencias son controvertidos, a pesar de ser uno de los puntos básicos de la atención sanitaria, generalmente se caracterizan por la sobredemanda y por el tiempo de espera. Se ha comentado mucho sobre la necesidad de reestructurar la dotación estructural y personal que está al servicio de los beneficiarios, para acrecentar la satisfacción. Aunque para ello es necesario adecuar la capacidad que tienen las unidades médicas y profesionalizar los servicios, es decir ubicar a los profesionales en las áreas de interés y dinamizar el proceso de ingreso hospitalario, que se logrará otorgando al paciente la orientación diagnóstica y terapéutica en el tiempo idóneo para evitar la saturación (Tudela & Mòdol, 2003).

El número de egresos hospitalarios es la cantidad de pacientes que después de haber permanecido hospitalizados salen vivos, remitidos o muertos. La información sobre los egresos hospitalarios representa un indicador de la morbilidad (enfermedades que afectan a las personas) en la población beneficiaria, de ahí que su desarrollo sea de interés para el programa. Durante el 2007, se contabilizaron 545,118 egresos en todo el país, mientras que en 2008 el número de egresos creció un 58.2%. En tanto que al primer semestre de 2012 se habían registrado 538,759 egresos de pacientes afiliados al SPSS, siendo las entidades de Guanajuato, Veracruz, Jalisco, Tabasco, y Puebla, los que registraron al mayor número.

Gráfica 14. Egresos hospitalarios a nivel nacional. 2007-2012*



*La cifra de 2012 corresponde al primer semestre del año
Fuente. Elaboración propia con datos de la DGIS, 2012

Las personas de entre 20 y 24 años son las que registran mayores egresos hospitalarios, especialmente si son mujeres en edad fértil. Durante 2012 se atendió a 285,828 mujeres, de las cuales 258,204 egresaron por parto único espontáneo y 27,624 por aborto (Tabla 39). Las reformas que se realizaron al SPSS, sirvieron para apoyar principalmente a las mujeres embarazadas desde los primeros días de emergencia y prevenir la morbilidad y mortalidad materna. El reto del programa, es cubrir a todas aquellas mujeres del país que en la actualidad carecen de unidades médicas, como resultado de ello se emprendió el Convenio General de Colaboración para la Atención de Emergencias Obstétricas, que simboliza el compromiso entre la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE para atender a toda mujer independientemente de su derechohabiencia o afiliación (DGPLADES, 2012).

Tabla 39. Atención obstétrica por tipo de especialidad. 2007-2012*

Especialidad	Ejercicio Fiscal					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Aborto	16,561	28,838	41,079	54,467	69,950	27,624
Parto	244,952	459,296	635,735	688,059	789,828	258,204
Total	261,513	488,134	676,814	742,526	859,778	285,828

*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año
Fuente. Elaboración propia con datos de la DGIS, 2012a

2.5.2 Portabilidad

Las entidades federativas en Octubre de 2009, acordaron la prestación de servicios médicos contenidos en el CAUSES a los afiliados en cualquier Estado sin importar que no sea el de residencia. Principalmente la firma de los acuerdos intenta eliminar barreras geográficas y administrativas, que frenan el acceso de los beneficiarios al SPSS. Tales medidas se pactaron para impedir que los pacientes y sus familiares incurrieran en gastos de bolsillo, por el traslado a las unidades dentro de su entidad federativa, pudiendo acceder a los mismos servicios en las unidades médicas más cercanas, aunque pertenezcan a otro Estado. A fin de agilizar el proceso de registro y validación de documentos así como mejorar los tiempos de compensación económica, se desarrolló la plataforma informática SICOMPENSA, la cual registra el número de servicios brindados y recibidos como se observa en la tabla 40.

Tabla 40. Servicios interestatales del sistema de portabilidad. 2009-2012* (Monto en pesos)

Entidad Federativa	Servicios brindados		Servicios recibidos	
	Casos	Importe (\$)	Casos	Importe (\$)
Aguascalientes	795	4,954,901.69	3,500	32,699,153.15
Baja California	1,642	9,734,262.46	399	4,141,297.17
Baja California Sur	233	1,263,281.56	42	304,006.94
Campeche	1,559	14,808,492.68	160	1,430,546.82
Chiapas	6,735	69,467,796.08	784	7,517,292.44
Chihuahua	1,392	7,818,671.91	1,793	10,250,623.15
Coahuila	600	4,151,478.45	1,557	5,668,635.38
Colima	1,283	4,624,186.41	6,232	43,140,582.98
Distrito Federal	3,148	24,174,571.34	15,212	124,604,693.39
Durango	3,407	21,933,653.32	2,424	11,990,386.77
Guanajuato	3,762	25,267,636.73	3,496	29,768,583.25
Guerrero	2,923	21,434,666.96	1,146	6,196,987.57
Hidalgo	2,207	17,581,856.73	5,640	38,990,582.15
Jalisco	10,293	75,849,251.15	22,177	91,935,010.08
México	18,408	149,273,086.94	6,956	51,964,920.27
Michoacán	13,064	84,623,370.32	3,670	20,522,456.18
Morelos	912	5,790,372.19	3,015	31,411,044.59
Nayarit	3,978	21,992,378.37	453	2,185,253.54
Nuevo León	2,010	9,926,523.69	2,300	11,111,275.96
Oaxaca	2,389	16,859,244.84	2,329	12,873,979.63
Puebla	7,906	72,680,888.59	3,521	24,842,607.70
Querétaro	727	5,659,050.23	2,179	16,691,986.85

Entidad Federativa	Servicios brindados		Servicios recibidos	
	Casos	Importe (\$)	Casos	Importe (\$)
Quintana Roo	1,473	12,350,938.34	1,135	8,144,618.46
San Luis Potosí	5,563	36,821,534.48	3,199	26,951,704.96
Sinaloa	773	4,385,631.97	1,717	14,922,780.02
Sonora	542	4,152,990.53	680	5,335,236.68
Tabasco	732	5,493,845.66	7,000	75,605,044.46
Tamaulipas	2,208	10,891,964.71	5,951	52,485,728.58
Tlaxcala	1,770	13,238,368.68	3,477	33,383,035.93
Veracruz	9,663	74,067,213.79	2,648	23,227,006.24
Yucatán	315	1,743,083.79	1,759	14,314,980.95
Zacatecas	10,095	45,351,866.94	5,956	43,755,019.29
Total	122,507	878,367,062.00	122,507	878,367,062.00

*Las cifras reportadas son de Octubre 2009 a Junio 2012

Nota. Los servicios recibidos, se refieren a los servicios médicos otorgados a los beneficiarios del SPSS en estados distintos a los de su origen y afiliación

Fuente. CNPSS, 2012c

Destacan las entidades de Michoacán, Jalisco, Zacatecas, Veracruz y México, por brindar el 50.2% del total de los servicios interestatales. Por otro lado los estados que recibieron de otras entidades el mayor número de servicios hospitalarios para la atención de sus afiliados fueron: Jalisco, Distrito Federal, Tabasco, México y Colima. Los padecimientos mayormente atendidos a nivel interestatal son: parto, puerperio fisiológico, cesárea, atención prenatal y de recién nacidos. En la tabla 41, se detalla cómo se obtuvieron los \$878,360.00 mdp, correspondientes al pago de 122,507 casos interestatales. Tan sólo de Enero a Mayo 2012, se destinaron \$164,880.00 mdp, respectivos a la liquidación de 22,120 servicios interestatales.

Tabla 41. Evolución del Sistema de Portabilidad. 2009-2012* (Millones de pesos)

Periodo	Servicios interestatales	Importe \$
Octubre-Diciembre 2009	9,390	60,290.00
Enero-Diciembre 2010	40,293	270,290.00
Enero-Diciembre 2011	50,704	382,900.00
Enero-Mayo 2012	22,120	164,880.00
Octubre 2009-Mayo 2012	122,507	878,360.00

*Las cifras reportadas son de Octubre 2009 a Mayo 2012

Fuente. Elaboración propia con datos de la CNPSS, 2012c

Es evidente como el SPSS con el propósito de asegurar la afiliación de los pueblos indígenas ha reforzado las medidas de difusión, comunicación, capacitación, coordinación y fortalecimiento institucional, de tal manera que exista más equidad, calidad y efectividad en el servicio que se les otorga. Para incentivar la afiliación y reafiliación de la población indígena se emprendieron campañas que contienen los derechos y obligaciones de los afiliados y se elaboraron carteles pictográficos con dicha información (Tabla 42). El Estado de Chiapas es quien está por imprimir el mayor número de carteles (2,500) en lengua Tseltal y Tsotsil. Le siguieron Yucatán y Quintana Roo con 700 carteles cada uno en lengua maya. Es así como en total están por imprimirse 5,890 carteles.

Tabla 42. Cárteles con los derechos y obligaciones de los afiliados. 2012*

	Estado	Lengua	N° de carteles	
			Derechos	Obligaciones
1	Veracruz	Náhuatl Central	150	150
2	Puebla	Náhuatl de la Sierra Norte	200	200
3	Yucatán	Maya	350	350
4	Quintana Roo	Maya	350	350
5	Campeche	Maya	250	250
		Cho'í	20	20
6	Michoacán	Otomí	50	50
7	Oaxaca	Mixteco del Oeste Alto	75	75
		Zapoteco Serrano	75	75
		Mazateco	175	175
8	Chiapas	Tseltal	750	750
		Tsotsil	500	500
Total			2,945	2,945

*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año
Fuente. Elaboración propia con datos de la CNPSS, 2012c

Asimismo a partir de 2011 se comenzó la transmisión de cápsulas en 30 diferentes lenguas indígenas en estados como: Chiapas, Oaxaca, Veracruz, Hidalgo, Puebla, Sonora, San Luis Potosí, Nayarit, Michoacán, Yucatán, Campeche, Quintana Roo, Baja California y Chihuahua; lo que se intentaba era informar a los usuarios sobre sus derechos y obligaciones al afiliarse, para conseguir tal actividad se solicitó la colaboración de las radiodifusoras indigenistas de la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) (CNPSS, 2012c). Dentro de la estructura del SPSS hace falta mejorar los servicios que se brindan a los pueblos indígenas, por ello a nivel

nacional se han emprendido reuniones entre los REPSS, donde se tratan las estrategias para mejorar las condiciones de los afiliados, también se plantean las problemáticas y se dan a conocer las acciones que deben fortalecer como la capacitación del personal.

Capítulo III. Sistema de Protección Social en Salud en el Estado de México

3.1 Sistema de salud del Estado de México

El Estado de México mediante el Sistema Estatal de Salud ha conseguido brindar a la población servicios integrales, que responden a las expectativas de la población, esto a través del mejoramiento de las acciones de promoción y prevención, sin dejar de lado las operaciones de regulación sanitaria. Es así como el modelo de salud prioriza la atención de los grupos vulnerables o regiones marginadas, que independientemente de su capacidad de pago, nivel de riesgo o afiliación laboral, deberán ser incluidas al sistema. Los diferentes gobiernos del Estado de México se han interesado en cubrir a la población que por su situación laboral o económica no cuenta con atención médica, sin embargo a pesar de las metas planteadas aún no se tiene un pleno desarrollo del sector por la gran cantidad de personas que se encuentran en situación de alta marginación (Secretaría de Salud , 2013).

Ante tal perspectiva el sistema de salud busca tratar enfermedades y fomentar estilos de vida saludables que acrecienten la calidad de vida. El modelo de salud no sólo se ha concentrado a redirigir el gasto hacia la ampliación del sistema sino también a la homologación y ampliación de equipo entre las unidades médicas, incluso de manera complementaria los estudios se han enfocado al uso eficiente del equipo médico, para aprovechar al máximo su potencial y beneficiar al mayor número de usuarios posibles. La disponibilidad de los recursos humanos es todo un reto pues aún no se consigue asegurar la participación del personal médico en todo el territorio estatal específicamente en zonas remotas (Secretaría de Salud , 2013). Por ello se dice que es trascendental la integración de los recursos humanos, materiales y financieros, pues a partir de estos se garantizará la prestación del servicio.

Tabla 43. Recursos físicos y humanos en el Estado de México. 2005-2011

Años	Personal médico	Unidades médicas	Consultas externas	Camas censables	Consultorios médicos
2005	13,144	1,609	27,140,743	7,999	5,669
2006	13,212	1,627	31,028,157	8,602	5,721
2007	14,370	1,645	32,294,601	8,610	5,808
2008	14,929	1,693	33,600,396	8,618	6,029
2009	16,520	1,753	34,588,368	8,625	6,450
2010	17,503	1,786	39,431,475	8,633	6,546
2011	17,906	1,809	39,862,513	8,745	7,038

Nota. El concepto de personal médico no incluye odontólogos, enfermeras u otros
Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Gobierno del Estado de México

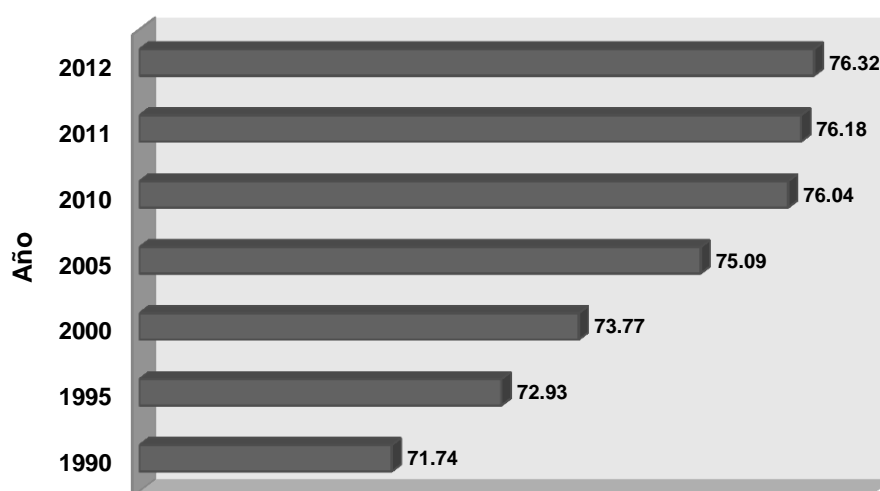
En la tabla 43, se detallan las consultas externas que se efectuaron a lo largo del periodo y que son superiores al promedio nacional. Se dice que una vez que los mexiquenses se acerquen a los centros de salud para atender sus padecimientos estarán ejerciendo su derecho a la salud, lo que se ha planteado en este ámbito es fomentar la cultura de la prevención para que no sólo acudan en condición de urgencia, sino que desarrollen familiaridad por las consultas médicas. A nivel estatal en 2011, se hallaban disponibles 1,809 unidades médicas junto con 17,906 médicos.

Específicamente en el Estado de México se ha fortalecido la estructura del primer nivel de atención, por medio de apoyos materiales y tecnológicos, lo que propicia orden y eficiencia en su actividad. A pesar de esto es necesario resguardar a los usuarios con actividades de asistencia médica de mediana y alta complejidad para evitar los imperantes gastos de bolsillo (Baz Díaz, 1987). El propio gobierno reconoce que para tener un sistema de salud eficiente, se deben reforzar las unidades de consulta externa y de hospitalización general, pues en estos se realiza la detección y atención de enfermedades a la mayor parte de la población. A los usuarios les ha sido de mucha utilidad la implementación de las unidades especializadas, ya que los diagnósticos se vuelven mucho más certeros (COPLADEM , 2012).

Para entender de mejor manera como está la salud de la población es importante considerar algunos indicadores como la esperanza de vida, la cual según COESPO (2013), para el año 2012 fue de 76 años, este es el reflejo del aumento de la calidad de vida y del nivel de salud de la población. Recordemos que la esperanza de vida se relaciona directamente con la alimentación y el acceso a la atención médica,

por lo que la población mexiquense desde 1990 ha incrementado en casi cinco años la duración de su vida (Gráfica 15). Por otra parte el número de defunciones en 2011, fue de 69,384 personas, de las cuales el 30.3% pertenecen a la población no derechohabiente; las principales causas de fallecimiento son: diabetes mellitus, enfermedades del corazón, tumores malignos, enfermedades del hígado y accidentes (ISEM, 2013a).

Gráfica 15. Esperanza de vida para la población del Estado de México. 1990-2012



Fuente. Elaboración propia con datos de COESPO, 2013

Aunque es destacable la labor del sistema de salud le hace falta centrarse en la prevención de enfermedades originadas por el patrón de vida de la sociedad, ya que actualmente un segmento de la población se enfrenta a padecimientos crónicos por la deficiente ingesta de alimento y otro grupo al sobrepeso que igualmente origina complicaciones en la salud. Estas enfermedades junto con la inactividad física, el tabaquismo y el consumo inmoderado de alcohol, repercuten en los patrones de mortalidad y hacen evidente la necesidad de reforzar la política integral de salud. Dentro de este sistema integral se encuentran los trastornos neurológicos y la salud mental que a pesar de que no figuran como los principales motivos de mortalidad, si afectan cuantiosamente a quienes los padecen.

3.1.1 Instituciones médicas que atienden a la población mexiquense

Cada uno de los estados ha instaurado para la atención de su población, una serie de instituciones médicas que se orientan a resguardar a ciertos grupos de la población en zonas específicas. Por ejemplo el Estado de México con base en la ley vigente, ha creado el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM) que exclusivamente asiste a los servidores públicos, dicho de otra manera a todos aquellos individuos que desempeñen algún cargo en instituciones públicas (ISSEMYM, 2009). Adicionalmente el Instituto Materno Infantil del Estado de México (IMIEM), se ha centrado en servir médicamente con atención de tercer nivel¹⁸ a mujeres y niños, que carecen de algún tipo de seguridad social (IMIEM, 2012).

También con la intención de extender los servicios de salud a la población mexiquense se incluyó dentro del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM) el componente de la salud, que contiene servicios de oftalmología para las comunidades urbanas y suburbanas de la entidad, así mismo brinda atención preventiva y curativa por medio de unidades móviles sin costo alguno (DIFEM, 2011). Aunado a estas instituciones se encuentra el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), que tiene participación en todo el Estado y su función es proveer servicios de calidad en sus tres niveles de atención (ISEM, 2013b). Aunque estas unidades de salud sólo prestan atención médica dentro del Estado de México, hay otras que tienen cobertura nacional como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que fomenta la salud de la clase trabajadora asegurada y de sus familias, pensionados y estudiantes.

El IMSS funge como la institución más grande de América Latina y desde 1960 atiende a la población mexiquense, ante tal panorama ha tenido que efectuar reformas a su sistema como las de 2001 y 2004, esta última para resolver los problemas financieros. Actualmente el reto es modernizar y volver eficiente el instituto, para incrementar los ingresos y disminuir gastos no prioritarios, lo que conllevaría al aumento de los servicios que se brindan (IMSS, 2011). Por otra parte, también es

¹⁸ En áreas de ginecología, obstetricia, pediatría y estomatología.

destacable la colaboración del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que busca resguardar la salud de los trabajadores del Estado y otorgar servicios en todas las entidades federativas (ISSSTE, 2013).

Entre los servicios que brinda el ISSSTE está la atención obstétrica, consultas médicas, atención en urgencias, prevención de enfermedades y rehabilitación, igualmente cuenta con un catálogo de medicamentos que se encuentra disponible en cada una de las unidades médicas. Con el paso del tiempo se ha hecho evidente la prevalencia de enfermedades crónico degenerativas entre la población, por ello se ha mostrado especial interés en cubrir padecimientos como el cáncer de mama, próstata, diabetes u obesidad. El ISSSTE en el Estado de México ha amparado a más de un millón de afiliados durante 2011, lo que evidencia su importancia como institución de seguridad social (ISSSTE, 2013).

Petróleos Mexicanos (PEMEX), cuenta con su propia infraestructura médica, para atender a sus trabajadores, jubilados y familiares, sus servicios cubren los tres niveles de atención a nivel nacional; específicamente en Ecatepec y Naucalpan Estado de México, posee clínicas que otorgan servicios de primer nivel, de igual forma cuenta con consultorios médicos en Texcoco, Cuautitlán Izcalli, Toluca y San Juan Ixhuatepec, hasta 2011 habían un total de 19,563 personas beneficiarias (PEMEX, 2011). De esta manera el IMSS, ISSSTE y PEMEX, funcionan a nivel nacional y captan la mayor parte de la población asegurada, debe reconocerse el despliegue de infraestructura que han implementado en las entidades para garantizar la consulta y hospitalización de los usuarios, pero aún faltan por mejorar aspectos de calidad y cobertura.

La salud constituye una condición importante y necesaria de la naturaleza humana, por consiguiente la protección de ésta ha adquirido destacada trascendencia dentro del Estado de México. Ante la necesidad de combatir enfermedades y epidemias se creó una red de clínicas, sanatorios y hospitales, que atienden a las comunidades rurales y urbanas. No obstante, un referente básico para ampliar la infraestructura y la asignación presupuestal es la población asegurada, la cual muestra un aumento cada año, se toma en cuenta la población afiliada por el IMSS, ISSSTE, PEMEX, ISSEMYM y SPSS (Tabla 44). Es evidente la presencia en el Estado del

IMSS, que pone a disposición de los usuarios 105 unidades médicas con 3,087 camas censables en servicio en 2011, esta institución pública atendió a 4,824,568 personas.

**Tabla 44. Población potencial y derechohabiente del Estado de México.
2007-2011**

Año	IMSS	ISSSTE	PEMEX	ISSEMYM	SPSS
2007	4,345,266	906,815	18,967	867,667	1,780,727
2008	4,368,457	930,452	19,033	910,992	2,718,024
2009	4,393,966	969,314	19,317	918,861	3,371,043
2010	4,666,895	998,643	19,423	976,609	5,826,998
2011	4,824,568	1,053,219	19,563	1,013,850	6,566,681

Fuente. Elaboración propia con datos de IGCEM, 2011 y DGIS, 2012a

Le sigue el ISSSTE, con un total de 1,053,219 personas aseguradas, este instituto como parte de su infraestructura posee 42 unidades médicas en el Estado y dispone de 299 consultorios médicos. Entre tanto PEMEX, ha sido el de menor participación con sólo 19,563 asegurados y 2 unidades médicas. Hasta 2011, la entidad contaba con 108 unidades médicas del ISSEMYM, encargadas de la salud de más de un millón de mexiquenses derechohabientes. Finalmente, el SPSS ha resultado exitoso en lo referente al empadronamiento de los afiliados, pues hasta 2011, eran 6.5 millones de beneficiarios, ahora lo que falta es garantizarles atención integral a todos los usuarios y facilitar la sustentabilidad financiera del programa para evitar la competencia por los recursos.

Por su parte la población no asegurada que se encuentra en condiciones de marginación y en situación de pobreza tiene la oportunidad de recibir atención médica a través de las instituciones que conforman a la Secretaría de Salud e IMSS Oportunidades. Ambas buscan contribuir al mejoramiento de la salud de las personas más desprotegidas. Actualmente prevalecen 2 hospitales rurales, 27 unidades médicas rurales y 8 unidades médicas urbanas para atender a los 37,430 usuarios del IMSS Oportunidades en el Estado de México. La Secretaría de Salud, por medio de las unidades médicas: IMIEM, DIFEM e ISEM, asistió a 7.4 millones de personas en todo el Estado.

Tabla 45. Población abierta en el Estado de México. 2007-2011

Año	ISEM	DIFEM	IMIEM	IMSS Oportunidades
2007	7,008,331	1,027,792	142,909	14,377
2008	6,597,686	1,203,081	161,850	16,359
2009	6,694,302	1,221,528	165,791	11,686
2010	6,397,486	1,245,750	170,978	14,517
2011	5,907,172	1,264,949	176,312	37,430

Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Gobierno del Estado de México

Dado que la demanda potencial de las instituciones antes mencionadas son las personas sin seguridad social, se tiene que acrecentar la capacidad de estos institutos para que abarquen a la mayor población posible. Al respecto el ISEM, amplió a 1,215 unidades médicas su red de servicios, lo que le permitió atender a 5.9 millones de personas. A pesar de que el DIFEM cuenta con solo 336 unidades, esto no ha restringido la atención pues 1,264,949 personas se beneficiaron con sus servicios. El IMIEM dispone de tres unidades médicas en la entidad, las cuales no se han incrementado desde 2002, una de ellas es de hospitalización general y las otras dos son de hospitalización especializada. No obstante que la infraestructura es muy reducida se atendió en 2011 a 176,312 personas (Tabla 45).

Tabla 46. Recursos físicos por institución de salud en el Estado de México. 2011

Institución	Unidades médicas	Camas censables	Consultorios médicos	Quirófanos	Laboratorios de análisis clínicos
ISEM	1,215	4,227	3,506	144	117
DIFEM	336	127	753	9	10
IMIEM	3	241	65	11	2
IMSS	105	3,087	1,807	77	54
ISSSTE	42	307	299	14	5
ISSEMYM	108	756	608	40	18
Total	1,809	8,745	7,038	295	206

Nota. Los consultorios médicos contienen a los consultorios dentales

Fuente. Elaboración propia con datos del GEM, 2012

En la tabla 46, se aprecia como el ISEM, posee el mayor número de unidades médicas en el Estado por encima del DIFEM e IMSS; del mismo modo se observa que

en 2011 se disponen de 295 quirófanos en toda la entidad y 206 laboratorios de análisis clínicos para la detección de padecimientos. Los consultorios médicos suman un total de 7,038, de los cuales 932 son consultorios dentales. El estudio deja claro que todas las personas pueden tener acceso a servicios de salud a pesar de no estar afiliados a alguna, la problemática se centra en que la infraestructura es reducida y no se reemplaza muy a menudo. Lo destacable es que el estado ha creado sus propias instituciones, lo que da cierto grado de independencia; los resultados revelan que la población susceptible de atención supera por mucho a los recursos disponibles, hecho que únicamente se resolverá con mayor inversión.

3.1.2 Descentralización de los servicios de salud

Ante la escasa cobertura en salud y la persistente demanda, se diseñó a nivel nacional en 1982, la primera etapa de la descentralización que tenía como enmienda promover la democracia, justicia y eliminar la corrupción existente dentro del sistema. Inicialmente debe señalarse que la descentralización consiste en la transferencia de facultades, programas y recursos a la administración pública local, tal y como lo menciona, Soberón y Martínez, (1996). Dicha descentralización se llevó a cabo en México para mejorar la provisión de los servicios públicos y trasladar ciertas funciones a los gobiernos estatales, quienes debido a su cercanía con la ciudadanía, reconocían de mejor manera las necesidades y preferencias en materia de salud.

Fue Miguel de la Madrid durante su gobierno el encargado de promover la descentralización a nivel municipal, a pesar de ello, se enfrentó a la renuente participación de los municipios quienes no estaban de acuerdo pues no se les otorgarían recursos adicionales en caso de que aceptarían, además no era viable realizar un cambio de esta magnitud pues muchos municipios no tenían la infraestructura y la capacidad para operar sus servicios de salud. De esta manera quedo evidenciado el verdadero objetivo de la descentralización y este era reducir el gasto federal para pagar la deuda externa, pero esto no sólo paso en México sino también en otros países de la región; en la decisión de descentralizar intervino el FMI,

quien promovía programas de ajuste estructural e imponía límites al gasto social de algunas economías (Homedes & Ugalde, 2008).

Para que la descentralización fuera posible debía llevarse a cabo de manera cautelosa y cuidando que realmente fuera factible, pues no todas las entidades tenían la misma capacidad de gestión ni contaban con los mismos recursos. De ahí que solamente fueran 14¹⁹ estados, los que habían optado por descentralizar su sistema de salud, estos eran los que tendían a ser los más ricos y por ende su capacidad para atender a la población no asegurada era mayor. Se puede decir que los tres beneficios que contrajeron fueron: 1) poder reubicar fondos, claro con previo consentimiento federal; 2) la promesa de la SSA de aumentar sus gastos discrecionales; 3) un control del 90% sobre las cuotas de recuperación. Incluso cuando la finalidad era mejorar el balance entre las aportaciones, esto no fue posible, al contrario se creó una mayor dependencia sobre el presupuesto federal. Un punto negativo era que aunque los estados tuvieran los recursos para mejorar los criterios de calidad, estos no podían hacerlo pues estaban sujetos a los protocolos de la SSA (Merino , 2003).

A pesar de que la segunda descentralización estuvo rodeada de una crisis económica, generó mejores resultados que la primera, principalmente porque no se incluyó al IMSS-Complamar y se contó con la participación de todos los estados, en este proceso de descentralización hubo mayor claridad en la división de funciones entre los diversos órdenes de gobierno, pues se les otorgó mayor autonomía en el manejo de los recursos a los estados. El gobierno de Ernesto Zedillo aprendió de los errores cometidos en la anterior descentralización, por ello se esmeró en mejorar la eficiencia de los servicios, en transferir la responsabilidad de los servicios de salud a los estados, eliminar los eslabones burocráticos e incrementar la equidad a nivel interestatal. Fue así como las entidades a través del acuerdo que firmaron, se comprometieron a implementar y regular los servicios.

En el Estado de México se estableció un Consejo de Salud que era presidido por el secretario de administración, este informaba sobre los avances de la

¹⁹ Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Morelos, Nuevo León, Querétaro, Quintana Roo, Sonora, Tabasco, Tlaxcala.

descentralización en el Estado. A partir de 1997, se aprobó la enmienda de transferir recursos directamente a las entidades sin que estos tuvieran que pasar por la SSA, tales fondos eran depositados por el gobierno federal al FASSA (Ramo 33), para que las entidades los destinarán a la compra de bienes y servicios según lo requirieran, esto ayudó a perpetuar la inequidad y a que los estados aumentarán sus contribuciones al sector salud. No obstante, muchas entidades consiguieron incrementar sus recursos mediante la venta de sus servicios a otros municipios o por medio del aumento de sus cuotas de recuperación, aunque esta última actividad no estaba autorizada por los Consejos de Salud (Homedes & Ugalde, 2008).

La descentralización en general tuvo varios factores en contra, como la resistencia que imponía el gobierno federal a transmitir el poder a los estados, a la par que existían grandes inequidades a nivel interestatal de tal modo que los recursos no se transferían a los estados más necesitados, la única forma mediante la cual las entidades podían obtener fondos eran las cuotas de recuperación, aunque a pesar de ello seguían siendo los estados más ricos los más favorecidos. Desde otro punto de vista tampoco hay evidencia de que la descentralización haya incrementado la productividad de los trabajadores, o la eficiencia en la prestación de los servicios (Soberón & Martínez, 1996). La intervención de la OMS y OPS en la descentralización de México, facilitó que la experiencia mexicana tuviera repercusión internacional y que fuera modelo para otras economías

3.1.3 Relación entre la descentralización y el Seguro Popular

A pesar de que el plan nacional de la administración de Fox, establecía como objetivo complementar la descentralización, está no fue posible ya que el secretario de salud Julio Frenk ideó una estrategia llamada Seguro Popular (SP), que era equivalente al seguro subsidiado colombiano. Lo que se ambicionaba con este programa era redistribuir los recursos de salud entre los estados de forma más equitativa. En sí el sistema de salud descentralizado estaba planteado para que se transfirieran recursos del nivel federal al estatal y que tras cierto control se dejara que los estados decidieran como utilizar esos recursos, pero una vez que se implementó el Seguro Popular cambio el panorama ya que las expectativas no fueron las mismas, y se generó una nueva dinámica de atención médica que pretendía que los afiliados escogieran a su proveedor de servicios en el mediano o largo plazo.

Por su parte Homedes y Ugalde, (2008) mencionan que el Seguro Popular ha fraccionado aún más el sistema de salud y que no contribuye a aumentar la productividad de los trabajadores, también destacan que el Seguro Popular representa un paso atrás en la descentralización y que los estados no mostraron objeción ya que mediante este reciben ingresos nada despreciables. Es destacable que con este programa existe una mayor dependencia por parte de la entidades hacia el gobierno federal y que en la medida que avanza el programa disminuye el número de usuarios que pagan cuotas, por ende se reducen las cuotas de recuperación, lo cual acaba con los únicos fondos que controlan los directores de los establecimientos de salud. De la misma manera se ven reducidas las contribuciones destinadas al IMSS e ISSSTE.

La descentralización es un proceso político, económico y social, muy complejo y sumamente costoso, y aunque hasta el 2000 no habían avances sustanciales si se tenía invertida una gran cantidad de dinero para tratar de conseguir su funcionamiento, al menos contaba con el consentimiento de todas los estados. Aunque este programa ha producido resultados positivos en cuanto a la afiliación de los usuarios, también debe admitirse que sólo ha atemperado de manera mínima y parcial las serias carencias que padece la mayoría de la población. Este no ha sido suficiente para

detener el crecimiento de la marginación ni para cerrar la brecha existente entre ricos y pobres. Asimismo no se ha elevado de manera trascendental la eficiencia ni la calidad, y tampoco ha sido clara la transferencia de poder hacia los estados (CESOP, 2006).

3.1.4 Problemática para el Estado de México a partir de la descentralización

A nivel estatal también se presentaron una serie de transformaciones en el sector salud a causa de la descentralización, cada uno de los estados se enfrentó a distintas problemáticas ya que no tomaron de la misma manera los ajustes, algunas entidades tardaron más tiempo que otras en aceptar las reformas que implementaba el gobierno federal, pero esto fundamentalmente se debía a que existía un ambiente de incertidumbre en torno a las decisiones que se tomaban, además se creía que con ello sólo se beneficiaba a unos cuantos, en este caso a los estados más ricos, razón por la cual durante la primera etapa de la descentralización solamente 14 estados decidieron participar, entre ellos el Estado de México, quien tenía que responder a las demandas en salud por parte de los derechohabientes.

A pesar de la situación por la que pasaba el Estado de México con bastante población sin seguridad social, este siguió los planteamientos del gobierno federal, pero debe enfatizarse que ello no hubiera sido posible sin la colaboración del gobierno estatal y la Secretaría de Salud, esto se menciona porque algunos estados frenaron su incorporación debido a que no tenían el consentimiento de los antes mencionados. Como se ha acentuado, históricamente ha existido una problemática en el sistema de salud mexicano que se centra en la desigual distribución de los recursos financieros entre las entidades federativas, la cual puede considerarse de origen externa a los estados, pues tal distribución se lleva a cabo desde el nivel federal de gobierno.

Y aunque esta divergencia era uno de los problemas a resolver no se obtuvieron efectos contundentes pues era necesario que se dejarán de perseguir beneficios personales y que se trabajará en el aseguramiento de la población abierta. Cuando se dio la segunda etapa de la descentralización nuevamente sobresalió la participación

del Estado de México, por ser el sexto Estado en firmar el acuerdo en 1997, mediante el cual se responsabilizaba de la prestación de los servicios a toda la población no asegurada. Durante esta descentralización se contó con la participación de los 31 estados y Distrito Federal, quienes también firmaron el acuerdo para la descentralización integral de los servicios de salud, excepto por algunos estados que temerosos de que la transferencia de problemas fuera superior a la de recursos atrasaron la firma del acuerdo, entre los que se encontraban: Baja California (1998), Chiapas (1998) y Chihuahua (1999) (Homedes & Ugalde, 2008).

Con la firma de los acuerdos se comenzó a distribuir a los estados infraestructura para hacer frente a sus nuevas obligaciones, está no fue suficiente para acabar con los rezagos preexistentes, pero de alguna forma fue de ayuda para las unidades médicas. Otro de los aspectos que benefició al Estado de México fue la creación del FASSA, que reunía fondos para garantizar la atención médica de aquellas personas sin seguridad social. La problemática en el caso del Estado de México se hace evidente al comparar los servicios que reciben las personas con seguridad social contra aquellas personas que carecen de atención médica. La infraestructura física disponible también juega un rol importante pues limita la atención y los servicios que se brindan en las unidades médicas.

En los últimos años se ha detectado una problemática de naturaleza interna en el Estado de México involucrada con la responsabilidad que tiene en cuanto a la afiliación de su población al SPSS, y la pérdida de recursos financieros provenientes de la Federación, esto resalta porque después de la descentralización se implementó el Seguro Popular que ahora forma parte del SPSS y que a medida que aumenta su número de usuarios incrementa equivalentemente sus fondos. De ahí que el Estado de México se esfuerce cada año por cumplir con las metas establecidas, aunque estas dependen de factores como la promoción, la disponibilidad, los servicios que se brindan y la accesibilidad. Es de esta manera como a pesar de los fracasos por descentralizar el Estado de México tuvo participación y aunque no consiguió beneficios sustanciales, si colaboró con los planes nacionales.

3.2 Desigual distribución de los recursos en salud en el Estado de México

Toma relevancia a nivel nacional y estatal el estudio de las desigualdades en el campo de la salud, ya que lejos de desaparecer estas condiciones aún permanecen y en algunos lugares se han incrementado, pero esto responde a distintas circunstancias como la escasez de recursos en salud que además son asignados de manera ineficiente e inequitativa. Asimismo el problema del financiamiento nace de la escasa corresponsabilidad entre los diferentes niveles de gobierno, aunque también proviene de la desigual provisión de los recursos a los estados. Pese a lo anterior, el destinar más recursos es una condición necesaria más no suficiente para mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de salud, pues debe acompañarse del buen desempeño técnico de los procesos, del cambio estructural y organizativo en las instituciones, así como del proceso de rendición de cuentas a nivel nacional (Cruz & Luna, 2007).

En la medida en que se destinen menos recursos de los necesarios se estarán desatendiendo los requerimientos de la población, igualmente se restringe la eficacia productiva y el potencial humano. La carencia de fondos limita las líneas de acción de las unidades de salud, pues se reducen las posibilidades de utilizar equipo médico actualizado y así cubrir más enfermedades, es entonces cuando sobresalen dos problemáticas una que la inversión en salud es insuficiente para cubrir las necesidades y otra que los recursos existentes están distribuidos de manera inequitativa. Es así como la desigual distribución de los recursos también se observa en la heterogénea disponibilidad de unidades médicas por habitante. En 2011, por ejemplo, a pesar de que la entidad mexiquense tenía 23 centros de salud más que en 2010, la disponibilidad siguió siendo de 1.9 unidades por cada 10 mil personas, ya que el número de usuarios atendidos por unidad supera por mucho la capacidad de las instalaciones.

Cada una de las entidades federativas muestra niveles de desarrollo diferentes, tanto en lo económico como el social, esto genera que los requerimientos a atender sean distintos y por ende el destino de los recursos se sujeten a la capacidad financiera del Estado y productividad del mismo. Existen entidades como Chiapas y

Oaxaca con un grado de marginación muy alto, donde más del 70% de la población está sin seguridad social y que por ende el mayor número de unidades médicas están para atender a estos grupos, pero aun así se encuentran disponibles sólo 4.4 y 5.3 unidades médicas por cada 10,000 habitantes respectivamente (Tabla 49). Al compararlas con el Estado de México, se encuentra que estos estados disponen de más unidades para atender a las personas con y sin seguridad social que la entidad mexiquense

Tabla 49. Disponibilidad de unidades médicas por cada 10,000 habitantes. 2011

Entidad	Unidades por cada 10,000 habitantes	
	No Asegurada	Asegurada
Chiapas	4.4	1.2
Oaxaca	5.3	1.2
México	1.9	0.4
Distrito Federal	1.1	0.4
Nacional	3.1	0.6

Fuente. Elaboración propia con datos de la SINAIS, 2011

Por otra parte cuando se compara al Estado de México con el Distrito Federal que es el segundo con más población del país, se observa que mientras el Estado mexiquense destina 1.9 unidades, el Distrito Federal solamente 1.1 unidades por cada 10,000 personas sin seguridad social. Si se toma en cuenta el promedio nacional se halla que el Estado de México queda rezagado, pues en el país son 3.1 unidades por cada 10,000 habitantes sin seguridad social y 0.6 con seguridad social. Entretanto la mayor parte de la población abierta se encuentra en los grupos de edad de 5 a 24 años, en cierta medida esto se puede deber a que a esta edad aún no se inserta la población al campo laboral y a que la mayoría de la población es joven. De esta forma se debe trabajar en ampliar la red de unidades médicas en las entidades que cuentan con mayor población pues de no ser así se seguirán acrecentando las desigualdades y la entidad mexiquense quedará más excluida.

Zurita et al., (2003), señalan muy acertadamente que no es posible dar un trato igual a todos los sujetos de una sociedad, a causa de que sus condiciones iniciales son desiguales, donde los más afectados serán los que viven en situación de pobreza,

desempleo, o tienen un origen étnico y nivel de vida precario. Aunado a esto existen hogares que se ven afectados por los altos gastos de bolsillo que generan un altísimo riesgo de empobrecimiento, esto porque al no contar con otras opciones una demanda inesperada de atención médica puede obligar a las familias a vender su patrimonio o endeudarse con alto riesgo de caer en una trampa de pobreza (Cruz & Luna, 2007).

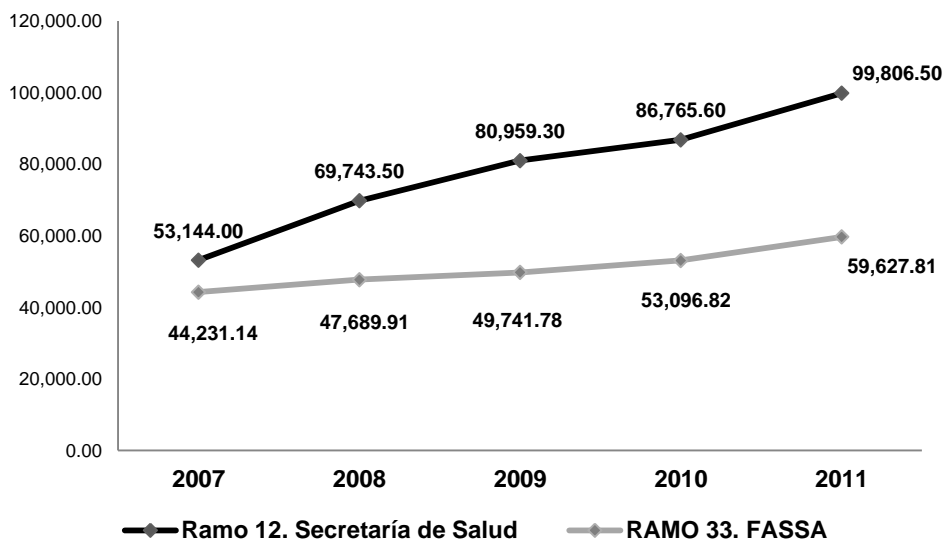
Las diferencias son evidentes cuando se habla de la población con y sin seguridad social, tan sólo durante 2011 en el Estado de México el 54.6% de la población carecía de seguridad social y aunque cuentan con los servicios de las instituciones públicas, muchas veces tienen que desembolsar cierto monto económico por la prestación del servicio, pago de medicinas, tratamientos, etc. A pesar del compromiso del Estado por aumentar los fondos, estos no han logrado ser suficientes, pues el financiamiento no está acorde con las necesidades. Es importante tomar en cuenta que la población transita por una serie de cambios, tanto económicos como laborales de ahí que aspectos como el trabajo informal se incrementen, ante esto es necesario incorporar a la población con base en el principio de ciudadanía y no sólo del empleo, tal y como lo mencionan Zurita et al., (2003).

Con la finalidad de reducir las desigualdades y mejorar el estado de salud de las comunidades más pobres se implementó el SPSS, el cual ha sido un avance para lograr la igualdad, fortalecer la eficiencia del sistema especialmente en las entidades donde el gasto no se traduce en mejoras a los estados de salud, algo esencial es que se ha trabajado en la satisfacción del usuario, que como menciona Martínez (2008), en la medida en que vean mejorada la atención demandarán más servicios preventivos. Pero está sólo es una de las medidas a las cuales se les debe dar continuidad ya que además se debe incluir la participación de la ciudadanía y asignar los recursos en función de las necesidades de salud, basándose en criterios de equidad que mejoren el reparto presupuestal, de esta manera se verá beneficiado el sistema de salud en general.

3.2.1 Gasto público total en salud

Las principales fuentes de financiamiento para la atención de la salud de la población con y sin seguridad social es el Ramo 12 perteneciente a la Secretaría de Salud, el Ramo 33 específicamente el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), los recursos que son destinados a las distintas instituciones para el componente de la salud (IMSS, ISSSTE, PEMEX e IMSS Oportunidades) y el gasto estatal que consigan cada una de las entidades federativas, todas estas aportaciones componen el gasto público en salud. Durante mucho tiempo se ha observado la dependencia que tienen los estados sobre los recursos federales tan es así que se les dificulta generar sus propios recursos para mantener sus servicios de salud. Lo más grave es que aun cuando anualmente se incrementa el presupuesto, este sector no ha exhibido señales de progreso en las principales zonas marginadas del país y ello se debe a la desigual transferencia de recursos y a la desatención que sufren.

**Gráfica 18. Recursos del Ramo 12 y FASSA a nivel nacional. 2007-2011
(Millones de pesos)**



Fuente. Elaboración propia con datos de la DGIS, 2012b

Si se analiza el gasto público en salud se encuentra que a nivel nacional ha sido permanente el incremento de los recursos durante 2007-2011, además que el mayor crecimiento se tuvo en 2008 ya que el gasto aumentó 12% (Tabla 50). El concepto que se incrementó más fue el Ramo 12, con una tasa media de crecimiento anual (TCMA) de 17.1%, en tanto que el FASSA tuvo una TCMA de 7.8 por ciento en términos reales (Gráfica 18). Algo importante por señalar es que a partir de la implementación del SPSS se han incrementado aún más los recursos presupuestales para el Ramo 12 y 33, no obstante, también ha prevalecido la tendencia de los estados por ejercer menos recursos que los originalmente aprobados, esto se debe a que los montos dependen de la afiliación de las personas al programa.

Tabla 50. Integración del gasto público en salud nacional y en el Estado de México. 2007-2011 (Millones de pesos)

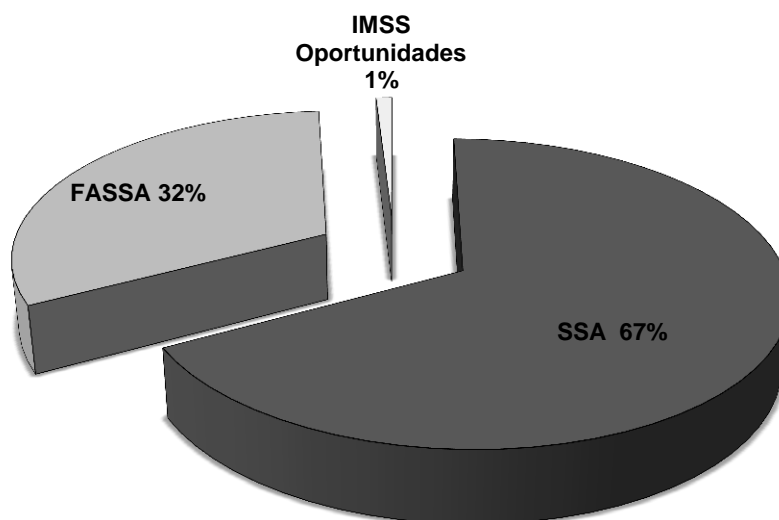
Componentes	Ejercicio Fiscal				
	2007	2008	2009	2010	2011
Nacional					
Ramo 12. Secretaría de Salud	53,144.00	69,743.50	80,959.30	86,765.60	99,806.50
RAMO 33. FASSA	44,231.14	47,689.91	49,741.78	53,096.82	59,627.81
IMSS	135,349.63	141,810.80	155,180.63	173,928.60	183,571.99
ISSSTE	29,912.80	32,005.33	35,177.68	39,511.12	48,089.07
PEMEX	9,133.85	10,291.51	10,550.81	10,626.03	11,600.12
IMSS Oportunidades	5,790.10	6,370.70	7,624.50	7,971.70	8,704.06
Gasto Estatal en Salud	19,334.68	24,715.08	27,988.80	33,711.26	26,699.53
Total	296,896.20	332,626.83	367,223.50	405,611.13	438,099.08
Estado de México					
Ramo 12. Secretaría de Salud	6,471.13	8,838.54	9,989.79	12,322.58	14,174.67
RAMO 33. FASSA	4,850.03	5,099.26	5,555.36	6,021.17	6,728.40
IMSS	10,419.84	11,039.83	12,320.36	13,709.03	16,409.17
ISSSTE	441.69	662.70	929.44	898.63	1,159.99
PEMEX	38.66	39.58	52.44	52.55	52.17
IMSS Oportunidades	0.00	0.00	119.81	47.11	199.12
Gasto Estatal en Salud	3,377.46	4,725.14	7,609.82	11,860.17	3,111.02
Total	25,598.80	30,405.04	36,577.01	44,911.25	41,834.55

Fuente. Elaboración propia con datos de la SHCP,2012 y DGIS, 2012b

En el caso del Estado de México, el gasto público en salud sumó un total de \$41,834.55 mdp en el año de 2011, lo que significó un decremento de 6.8% con

relación a lo observado en 2010; contrario a esto se tiene una TCMA de 13.1% para el periodo de estudio, siendo el IMSS quien ejerció el mayor gasto aún por encima de la Secretaría de Salud (Tabla 50). En todas las entidades federativas los recursos públicos van a estar sujetos principalmente a la recaudación de impuestos y a otros ingresos gubernamentales no tributarios, de ahí que el gasto estatal en salud este tan limitado, que incluso se vea reducida su participación de 2007 a 2011 (-2%). La ampliación de los recursos se asigna al equipamiento, modernización y obra pública para la conclusión de unidades médicas en la entidad federativa, también a la atención de los derechohabientes y al pago por los servicios.

Gráfica 19. Gasto federal en salud Estado de México. 2011



Fuente. Elaboración propia con datos de la DGIS, 2012b

En cuanto al gasto federal del Estado de México este se encuentra conformado en un 67% por los recursos de la Secretaría de Salud, por un 32% del FASSA y el restante 1% pertenece al IMSS Oportunidades, esto en 2011 (Gráfica 19). Al respecto se puede mencionar que el crecimiento del gasto federal en salud en el último año fue de 14.7%. Sobresale la importancia del gasto público por el hecho de que es una acción encaminada a combatir la pobreza de las familias mexiquenses, además impacta directamente en la economía familiar. Durante las últimas administraciones los

recursos se han dirigido a incrementar la atención médica especializada de tercer nivel lo que condujo a que el sector salud ejerciera el 26.5% del gasto presupuestado para 2011 (GEM, 2011a).

3.2.2 Gasto público en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto

Es bien sabido que las consecuencias del insuficiente gasto en salud es que se reduce la productividad y competitividad, genera desigualdad y pobreza, e igualmente crea un círculo vicioso que incide negativamente en la vida de la población. Mientras no se incrementen los recursos al sector salud, se seguirán manifestando diversas problemáticas y la demanda continuará excediendo a la oferta, de la misma forma el acceso a servicios de salud en México permanecerá dependiendo en forma preponderante de la capacidad privada de los hogares.

Por consiguiente el gasto en servicios de salud presenta ciertas características que son producto de las transformaciones del modelo económico, de la redefinición del papel del Estado y de la sociedad en el campo de la salud. Pero aún y cuando se utiliza la relación del gasto público con el PIB como indicador de asignación en salud, al final lo importante es el destino de los recursos. Tanto el gasto público como el PIB habían mostrado una tendencia creciente hasta el 2011, año en el cual disminuyó el gasto público en salud en el Estado y provocó que decreciera la proporción del gasto con respecto al PIB a 3.3%.

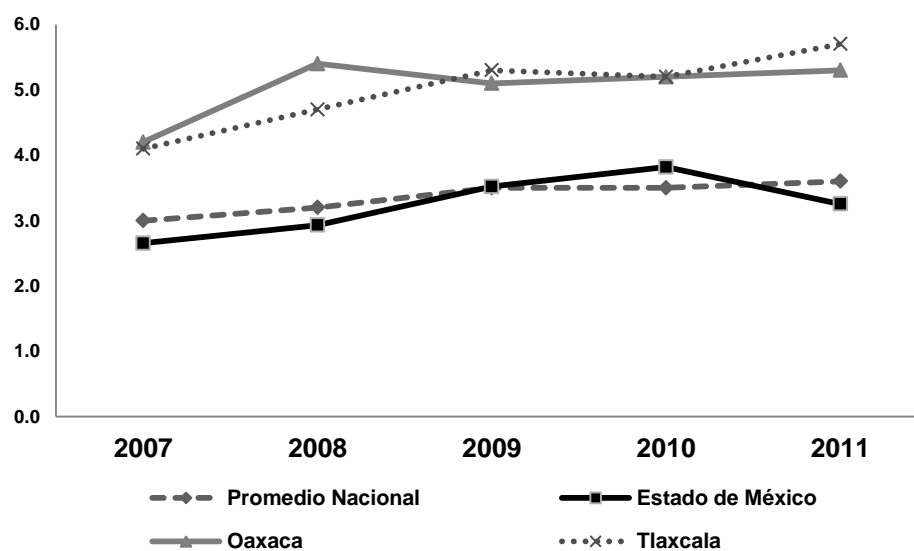
Tabla 51. Gasto público en salud como porcentaje del PIB para el Estado de México. 2007-2011 (Millones de pesos)

Año	Gasto público en salud	PIB	Gasto público en salud como % PIB
2007	25,598.80	963,333.04	2.7
2008	30,405.04	1,037,496.89	2.9
2009	36,577.01	1,039,319.23	3.5
2010	44,911.25	1,175,666.44	3.8
2011	41,834.55	1,285,851.38	3.3

Nota. Los datos del PIB, se encuentra en miles de pesos corrientes a precios básicos
Fuente. Elaboración propia con datos de la DGIS, 2012b e INEGI, 2012

Fue en el año 2010 cuando se obtuvo el mayor gasto en salud como proporción del PIB de todo el periodo (3.8%). En promedio la entidad mexiquense destina el 3.2% de su PIB al gasto en salud, lo cual lo sitúa por debajo del promedio nacional (3.4%), pero en general es uno de los estados más rezagados junto con Campeche, Nuevo León, Querétaro, Tabasco, Tamaulipas y Sonora. Con esto se puede deducir que el Estado de México no se ha dedicado a fomentar la creación de nuevos fondos, al contrario se ha conformado con los recursos federales que le son transferidos, si decide seguir así llegará el momento en que el sector muestre rezagos que serán más difíciles de atender simplemente con los fondos federales.

Gráfica 20. Gasto público en salud como porcentaje del PIB, nacional y en los estados de México, Oaxaca y Tlaxcala. 2007-2011



Fuente. Elaboración propia con datos de la DGIS, 2012b e INEGI, 2012

Los estados de Oaxaca y Tlaxcala destacaron durante todo el periodo por ser los que consignaron la mayor proporción de recursos con respecto al PIB, ambos estados mostraron una tendencia similar y en promedio destinaron el 5% del PIB al gasto en salud. Por su parte el Estado de México iba siguiendo la tendencia del promedio nacional pues en algunas ocasiones lo superaba y en otras se quedaba

rezagado. En el año 2007 tuvo su nivel más bajo y en 2010 logró que el 3.8% del PIB se dedicará al gasto en salud.

Lo importante es que la salud no represente un gasto catastrófico para los más pobres y que al hablar de salud en el Estado sea sinónimo de inclusión, cohesión social, desarrollo integral, crecimiento económico, equidad y no todo lo contrario. La función del gobierno será brindar mayor apoyo al sector salud sin tener que desproteger otras áreas, mediante la generación de más recursos en las actividades productivas, lo que beneficiaría al fortalecimiento de toda la economía estatal.

3.2.3 Gasto público en salud para la población con seguridad social

La seguridad social es un derecho al cual se hacen acreedores todos aquellos trabajadores que laboran en el sector privado formal, en el gobierno federal o estatal, y los integrantes de instituciones como Pemex, Secretaría de Defensa Nacional y Secretaría de Marina, de la misma forma sus familiares se encuentran amparados por estas instituciones. En el Estado de México en 2011, aproximadamente el 35.8% de la población se encuentra afiliada al IMSS, en tanto que el 7.8% está amparada por el ISSSTE y sólo el 0.1% recibe atención médica por parte de Pemex. No obstante, a nivel estatal se halla una red médica perteneciente al ISSEMYM, la cual se orienta a atender a los servidores públicos del Estado, está recibe anualmente del gobierno estatal un monto específico de recursos, que en 2011 fue por un total de \$11.70 mdp para costear sus servicios.

Desde cierto punto de vista, la derechohabiencia en salud se encuentra relacionada con las condiciones laborales existentes en el mercado nacional y con las prestaciones que otorgan los patrones a sus trabajadores, de ahí que un gran sector poblacional carezca de atención médica a cualquier nivel. Otro aspecto por resaltar es la flexibilidad del sistema de salud, que permite a los usuarios elegir entre diversas opciones, incluso por instituciones privadas si así lo requieren. Uno de los principales beneficios que obtienen los asegurados es que se hacen acreedores a prestaciones económicas y de servicios, especialmente ante situaciones de enfermedad,

maternidad o accidentes, sin desembolso en el momento ya que ellos a través del tiempo han aportado una cuota, que depende del salario que reciben (INEGI, 2009).

Tabla 52. Gasto en salud para la población asegurada en el Estado de México. 2007-2011 (Millones de pesos)

Año	IMSS	ISSSTE	PEMEX	Gasto público en salud para la población con seguridad social
2007	10,419.84	441.69	38.66	10,900.19
2008	11,039.83	662.70	39.58	11,742.11
2009	12,320.36	929.44	52.44	13,302.24
2010	13,709.03	898.63	52.55	14,660.22
2011	16,409.17	1,159.99	52.17	17,621.34

Fuente. Elaboración propia con datos de la DGIS, 2012b

Se debe mencionar que a partir de la implementación de programas nacionales como el Seguro Popular, se ha venido dando una competitividad por los recursos, situación que ocasionó la reducción del financiamiento a otros programas de salud, a pesar de ello el IMSS, ISSSTE y PEMEX no dejaron de sumar grandes montos para la prestación de sus servicios. En 2007, se tuvo un gasto público de \$10,419.84 mdp, siendo el IMSS quien ejerció el 95.6% del gasto en la entidad. Con respecto a 2008 se logró un crecimiento de 7.7% en relación al año anterior, durante este año el ISSSTE duplicó su gasto llegando a ser de \$662.70 mdp. En tanto que para 2009 el gasto había aumentado 13.3%, sobresaliendo Pemex (32.5%) e ISSTE (40.3%) por su crecimiento, fue así como en total se gastaron \$13,302.24 mdp en el Estado de México (Tabla 52).

Durante 2010, los institutos del IMSS y Pemex aumentaron sus montos del gasto en 11.3% y 0.2% respectivamente, mientras que contrario a esto se hallaba el ISSSTE quien redujo en 3.3% su gasto. En suma en 2010, el gasto para la población asegurada fue de \$14,660.22 mdp, cifra que significa un crecimiento de 10.2%. En 2011, el gasto público fue de \$17,621.34 mdp lo que indujo que en ese año se diera el mayor incremento de todo el periodo (20.2%), de esta manera el gasto estuvo integrado por \$16,409.17 mdp del IMSS, \$1,159.99 mdp del ISSSTE y \$52.17 mdp de los servicios médicos de PEMEX. De 2007 a 2011, el gasto destinado a la población

con seguridad social registró una TCMA de 12.8 por ciento en términos reales. De esta forma queda claro que no sólo se han incrementado el número de asegurados en el Estado de México, sino que también ha aumentado el gasto destinado a la prestación de los servicios, faltaría reconocer si el crecimiento que muestran los recursos es el indicado para solventar los servicios que otorgan las instituciones de salud.

3.2.4 Gasto público para la población sin seguridad social

En el Estado de México existen algunas instituciones que se encargan de atender a este tipo de pacientes, empero sus servicios suelen estar limitados ya que no cubren todos los niveles de atención. Las principales instituciones que prestan atención médica a la población abierta en el Estado de México son: DIFEM, IMIEM e ISEM, ellas anualmente reciben del Estado recursos para su funcionamiento, lo anterior se puede observar en la tabla 53.

Tabla 53. Presupuesto ejercido por las instituciones de salud en el Estado de México para la población abierta. 2007-2011 (Millones de pesos)

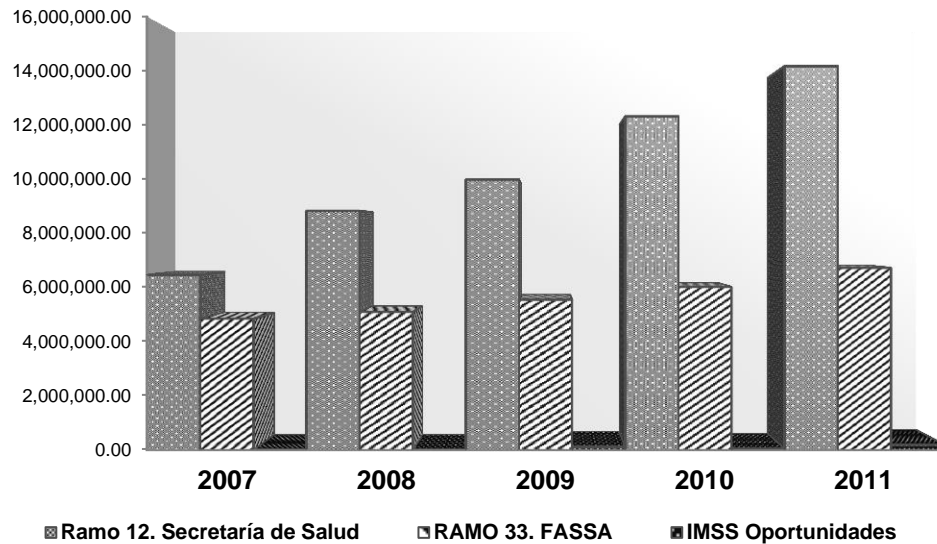
Institución	Ejercicio Fiscal				
	2007	2008	2009	2010	2011
DIFEM	1,425.90	1,933.43	2,188.33	2,275.19	2,427.53
IMIEM	439.95	506.59	597.08	721.46	848.11
ISEM	9,202.48	11,103.43	14,261.87	20,590.57	21,822.50

Fuente. Elaboración propia con datos de las cuentas públicas del Gobierno del Estado de México

Destaca el ISEM en todo el periodo por ser el que ejerció los mayores montos, esto se explica por el hecho de que es el instituto con mayor presencia dentro del Estado; tan sólo de 2007 a 2011 tuvo una TCMA de 24.1%, siendo en el año 2010 cuando alcanzó el mayor crecimiento (44.4%). Por su parte el DIFEM fue el segundo en cuanto al ejercicio de los recursos, pues hasta 2011 consiguió una TCMA de 14.2%, de esta manera ejerció durante este año 30.7% más de lo autorizado inicialmente dando así un total de \$2,427.53 mdp. En cuanto al IMIEM este fue el que

menos recursos ejerció, aun así su TCMA de 17.8% resultó superior a la del DIFEM, es así como sumó en 2011 un total de \$848.11 mdp.

Gráfica 21. Integración del gasto federal en salud en el Estado de México. 2007-2011 (Miles de pesos)



Fuente. Elaboración propia con datos de la DGIS,2012b

Como ya se ha mencionado las entidades federativas efectúan ciertos gastos con recursos que les son transferidos por la Federación con ellos atienden a la población sin seguridad social que requiere de servicios de atención médica. En la gráfica 21, se detalla como más de la mitad del total del gasto federal provienen del Ramo 12, específicamente en 2011 el Estado de México gasto \$14,174.67 mdp procedentes de este Ramo. Con respecto al FASSA se gastaron en la entidad durante el mismo año, \$707.23 mdp más que en 2010 lo que significa que el gasto se incrementó en 11.7%. El IMSS Oportunidades ha tenido una menor participación en el gasto federal que los anteriormente señalados, aunque su comportamiento ha sido inestable pues se incrementó en 2009 para luego volver a disminuir en 2010, finalmente en 2011 sumó \$119.12 mdp.

Tabla 54. Gasto Público en salud para la población sin seguridad social en el Estado de México. 2007-2011 (Millones de pesos)

Año	Gasto Federal en Salud	Gasto Estatal en Salud	Gasto público en salud para población abierta
2007	11,321.15	3,377.46	14,698.61
2008	13,937.80	4,725.14	18,662.94
2009	15,664.95	7,609.82	23,274.77
2010	18,390.86	11,860.17	30,251.03
2011	21,102.19	3,111.02	24,213.21

Fuente. Elaboración propia con datos de la DGIS,2012b

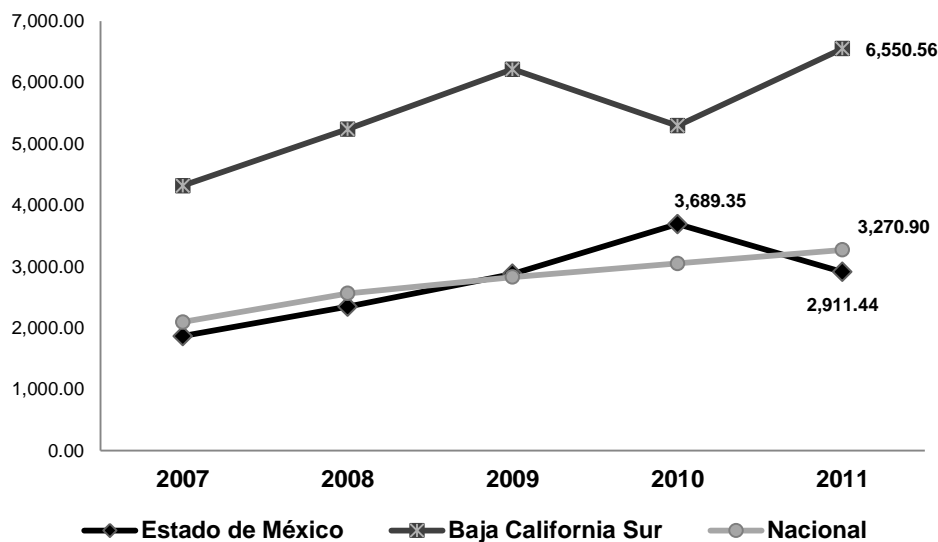
De esta manera el gasto público para la población abierta queda compuesto por el gasto federal y el gasto estatal, debe hacerse mención que a nivel nacional el Estado de México es de las entidades que más gasto efectúan y esto se debe a los altos registros de población abierta. Por otra parte hace falta puntualizar el comportamiento del gasto estatal en salud, el cual venía creciendo sostenidamente, hasta el año 2011 cuando decreció 73.8% como se observa en la tabla 54. Es así como una vez comprendidas las dos fuentes de recursos el gasto público para la población sin seguridad social resultó tener una TCMA de 13.3%, incluso con la disminución del año 2011 (-20%). Si se compara el gasto efectuado para la población abierta con el de la población asegurada, se observa que es mayor el gasto de la población abierta pues en la entidad el 54.3% de la población total se encuentra sin seguridad y porque el gasto lo respalda en su totalidad el Estado y la Federación.

3.2.5 Gasto per cápita en salud para la población con y sin seguridad social

La condición de aseguramiento es un determinante importante de la asignación de los recursos a la población pues a partir de esta se fija cuánto o en que se gasta, a causa de que las entidades federativas no tienen la misma población ni las mismas condiciones de aseguramiento, no se pueden entablar acciones iguales para reducir las desigualdades en la asignación. En su momento la OCDE (1998), señaló que el principal problema en el país no es tanto el reducido gasto en salud como tal, sino más bien el hecho de que un nivel “normal” de gasto está asociado a importantes necesidades insatisfechas (por ejemplo: cobertura incompleta), otros problemas se relacionan con las disparidades regionales y la inadecuada asignación de recursos a programas, todo esto en suma agrava la situación de la población abierta.

Indudablemente el bajo gasto público en salud per cápita para la población no asegurada conduce a que se genere un efecto sustitución, en donde la insuficiencia de fondos públicos es suplida por fondos privados que eleva el riesgo de contraer gastos catastróficos (Cruz & Luna, 2007). Sobre todo porque este tipo de población tiende a estar en situación de marginación y con menor ingreso, y aunque lo ideal sería que ellos contarán con más recursos, no es así pues no tienen aportaciones patronales, la participación gubernamental es baja y la cooperación de los seguros privados es escasa, de ahí que no sólo en el Estado de México sino también a nivel nacional sean mucho más bajo los montos a la población abierta. En la gráfica 22, se puede observar la evolución de los recursos por persona no asegurada de los estados de México, Baja California Sur y el nacional.

Gráfica 22. Gasto en salud por persona no asegurada, nacional y en los estados de México y Baja California Sur. 2007-2011(Pesos corrientes)



Fuente. Elaboración propia con datos de la DGIS, 2012b

La brecha entre ambas entidades es patente y si bien los recursos por persona sin seguridad social disminuyeron en Baja California durante 2010, este continuó siendo el primer lugar nacional; mientras que el Estado de México había manifestado un crecimiento sostenido hasta 2010, año en que consiguió destinar el mayor gasto en salud por persona no asegurada (\$3,689.35 pesos), aunque esto cambió en 2011 pues disminuyó el gasto en -21.1%. En si la entidad mexiquense durante todo el periodo estuvo fluctuando en torno al nacional, pese a ello se ubica como uno de los estados que menos recursos destina a las personas sin seguridad social. La desigual distribución de los recursos por persona en 2011 se hace evidente al contrastar el monto que percibía una persona sin seguridad social en Baja California Sur (primer lugar nacional) y el Estado de México: una relación de 2 veces a 1.

Tabla 55. Gasto en salud por persona con y sin seguridad social en el Estado de México. 2007-2011 (Pesos corrientes)

Año	Monto por persona		TOTAL
	Con seguridad social	Sin seguridad social	
2007	1,662.08	1,865.99	1,773.35
2008	1,758.90	2,343.82	2,077.07
2009	1,969.07	2,879.96	2,465.22
2010	2,145.76	3,689.35	2,987.76
2011	2,551.79	2,911.44	2,748.28

Fuente. Elaboración propia con datos de DGIS,2012b

En el periodo 2007-2011 el monto por persona asegurada mostró un crecimiento muy moderado pues no se vio un repunte significativo, la TCMA fue de 11.3% que es mayor a la del promedio nacional (7.6%). Al comparar a la entidad mexiquense con el Distrito Federal en 2011, se detecta que a cada persona con seguridad social se le asignan \$12,272.08 pesos, en tanto que en el Estado el gasto per cápita en salud es de \$2,551.79 pesos, esto representa una relación de 4.8 veces a 1; a pesar del decremento que tuvo el Distrito Federal en el gasto por asegurado durante 2011 esto no interfirió en el hecho de que gasta más en cada usuario que el Estado de México. Al realizar este análisis es más visible la carencia económica que predomina aun y cuando la entidad totaliza el mayor gasto, pero la problemática se evidencia al dividir el monto entre la población.

Aun cuando es evidente el esfuerzo del gobierno del Estado de México por aproximarse al gasto promedio nacional por persona asegurada esto no ha sido posible ya que el gobierno federal ha venido incrementando la brecha entre aquellos estados que reciben más y los que menos: por ejemplo, una persona asegurada en Baja California Sur recibió \$773.22 pesos más en 2011 que lo asignado en 2010, mientras que un mexiquense con seguridad social recibió \$406.03 pesos más en 2011 con relación a 2010. Desde este punto de vista queda evidenciado que los recursos públicos destinados a la población abierta están repartidos de manera inequitativa entre la población de las diferentes entidades federativas, es así como en busca de mejorar el gasto lo más adecuado sería tomar en cuenta el tamaño de la población con y sin seguridad social, el decil de ingreso que tienen y sus necesidades en salud.

3.2.6 Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)

A partir de la descentralización del sector salud en 1998, se creó el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), que estaba consignado a garantizar la prestación del servicio en materia de salud a la población abierta, y se instituyó para evitar el empobrecimiento de las familias por motivos de enfermedad. La Federación es la encargada de distribuir los recursos anualmente a cada una de las entidades federativas, a través del Ramo 33 del Presupuesto de Egresos de la Federación, para que cubran los gastos derivados de la prestación del servicio. Los recursos del FASSA se asignan conforme a la infraestructura médica existente, el número de personas empleadas en cada entidad y el monto de recursos recibidos el año anterior, igualmente se apoya en una fórmula, que está diseñada para favorecer a las entidades con mayores necesidades en materia de acceso a servicios de salud (Jiménez, 2004).

La Secretaría de Salud funge como la dependencia coordinadora de los recursos del FASSA, por lo tanto su labor es solicitar los recursos a la Tesorería de la Federación en la primera y tercera semana de cada mes para que esté envié a la cuenta bancaria de la Secretaría de Finanzas de cada entidad los recursos pertinentes (Coneval, 2010). En la tabla 56, se puede observar la distribución del FASSA desde 2007 hasta 2012, en este caso el Estado de Baja California Sur obtuvo la mayor cantidad de fondos a lo largo del periodo. Los recursos a nivel nacional han mostrado un crecimiento permanente ya que en el último año se incrementaron 11.2%, mientras que la TCMA es de 8.4%.

Tabla 56. Distribución del FASSA nacional y en los estados de México y Baja California Sur. 2007-2012* (Millones de pesos)

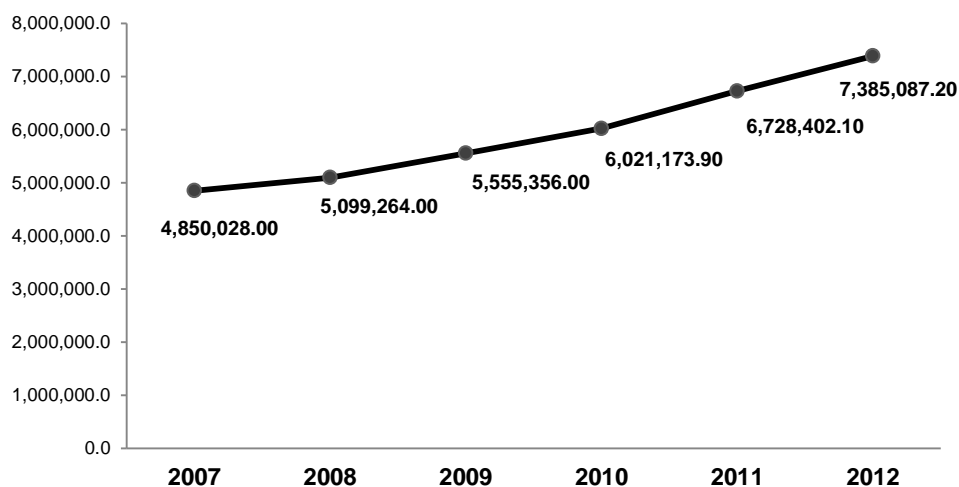
Entidad Federativa	FASSA Total					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
México	4,850.03	5,099.26	5,555.36	6,021.17	6,728.40	7,385.09
Baja California Sur	493.12	482.46	520.49	557.39	636.73	743.02
Total Nacional	44,231.14	47,689.91	49,741.78	53,096.82	59,627.81	66,292.47
FASSA por persona no asegurada						
México	0.62	0.64	0.69	0.73	0.81	0.88
Baja California Sur	2.66	2.55	2.68	2.79	3.11	3.55
Promedio Nacional	1.02	1.09	1.14	1.21	1.36	1.51

Cifras preliminares para el año 2012

Fuente. Elaboración propia con datos de la SHCP, 2012

Al igual que las demás entidades federativas el Estado de México recibió de la Federación recursos económicos por hasta \$7,385.09 mdp en 2012, para el fortalecimiento de los servicios de salud en las comunidades rurales y urbanas sin seguridad social, el mayor aumento se obtuvo en 2011 cuando los ingresos crecieron 11.7% con relación al 2010, en tanto que en 2012 el monto aumentó en 9.8%. Lo que se intenta con la transferencia de recursos del FASSA, es disminuir las desigualdades que prevalecen en el país tanto en regiones como entre grupos, y aumentar las prestaciones de salud (Gráfica 23). El Coneval (2010), indica que en mayor medida el FASSA se asigna en función de las necesidades de mantenimiento de infraestructura y en menor medida con base en el acceso a los servicios de salud de las entidades federativas.

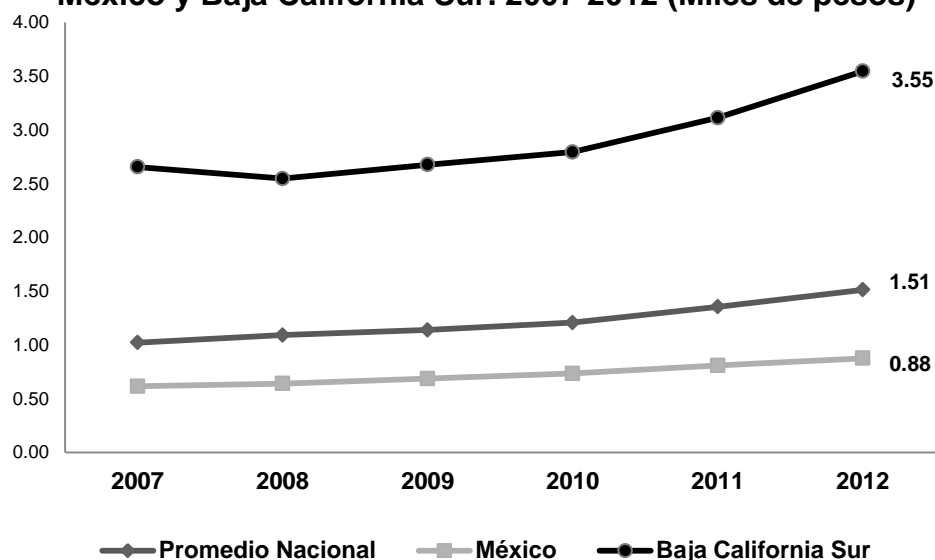
**Gráfica 23. Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud Estado de México.
2007-2012 (Miles de pesos)**



Cifras preliminares para el año 2012
Fuente. Elaboración propia con datos de la SHCP, 2012

Respecto al FASSA por persona sin seguridad social, el Estado de México otorga por persona sin seguridad social 0.88 del FASSA, esta cifra tan baja se explica porque a pesar de ser el Estado con mayores recursos también es el que tiene la mayor cantidad de población sin seguridad social (8,432,747 personas), esto provoca que se sitúe por debajo del promedio nacional de 1.51. Sin embargo, el Estado de Baja California Sur es el que históricamente tiene el monto del FASSA por persona no asegurada (3.55) más alto lo cual se puede observar mucho mejor en la gráfica 24. La importancia de los montos totales por persona sin seguridad social recae en el hecho de que son los recursos que la Federación transfiere a las entidades federativas para la ejecución del SPSS.

Gráfico 24. FASSA por persona sin seguridad social nacional y en los estados de México y Baja California Sur. 2007-2012 (Miles de pesos)



Fuente. Elaboración propia con datos de la SHCP, 2012

Aun cuando existe el esfuerzo por aumentar los recursos año con año, la distribución per cápita no ha sido la más apropiada, esto se debe a que los estados que alojan a la mayor población abierta (Chiapas, Oaxaca, Puebla, Veracruz, Distrito Federal y México), son los que reciben menos recursos incluso por debajo de la media nacional en comparación con estados que tienen niveles de marginación media, baja o muy baja. En 2011 el monto por persona sin seguridad social en Baja California Sur por concepto de FASSA es de \$2,850.00 mientras que para el Estado de México es de \$750.00, por lo tanto se tiene una relación de 3.8 veces a 1. Ya para 2012, aproximadamente el monto por persona no asegurada en el Estado de México es de \$820.00, en tanto que para Baja California Sur es de \$3,140.00 por lo cual el monto que recibe una persona sin seguridad social en Baja California Sur sigue siendo 3.8 veces superior al del Estado de México.

Tabla 57. Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad y a la persona en el Estado de México. 2007-2012 (Miles de pesos)

Año	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud	
	Comunidad (FASSA-C)	Persona (FASSA-P)
2007	1,299,756.52	3,136,744.34
2008	1,265,591.27	3,281,982.81
2009	1,407,389.59	3,661,409.17
2010	1,517,994.39	4,070,590.97
2011	1,573,352.46	4,232,856.58
2012	1,783,921.83	4,683,797.23

*Los datos corresponden a lo presupuestado para cada ejercicio fiscal
Fuente. Elaboración propia con datos de los Presupuestos de Egresos de la Federación

Un elemento importante a destacar es que el FASSA y el Seguro Popular están estrechamente relacionados tanto operativa como financieramente, de ahí que a partir de la aparición del SPSS haya habido un cambio importante al distribuirse los recursos en dos fondos distintos: el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSA-P) y el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASSA-C). Lavielle et al., (2004), mencionan que el primero de ellos es la base sobre la cual se constituye la ASF, ya que a medida que aumenta la población afiliada se incrementa la proporción del FASSA que se destina al SPSS. Con respecto al segundo se consigna a la rectoría de los organismos estatales de salud y a la prestación de servicios a la comunidad (Tabla 57).

En general el gobierno debe transferir los recursos sin afectar la continuidad de las familias no aseguradas, se puede distinguir entonces que los recursos se destinan fundamentalmente al pago de servicios personales y una escasa proporción al pago de operaciones (materiales, y servicios generales) y de capital que comprende a la inversión física y financiera (ASF, 2012). Específicamente el Estado de México durante 2012 mostró un crecimiento de 13.4% en cuanto al monto del FASSA-C y un incremento de 10.7% con relación al FASSA-P de 2011. Debido a la relación directa entre la ASF y el FASSA-P, la distribución a cada entidad federativa responde a ciertos componentes que provocan la desigualdad en la transferencia de los recursos, por ello lo indispensable para el sistema es realizar inversiones en salud en las regiones de alta y muy alta marginación, además de incentivar a los estados para que generen

más recursos propios y así analizar la posibilidad de que el FASSA por persona se incremente.

3.3 Implementación del Sistema de Protección Social en Salud en el Estado de México

En el Estado de México a partir de la descentralización se aumentaron los esfuerzos por robustecer la atención médica de los ciudadanos, ya que la demanda actual de servicios amerita la estructuración de un nuevo modelo de atención, para así brindar servicios médicos con efectividad, eficiencia y equidad. Ante la prevalencia de padecimientos que ocasionan altos gastos a la población y el elevado número de personas sin seguridad social, en el Estado se creó la necesidad de apoyar las reformas que planteaba el gobierno federal, las cuales seguían el patrón de la descentralización y en cierta medida solamente buscaban deslindar responsabilidades. Estas reformas se proponían transformar el sistema de salud por medio de mayor equidad con menores recursos, aunque para que esto funcionara se debía trabajar en la igualdad, universalidad y ampliación de la cobertura.

Con relación a la infraestructura médica que estaba al servicio de las comunidades está era muy reducida y no respondía a las necesidades, lo que resultaba de la mala administración y del descuido que se tenía del sector. Las instituciones de salud antes de la implementación del SPSS, mostraban rezagos importantes y no estaban preparadas para atender a la población abierta, es más ni siquiera eran capaces de brindar atención integral a los asegurados, pues se encontraban sujetos a un limitado presupuesto, pero aun así el gobierno estatal decidió responsabilizarse de los afiliados del seguro popular y prestar sus instalaciones para hacer efectivo el derecho en salud de los usuarios. Fue así como se reordenaron las funciones de la Secretaría de Salud del Estado de México (SSEM) y se encomendó al ISEM la operación del brazo operativo del SPSS que es el Seguro Popular.

En cuanto al SPSS se debe comentar que comenzó como etapa piloto, que se llevó a cabo solamente en algunas entidades federativas y en ciertos municipios, para el caso del Estado de México la firma del acuerdo fue el 20 de Diciembre de 2002, durante el sexenio 1999-2005. Entre los principales compromisos que contrajo el Estado fue cumplir con la afiliación de 20,000 familias pertenecientes a los tres primeros deciles de los municipios de Chalco, Valle de Chalco, Chimalhuacán, Nezahualcóyotl, Valle de Bravo y zona Mazahua. La manera intempestiva y poco planeada en como arrancó el programa provocó que no se cumpliera con las metas de afiliación, pues únicamente en 2002 y 2003 se afiliaron a 8,209 y 8,259 familias respectivamente, además se incumplió lo acordado pues no todo lo que se ofreció se otorgó a causa de que no se tenían los suficientes recursos humanos ni económicos (Contreras & Tetelboin, 2011).

Las adecuaciones al sistema de salud se hicieron evidentes en el Programa Estatal de Salud (PES) 2005-2011, durante el mandato del gobernador Enrique Peña Nieto, ahí se planteaban muchas de las líneas de acción del SPSS como el abatimiento de las desigualdades, mejoramiento de las condiciones de salud de los mexiquenses, garantía sobre un trato adecuado, pero especialmente la protección financiera en materia de salud a toda la población, que perseguía el objetivo de afiliar a todas las personas que carecieran de seguridad social, sin importar su condición laboral o socioeconómica. De esta manera no sólo quedaba asentada la colaboración del Estado de México con la Secretaría de Salud Federal, sino también externaba su apoyo al federalismo cooperativo en salud (SSEM, 2005).

En concordancia con las metas nacionales, la entidad mexiquense ratificó su participación al SPSS firmando el acuerdo el 20 de Enero de 2004, con entrada en vigor inmediata y vigencia indefinida, en tanto que su publicación se dio hasta el 11 de agosto de 2005. Esencialmente lo que se establecía eran las bases, compromisos y responsabilidades de las partes para la ejecución del SPSS en la entidad, asimismo se señalaba la importancia de crear una unidad administrativa estatal que se encargará del SPSS (CNPSS, 2005). El contacto que se estableció con la población pasó por distintas etapas, primero se anunció a los usuarios en sus comunidades sobre un “programa novedoso”, después se repartieron carteles y trípticos junto con

acercamientos más personales y pláticas con grupos para informar las enfermedades que se encontraban en el CABEME y se les exponía la carta de derechos y obligaciones (Contreras & Tetelboin, 2011).

Pero aun cuando todo estaba mucho mejor planeado que en la etapa piloto, se observaban ciertas dificultades concernientes con la afiliación, ejemplo de esto era la zona mazahua, donde no existía una cultura de prepago, se hallaba una influencia de los líderes sobre las comunidades, preexistía la desconfianza y el idioma era diferente; cabe mencionar que estos temores sobre el programa también prevalecían en muchas localidades. Durante todo el 2006 se afilió a 385,486 familias mexiquenses, lo que significaba el 8% del total nacional (CNPSS, 2010e). Con todo lo anterior se puede determinar que no existió ningún proceso legislativo en la entidad para instaurar el SPSS y que no se cumplió con el procedimiento que debió llevar como parte de las políticas públicas estatales.

Acerca del esquema financiero del SPSS se puede mencionar que este en un inicio consistía en un prepago subsidiado con fondos públicos, dirigido a la población de bajos recursos que carecía de aseguramiento, pero el hecho de dar un seguro popular con servicios de prepago no garantizaba tener recursos económicos suficientes para dar atención, y aún más cuando se planteaba que los recursos se vincularán con la demanda y no con la oferta de servicios. Por ello se reestructuro el esquema en uno tripartita para que las familias vieran disminuidos los gasto de bolsillo en el momento de requerir la atención y realizarán únicamente el pago los pertenecientes a los deciles más altos de renta.

En contra de todas las opiniones que genero el SPSS sobre las bases en que se estableció, este siguió operando en la entidad mexiquense y en cierta medida fue un parte aguas pues a partir de este programa se unieron las instituciones en salud (IMSS, ISSSTE, ISSEMYM y Pemex) para beneficiar a la población abierta, a pesar de la idea que se tenía de que el gobierno federal solamente quería pasar la responsabilidad de pago a los ciudadanos y que con la instauración del programa se perseguía un objetivo cuantitativo y no el de atender las necesidades de salud. Es así como se trabajó en las tres principales líneas de acción planteadas por la Secretaría

de Salud Federal y por la entidad mexiquense: protección financiera, ampliación de la cobertura y articulación de los regímenes de seguridad social que operan en la entidad (SSEM, 2005).

3.3.1 Programas y servicios impulsados en el Estado de México por el Sistema de Protección Social en Salud

El Estado de México desde el comienzo del SPSS es uno de los que más activamente ha participado y trabajado en fortalecerlo, a través del mejoramiento de los servicios que se ofrecen en las unidades de salud, de la ampliación de la infraestructura médica, utilización más racional de los recursos e incremento del presupuesto al sector. No obstante se enfrenta a una población en continuo crecimiento y cambio, que solicita mejores servicios para el tratamiento de sus padecimientos, es así como la entidad no sólo debe preocuparse por la prestación del servicio sino también por la calidad y eficacia del mismo, ya que de no ser así, perdería el dominio sobre el sistema de salud.

A lo largo del periodo se han trazado prioridades con respecto al SPSS, esto para mejorar su funcionamiento dentro de la entidad, por ejemplo, al inicio era evidente la necesidad de incrementar los recursos en capital humano, infraestructura y equipamiento para llevar a cabo la atención de los usuarios, de igual manera se tenía que ampliar la cobertura de los padecimientos pues solamente se cubrían los más básicos o comunes. El contar con un abastecimiento adecuado a los requerimientos en salud sería algo fundamental para el seguimiento del programa. Por otro lado se tenían que encausar esfuerzos a mantener la cobertura y asegurar la participación de los usuarios en las estrategias que componen al SPSS.

Los programas que constituyen al SPSS, están diseñados para atender a distintos grupos poblacionales, y combatir las principales enfermedades causantes de gastos catastróficos y mortalidad; debido a que dentro de las limitaciones que enfrentan las personas para tratar sus padecimientos está la situación económica. Se

han estructurado programas como el desarrollado para zonas prioritarias, que cubre especialmente las zonas más marginadas de la entidad a causa de que en estas se detectan las mayores tasas de mortalidad y las peores condiciones de salud, en tanto que existen otros programas como el Oportunidades, que trabaja conjuntamente con el SPSS para promover la atención completa de los usuarios.

Es así como cada uno de los programas desde su línea de acción busca mejorar las condiciones de salud de los usuarios y reducir las desigualdades entre los servicios que perciben los usuarios con seguridad social y la población abierta. El Estado de México ha adquirido un especial compromiso con la salud de todos los recién nacidos y con las mujeres embarazadas, pues están expuestos a padecer serias enfermedades sino son tratados por un especialista y de manera oportuna. La principal institución que se encarga de los tramites de inscripción, en todo el Estado es el ISEM, quien orienta a los usuarios sobre sus derechos y obligaciones, y les da a conocer los servicios del CAUSES y las intervenciones que se cubren con el FPGC y SMNG.

Con los años la atención se ha centrado en combinar las intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico y de rehabilitación; aunque son de gran ayuda los servicios que se cubren con el programa, aún falta otorgar servicios de tercer nivel, que sobresalen por ser sumamente costosos y con alto grado de complejidad. Otro de los objetivos por cumplir, es asegurar la portabilidad, de tal manera que los mexiquenses puedan ser atendidos en cualquier Estado sin temor a incurrir en gastos. En buena medida el éxito logrado por el programa es la suma de los esfuerzos del personal médico y de enfermería, igualmente de la credibilidad que ésta mantiene ante los ciudadanos.

Para los usuarios es trascendental conocer las enfermedades que se cubren, los servicios que se otorgan y los programas del SPSS, pues estos constituyen un factor determinante para la afiliación, no obstante también intervienen en la decisión, las expectativas con relación a la calidad del servicio, el ingreso, lugar de residencia y la información que se posea, este último dependerá a su vez de la promoción que realice la entidad. En comparación con otras entidades federativas, el Estado de

México tiene un gran reto por delante, ya que aloja una numerosa cantidad de habitantes de los cuales más de la mitad se encuentran sin derechohabiencia, por lo mismo se debe fortalecer la infraestructura médica y la capacidad operativa de las unidades médicas.

3.3.1.1 Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG)

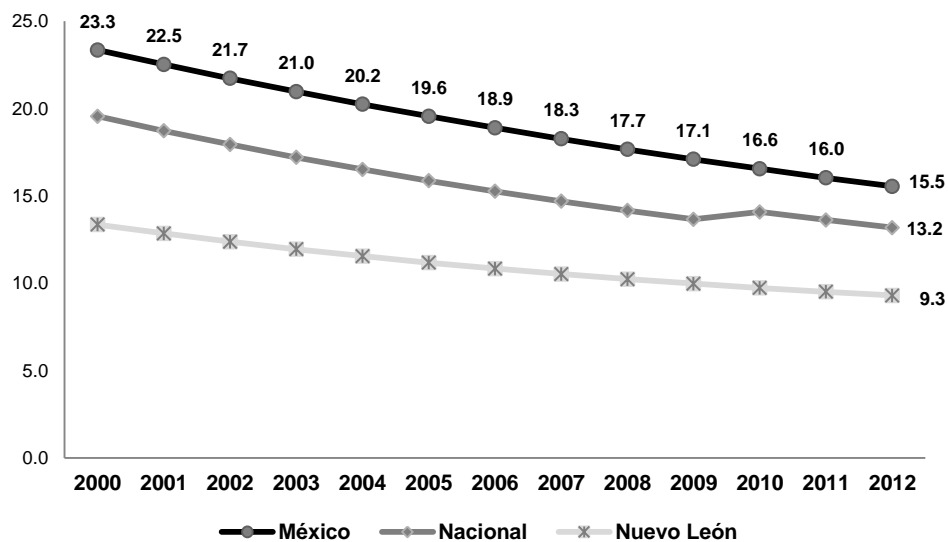
El Estado de México ha adquirido un compromiso con los recién nacidos, por ello apoya las políticas sociales diseñadas por el gobierno federal, entre las que se encuentra la nueva y prometedora iniciativa, llamada SMNG. Este programa ha trabajado activamente en el mejoramiento de las condiciones de vida de los afiliados, y ha buscado reducir las desigualdades entre la población mexiquense, pero no sólo eso, también se ha dirigido a fortalecer la inversión e infraestructura pública. En la entidad las acciones fundamentalmente se orientan a la búsqueda intencionada de nacimientos, al establecimiento de módulos de afiliación, sin dejar de lado la firma de convenios que se entablan con las instituciones públicas y privadas del Estado para acercar los servicios de salud a las zonas más remotas.

A causa del interés que se ha puesto en padecimientos como diarrea, neumonía y desnutrición, estos han podido ser tratados de mejor manera, no obstante ahora cobran importancia enfermedades relacionadas con malformaciones congénitas y afecciones originadas en el periodo perinatal, que requieren de tratamientos específicos; ante los cambios en los padecimientos se ha tenido que ampliar el paquete de servicios del SPSS para que incluya intervenciones por tumores, complicaciones del sistema circulatorio y respiratorio, entre otros (CNPSS, 2010d). Así como la ampliación de la cobertura de intervenciones constituye uno de los principales retos que tiene la entidad, asimismo al gobierno le corresponde autorizar los recursos suficientes para sustentar los gastos, ambos garantizan la permanencia y continuidad del programa.

El Estado de México ha venido reduciendo sus índices de mortalidad infantil, esto en gran medida debido a la expansión de los servicios educativos orientados a la prevención y a la infraestructura sanitaria desarrollada en los últimos años. La gráfica 25, expone la tasa de mortalidad infantil, sobresaliendo el Estado de México por sus altos niveles que lo sitúan por encima del nacional, pues en 2012 en la entidad se registran 15.5 defunciones por cada mil nacimientos en tanto que en el país son 13.2. Si se compara al Estado de México con Nuevo León donde únicamente son 9.3 defunciones por cada mil nacimientos, se denotará que por el menor número de población abierta y por el acceso que tienen a los servicios de salud estatal la tasa de mortalidad decrece muy por debajo de la tendencia de la entidad mexiquense.

La tasa de mortalidad infantil va más allá de ser indicador socioeconómico que mide el estado de salud de una comunidad, a causa de que en este se ven reflejados los verdaderos resultados de los programas, dicho de otra manera el éxito del SMNG se tiene que evidenciar en una disminución de las tasas de mortalidad infantil. Al observar la gráfica 25, se detecta como antes de la implementación del SMNG, la entidad mostraba hasta 23.3 defunciones por cada mil nacimientos y como esta cifra bajó a 18.9 a partir del funcionamiento del programa, lo que evidencia que la transición ha sido lenta a pesar de que se apoya de otros programas como el de vacunación universal, y atención materna. De cierta forma el hecho de que se haya excluido a los niños nacidos antes del 2006 fue una acción que fomentó la desigualdad, y no permitió que el impacto sobre las tasas de mortalidad fuera mayor para que estas decrecieran más de lo observado.

Gráfica 25. Tasa de mortalidad infantil, nacional y en los estados de México y Nuevo León. 2000-2012*



*Cifras preliminares para el año 2012
 Fuente. Elaboración propia con datos de CONAPO, 2013

El que sigan preexistiendo en la entidad altas tasas de mortalidad infantil, nos habla de la necesidad de brindar la atención no sólo en las zonas urbanas sino también en las rurales, de tener más cuidado en el destino de los recursos y de guiar la atención a quienes se encuentran más expuestos por la situación desventajosa económica y social en la que viven. Lo peculiar de este programa es que incluye intervenciones de segundo y tercer nivel que no están incluidas en el CAUSES, lo que propicia la cobertura de nuevos padecimientos, aunque con motivo de la creciente demanda el tratamiento de los padecimientos aun no es universal, situación que restringe las líneas de acción planteadas por el SMNG.

3.3.1.2 Estrategia Embarazo Saludable

La implantación de la estrategia Embarazo Saludable ha permitido atender las enfermedades que son causantes de un número significativo de muertes maternas en el Estado de México entre las que se encuentran: el aborto, enfermedad hipertensiva, complicaciones en el parto y embarazo, hemorragias, sepsis e infección puerperal, además de causas obstétricas indirectas (Karam et al., 2007). La enorme mayoría de estas causas pueden detectarse oportunamente y tratarse con eficacia, aunque es una realidad que deben constituirse como objeto de la máxima preocupación social, pero a su vez también deben ser motivo de inquietud los servicios y el nivel de atención que se ofrecen en los distintos sectores, ya que en muchos de estos la prestación está muy condicionada.

Los padecimientos que provocan las defunciones suelen cambiar de un lugar a otro, por ejemplo en la entidad los municipios que registran el mayor nivel de mortalidad son: Ecatepec, Nezahualcóyotl y Toluca, donde fundamentalmente las causas de muerte son: aborto, hemorragias, enfermedades hipertensivas y VIH. Esto representa un referente para el cuidado de la salud y aunque algunas de estas enfermedades ya están dentro del CAUSES, la entidad debe desarrollar nuevos proyectos que aunados al de Embarazo Saludable trabajen por el bienestar de las comunidades (ISEM , 2013c).

La importancia de las estadísticas sobre la mortalidad materna recae en el hecho de que permite evaluar el impacto de los programas de salud en los niveles de bienestar social. La muerte materna se presenta durante la gestación, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, esto nos indica la necesidad de brindar a las mujeres un seguimiento inclusive después del alumbramiento para impedir que se agraven los padecimientos (Karam et al., 2007). En cuanto al número de fallecidas, el Estado de México es uno de los que más contribuye con 144 en 2007 y 55 fallecimientos hasta Junio de 2012, sin embargo a finales de este año la cifra ya había aumentado a 133 defunciones (Tabla 58).

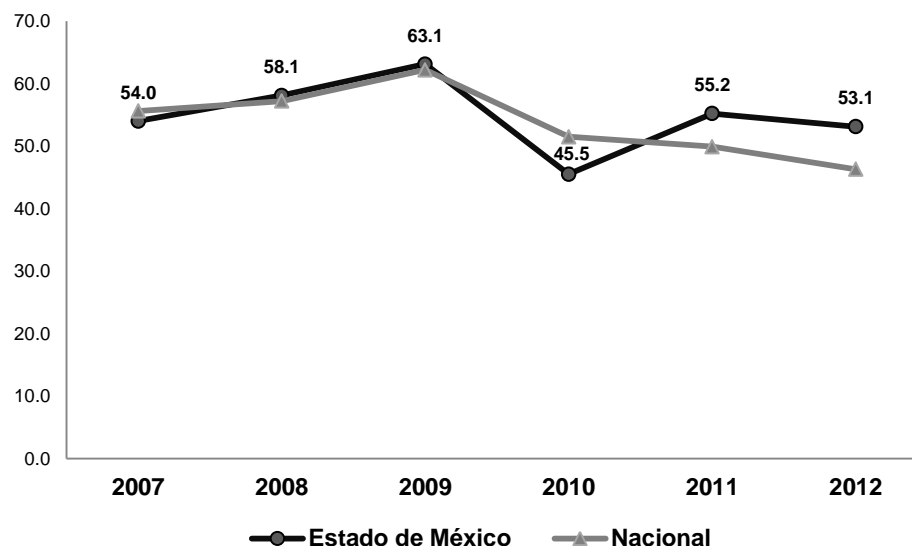
Tabla 58. Evolución de las defunciones maternas, nacional y en los estados de México y Veracruz. 2007-2012*

Entidad federativa	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Estado de México	144	154	166	119	145	55
Veracruz	99	98	93	78	80	32
Nacional	1,097	1,119	1,207	992	955	440

*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año
Fuente. Elaboración propia con datos de Freyermuth, 2012 y OMM,2012

Mientras que otro de los estados que registra el mayor número de defunciones en el país es Veracruz, con 99 en el año 2007 y 32 en Junio de 2012. En cuanto al nacional este alcanzó su máximo nivel en 2008 y 2009 (año en que dio inicio el programa Embarazo Saludable), pero durante los siguientes tres años el número de fallecimiento descienden registrando 955 fallecimientos en 2011 y 440 en Junio 2012; la mayor disminución en muertes maternas se tuvo en 2010, cuando la cifra bajo 17.8%. El alto número de defunciones maternas pone de manifiesto un conjunto de dificultades a nivel nacional y estatal, como las imperantes dentro de la salud pública que se caracterizan por escasa cobertura y mala calidad del servicio. La mayoría de las muertes son eludibles si se presta la atención adecuada, pero como está se sujeta a un reducido número de prestadores de servicios y personal médico, la labor no se vuelve tan sencilla.

Gráfica 26. Razón de mortalidad materna del Estado de México contra el nacional. 2007-2012*



*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año
Fuente. Elaboración propia con datos de la CNEGSR, 2012 y OMM, 2012

El Estado de México en cuanto a la razón de mortalidad materna²⁰, muestra una trayectoria muy cercana a la nacional en los tres primeros años del periodo, siendo precisamente en 2009 cuando a nivel nacional y estatal se observó un incremento mayor a lo esperado en el número de fallecimientos que fue de 63 muertes por cada 100 mil niños nacidos vivos, originado por la pandemia de la influenza. La entidad mexiquense ha pasado de 54 a 53 mujeres fallecidas por cada 100 mil nacimientos (2007-2012), lo que demuestra que los mecanismos implementados no han dado los resultados esperados ya que es casi nula la cantidad de muertes que se han evitado. Los estados que muestran una razón de mortalidad materna mayor a la nacional son Guerrero, Oaxaca y Tlaxcala, pues registran arriba de 70 defunciones por cada 100 mil nacimientos.

Reducir la muerte materna va más allá de ser un objetivo para los gobiernos estatales, pues tiene implicaciones severas en la estabilidad de la familia e incluso está

²⁰ La razón de mortalidad materna se define como el número de defunciones de la población femenina en un determinado año, por cada 100 mil nacidos vivos en ese mismo año.

ampliamente relacionada con la pobreza y marginación. Con los datos antes mencionados se hace evidente como el Estado de México ha descuidado a las mujeres embarazadas y como pasa a segundo término la preocupación por elevar el nivel de desempeño del sector salud.

Por tal razón no es raro darse cuenta que tanto la optimización del servicio como la vigilancia continua a la que debe estar expuesta la atención obstétrica es objeto de abandono, y si bien figuraría como una buena estrategia para la reducción de la mortalidad no lo han logrado ver así, y al contrario lo evaden. Esto aunado a la inequidad, y restricciones económicas en las que viven muchas de estas mujeres conforma el panorama actual. Ante esto queda claro que a pesar de la ejecución del programa en el Estado, las condiciones de salud no han mejorado, pues hace falta una mejor cobertura, más recursos y el compromiso del gobierno estatal.

3.3.1.3 Programa Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO)

En la entidad mexiquense los esfuerzos de este programa se guían a la ruptura del ciclo generacional de la pobreza a través del abatimiento de los tres componentes antes mencionados. Funciona de la mano de la Secretaría de Salud estatal y del programa SPSS, quienes ponen a disposición de los beneficiarios sus instalaciones para hacer efectivo su derecho a la salud. Los servicios que brinda el PDHO se encuentran contenidos en el Paquete Básico Garantizado de Salud, el cual fue diseñado para promover una mejor nutrición, fomentar el autocuidado y contrarrestar el efecto de ciertas enfermedades a través de la prevención y detección.

Como parte de las acciones del PDHO en la entidad se encuentra el Paquete Básico Garantizado de Salud, que cubre 13 intervenciones y provee atención de primer nivel de atención, a causa de su carácter preventivo únicamente engloba las enfermedades que tienen mayor impacto en la salud pública (CNPSS,2012e). Sus servicios han llegado a tener presencia en todas las entidades federativas del país, específicamente en 2,448 municipios durante el último año; sobresalen los estados de Oaxaca y Puebla porque se han cubierto 570 y 217 municipios respectivamente. En

cuanto al Estado de México el PDHO tiene participación en los 125 municipios y en el año 2012 llegó a otorgar sus servicios en 3,769 localidades.

Tabla 59. Servicios otorgados en municipios y localidades nacional y en los estados de México, Oaxaca y Puebla: 2007-2012

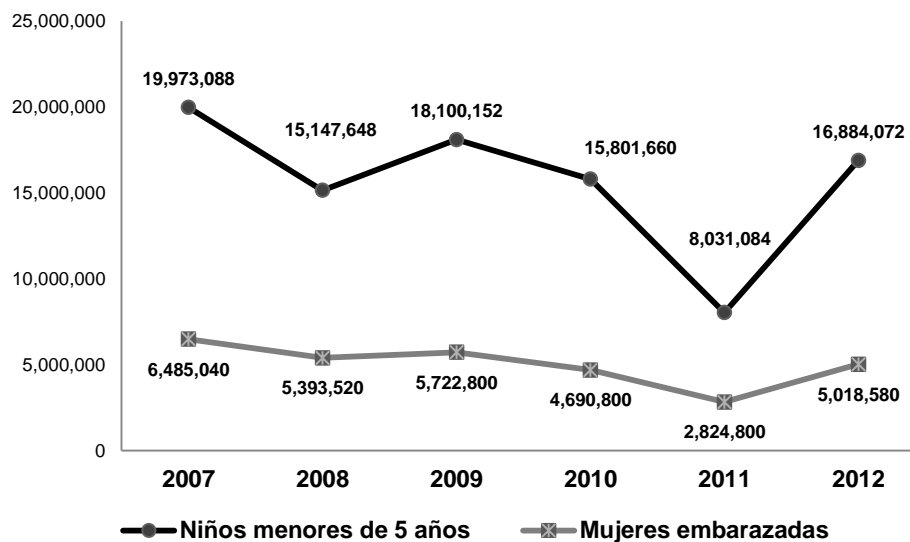
Entidad federativa	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	Mun	Loc	Mun	Loc	Mun	Loc	Mun	Loc	Mun	Loc	Mun	Loc
Estado de México	125	3,641	125	3,728	125	3,775	125	3,774	125	3,777	125	3,769
Oaxaca	570	6,845	570	6,868	570	6,821	570	6,816	570	6,944	570	6,929
Puebla	217	4,740	217	4,937	217	4,891	217	4,892	217	4,984	217	4,915
Nacional	2,444	92,961	2,445	95,819	2,445	97,922	2,445	97,053	2,448	97,437	2,448	96,499

Nota. Los datos de 2012, corresponden a cifras estimadas por la CNPSS

Fuente. Elaboración propia con datos de la CNPSS, 2012e

Una de las acciones en que mayormente se enfoca el PDHO es la distribución de suplementos alimenticios, mediante la cual se evitan una lista de enfermedades en niños y mujeres embarazadas originadas por la mala alimentación, en los casos detectados de desnutrición se les hace un seguimiento y manejo riguroso hasta que logren tener el peso normal de acuerdo a su edad (Zarco et al., 2006). En la entidad mexiquense se llegaron a otorgar 19,973,088 dosis de suplemento alimenticio a niños menores de 5 años esto en 2007, pero de acuerdo a la gráfica 27 la distribución de las dosis ha llegado a ser muy inestable ya que en 2011 se asignó el nivel más bajo (8 millones), no obstante las cifras estimadas para 2012 muestran un repunte en las dosis brindadas de suplemento alimenticio.

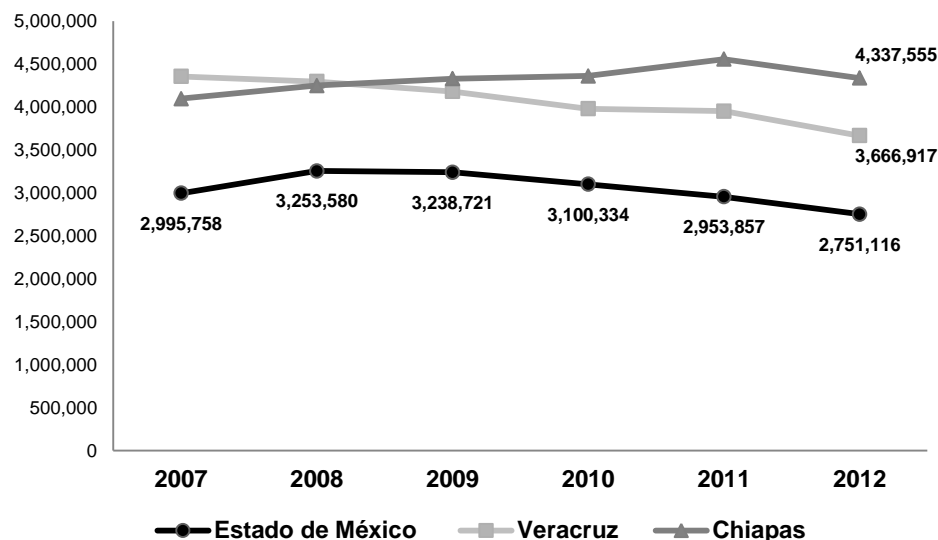
Gráfica 27. Suplemento alimenticio para menores de 5 años y mujeres embarazadas en el Estado de México-Dosis. 2007-2012



Nota. Los datos de 2012, corresponden a cifras estimadas por la CNPSS
Fuente. Elaboración propia con datos de la CNPSS, 2012e

Con la finalidad de ayudar a que se reduzcan el número de defunciones maternas en la entidad, se ha efectuado la distribución de suplemento alimenticio a mujeres embarazadas o en lactancia que sean parte del PDHO; en el último año se incrementó en 77.6% el número de dosis, llegando así a 5 millones, y a pesar de que la distribución es menor que en el caso de los niños en total durante todo el periodo 30.1 millones de dosis han sido otorgadas. Por otra parte, dentro de los servicios que ofrece el PDHO están las consultas de medicina general, que sin lugar a duda destacan por ser una medida de prevención; desde 2007 hasta 2012 a nivel nacional se registraba un total de 251,643,744 consultas de las cuales el 7.3% se brindaron en la entidad mexiquense, igualmente se distribuyeron durante el último año 5.4 millones de formatos para citas (documento donde se programan las citas) en el país y 520 mil en el Estado.

Gráfica 28. Consultas de medicina en general en los estados de México, Veracruz y Chiapas. 2007-2012



Nota. Los datos de 2012, corresponden a cifras estimadas por la CNPSS
Fuente. Elaboración propia con datos de la CNPSS, 2012e

Los estados que otorgaron la mayor cantidad de consultas son Veracruz y Chiapas, en tanto que el Estado de México en 2012 registró un decremento (-6.9%), ante esto se puede determinar que en promedio cada familia en control ha recibido aproximadamente, 40 consultas de medicina en general, esto es 4.3 menos que la del promedio nacional (44.3). Actualmente el PDHO se ubica como el más importante de desarrollo social del gobierno federal que mantiene sinergias con otros programas para atender a los grupos prioritarios. Su implementación ha reducido la incidencia de anemia concretamente en zonas rurales y el número de días de enfermedad, de la misma manera se ha elevado la talla de los niños por la ingesta de los suplementos alimenticios.

Un punto especial por tratar es que debido a la escasa infraestructura que existe en las zonas rurales se vuelve más difícil brindarles la atención, especialmente cuando poseen un lenguaje diferente y el acceso es complicado, por esta situación resulta más difícil que los servicios lleguen a estas zonas; entonces la labor que emprenderá el SPSS tendrá que ser más ardua y quizá no se generen los resultados deseados, pero si se aprovecha el conocimiento y experiencia que tiene el PDHO en estas zonas

seguramente los inconvenientes se irán solucionando. Lo que en todo caso será necesario es diseñar un paquete de servicios que se encuentre adaptado al entorno en el cual desempeñan sus funciones las unidades médicas rurales, y que asociado a la dedicación por lograr la equidad e invertir en las capacidades de los individuos se consiga satisfacer los requerimientos básicos en salud.

3.3.1.4 Programa Nacional de Cirugía Extramuros

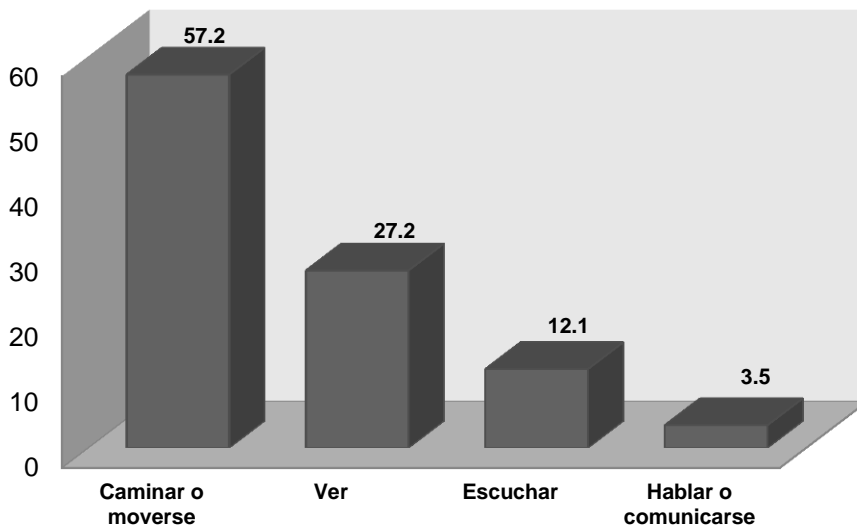
Lo innovador de este programa son los convenios que se han entablado con las instituciones públicas y privadas de la entidad mexiquense, para que presten su infraestructura médica. Incluso antes de que funcionara formalmente el programa Cirugía Extramuros ya existían acuerdos entre cirujanos y equipo médico para asistir a los hospitales rurales y efectuar las intervenciones, destacando la Academia Mexicana de Cirugía como precursora de esta estrategia. Las campañas quirúrgicas al comienzo no estaban reguladas por la Secretaría de Salud, pero una vez que se observó su impacto sobre la sociedad, se decidió su ejecución formal en 1991 (Trigos et al., 2001).

Fue hasta 1997 cuando se inició en el Estado de México, concretamente en el ISEM la primera campaña quirúrgica, resaltando los hospitales Lic. Adolfo López Mateos, Dr. Nicolás San Juan y el hospital de Atlacomulco por su participación, igualmente fundación Telmex colaboró económicamente para la realización de las cirugías, es así como inicialmente se consiguió atender a 99 pacientes. En los años subsecuentes se siguió retomando el programa y la participación de los hospitales era muy positiva, tanto que cada vez eran más las intervenciones realizadas. Dado que el 9.3% de la población mexiquense en 2010 padecía algún tipo de discapacidad física que frenaba su desarrollo, era indudable la necesidad de reforzar aún más el programa a través de la adición de nuevas instituciones (ISEM, 2007).

Junto con el proyecto Cirugía Extramuros colaboran algunos programas como es el caso de: “Un poco de mi vida vale mucho para ti”, que se dedica a conseguir patrocinadores que realicen donativos; también el programa “Tu ángel”, quien se

encarga de atender las urgencias que el instituto no puede resolver y que ponen en riesgo la vida de las personas; de igual manera sobresalen las “Jornadas Michou y Mau”, especializadas en valorar a niños con secuelas de quemaduras. Debido a la cantidad de pacientes con quemaduras que se encuentran en la entidad, se instituyó la unidad de quemados del ISEM que es de las más equipadas del país, a pesar de ser reciente, está trabaja en coordinación con especialistas del Hospital de Shriners de Galveston Texas, lo que permite atender urgencia graves e intervenir a pacientes que presentan lesiones difíciles de tratar (ISEM, 2007).

Gráfica 29. Porcentaje de la población con discapacidad según dificultad en la actividad en el Estado de México. 2010



Fuente. Elaboración propia con datos de INEGI, 2011b

Con base en los datos del gráfico 29 se determina que la dificultad para caminar, seguido por la discapacidad visual y auditiva, son las discapacidades más usuales entre la población. La mayoría de las veces los padecimientos se agravan porque las personas desconocen que tienen alguno de estos problemas, por lo que resulta indispensable realizar diagnósticos oportunos que aunados a una buena terapia logren la rehabilitación de las personas. Estas enfermedades generan inseguridad personal, económica y laboral, implican muchas veces maltrato, abuso,

problemas escolares y discriminación, de ahí que se coloque como un problema de interés nacional.

Como respuesta a las dificultades que presentan las personas con algún padecimiento, se efectúan cirugías generales, oftalmológicas, ortopédicas y de reconstrucción, que son gratuitas y realizadas por médicos especialistas. En promedio el 60% de las intervenciones quirúrgicas que se efectúan a través del programa Cirugía Extramuros en la entidad son de cirugía general, tan sólo en 2011 se efectuaron 6,263 cirugías esto es 64.7% más de las observadas en 2010. En la tabla 60, se denota como en los primeros tres años no se cumplió con las metas dispuestas, y como desde de 2010 su desempeño mejoró al rebasar las cirugías programadas. Al primer semestre de 2012, solamente 230 son las cirugías realizadas y pertenecen a oftalmología, por lo que se espera que al menos se cubran las cirugías programadas para ese año.

Tabla 60. Cirugías realizadas y programadas en el Estado de México. 2007-2012*

Cirugías	Ejercicio Fiscal					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Cirugías Programadas	2,500	16,272	4,315	4,315	6,000	-
Cirugías Realizadas	1,728	1,942	2,857	5,155	7,448	230
Logro %	69	12	66	119	124	-
Campañas Realizadas	14	106	69	41	154	7
Por especialidad						
Cirugía General	1,120	332	1,671	3,803	6,263	0
Oftalmología	478	1,274	911	934	913	230
Ortopedia	43	107	30	11	100	0
Reconstructiva	87	229	245	407	172	0
Total	1,728	1,942	2,857	5,155	7,448	230

*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año
Fuente. Elaboración propia con datos de la CNPSS, 2012f y CNPSS,2012c

Durante todo el periodo se desarrollaron 391 campañas en todo el territorio mexiquense que beneficiaron a 19,360 personas con algún tipo de procedimiento quirúrgico. La importancia de las campañas es que promueven y difunden entre la población el programa nacional Cirugía Extramuros, igualmente informan las ventajas que se obtienen (Trigos et al., 2001). A pesar de que se han incrementado las acciones, todavía hay mucho por hacer, especialmente cuando se trata de asegurar

que los pacientes sigan sus tratamientos de rehabilitación, ya que de no ser así pueden generarse complicaciones más difíciles de tratar.

El programa destaca por tener ciertas características muy favorables, como el hecho de que se preocupa por mejorar el desarrollo de los individuos, además que orienta sus servicios hacia las comunidades más arraigadas o desprotegidas que no tienen recursos económicos para tratar sus padecimientos los cuales suelen empeorar por la falta de atención. Indudablemente el Estado de México muestra un progreso en cuanto al número de intervenciones, empero en comparación con las demás entidades federativas se observa cierto rezago, y este se vuelve más evidente cuando se denota que cerca de un millón de personas sufren a causa de alguna discapacidad, de ahí que los resultados del programa no sean los más satisfactorios en la entidad.

3.3.1.5 Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias (PDZP)

La calidad de vida de la población puede verse enriquecida a través de la creación de capital físico, ampliación de la infraestructura social básica, mejoramiento de la vivienda o mediante la inclusión de la protección social en salud en los municipios o localidades de muy alta y alta marginación, que padecen por sus niveles de concentración de pobreza lo que origina que sean objeto del descuido y desatención. Desgraciadamente las afectaciones se reflejan en su desarrollo humano y a pesar de que el combate al rezago social de las comunidades representa una de las áreas de política pública de mayor relevancia aún no se obtienen los resultados anhelados. La SEDESOL, se encarga de disminuir las desigualdades regionales, a partir de la detección de las zonas de atención prioritaria, una vez que están definidas se les brinda apoyo en aquel rubro en el que se verán más beneficiadas, tanto económica como socialmente (SEDESOL, 2012).

El PDZP si cubre los 32 estados pero no todos sus municipios, por ello algunas entidades no contabilizan beneficiarios en el año. Más bien la aportación que hace el PDZP es indirecto ya que con el mejoramiento de las condiciones de vida de los individuos, se reducen las posibilidades de contraer ciertas enfermedades. Por

ejemplo, el programa “Piso Firme” tiene como objetivo sustituir el piso de tierra por piso de cemento, esta acción provoca que sean menos los episodios de diarrea, anemia y parásitos, entre los habitantes que han resultado beneficiados, pero resultará perjudicial si las obras no se concluyen (EL COLEF , 2012).

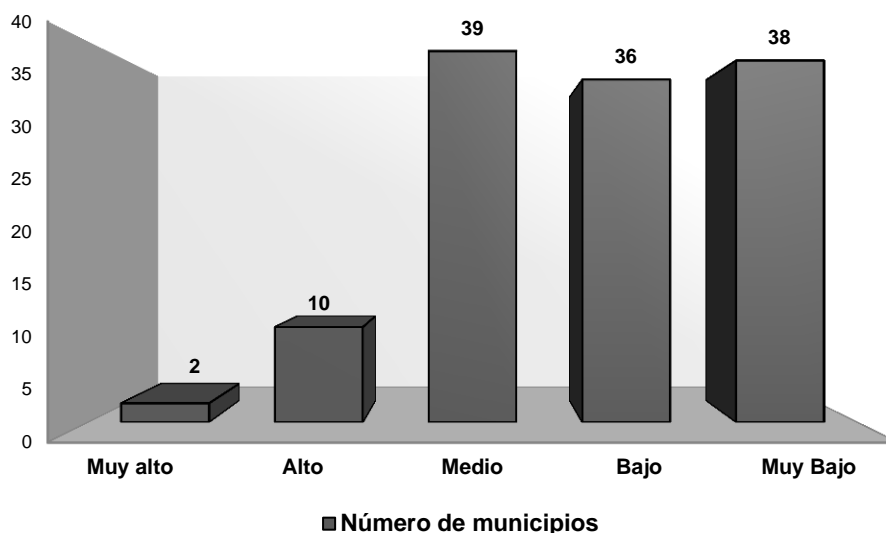
De igual manera la instalación de fogones ecológicos es parte del mejoramiento de la vivienda y han sido diseñados para evitar que los gases tóxicos que se liberan por la combustión al calentar alimentos sigan provocando enfermedades respiratorias, irritación en ojos y resequedad en la piel. Al PDZP le es de interés impactar de manera positiva sobre la salud de los niños y madres, la productividad y asistencia escolar así como la reducción de los gastos de bolsillo en medicina y atención médica, sin embargo también trabaja en la ejecución de proyectos de construcción o rehabilitación de centros de salud, y obras de saneamiento (EL COLEF , 2012). Con respecto al Estado de México la SEDESOL (2012), ha notificado que la población marginada paso de 10.6 millones en el año 2000 a 5.9 millones en 2010, lo que evidencia un retroceso de casi a la mitad.

Según la Unidad de Microrregiones (2010), la entidad mexiquense se ubica en general con un bajo grado de marginación y de rezago social, esto explicado por la menor proporción de personas analfabetas y el mejoramiento del entorno en el que viven. No obstante los municipios de Sultepec y Zacualpan son los únicos que registran grados de marginación muy altos, el primero de ellos cuenta con el PDZP y con la Cruzada Nacional Contra el Hambre (CNCH) además de ser denominado como Zona de Atención Prioritaria, en tanto que el segundo no dispone de la CNCH. Es importante mencionar que el objetivo de la CNCH es garantizar la seguridad alimentaria y la nutrición a los mexicanos que viven en pobreza extrema, por ello han llegado a ser 32 los municipios beneficiados (Sedesol, 2013).

En la entidad diez municipios exhiben un grado de marginación alto (Tlatlaya, San Felipe del Progreso, San José del Rincón, Ixtapan del Oro, Donato Guerra, Amantepec, Luvianos, Zumpahuacán, Villa Victoria y Villa de Allende), lo que los convierte en referentes para el PDZP, estos municipios concentran al 3.3% de la población mexiquense. Mientras que los estados que se catalogan como de

marginación media son 39 y alojan al 11.1% de la población total que habita en el Estado de México. Entretanto la gráfica 30, indica que el 36% del total de los municipios tiene bajo grado de marginación y el 38% asume un muy bajo grado de marginación, en este último es donde se localizan municipios como: Toluca, Metepec, Mexicaltzingo, Chapultepec, Lerma, Melchor Ocampo, entre otros.

Gráfica 30. Grado de marginación por municipios del Estado de México. 2010



Fuente. Elaboración propia con datos de la Unidad de Microrregiones, 2010

Una vez entendido que las acciones de política pública deberán orientarse a los grupos con mayor marginación, es de esperarse que no todos los municipios se encuentren formando parte del PDZP pues su población no es del todo rural y debido a que muestran un menor grado de rezago social. De los 125 municipios que conforman al Estado de México, tan sólo 51 cuentan con el PDZP y 17 más reciben apoyo por parte de la CNCH, los restantes 57 carecen de los programas que ofrece la SEDESOL. Por otra parte el SPSS, se ha comprometido con los usuarios que atiende el PDZP aunque en la afiliación no sea tan significativa la proporción de afiliados procedentes de este programa, de ahí que el Estado tenga que reforzar sus medidas y apoyar las estrategias que imponga la SEDESOL, especialmente controlando el destino de los recursos.

3.3.1.6 Servicios de salud

Concentrándonos en los servicios que recibe la población mexiquense, se puede destacar que el 81% de los usuarios en la entidad recibieron todas las medicinas que les fueron recetadas, esta cifra es superior al promedio nacional (61.4%) aunque lo sitúa por debajo de Durango esto en 2011 (CNPSS, 2012b). Con relación a las consultas otorgadas por el SPSS, estas muestran una tendencia creciente en cada año, incluso en 2008 se incrementaron un 68.9%, es así como la TCMA para el periodo fue de 42.8%, siendo en mayor medida las consultas externas las que se concedieron, pues englobaron al 83.5% del total; mientras que las consultas de hospitalización y urgencias en suma conforman al 16.5% (Tabla 61). Los municipios a los cuales se les ha otorgado el mayor número de consultas son: Toluca, San Felipe del Progreso y Nezahualcóyotl.

Tabla 61. Consultas otorgadas por el SPSS en el Estado de México. 2007-2011

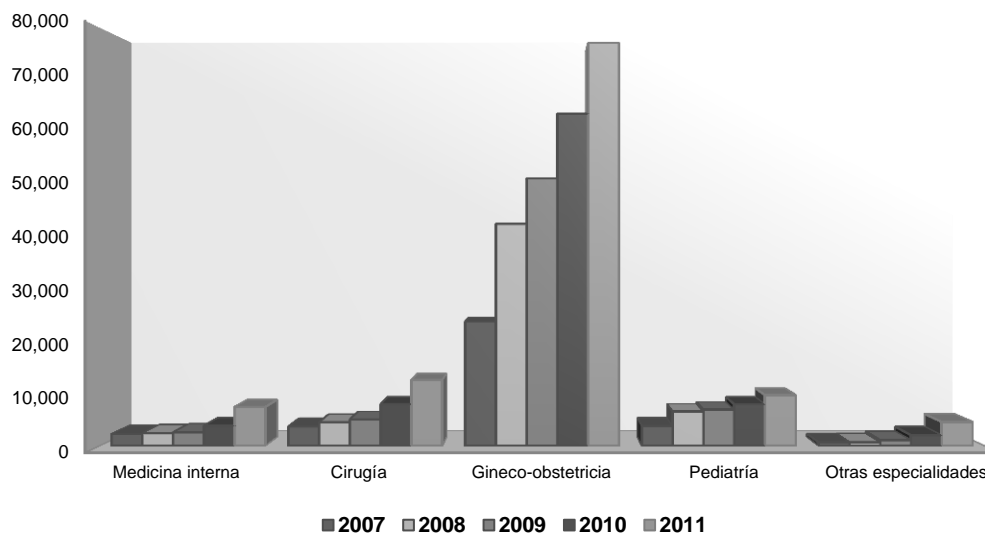
Año	Consulta externa	Consulta de hospitalización	Consulta de urgencias	Total de consultas
2007	1,759,265	198,862	79,909	2,038,036
2008	2,861,019	429,316	151,838	3,442,173
2009	4,201,171	624,834	232,074	5,058,079
2010	5,384,761	794,086	273,308	6,452,155
2011	7,048,601	1,066,873	355,807	8,471,281

Fuente. Elaboración propia con datos de la DGIS, 2012a

Resalta el hecho de que las intervenciones incluyen el tratamiento médico y consultas subsecuentes, de ahí que sean las consultas médicas uno de los servicios más demandados por los usuarios, así como de mayor importancia para su salud ya que evitan que los padecimientos empeoren. Por otro lado, conocer el número de egresos hospitalarios que registra el SPSS es un indicador grueso de las enfermedades que afectan a los mexiquenses, ante esto se observa que el 72.8% de los egresos hospitalarios son por Gineco-obstetricia, seguidos por pediatría (9.9%), cirugía (9.6%), medicina interna (5.2%) y otras especialidades (2.6%) (Gráfica 31). La

entidad mexiquense junto con Guanajuato y Veracruz se ubica como uno de los estados que mayores egresos registra a nivel nacional particularmente de servicios de hospitalización general y en menor medida de hospitalización especializada.

Gráfica 31. Egresos hospitalarios registrados por el SPSS en el Estado de México, según especialidad. 2007-2011



Fuente. Elaboración propia con datos de la DGIS, 2012a

En la actualidad las carencias en la atención de la salud materna y urgencias obstétricas son un inconveniente con graves consecuencias, que necesitan de un reajuste desde la calidad hasta la prestación del servicio a los pacientes, porque de no ser así es probable que no regresen a las unidades médicas y pongan en riesgo su vida a futuro. Resulta importante denotar que la atención obstétrica va en ascenso especialmente en la entidad, pues en 2011 se atendieron 66,103 partos y 4,850 abortos, lo que representa un crecimiento de 18.9% con relación al 2010 (Tabla 62).

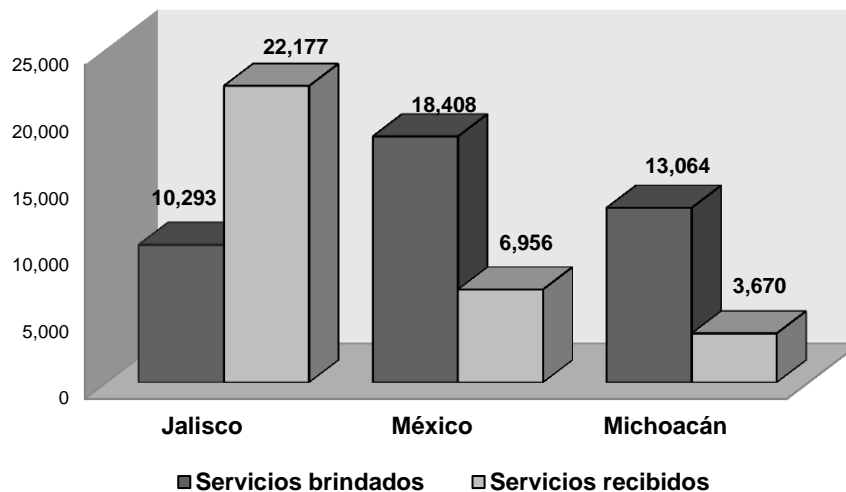
Tabla 62. Atención obstétrica en el Estado de México. 2007-2011

Año	Partos	Abortos	Total
2007	21,172	1,040	22,212
2008	36,637	1,614	38,251
2009	47,106	2,132	49,238
2010	56,431	3,263	59,694
2011	66,103	4,850	70,953

Fuente. Elaboración propia con datos de la DGIS, 2012a

El sistema de portabilidad ofrece a los afiliados la posibilidad de ser atendidos en cualquier Estado, la ampliación del servicio ha originado que el Estado de México brindará 18,408 casos interestatales, colocándose así como la entidad que más servicios ofreció junto con Jalisco y Michoacán. Igualmente pone a disposición de los usuarios 25 prestadores de servicios del FPCG, los cuales cubren 58 intervenciones agrupadas en 17 grupos de enfermedades, al comparar sus resultados con otras entidades federativa se observa que se ubica por debajo del Distrito Federal el cual tiene 40 prestadores de servicios. En tanto que la entidad que recibió la mayor cantidad de servicios de otros estados fue Jalisco, en este caso el Estado de México se quedó rezagado pues tan sólo 6,956 casos fueron atendidos (Gráfica 32).

Gráfica 32. Portabilidad en el Estado de México. 2009-2012*



*Las cifras de 2012 corresponden al mes de Mayo
Fuente. Elaboración propia con datos de la DGIS, 2012a

Para que sea posible el tratamiento de los padecimientos se requiere contar con medicamentos, estudios de laboratorio, intervenciones y consultas médicas especializadas, los cuales se complementarán para un diagnóstico más certero, en esta parte es donde se halla uno de los problemas más graves y es que a pesar de que en el CAUSES se establecen los medicamentos que se tienen que comprar y sus precios de referencia, muchas entidades lo pasan por alto y compran medicamentos que no están incluidos a precios mucho más altos, lo que genera irregularidades y promueve el desabasto, aunado a esto las entidades no tienen un control sobre el inventario de medicamentos; en suma todo lo anterior induce a que los usuarios tengan que realizar el gasto por la compra de estos y es entonces cuando se ven incumplidos los objetivos del SPSS de asistir a los que menos tienen (ASF, 2010).

Con lo explicado hasta el momento se puede precisar que la disponibilidad de los servicios médicos se ve afectada por el mal uso que se está haciendo de los recursos, a la par de que el acceso a los servicios es insuficiente, el abasto de medicamentos es precario y la población hace importantes gastos para adquirirlos, todo lo anterior expone las barreras que existen para el ejercicio pleno a los derechos en salud, asimismo resalta que no basta con afiliar a la población para que realmente tenga un acceso efectivo a los servicios sanitarios pues existen serias deficiencias que lo limitan y deben ser corregidas. Hoy por hoy la red de servicios de salud en el Estado de México se ha basado en el CAUSES y su desempeño se ha adecuado al gran número de afiliados por el SPSS, de ahí que despunte por el gran número de consultas, egresos hospitalarios y atención obstétrica.

3.4 Comparación del Estado de México con otras entidades federativas

A lo largo del documento se ha venido recalcando la participación del SPSS en el Estado de México, con la finalidad de conocer las líneas de acción que se han desarrollado para brindar a los afiliados un programa integral que se ajuste a los requerimientos de la población; sin dejar de lado la intervención de las unidades estatales de salud, que han tenido que adecuar sus servicios para atender a los usuarios del SPSS, aquí destaca la colaboración del gobierno estatal que desde el inicio se ha mostrado positivo con la instauración del programa, pues confía en que reforzará la atención médica especialmente en las localidades más pobres de la entidad mexiquense, pero como ya se ha visto muchas de las problemáticas que se detectan, se deben a la mala administración y al despilfarro de los fondos.

Como respuesta a las crecientes demandas en salud el SPSS ha venido incorporando un conjunto de estrategias que unidas entre sí complementan la atención médica que reciben los afiliados, estas se orientan a grupos específicos y son implementadas por las entidades federativas de distinta manera, pues se enfrentan a poblaciones con diferentes necesidades en salud las cuales pueden llegar a requerir en mayor medida de un servicio que de otro, de ahí que se presenten disparidades en la utilización de los recursos. Aunque también se pueden deber al descuido del que son objeto, por ello es sumamente importante detectar los estados que se han quedado rezagados, para que así visualicen su posición y emprendan las acciones necesarias para robustecer dicha estrategia.

Realizar la comparativa entre el Estado de México y otras entidades federativas, permite conocer el empeño que se le está poniendo al proceso de afiliación, captación de los recursos, funcionamiento del programa, no obstante es un referente que sirve para mejorar la atención y el servicio. En este apartado lo que se pretende es saber que grupos de la población están siendo mayor mente atendidos en la entidad y de qué manera incide su intervención en el programa. Asimismo, detectar los ingresos que se han destinado al ejercicio del SPSS y como estos se ven afectados por el

hecho de que no se cumplan las metas de afiliación programadas, pues sin los recursos suficientes es imposible brindar atención médica a todos los usuarios.

3.4.1 Población total afiliada al Sistema de Protección Social en Salud

Fundamentalmente el programa fue creado para atender a las personas que se encuentran en el país sin seguridad social y surgió como medio de apoyo a las instituciones preexistentes, ya que vino a fortalecer sus servicios y a extender el número de intervenciones que se ofrecían. Por medio de este programa se veía más fácil dar cumplimiento al derecho a la salud que tienen los ciudadanos, sin importar la actividad económica que desempeñen o los recursos económicos que tengan. Es por ello que es preciso definir la población potencial y objetivo que conformará al SPSS, en este caso la LGS establece que la población potencial la conforman las personas que no sean derechohabientes de alguna institución de salud (Aguilera & Quintana, 2012).

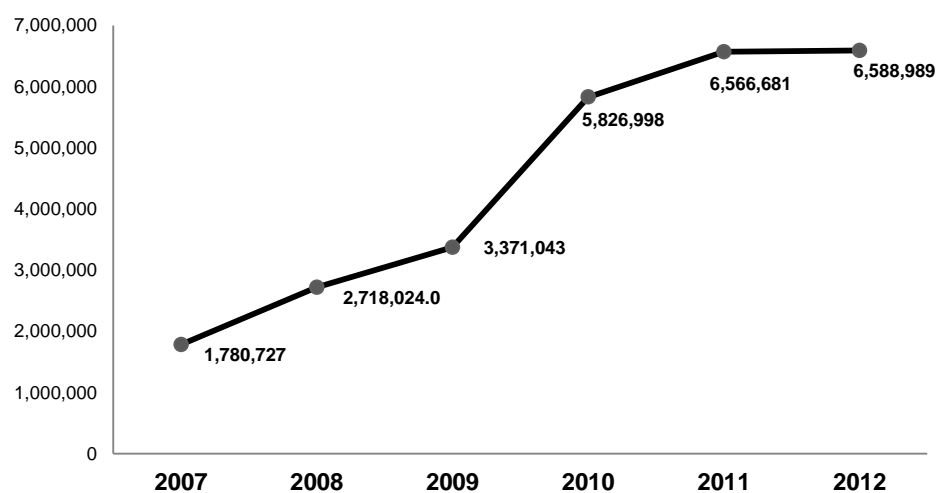
En tanto que la población objetivo se entiende como el número de personas a afiliar en el año, está se estima con base en el crecimiento de la población y es un determinante para la captación de los recursos ya que si las entidades no cumplen con las metas programadas pierden recursos económicos los cuales no son reembolsables, esto origina que no sólo se vean comprometidas a garantizar la atención médica para ampliar la cobertura sino también porque de no hacerlo disminuyen sus aportaciones federales (Aguilera & Quintana, 2012). A lo largo del estudio se ha especificado que el SPSS primordialmente dirige su atención hacia las personas de bajos recursos que se ven expuestas a serios padecimientos o discapacidades, por la falta de asistencia médica oportuna y adecuada, la mayoría de ellas se sumen aún más en la pobreza por lo gastos que originan sus padecimientos.

Reconociendo estos hechos la entidad mexiquense apoyo la creación del SPSS, que vendría a reorganizar el actual sistema de salud que manifestaba un desapego por la población abierta, a partir del funcionamiento del programa se comenzaron a tomar las medidas necesarias en el Estado para dar a conocer las

intervenciones que se cubrirían, el esquema de prepago (en caso de pertenecer a los últimos deciles de ingreso), así como los derechos y obligaciones que contraerían. De esta manera en 2007, se registraban 1.7 millones de afiliados, esta cifra exhibía la aceptación del programa y evidenciaba el trabajo de las unidades de salud por reducir el número de personas sin seguridad social (CNPSS, 2010e).

En la gráfica 33, se puede observar como el crecimiento de la afiliación fue progresivo, llegando a tener sus mayores incrementos en 2008 y 2010, pues la afiliación aumentó a más de la mitad en comparación con los años preliminares. De acuerdo a las estimaciones realizadas por la CNPSS (2012c), el Estado de México tenía que registrar al finalizar el 2012, un total de 6,566,681 personas para cumplir con la cobertura proyectada en ese período, sin embargo al término del primer semestre del año ya había sobrepasado la meta en un 0.3%. A causa de que la entidad mexiquense es la más poblada a nivel nacional, alberga al 12.5% del total de los usuarios registrados por el SPSS, lo que la sitúa por encima de entidades como: Veracruz, Puebla, Chiapas y Guanajuato, quienes juntas alojan al 26% de los afiliados en el país.

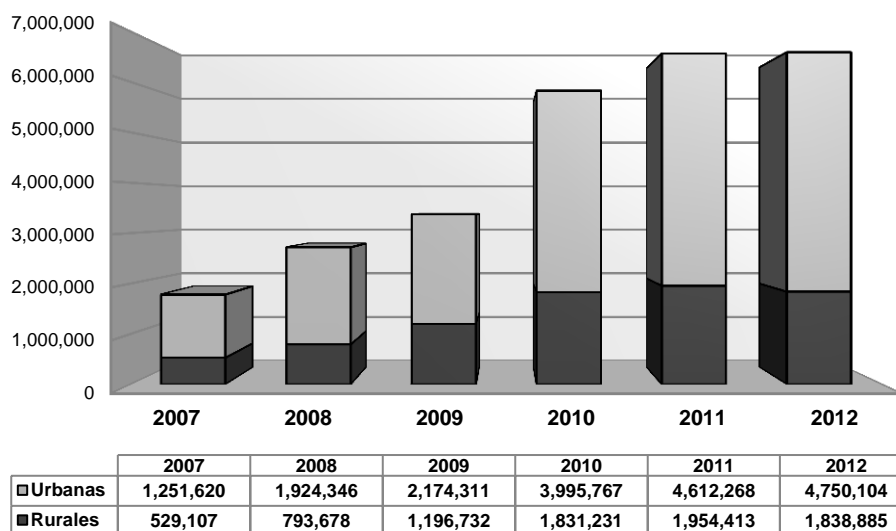
**Gráfica 33. Total de Afiliados al SPSS en el Estado de México.
2007-2012***



*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año
Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Resultados del SPSS

A pesar de que la afiliación ha mostrado un crecimiento evidente, es importante definir las localidades que están siendo cubiertas, pues la CNPSS (2012c), detalla que en el Estado de México se contabilizan un total de 4,844 localidades de las cuales el 92% registran usuarios del SPSS, de ahí que hagan falta cubrir a las restantes 386 localidades, primordialmente si son de tipo rural, pues en éstas se concentra una gran parte de población sin seguridad social. Respecto a este punto en la gráfica 34, se puede percibir como en la entidad la mayoría de los usuarios provienen de zonas urbanas (72%), a causa de que la infraestructura y unidades médicas se ubican habitualmente en estas zonas. De igual manera se aprecia que el 28% de los incorporados proceden de zonas rurales, cabe señalar que la proporción con respecto al total ha ido descendiendo desde 2010.

Gráfica 34. Beneficiarios del SPSS en zonas rurales y urbanas del Estado de México. 2007-2012*



*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año
Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Resultados del SPSS

Contrario a lo observado en el Estado de México los estados de Tabasco, San Luis Potosí, Hidalgo, Chiapas y Veracruz registran a más del 50% de su población en zonas rurales; aquí resalta una cuestión importante y es que aunque la entidad mexiquense no se puede comparar con los niveles de ruralización de Chiapas, si tiene

la enmienda de reforzar los servicios en estas zonas y de acrecentar su participación dentro del SPSS. Por otra parte los beneficiarios del SPSS en su mayoría se ubican dentro de los primeros dos deciles de ingreso, esto es coherente ya que dentro de estos deciles de hallan las personas de escasos recursos que se vuelven parte del régimen no contributivo. Con el paso del tiempo ha disminuido la proporción de afiliados localizados en el primer decil de ingreso pues de ser el 79.7% en 2007 se redujo a 73.9% en Junio de 2012 (Tabla 63).

Tabla 63. Afiliación por decil de ingreso en el Estado de México. 2007-2012*

Año	Decil de ingreso							
	I	%	II	%	III	%	IV a X	%
2007	1,419,894	79.7	357,293	20.1	3,453	0.2	87	0.0
2008	2,099,940	77.3	599,790	22.1	14,973	0.6	3321	0.1
2009	2,538,216	75.3	810,432	24.0	16,899	0.5	5,496	0.2
2010	4,621,239	79.3	1,178,812	20.2	20,869	0.4	6,078	0.1
2011	4,925,235	75.0	1,561,539	23.8	67,201	1.0	12,706	0.2
2012	4,870,803	73.9	1,621,186	24.6	82,340	1.3	14,660	0.2

*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año

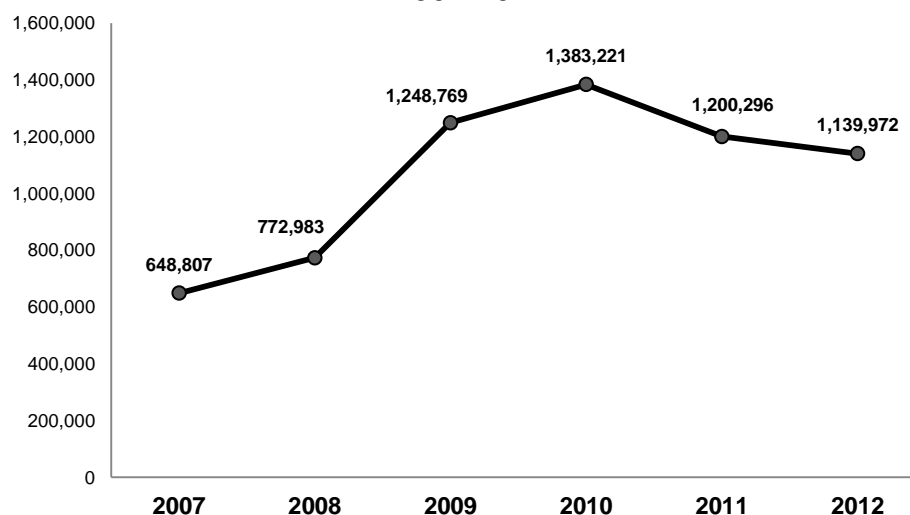
Nota. A causa de que hasta el 2009 la información disponible está considerada en familias y no en personas, se tomó el convencionalismo de multiplicar el número de familias reportadas en este rubro por el número de integrantes reportados por familia afiliada al cierre de ese año

Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Resultados del SPSS

Anteriormente se mencionó que el SPSS, sirve de apoyo a programas como el Desarrollo Humano Oportunidades, el cual les brinda a sus afiliados la posibilidad de ser incorporados por el SPSS, estos programas trabajan conjuntamente para promover el bienestar de los mexiquenses, específicamente de los que se encuentran en situación vulnerable o de marginación, razón por la cual la afiliación había crecido hasta el año 2010, siendo en 2009 cuando incluso se incrementó en un 61.6%. Sin embargo, debido a que algunos beneficiarios retrasaron su trámite de reafiliación y otros cambiaron de institución de seguridad social, se registra un retroceso que en 2011 fue de 13.2%, y de 5% en Junio de 2012 (Gráfica 35). Las entidades federativas con el mayor número de personas afiliadas que pertenecen a dicho programa son:

México, Veracruz, Chiapas, Puebla, Guanajuato y Jalisco, en ellas habitan el 43.7% del total nacional.

Gráfica 35. Número de Afiliados procedentes del programa Oportunidades. 2007-2012*



*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año
Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Resultados del SPSS

A través del SPSS no sólo se ha apoyado a los afiliados del programa Oportunidades sino también a los de zonas prioritarias y habla indígena. En este caso los afiliados se pueden ver beneficiados de distinta forma mediante la ejecución del programa, ya que se les brinda atención preventiva, además se les orienta e instruye sobre los cuidados que deben tener para mantener una buena salud e higiene. Igualmente las acciones se plantearon para que de forma gradual pero efectiva se mejoren las condiciones de vida de las familias, esto a través de una buena alimentación y servicios de salud a su alcance. En la entidad mexiquense la afiliación de más usuarios al SPSS ha inducido a que se incrementen los afiliados procedentes de zonas prioritarias, aunque esto no significa que aumente la proporción de usuarios con respecto al total de afiliados.

Cuando arrancó el PDZP en 2009, se observaba que el 17% del total de los usuarios registrados provenían de zonas prioritarias y aunque se tenía la expectativa

de que está relación se incrementará con el tiempo, no fue así, ya que en los años consecutivos la proporción descendió a 7.3% respecto a la afiliación total del sistema en Junio de 2012, esto se denota en la tabla 64. En cuanto a las localidades con 40% o más de población de habla indígena, los afiliados apenas representaban durante el 2007 al 2.8% del total, teniendo su mayor incremento en 2009 (3.3%), mientras que la proporción de afiliados en 2011 y 2012 fue de 2.2%. De esta manera opuesto a los resultados que arroja el Estado de México, se encuentran Yucatán (46.1%), Oaxaca (34.6%) y Chiapas (24.4%), quienes ponen especial atención en la afiliación de estos beneficiarios, ya que en comparación con la entidad mexiquense estos registran a un alto porcentaje de su población en localidades indígenas y zonas prioritarias.

Tabla 64. Porcentaje de beneficiarios provenientes de localidades indígena y zonas prioritarias en el Estado de México. 2007-2012*

Año	Porcentaje	
	Beneficiarios en localidades indígenas	Beneficiarios en zonas prioritarias
2007	2.8	-
2008	2.1	-
2009	3.3	17.0
2010	2.4	14.9
2011	2.2	13.8
2012	2.2	7.3

*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año

Nota. A causa de que hasta el 2009 la información está considerada en familias y no en personas, se tomó el convencionalismo de multiplicar el número de familias reportadas en este rubro por el número de integrantes reportados por familia afiliada al cierre de ese año

Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Resultados del SPSS

A pesar de que la inclusión de las localidades de habla indígena y zonas prioritarias constituyen un objetivo para el SPSS, no se ha logrado aumentar su participación en comparación con la afiliación total registrada en la entidad, quizás porque resulta más difícil brindarles los servicios, pues viven en lugares recónditos y ahí no se dispone de la infraestructura médica necesaria para hacer efectivo su derecho a la salud, además se tendría que realizar un gasto mucho mayor del que se efectúa en zonas urbanas donde ya existen unidades médicas que resguardan al SPSS. Lo antes mencionado deja claro que no es suficiente la labor que se ha desempeñado hasta el momento en las zonas indígenas debido a que hace falta

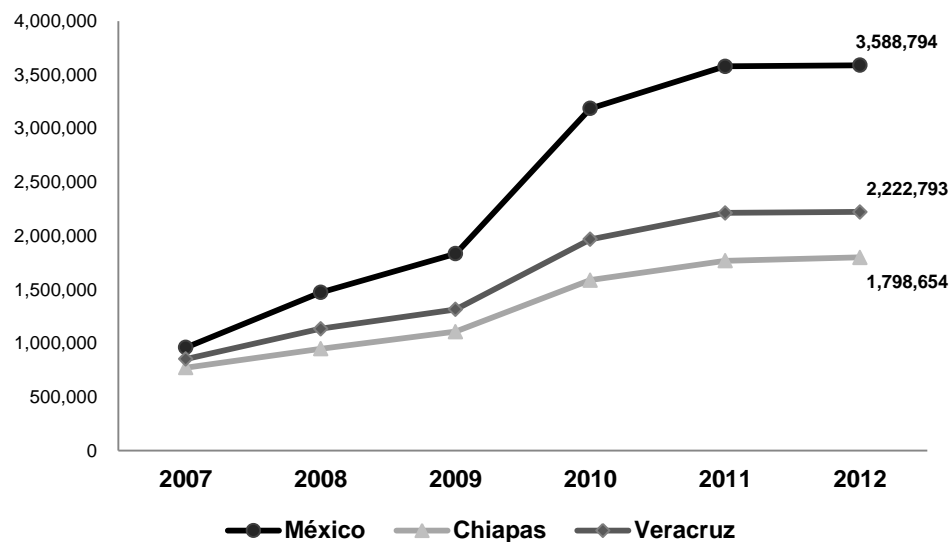
destinarles más recursos, pues de no ser así se seguirán ampliando las desigualdades, entre los que viven en zonas urbanas y los que residen en zonas rurales.

3.4.1.1 Representatividad de las mujeres en la afiliación al Sistema de Protección Social en Salud

Para el año 2012 la población del Estado de México ascendió a 15.4 millones de habitantes, de los cuales la mitad eran mujeres, en cuanto a la proporción con seguridad social y sin seguridad social, está se muestra muy pareja pues está representada por el mismo 50%. En la actualidad la atención médica dirigida especialmente hacia las mujeres ha mejorado, debido a que su intervención dentro del SPSS es mayor que la de los hombres, pues en promedio cada año el 54% de los afiliados son mujeres, además son ellas quienes demandan en mayor medida los servicios del SPSS como consultas médicas, servicios de urgencias y atención hospitalaria. Es así como el SPSS ha tenido que adaptarse al hecho de que las mujeres requieren de atención específica, particularmente cuando se encuentran embarazadas, por ello se ha buscado garantizar su acceso al programa.

A nivel nacional el Estado de México es la entidad que más mujeres incorpora pues se contabilizan un total de 3,588,794, la afiliación femenina al SPSS ha alcanzado incrementos de hasta 73.8% en 2010, aunque en los siguientes periodos contuvo más su crecimiento, incluso en el primer semestre de 2012 apenas se había superado la afiliación anterior (0.3%). Otros de los estados que igualmente sobresalen son Chiapas y Veracruz, quienes concentran a 1.7 y 2.2 millones respectivamente; entre los tres estados albergan al 27% de la población femenina afiliada (Gráfica 36). Contrario a estas entidades se encuentran Baja California Sur, Colima y Campeche, quienes tienen una población mucho menor que la del Estado de México, por ello su número de afiliados es más reducido.

Gráfica 36. Afiliación de mujeres al SPSS en el Estado de México, Chiapas y Veracruz. 2007-2012*



*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año
 Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Resultados del SPSS

En diversos sectores del país existe el consenso de que la atención en salud de las mujeres es un objetivo fundamental por cumplir, principalmente si se busca reducir las tasas de mortalidad materna que constituyen un problema sin resolver en México, no obstante está no es la única razón por el que se vuelven un grupo prioritario de atención, y es que muchas de estas mujeres se localizan en zonas de escasos recursos donde la atención se encuentra delimitada y su rol dentro de la sociedad las hace carecer de seguridad social (algunas de ellas amas de casa). Ante esto lo que pretende el programa al afiliarlas es que contraigan el derecho de ser atendidas, sin necesidad de devengar gastos de bolsillo, ni gastos catastróficos si se presenta alguna complicación, no obstante muchas veces contraen gastos por la compra de medicamentos o por los estudios de laboratorio, situación que debe ser corregida.

Dentro del SPSS se halla la estrategia Embarazo Saludable que comenzó a operar en la entidad mexiquense de manera moderada ya que en 2008 únicamente afilió a 7,573 mujeres embarazadas, quienes representaban al 0.5% del total de afiliadas en ese año, empero a través de las acciones de promoción se pudo incrementar esta cifra seis veces más el siguiente año llegando a incorporar a 45,783

mujeres a las cuales se les brinda atención obstétrica al término de su embarazo. Al finalizar el periodo se había alcanzado una afiliación acumulada de 3.5 millones de mujeres de las cuales el 5.2% estaban embarazadas, a pesar de que la proporción es muy pequeña las consecuencias si no se les atiende serán más costosas (Tabla 65).

Tabla 65. Proporción de mujeres que forman parte del programa Embarazo Saludable en el Estado de México. 2008-2012*

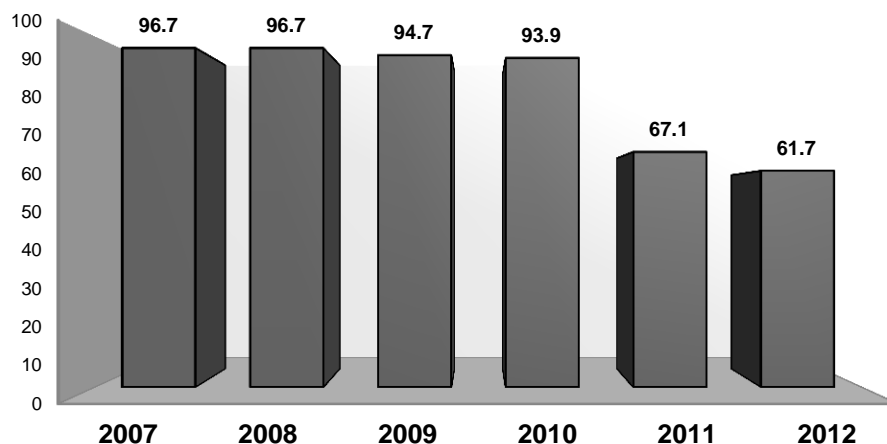
Afiliación	2008	2009	2010	2011	2012
Mujeres	1,472,393	1,832,765	3,185,906	3,578,175	3,588,794
Embarazo Saludable	7,573	45,783	133,170	178,333	185,049
Proporción (%)	0.5	2.5	4.2	5	5.2

*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año

Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Resultados del SPSS

Se puede distinguir que igualmente en el programa Oportunidades son en mayor medida mujeres quienes encabezan las pólizas de afiliación, lo cual se debe a que dentro del componente salud se encuentran estrategias dirigidas a mejorar la salud de las mujeres embarazadas, en etapa de lactancia y la de sus hijos, esto les resulta agradable y las incentiva a incorporarse. En este rubro tal y como se muestra en la gráfica 37, el Estado de México durante 2007 y 2008 mantuvo la misma proporción (96.7%), empero a partir de 2009 comenzó a bajar siendo en el primer semestre de 2012 cuando llegó a ser de 61.7%, cifra menor al promedio nacional (63.9%). Los estados que destacan por ser titulares las mujeres son: Veracruz, Chiapas, Oaxaca, Puebla, Guerrero y México, con una participación de 53.2%.

Gráfica 37. Mujeres titulares de la póliza de afiliación del programa Oportunidades en el Estado de México. 2007-2012*



*La cifra de 2012 corresponde al primer semestre del año
Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Resultados del SPSS

Las mujeres han padecido múltiples inequidades que en el campo de la salud se han traducido en la exclusión de sistemas de protección social, barreras para el acceso a los servicios y una elevada incidencia de muerte materna. Si bien las cifras de afiliación y la instauración de nuevas estrategias nos permiten percatarnos de algunos éxitos del SPSS, también nos deja ver algunas dificultades operativas como las complicaciones que algunas familias experimentan para obtener su afiliación.

No obstante, a pesar de que el SPSS comprende estrategias e intervenciones dirigidas a mejorar la salud de las mujeres, esto no ha sido suficiente para atender toda la demanda y es que con la infraestructura disponible es muy difícil brindar atención integral. En la entidad persiste el reto mayúsculo de extender los beneficios del SPSS a las personas que habitan en las localidades más remotas y dispersas, así como adecuar las instalaciones a la demanda y no al revés, para generar mejores resultados en el campo de la salud.

3.4.1.2 Adultos mayores incorporados al Sistema de Protección Social en Salud

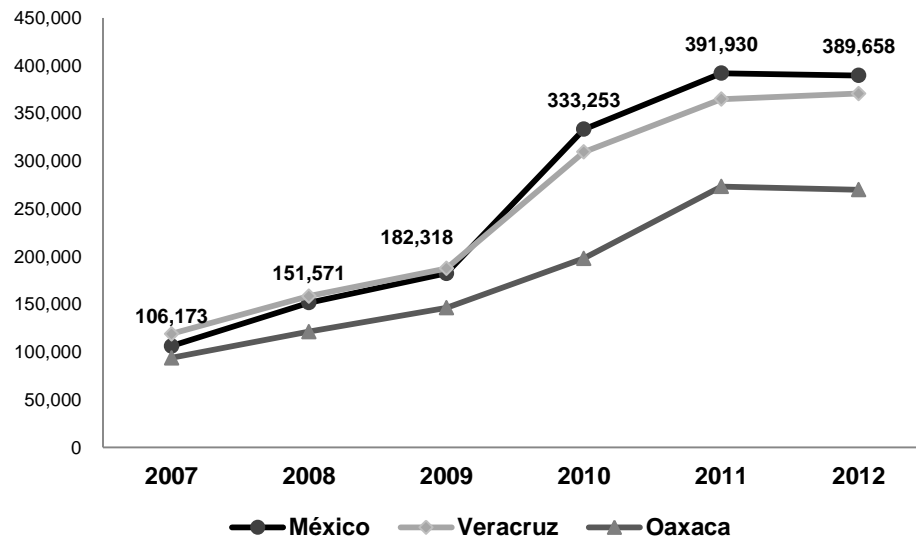
En la entidad mexiquense se ha creado una red de protección social que otorga asistencia a los beneficiarios en condiciones de vulnerabilidad, dentro de estos se encuentran las ayudas y programas emprendidos para los adultos mayores, como las pensiones alimenticias, descuentos, jornadas de salud, control de nutrición, entre otros. Se ha puesto esmero en el cuidado de la salud de las personas de la tercera edad poniendo a su alcance unidades médicas, atención en condición de emergencia y consultas médicas, pero esto se vio complementado con la implementación del SPSS. En la actualidad el 8% de la población mexiquense tiene 60 años o más, de estos el 4.6% se encuentran afiliados a alguna institución de seguridad mientras que el restante 3.3% carece de los servicios que otorgan las instituciones de salud.

No solamente en la entidad sino a nivel nacional se ha visto incrementada la esperanza de vida de las personas, lo que trae consigo grandes retos e implicaciones para los sistemas de salud pues tienen que ajustarse a los cambios que sufre la sociedad como lo es el rápido envejecimiento de la población. Habitualmente las enfermedades que padece este sector requiere de un monitoreo constante para minimizar la aparición de discapacidades asociadas, así como sus efectos adversos en la calidad de vida, por ello el SPSS trata y diagnóstica enfermedades que favorecen su salud como: asma, insuficiencia cardiaca crónica, osteoporosis, gota, colon irritable, parkinson, hipertensión y diabetes mellitus tipo 2. Sobresalen acciones preventivas como exámenes de la visita, odontológicos, presión sanguínea, tuberculosis respiratoria y tumor de próstata (CNPSS, 2010f).

La existencia del SPSS ha permitido que 389,658 adultos mayores reciban atención médica en las instituciones de salud que se encuentran en sus localidades, para ellos es casi imposible poder tener seguridad social una vez que se encuentran en esta etapa de su vida, ya que no forman parte de la población económicamente activa, asimismo por su situación de fragilidad se hallan más expuestos a enfermedades y gastos catastróficos que empeoran su entorno económico. En el Estado de México su incorporación alcanzó los mayores crecimientos en 2008 y 2010,

específicamente en este último se acrecentó en 82.8% con respecto al año anterior; de ahí que en los cuatro años y medio este grupo poblacional se mostrará con fiado en el programa.

Gráfica 38. Número de personas afiliadas de 61 años y más al SPSS en los estados de México, Veracruz y Oaxaca. 2007-2012*



*Las cifras de 2012 corresponden al mes de Noviembre
Fuente. Elaboración propia con datos de la CNPSS, 2010e

Uno de los estados que fluctúa muy cercanamente al Estado de México es Veracruz, que superó a la entidad mexiquense en los primeros tres años, para luego quedar por debajo de ella. Otra de las entidades que resalta a nivel nacional por incorporar en el último año a 269,981 personas es Oaxaca, quien al igual que los estados antes mencionados muestra un crecimiento sostenido en todo el periodo. Con esto se puede decir que la afiliación al SPSS impacta positivamente sobre la intensidad de uso de servicios de salud en adultos mayores ya que tienen carta abierta al Causes y pueden financiar sus intervenciones por medio del FPGC, pues de lo que se trata es asegurar su estabilidad física y económica.

Lo que se tiene que tomar en cuenta si se busca mejorar el servicio es que el nivel socioeconómico determina cómo y cuándo los adultos mayores contactan los

servicios de salud, asimismo su percepción sobre el estado de salud y la condición de aseguramiento explican el uso del servicio, ya que si no se sienten a gusto con la atención y el diagnóstico no es el adecuado, será complicado que regresen a proseguir con el tratamiento. Pero lo que coadyuva a que los adultos mayores encuentren una respuesta a sus necesidades de salud, es el aseguramiento en su conjunto, que conviene que sea con una buena cobertura y servicio. En el Estado de México se les tendrá que dar prioridad a los adultos mayores en el proceso de afiliación, para que no sean parte de las personas excluidas de la protección social en salud, esto fundamentalmente cuando se habla de una estructura poblacional que envejece y que no cuenta con los medios para satisfacer sus necesidades de salud.

3.4.2 Financiación y uso de los recursos por parte del Estado de México

Desde la puesta en marcha del SPSS se contó con las aportaciones federales y estatales, las cuales están sujetas a la disponibilidad económica que tengan los gobiernos, a su vez dependen de las políticas que se instrumentan en el gasto público; como se ha mencionado dentro del PEF existe el Ramo 12 asignado a la salud, que sufre modificaciones a lo largo del año, para así apoyar nuevos proyectos de infraestructura o solventar nuevos gastos. Al inicio del programa se estableció que la transferencia de los recursos dependería no sólo de los niveles de afiliación, sino también del esfuerzo, promoción, cobertura e incluso del empeño que pongan las entidades federativas para desarrollar el SPSS en sus localidades.

Cabe mencionar que para volver más equitativa la carga económica que se contrae por el otorgamiento de la salud a las personas sin seguridad social, se incluyó las aportaciones que realizan las familias, que se ajustaron de tal manera que las personas más necesitadas estén exentas del pago, no obstante la recaudación de estos recursos únicamente representan una mínima parte, pues cada vez son más los deciles que pertenecen al régimen no contributivo, aquí resalta una problemática y es que efectivamente muchos de los afiliados que corresponden a estos deciles no cuentan con los recursos económicos, pero existen otros que con la finalidad de no

pagar, mienten sobre su nivel de ingresos, por ello es conveniente que las evaluaciones socioeconómicas sean lo más certeras posible.

Los recursos que adquiere el Estado de México se aplican para garantizar el financiamiento de los servicios de salud a través de los proveedores de servicios, los cuales pueden ser: centros de salud, caravanas u hospitales; en este caso el REPSS recibe las transferencias económicas y las distribuye, de la siguiente manera: el 89% a la prestación de los servicios de salud de primer y segundo nivel; un 8% al pago de tratamientos de alta especialidad y elevado costo, mediante el FPGC; y el restante 3% se destina al FPP, para el desarrollo de infraestructura y equipamiento en zonas de alta marginación (García, 2012). La entidad mexiquense también canaliza los recursos hacia la compra de medicamentos y equipo, así mismo realiza los pagos al capital humano, en el caso de los medicamentos estos deben adquirirse al precio de referencia que estipula la CNPSS, pues de no ser así existirá un desfase.

El esquema financiero que maneja el SPSS busca la reducción de los gastos catastróficos de las familias, mayores incentivos al gasto eficiente en salud, y una atención más equitativa y accesible para toda la población, la idea se originó a partir de observar que los gastos que contraen las familias por atender su salud tienden a restar recursos para el desarrollo económico asimismo se incrementa la pobreza, pero estas afectaciones también involucran al Estado pues la productividad disminuye al igual que la competitividad de la nación, ya que los trabajadores que no gozan de una buena salud, no rinden igual durante sus labores. Ante esto queda claro que procurar la salud de la población no incumbe únicamente al sector público o al privado, sino que es responsabilidad de todos los sectores económicos, por ello sería mucho mejor si todos colaborarán para el sostenimiento del SPSS, sin desproteger otros programas como el IMSS-Oportunidades.

Así como se plantean desafíos en materia de cobertura, calidad del servicio y aseguramiento, de la misma forma para las entidades federativas subsisten grandes retos a corto plazo a nivel de finanzas públicas y es que hasta el momento el SPSS continúa en la etapa de afiliación, pero que pasará cuando verdaderamente todos los afiliados hagan validos sus derechos que les fueron otorgados por el SPSS, realmente

la infraestructura existente podrá soportar la creciente demanda. Sería importante destacar que esto va a depender de los estados, puesto que el gobierno federal les ha concedido la oportunidad de emprender las políticas públicas que consideren necesarias para el desarrollo del SPSS, aun así no sólo se va a requerir del buen uso de los recursos sino también de una mayor transferencia de fondos, pues sobresalen enfermedades altamente costosas como las del riñón y cáncer que exigen de una serie de tratamientos de largo plazo, que serán difíciles de resguardar si no existen los recursos suficientes.

Según lo mencionado por Merino y Flamand (2010), en la entidad hace falta claridad en el destino de los recursos, incluso operar con mayor calidez y calidad en el sistema de salud para así volver más efectiva la evolución del SPSS. Esto se puede ver truncado por los inconvenientes que se presentan al financiar las actividades y es que los recursos provenientes de la cuota social llegan con retraso de tres o cuatro meses, al mismo tiempo que existen problemas en el arribo de los recursos pertenecientes a gastos catastróficos, pues antes de ser autorizados los casos estos tiene que pasar por varios procesos, lo que ocasiona que el reembolso económico sea muy lento, mientras tanto los estados deben asumir los gastos los cuales no está contemplados y terminan perturbando el otorgamiento de los fondos.

La única forma de garantizar la disponibilidad de servicios sanitarios y medicamentos para la población sin seguridad social, es mediante el incremento del gasto en salud como porcentaje del PIB, en este punto interviene la adecuada gestión del gasto que impacta en la prestación del servicio. A la par con la distribución equitativa de los recursos entre todas las regiones especialmente en las rurales y urbano marginales con mayores carencias, se puede mejorar la cobertura y disminuir las desigualdades (Lavielle, 2012). En la actualidad el crecimiento de los recursos no es suficiente para brindar el servicio sin que desembolsen algún monto los usuarios, y menos para que elijan libremente su unidad de salud como se planteaba al inicio del proyecto, es así como resulta forzoso que la entidad recabe los mayores recursos posibles y se asocie con otros sectores que le pueden brindar apoyo económico, humano o en especie.

3.4.2.1 Recursos federales transferidos al Estado de México

Una de las principales fuentes de financiamiento del SPSS, son los recursos que provienen de la Federación (CS Y ASF), sin ambos sería casi imposible brindar atención médica a la población abierta, ya que los fondos que reciben las entidades federativas significan el mayor incentivo que tienen para esforzarse en cumplir con las metas de afiliación y ofrecer los mejores servicios posibles. De otra manera no hubiesen aceptado el compromiso de incorporar a los usuarios sin que costearan el pago de los servicios. Dichas aportaciones federales serán administradas y ejercidas por los gobiernos de las entidades federativas en su caso la entidad mexiquense deberá registrarlos como ingresos propios y destinarlos específicamente a los fines relacionados con la prestación del servicio, por ello es esencial que la entidad los maneje con responsabilidad y que asevere que las unidades de salud los empleen para el beneficio de los derechohabientes.

Las políticas de Estado en materia de salud, pueden ver frenados los objetivos del SPSS si el control interno para la gestión de la CS y ASF en el Estado de México es deficiente, esto como consecuencia de las carentes estrategias y mecanismos de control sobre la mayoría de las actividades, lo que representa el origen de muchas problemáticas y es que en la medida en que no se transfieran los recursos a las zonas de mayor necesidad aun cuando los montos sean los indicados será difícil que se observen mejoras en el número de intervenciones, adquisición de medicamentos y equipamiento de las unidades, es entonces cuando se revierte e incluso puede llegar a empeorar el panorama, pues los recursos se estarían malgastando y para nada se vería fortalecido el sistema de atención en salud ni la calidad.

Para determinar la ASF que se transfiere a las entidades federativas antes se tiene que realizar la alineación de los recursos, esto consiste en contabilizar los fondos de programa federales dirigidos a la población no derechohabiente de la seguridad social, que tienen acciones contenidas en el CAUSES, tal es el caso de los presupuestos del FASSA-P (Ramo 33), Infraestructura, Programas Nacionales de Salud y Oportunidades (Ramo 12); aunque esta alineación cambio a partir de 2011,

cuando se incluyeron los conceptos de Equipamiento y Obra pública para la conclusión de unidades médicas, Homologación del personal y Gasto operativo de unidades médicas; asimismo en 2012 se tomaron en cuenta los recursos por vacunas del SMNG y previsiones salariales.

De esta manera el SPSS ha contabilizado los recursos que se canalizaron al Estado de México a través de los diferentes presupuestos en salud y transfirió por ASF a la entidad, solamente la diferencia faltante luego de considerarlos, lo que quiere decir que únicamente concede la parte proporcional que corresponde al número de personas registradas en el padrón de afiliados. Respecto a la alineación presupuestal, en la tabla 66, se indica como los mayores montos se obtienen del FASSA-P, ya que en 2012 se espera conseguir por lo menos \$4.60 mdp; mientras que en 2011 le fue transferido al Estado de México en total \$5,503,354.62 mil pesos, esto es 12.6% más de lo observado en 2010. A lo largo del periodo se alcanzó una TCMA de 8.7%, pues los incrementos anuales se mostraron muy moderados siendo en 2011 cuando se registró el mayor.

**Tabla 66. Recursos alineados en el Estado de México. 2007-2012
(Miles de pesos)**

Concepto	Ejercicio Fiscal					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
FASSA-P	3,136,744.34	3,281,982.81	3,661,409.17	4,070,590.97	4,232,856.58	4,683,797.23
Programas Nacionales	271,947.16	343,867.20	467,099.94	481,588.99	288,502.28	167,598.57
Infraestructura	80,000.00	223,842.80	237,086.17	207,000.00	-	-
Oportunidades	231,223.57	244,651.54	180,841.91	129,201.43	318,152.47	321,080.39
Equipamiento y obra pública para la conclusión de unidades médicas	-	-	-	-	191,302.68	-
Homologación del personal	-	-	-	-	310,542.78	-
Gasto operativo de unidades médicas	-	-	-	-	161,997.84	170,000.00
Vacunas SMNG	-	-	-	-	-	167,848.55
Previsiones Salariales	-	-	-	-	-	140,414.78
Total	3,719,915.07	4,094,344.35	4,546,437.17	4,888,381.39	5,503,354.62	5,650,739.53

Nota. Las cifras de 2012, están estimadas con base en la afiliación programada para el año
Fuente. Elaboración propia con datos de la CNPSS, 2012g

El modelo financiero que plantea el SPSS espera incrementar la inversión en salud, asimismo modificar la composición de las fuentes de financiamiento, para que en el mediano plazo el gasto público supla al gasto privado que realizan los hogares. Dentro de los mecanismos que se emplearon para reducir los desequilibrios, está la CS que genera una mayor justicia financiera entre instituciones que funcionan de la mano de los recursos federales para incentivar la transparencia en la asignación de los fondos (Gómez & Ortiz, 2007). Es así como el Estado de México ha visto acrecentado anualmente la recepción de los recursos de CS y ASF, en cuanto a la primera ha tenido incrementos de hasta el 57% en 2009 inducido por el crecimiento del padrón de afiliados, incluso en 2011 le fueron transferidos \$3.50 mdp, cifra que se espera superar al finalizar el 2012, ya que al primer semestre se habían otorgado \$1.90 mdp.

Tabla 67. Aportaciones por CS y ASF al Estado de México. 2007-2012*
(Miles de pesos)

Año	Aportaciones	Total
2007	CS	837,341.91
	ASF	803,880.56
2008	CS	1,251,859.45
	ASF	1,185,342.93
2009	CS	1,965,756.63
	ASF	1,831,369.56
2010	CS	2,423,804.18
	ASF	2,605,678.95
2011	CS	3,565,055.53
	ASF	3,575,468.94
2012	CS	1,944,389.63
	ASF	2,008,037.00

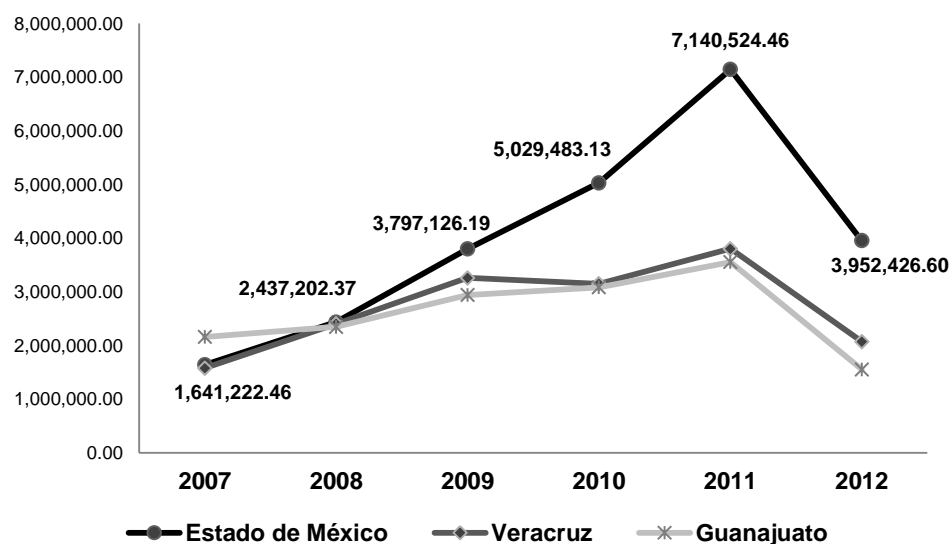
*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año
Fuente. Elaboración propia con datos de la CNPSS, 2012g

Debe recordarse que los recursos que constituyen a la CS provienen del Ramo 12 y que los montos a transferir son el resultado de multiplicar el monto de la CS por el número de personas beneficiarias de acuerdo a su vigencia, de esta manera es comprensible que el Estado de México sea a nivel nacional el que capta la mayor fuente de recursos y es que cuenta con 6.5 millones de usuarios a quienes tiene que asegurar atención médica oportuna y de calidad (Tabla 67). De igual manera la ASF,

se encuentra relacionada con la incorporación de los usuarios, sólo que está se integra con recursos del Ramo 33 (García, 2012). En este caso la ASF muestra una TCMA para todo el periodo de 45.2%, superior a la de la CS (43.6%), de hecho fue en 2009 cuando creció a una tasa de 54.5%, lo que induce a que el financiamiento de los servicios, prestaciones médicas y acciones de infraestructura se vean robustecidos.

Existen divergencias entre los recursos que reciben unas entidades federativas y otras, pues los ponderadores suelen variar estos se centran en el desempeño (1.25%), esfuerzo estatal (0.25%), necesidades de salud (18.5%) y componente fijo por persona (80%) a cada uno se le asigna un peso concreto, está es la razón por la que destacan estados como Veracruz, Guanajuato y el Estado de México, entre los tres albergaron al 34.4% del total de los recursos federales del primer semestre de 2012, siendo la entidad mexiquense quien ha captado hasta \$7,140,524.46 mil pesos en 2011, lo que conlleva a que su TCMA sea de 44.4%, se ha estimado que al finalizar el 2012 la entidad reciba \$7,908,798.63 mil pesos espera que nuevamente la entidad reciba una buena cantidad de fondos para dar secuencia a las estrategias contenidas en el SPSS.

Gráfica 39. Aportación Solidaria Federal transferida a los estados de México, Veracruz y Guanajuato. 2007-2012* (Miles de pesos)



*Las cifras de 2012 corresponden al primer semestre del año
Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Resultados del SPSS

A pesar de que la ASF es equivalente a 1.5 veces la CS esta relación no necesariamente es la misma para cada entidad federativa, pues el objetivo es beneficiar mediante el otorgamiento de los recursos a las entidades con mayores necesidades de salud que se sitúan en zonas con bajo nivel de desarrollo económico y pobreza, serán entonces estas las que registren una ASF superior a 1.5 veces la CS, tal es el caso de estados como: Aguascalientes (1.51) Baja California Sur (1.61), Campeche (1.59), Colima (1.54), Chiapas (1.55), Durango (1.52), Guerrero (1.55), Nayarit (1.52), Oaxaca (1.53), Puebla (1.51), Querétaro (1.51), Tabasco (1.53), Tlaxcala (1.52), Veracruz (1.51) y Zacatecas (1.53). Aunque contrario a estos se encuentra el Estado de México pues su ASF es 1.47 veces la CS (\$880.19 pesos), lo que equivale a un monto por persona de \$1,293.88 pesos en 2012, no obstante esto no ha significado una disminución de los recursos, por el número de afiliados.

Un punto de especial interés a tratar es saber si hasta el momento los recursos transferidos a la entidad por parte de la Federación han sido suficientes para costear terapias sustitutivas como la hemodiálisis y la diálisis a pacientes, así como enfermedades de cáncer de pulmón y padecimientos cerebro-vasculares, a pesar de la creación del FPGC, y es que existen pacientes que incluso requieren de más de un tratamiento, los cuales no se cubren con el monto que aporta la Federación, es más desde ahí se hace evidente el riesgo económico que contrae el SPSS. Las afectaciones se agravan cuando el financiamiento que cubre al grupo de enfermedades incluso llega a ser escaso y más aún si se reconoce que el precio de la atención es creciente con una población que cambia y se enfrenta a enfermedades con mayor costo, hasta el momento esto es lo que se puede precisar con base en los recursos federales transferidos a la entidad mexiquense, por ello es necesario determinar si las aportaciones estatales subsanan el panorama financiero en el que se basa el SPSS.

3.4.2.2 Recursos estatales dirigidos al Sistema de Protección Social en Salud

La aportación que efectúan las entidades federativas es significativamente menor a la que realiza la Federación, dicho de otra manera solamente equivale a la mitad de la cuota social, que se tiene que multiplicar por el número de familias afiliadas en la entidad, por ello también se encuentra sujeta a la incorporación de los usuarios. Entonces se puede denotar que los recursos representan la contribución que realizan los estados y el Distrito Federal, los cuales hasta 2009 se efectuaba por familia beneficiada empero esto cambio y ahora se realiza por persona, de hecho su crecimiento de 2011 a 2012 es de 3.8% siendo así la ASE por persona de \$440.10 pesos. Las entidades federativas no solamente tienen la obligación de transferir los recursos al SPSS, sino igualmente les corresponde proporcionar sus instalaciones y equipo médico, pero en caso de incumplir lo antes mencionado no les serán concedidos los recursos federales.

En el caso del Estado de México son las instituciones del ISEM, IMIEM y DIFEM, quienes prestan atención médica a los usuarios del SPSS, de ahí que sea necesario que se incremente el presupuesto que se les designa, ya que es muy difícil que obtengan recursos de otras fuentes, y más tomando en cuenta que la población que atienden es la de más bajo ingreso. Lo desventajoso de la instauración del SPSS es que no se hicieron las adaptaciones necesarias para atender una mayor demanda que crece casi exponencialmente, por esta razón el desabasto del personal, medicamentos y unidades, es mucho más evidente. Debe quedar claro que el gobierno mexiquense tiene que refrendar su compromiso con la población abierta incrementando aún más el monto de sus recursos durante el periodo, ya que la TCMA es de 36.1% menor a la ASF.

Tabla 68. Aportación Solidaria Estatal de los estados de México, Veracruz, Guanajuato, Chiapas y Puebla. 2007–2012 (Miles de pesos)

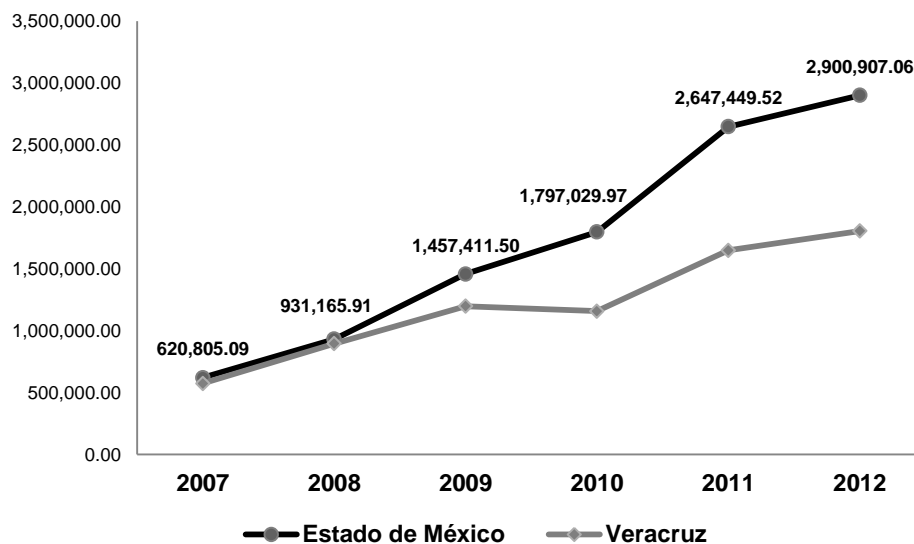
Entidad	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Estado de México	620,805.09	931,165.91	1,457,411.50	1,797,029.97	2,647,449.52	2,900,907.06
Veracruz	574,213.05	895,511.62	1,197,931.11	1,157,601.09	1,648,524.13	1,804,423.50
Guanajuato	740,140.17	841,429.26	996,491.09	965,909.37	1,185,499.35	1,352,267.95
Chiapas	607,455.36	756,569.82	998,402.83	1,060,643.04	1,369,155.52	1,498,094.02
Puebla	481,984.54	612,289.87	750,576.89	779,987.24	1,132,032.55	1,378,060.71

Nota. Las cifras de 2012, están estimadas con base en la afiliación programada para el año

Fuente. Elaboración propia con datos de la CNPSS, 2012g

Las entidades que han efectuado las mayores aportaciones son el Estado de México, Veracruz, Guanajuato, Chiapas y Puebla, entre las cinco albergan al 38.3% del total de las aportaciones esperadas para el año 2012. Con relación a Guanajuato este ha crecido a una TCMA de 12.8%, siendo en el año 2011 cuando se dio el mayor incremento (22.7%). En cuanto a Chiapas se puede destacar que ha incorporado a 3.4 millones de personas hasta Junio de 2012, para las cuales ha designado \$1,498,094.02 por concepto de ASE, esta cifra resulta ser baja si se toma en cuenta que es una de las entidades que tiene más usuarios. El Estado de Puebla ha aumentado su aportación a lo largo del periodo a una TCMA de 23.4% superior a Guanajuato y Chiapas, esto lo ubica como una de las entidades más dinámicas dentro del SPSS. El comportamiento de la ASE durante los cuatro y medio años de operación del SPSS se muestra en la tabla 68.

Gráfica 40. Evolución de la ASE del Estado de México vs Veracruz. 2007-2012 (Miles de pesos)



Nota. Las cifras de 2012, están estimadas con base en la afiliación programada para el año
Fuente. Elaboración propia con datos de la CNPSS, 2012g

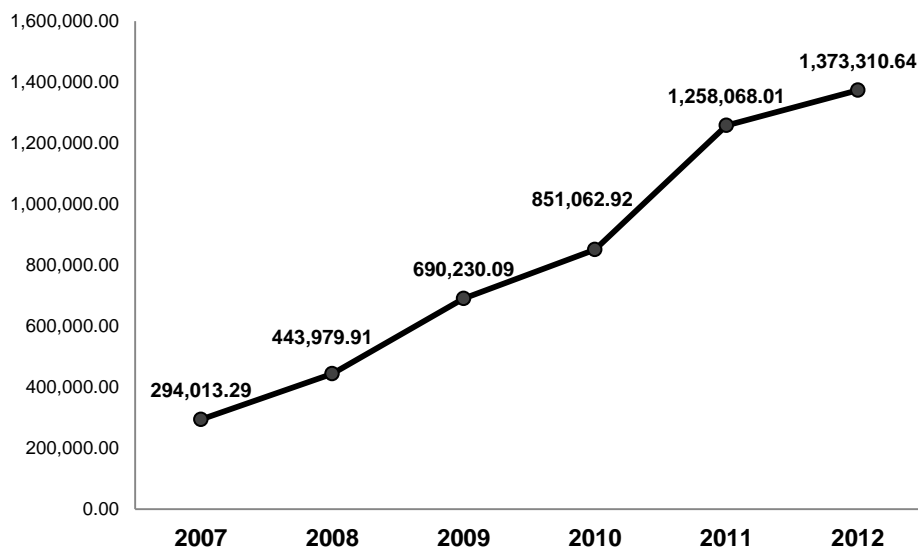
Con respecto al Estado de México se puede mencionar que sus tasas de crecimientos son las más altas de hecho en 2008 y 2009 duplicó su ASE. El Estado que oscila más cercanamente a la entidad mexiquense es Veracruz, que expuso una tendencia positiva excepto en 2010, cuando retrocedió 3.4%. Por lo tanto, los recursos que aporta el Estado de México se utilizan para respaldar los servicios que conceden las unidades estatales de salud y para emprender acciones que permitan el acercamiento de los servicios de salud a las localidades marginadas. Cabe mencionar que en la ASE no se cuentan los demás gastos en salud que efectúa la entidad, únicamente los involucrados con el SPSS. Queda claro que la entidad tiene obligaciones en otros sectores y eso le impide orientar un mayor gasto en salud, pero lo que sí se puede hacer es dar buen uso y manejo a los recursos para que la distribución de los mismos sea de manera equilibrada.

3.4.2.3 Recursos transferidos al Estado de México por concepto del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y Fondo de Previsión Presupuestal

Los recursos que ejerce el SPSS también provienen del FPGC y FPP, los cuales no son transferidos directamente a los estados sino que primero se envían al Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS). Ambos son recursos federales que se administran dentro del SPSS, en cuanto al FPGC se puede señalar que se orienta a cubrir los gastos generados por servicios médicos de alta especialidad a las personas que no cuentan con seguridad social, y es que existen enfermedades que requieren de tratamientos y medicamentos que son muy costosos debido a su grado de complejidad o especialidad, que sería casi imposible que pudieran pagar las personas pertenecientes a los primeros deciles de ingreso, una vez reconocido lo anterior se creó el fondo que funge como una alternativa para que las personas más pobres no lleguen incluso a morir por falta de recursos económicos y atención hospitalaria.

Dentro del presupuesto del SPSS se estipula que el 8% de los recursos captados sean destinados al FPGC, esto para que exclusivamente financien los casos más costosos; de hecho se observa un crecimiento sostenido que valió para lograr una TCMA de 36.1% en todo el periodo. Según lo programado por la CNPSS (2012g), la entidad mexiquense contaba con un monto de \$1,373,310.64 mdp para cubrir las enfermedades de mayor gasto económico en 2012, esto apenas significaba un incremento de 9.2% con respecto a lo presupuestado en 2011 (Gráfica 41). El FPGC exclusivamente cubre las enfermedades contenidas en el CAUSES y las proporciona a través de los 25 prestadores de servicios acreditados en la entidad mexiquense, quienes pueden notificar sobre sus gastos al comité para que este les reembolse el costo de los tratamientos, siempre y cuando cumplan con la normatividad vigente.

Gráfica 41. Recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos al Estado de México. 2007-2012 (Miles de pesos)



Nota. Las cifras de 2012, están estimadas con base en la afiliación programada para el año
Fuente. Elaboración propia con datos de la CNPSS, 2012g

En cada año el Comité Técnico del Fideicomiso del SPSS, programa el número de casos a financiar para el periodo, no obstante se valida una cantidad mayor pues los prestadores de servicios registran los casos que atendieron por tipo de padecimiento para que les sean pagados; con respecto al Estado de México hasta Junio de 2012, le fueron solventados 1,183 casos por un monto de \$63.07 mdp, esto pertenece a los casos que atendió en 2011, de los cuales sobresale que el 26% corresponde a pacientes con Cáncer de Mama y el 31.3% por Cuidados Intensivos Neonatales; sin embargo aún faltan por pagar más casos que se tendrán que saldar a lo largo del 2012. A nivel nacional el mayor monto que se autoriza es para los pacientes con VIH/SIDA a los cuales se les suministra antirretrovirales y practica pruebas de laboratorio por ello se les designó en 2012 un total de \$246.10 mdp.

**Tabla 69. Recursos del Fondo de Previsión Presupuestal al Estado de México.
2007-2012 (Cifras en pesos)**

Año	FPP		Total
	2%	1%	
2007	73,503,323.00	36,751,661.00	110,254,984.00
2008	110,994,976.00	55,497,488.00	166,492,464.00
2009	172,557,521.00	86,278,761.00	258,836,282.00
2010	212,765,729.00	106,382,864.00	319,148,593.00
2011	314,517,003.00	157,258,502.00	471,775,505.00
2012	343,327,661.00	171,663,830.00	514,991,491.00

Nota. Las cifras de 2012, están estimadas con base en la afiliación programada para el año

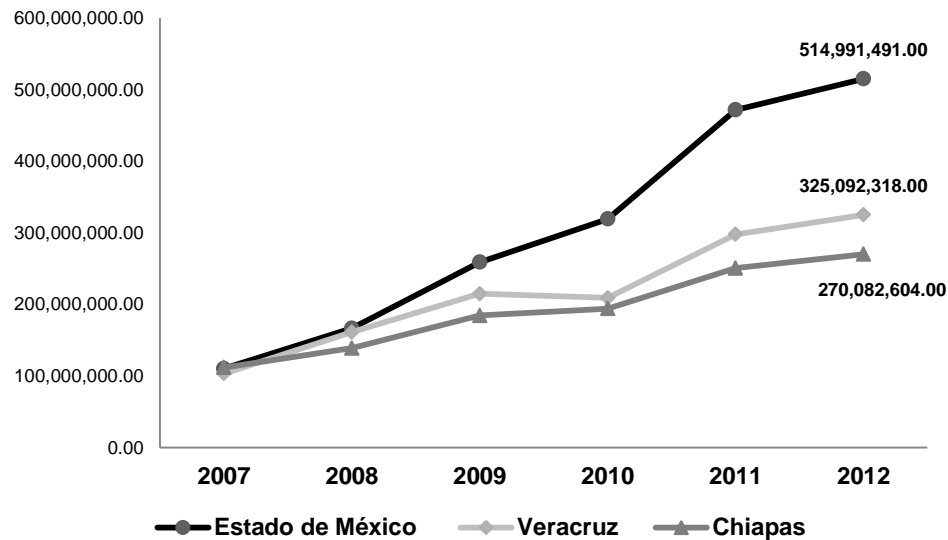
Fuente. Elaboración propia con datos de la CNPSS, 2012g

Lo anterior da una idea sobre el proceso que se consumará para que los recursos les sean otorgados a la entidad mexiquense, pero adicionalmente a esto se contempla al Fondo de Previsión Presupuestal (FPP), que funciona con el 3% de los recursos gubernamentales aportados para la operación financiera del SPSS, este a su vez se divide, de tal forma que un 2% se asigne a infraestructura y equipamiento de unidades médicas en primarias, este monto en 2011 fue de \$314,517,003.00, esperando que para 2012 se incremente en un 9.2%. La tercera parte se utiliza para cubrir las diferencias imprevistas en la demanda y para garantizar el eventual incumplimiento de pago por la prestación interestatal de servicios de salud, por lo tanto en 2011 sumó \$157.20 mdp y se programaron para 2012 un total de \$171.60 mdp (Tabla 69).

Desde el inicio de operaciones del FPP sus recursos se han destinado prioritariamente a facilitar la operación del sistema y las relaciones entre los estados, ejerciendo funciones compensatorias, este se basa en el Plan Maestro de Infraestructura, que busca mejorar la situación en que se encuentran las instalaciones del sistema de salud especialmente en zonas de mayor marginación social. No obstante como los recursos son escasos y preexisten obras de infraestructura por realizar o mejorar, estas se tienen que atender por prioridad para su financiamiento. Aparte del Estado de México, las entidades de Veracruz y Chiapas, fueron las que contaron con los mayores recursos, pues a 2012 tenían programados \$325.00 y \$270.00 mdp respectivamente, para hacer frente a sus obligaciones, estas son

quienes pueden aportar más a sus localidades que se caracterizan por ser numerosas y con un alto porcentaje de zonas marginadas (Gráfica 42).

Gráfica 42. Evolución del Fondo de Previsión Presupuestal de los estados de México, Veracruz y Chiapas. 2007-2012 (Cifras en pesos)



Nota. Las cifras de 2012, están estimadas con base en la afiliación programada para el año Fuente. Elaboración propia con datos de la CNPSS, 2012g

Como se ha mencionado tanto el FPGC como el FPP conforman al FSPSS, que ha crecido de manera constante en beneficio de los casos que se cubren y de la infraestructura que se utiliza en las instituciones de salud. A pesar de esto resalta la reducida cantidad de enfermedades que son cubiertas por el FPGC y que están susceptibles de ser reembolsadas económicamente a los prestadores de servicios; por otro lado son muy pocas las unidades acreditadas, tomando en cuenta que el Estado de México es el más poblado y que se encuentra conformado por 125 municipios que tendrían al menos que tener una unidad acreditada cada uno. Pero además sobresale que las entidades tienen que pasar por un proceso tardado para que les sean pagados los servicios, lo que restringe aún más su presupuesto y los imposibilita a costear otros padecimientos.

3.4.2.4 Total de recursos ejercidos y su relación con las metas de afiliación del Estado de México

A través del estudio que se ha podido establecer que la principal fuente de ingresos del SPSS proviene de la Federación, ya que no solamente se contabilizan como tal la cuota social, aportación solidaria federal, sino también el FPP y FPGC, estos cuatro se establecen en el PEF, empero es la CNPSS la que asignan a las entidades federativas los recursos económicos, ya sea con base en la afiliación registrada o una vez determinados los servicios de salud que tienen que otorgar las instituciones de salud, dentro de estos se encuentran las intervenciones, tratamientos, exámenes de laboratorio, o incluso los requerimientos de equipo médico e infraestructura. Es normal que se lleguen a dar diferencias entre los recursos ejercidos y los autorizados, pero cuando los fondos no son suficientes el reembolso se realiza un año después o se descuentan en caso de que hayan sido excesivos.

Para volver más efectiva la asignación de los recursos en 2010 se cambió de prima por familia a una por persona, esta reforma pretendía promover una distribución más equitativa aunque también se quería evitar que se consignara un monto inadecuado ya que las familias estaban compuestas de distinta manera. De hecho por esta reforma se creó un fondo compensatorio que se otorgó por única ocasión en 2010, para indemnizar a las entidades federativas que tuvieron una disminución en las aportaciones federales por el cambio en la unidad de afiliación, si bien únicamente fueron 11 los estados (no se incluyó al Estado de México) que se vieron beneficiados con tal fondo este llegó a sumar \$559.70 mdp.

Tabla 70. Recursos ejercidos. 2007-2011 y autorizado 2012 por el SPSS del Estado de México (Miles de pesos)

Concepto	Ejercicio Fiscal						TCMA (%) 2007-2012
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Cuota Social y Aportación Solidaria Federal	1,641,222.46	2,437,202.37	3,797,126.19	5,029,483.13	7,140,524.46	7,908,798.64	37.0
Fondo de Previsión Presupuestal	110,254.98	166,492.46	258,836.28	319,148.59	471,775.51	514,991.49	36.1
Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos	294,013.29	443,979.91	690,230.09	851,062.92	1,258,068.01	1,373,310.64	36.1
Aportación Solidaria Estatal	620,805.09	931,165.91	1,457,411.50	1,797,029.97	2,647,449.52	2,900,907.06	36.1
Cuota Familiar	155.5	153.7	84.53	84.45	-	259.00	10.7
Total	2,666,451.33	3,978,994.35	6,203,688.58	7,996,809.06	11,517,817.50	12,698,266.83	36.6

Fuente. Elaboración propia con datos de los Informes de Resultados del SPSS

Al tomar en cuenta los recursos federales y estatales que llegan al SPSS, se encuentra que en los tres primeros años del periodo, aumentaron en promedio los recursos a una TCMA de 52.5%, siendo en 2009 cuando se ejercieron el doble de los fondos, a pesar de que la prima se asignaba por familia. En cuanto al año 2010 se puede observar en la tabla 70, que el crecimiento apenas era del 28.9% originado por el cambio del régimen. Durante 2011 nuevamente se volvió a denotar el buen desempeño de los años anteriores, logrando así ejercer 44% más de lo registrado en 2010. El monto que se autorizó para el año 2012, según la afiliación programada fue de \$12.60 mdp, de los cuales se habían ejercido hasta el primer semestre un total de \$8,741.89 mdp, aun y cuando ya se había sobrepasado la afiliación proyectada. Se puede deducir que la TCMA para todo el periodo fue de 36.6% generada principalmente por el crecimiento que mostró la ASF y CS.

Como es bien sabido el SPSS tiene un objetivo concreto y este es reducir la población sin seguridad social que se encuentra en la entidad, no obstante para obtenerlo ha tenido que fijar metas de afiliación. Desde el inicio del SPSS se propuso alcanzar la cobertura universal en 2010 a través de la afiliación de 6.2 millones de usuarios, sin embargo no se consiguió cumplirla ya que solamente se incorporaron 5.8 millones de beneficiarios, lo que significa que se cubrió al 93.3% del total de la población programada. Asimismo esto condujo a que la entidad dejara de percibir

\$231.00 mdp por concepto de CS y \$245.00 mdp de ASF, en suma fueron aproximadamente \$476.50 mdp perdidos por no lograr la cobertura estimada.

Lo que indujo a que se perdieran más recursos de los proyectados fue que las transferencias por parte de la Federación son mensuales y aunque se alcanzará la meta anual de afiliación en el último mes del año, se recibió el total de recursos programados para ese mes, pero lo que se perdió en los meses anteriores es irrecuperable, está es la razón por la que el esfuerzo al afiliar debe ser constante pues de no ser así una gran proporción de los recursos se perderá. Ya en 2011 se superó la meta de afiliación que era de 6.3 millones de personas en un 3.3%, llegando con ello a incorporar a 6.5 millones de usuarios. Con relación al 2012, en su primer semestre ya se había rebasado la afiliación programada en un 0.3%, esto es muy favorable ya que no se están perdiendo recursos económicos, aunque asimismo se tendrían que efectuar maniobras para promocionar su reafiliación dentro del SPSS.

Todos los recursos recabados del SPSS por la entidad mexiquense se destinan directamente al financiamiento de las estrategias contenidas en el programa, ante esto si los recursos disminuyen todo el sistema se ve afectado, especialmente las intervenciones o medicamentos que resultan ser más costosos, además las unidades de salud se enfrentarían a situaciones mucho más precarias ya que les sería imposible brindar servicios integrales a todas las personas que lo requirieran. También las acciones de promoción se verían restringidas pues las instituciones preferirían destinar esos recursos al tratamiento de las enfermedades que a seguir promoviendo el programa que sólo conllevaría a mayores gastos. Ante esto las zonas más perjudicadas serían las más pobres quienes de por si tienen poca infraestructura en comparación con las zonas urbanas.

Al menos en la entidad los programas que han tenido mayor difusión son: Embarazo Saludable, SMNG y el Oportunidades. En su caso el SMNG puede ver debilitados los fondos que se le brindan por el desvío de sus recursos a subsanar los incrementos de la demanda y se estarían afectando el número de intervenciones. Con respecto al Embarazo Saludable estaría el riesgo de que no se les concediera un seguimiento clínico a las pacientes lo que repercutiría en su recuperación y

posiblemente se originarían gastos no previstos a los usuarios. El programa Oportunidades no es tan dependiente de los recursos económicos del SPSS como los demás pues está provisto por los fondos de la SEDESOL, pero aun así los beneficiarios padecerían por los escasos recursos que se asignan a las unidades médicas.

Lo anteriormente señalado forma parte de los escenarios posibles a los que se enfrentará el SPSS en la entidad si no se llegarán a captar los recursos programados. Pero actualmente en lo que está fallando el sistema en términos generales es que no existe un control integral, ya que únicamente la CNPSS se está enfocando en el destino de los recursos a nivel estatal sin poner mayores controles al ejercicio de los recursos municipales, por ello es necesario que la entidad mexiquense diseñe mecanismos y estrategias en los municipios que lo conforman para transparentar la ejecución de los mismos. Además de que se debe volver más eficiente la distribución de los fondos que otorga la CNPSS, ya que el tiempo en que son concedidos llega a ser muy tardado y muchas veces laborioso.

Al parecer el Estado de México ha comprendido que el funcionamiento del SPSS se basa en la afiliación de los usuarios, ejercicio de los recursos, otorgamiento de los servicios de salud, sostenimiento de las estrategias e infraestructura, así que ha tratado de aprovechar su posición dentro del programa para proporcionar unidades más equipadas y mayor equipo médico a pesar de los requerimientos que tiene que cumplir antes como lo es el asegurar la atención médica a todos los individuos. Hasta el momento hace falta denotar las actividades que se han puesto en marcha para aseverar la continuidad del SPSS, estas se han completado conforme ha evolucionado el programa y esto las convierte en un punto de interés para el entendimiento de su desarrollo en la entidad.

3.5 Acciones implementadas por el Estado de México para el fortalecimiento del Sistema de Protección Social en Salud

El compromiso que ha adquirido el Estado de México con la población sin seguridad social, de alguna manera se ve reconocido con la implementación del SPSS, el cual vino a ofrecer nuevas opciones de servicio a los más desprotegidos que se ubican en zonas de difícil acceso, lugares donde existen grandes restricciones para acceder a servicios médicos completos y que truncan su derecho a la salud pues no existen los recursos necesarios para implementar instituciones de salud, por ello la pobreza en que se encuentran muchos individuos es su principal impedimento para acceder a mejores condiciones de vida. Una vez reconocidas las demandas de la sociedad en materia de salud, y considerado los beneficios que se han obtenido a nivel médico y económico, sobresale que no basta con la instauración del SPSS en la entidad sino que se debe reforzar su posición para que su cobertura y funcionamiento mejoren.

A través del tiempo no solamente la entidad mexiquense sino también otros estados del país han tenido que echar mano de sus habilidades para que el SPSS se expanda y se formalice como pilar de aseguramiento público en salud. Sin embargo para que esto continúe siendo posible la atención se debe enfocar a la base financiera del SPSS, la cual se debilita por el desgaste de la actual infraestructura, por los costos derivados del incremento de la demanda, o igualmente por el cambio en el perfil de morbilidad, de ahí que se requieran de fuentes complementarias de financiamiento como las procedentes del sector filantrópico u organizaciones no gubernamentales, actualmente la fundación TEMEX es uno de los más destacados colaboradores del SPSS, apoyando programas como Cirugía Extramuros y ayudando a expandir la cobertura de alta especialidad.

Lo que ha permitido proseguir con el SPSS es que se han unido las instituciones estatales y municipales, para evitar que el sistema se vea afectado por los ciclos políticos, pues estos conllevan un grado de riesgo de pérdida en la continuidad. También se observa como gradualmente se ha dado un cambio en la

administración de los recursos materiales, humanos y financieros, que en conjunto hacen posible la prestación del servicio en el Estado de México. Sumado a lo anterior son notorias las modificaciones que han sufrido los presupuestos para sustentar la creciente demanda, no obstante debe cuidarse que las mejoras abarquen a las unidades médicas y profesionales de la salud, pues sólo así los actores que participan en el proceso estarán lo suficientemente informados e involucrados.

Los acuerdos con hospitales y centros de salud de las redes estatales y privadas, han favorecido el tratamiento de enfermedades complicadas que la mayoría de las veces son altamente costosas e incluso difíciles de aliviar en las unidades habituales, es por ello que disponer de sus aportaciones significa un medio para atender a más usuarios. Se puede establecer entonces que el Estado de México ha dado continuidad a las estrategias del SPSS y ha reconocido que su labor debe ser mayor a consecuencia del alto número de población abierta que se halla en la entidad, pero esto tendrá que ser un estímulo dirigido hacia la captación de mayores recursos y al correcto uso de las transferencias por persona, pues como se ha observado anteriormente pese a que la entidad capta altos montos, esto no ha representado un incremento sustancial en los recursos otorgados por usuario afiliado, situación que constituye un freno para el otorgamiento de los servicios.

Las actividades de promoción y difusión del SPSS dentro de la entidad indujeron a que las personas se sintieran atraídas y quisieran afiliarse cuando conocieron las características del programa, tales como el hecho de que no perderían los beneficios que les brindan otros programas federales si es que deciden incorporarse al SPSS, sin tener que realizar altos gastos. Aunado a esto con el tiempo sea tratado de complementar el programa para que se adecue a las demandas de los afiliados, mediante la ampliación de la cobertura en intervenciones y servicios, en este último destaca el sistema de portabilidad, que ha dado paso a la coalición entre las instituciones de los diferentes estados del país, entre los que sobresale el Estado de México.

Con respecto al desabasto de medicamentos, este ha constituido una seria problemática que se ve agravada por incumplir las indicaciones de la CNPSS, como el

de respetar los precios de referencia que se estipulan en el CAUSES al momento de adquirir los medicamentos o el de implantar controles sobre los inventarios que funge como referente para la compra futura y ayuda a las maniobras de abastecimiento. La propuesta del SPSS para solucionar el desabasto se ha dirigido a proporcionar una Receta Asociada a la Entrega de Medicamento (RASEM), con la cual los usuarios puedan obtener los medicamentos en farmacias privadas sin costo alguno, pues serán pagados por el Estado, aunque apenas se encuentra en fase piloto²¹ es motivo de especulación la base sobre la cual se sustentará financieramente y en caso de que funcionará en la entidad mexiquense que medicinas serían cubiertas.

Para apoyar al soporte de los procesos operativos del SPSS se ha generado un esquema tecnológico de cobertura nacional conocido como Plataforma Tecnológica Integral cuya finalidad es contener costos, optimizar los recursos financieros y coadyuvar en el proceso de aseguramiento, aunque también permite dar respuesta oportuna y rendir cuentas en un menor tiempo, lo que la convierte en una actividad que favorece a la aceptabilidad del SPSS entre la población. Asociado a lo anterior se encuentra la Tarjeta Inteligente que sirve como credencial para los afiliados, no obstante no ha pasado de ser una prueba piloto que de llevarse a cabo en todos los estados reduciría los gastos por concepto de credencialización y mejoraría la calidad en la prestación, este es uno más de los instrumentos que ha utilizado el SPSS y que asociado a la opinión de los usuarios puede rendir mayores resultados de los esperados.

²¹ Únicamente son cuatro las entidades federativas que han implementado esta propuesta y son: Campeche, Guanajuato, Nuevo León y Querétaro.

3.5.1 Conformidad de los usuarios con respecto al Sistema de Protección Social en Salud en el Estado de México

La percepción de los usuarios sobre el SPSS permite esclarecer los puntos en que se debe trabajar más arduamente para mejorar su satisfacción dentro del programa, la información se basa en una serie de entrevistas que realizó el SPSS a los afiliados a partir de 2008 en las unidades médicas de los tres niveles de atención: centros de salud, hospitales y centros hospitalarios de alta especialidad. Actualmente se efectúa el estudio por entidad federativa para visualizar la posición en la que se sitúan con respecto a la media nacional, los conceptos que se toman en cuenta son: satisfacción de los usuarios del SPSS, reafiliación, tiempo de espera para ser atendidos, satisfacción con la atención del médico, periodicidad en la que se entregan los medicamentos y proporción de usuarios que manifestaron recibir todos o casi todos los medicamentos.

Durante 2008 y 2009 las mediciones se elaboraban de manera semestral de tal modo que ubicadas las debilidades que presentaba el sistema sirvieran para entablar mejoras a nivel estatal, si bien en el primer año del ejercicio aún no se desplegaba la información para todos los estados si se encontró que la satisfacción de los usuarios mexiquenses con respecto a los servicios brindados por el SPSS es del 96%, y el 91% estaba conforme con la periodicidad en que se entregaban los medicamentos (CNPSS, 2009). En 2009 se eligieron 290 centros de los tres niveles de atención en las 32 entidades del país lo que condujo a que se aplicarán 201,108 encuestas; en la entidad los resultados mostraron que la satisfacción del servicio era del 93.7%, en tanto que el 94.5% de los usuarios estaban dispuestos a reafiliarse y en promedio el tiempo de espera para recibir atención fue de 72.7 minutos (CNPSS, 2010a).

Para el año 2010, las mediciones se efectúan en forma anual de acuerdo a lo establecido en el PEF, pero a fin de consolidar la solidez de la información se decidió incrementar a 19,157 las encuestas en 379 centros de salud; en este año aumentó considerablemente la satisfacción de los usuarios mexiquenses sobre el SPSS (97.2%) y el interés en reafiliarse creció al rango de 96.9%; los tiempos de espera para

recibir atención se han ido incrementando teniendo que esperar los usuarios hasta 134.1 minutos en las unidades del Estado de México para ser atendidos. Lo positivo en este año fue que una mayor proporción de personas recibió los medicamentos recetados (87.6%) y que la periodicidad en que se entregaron le complació al 90.7% de los beneficiarios (CNPSS, 2011).

En 2011 la encuesta alcanzó un mayor nivel de extensión geográfica llegando a abarcar 761 centros de atención en todo el país. A lo largo de este año la satisfacción de los usuarios disminuyó (94.5%) al igual que el lapso en el que se entregan los medicamentos (88.5%), aun así fue menor el porcentaje de personas que recibieron todos o casi todos los medicamentos en comparación con 2010 (81%), por otra parte casi el 99% de los beneficiarios se muestran dispuestos a reafiliarse lo que en cierta medida se puede deber a su percepción sobre la mejor atención de los médicos, por último el tiempo de espera para recibir atención es menor al de 2010 pues son en promedio dos horas las que pasa un usuario en su unidad médica antes de ser atendido (CNPSS, 2012b). Debido a que el estudio es anual, no se tienen los resultados de 2012 pero si se ha dado a conocer que se aplicaran 21,664 cuestionarios a nivel nacional en 896 unidades médicas.

Los resultados que publica el SPSS son un referente para perfeccionar la atención que otorgan los médicos y reducir el periodo en que se surten los medicamentos, pero la información será de ayuda para las entidades federativas siempre y cuando los datos no muestren alteraciones y reflejen realmente la percepción que tienen los usuarios del SPSS, no obstante dependerá de los estados las estrategias que se implementan para entregar completamente los medicamentos o reducir los tiempos de espera. Aun cuando les compete a los estados supervisar las maniobras de financiamiento, gestión de servicios de salud, componente Oportunidades, afiliación y operación, es pertinente que la CNPSS ejecute sus propias observaciones sobre el desempeño operativo del SPSS.

Concretamente al Estado de México durante 2008 le fueron supervisadas 388 unidades, lo que permitió detectar 100 problemáticas, por ello les fueron asignadas 113 recomendaciones enfocadas hacia la gestión de servicios y desempeño de la

afiliación, en este año hizo falta aclarar el uso de \$1,354.20 miles de pesos, que alude justamente al tipo de desfalcos que dañan la estructura del SPSS (CNPSS, 2009). Ya para 2009 se contabilizaron un total de 520 visitas a las unidades médicas de la entidad guiando mayormente las supervisiones al programa Oportunidades. Entretanto en 2010 y 2011 el seguimiento que realizó la CNPSS se orientó a la gestión de los servicios de salud, al financiamiento de las actividades y posteriormente al componente Oportunidades (CNPSS, 2010a).

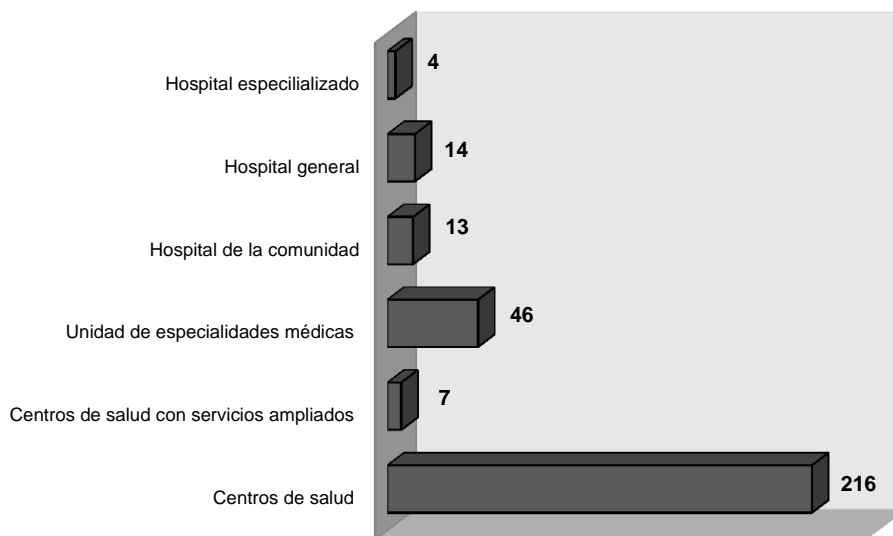
Las ventajas que adquiere la entidad con la supervisión de sus actividades es la identificación de áreas de oportunidad, generación de recomendaciones, acciones de mejora para propiciar que se cumplan los objetivos del SPSS y corrección de las desviaciones detectadas en la operación del programa, aunque también la CNPSS obtiene beneficios ya que consolida la coordinación con las entidades, reconoce las líneas de acción de cada una de ellas y se mejora en conjunto toda la organización tanto del SPSS como de la CNPSS. El hecho de que se conjuguen las opiniones de los beneficiarios directos y de la comisión supervisora otorga panoramas diferentes sobre la operación del programa y suelen ser de mucha ayuda para detectar los puntos más débiles así como manifestar las actividades que fortalecen la oferta del servicio.

3.5.2 Mecanismos que permiten el fortalecimiento de la oferta del servicio

El crecimiento gradual que ha mostrado el SPSS ha conllevado a que las demandas se orienten hacia la obtención de más y mejores servicios de salud, lo que hace necesario el robustecimiento de las unidades médicas que se encuentran en las entidades federativas. En muchas ocasiones se ha destacado que uno de los frenos que más daña el abastecimiento del servicio es el carente número de instituciones de salud, y a pesar de conocerse que se requiere de la ampliación del presupuesto público para que se sigan costeadando los gastos por la creación de nuevas obras de infraestructura, tal parece que pasa a segundo término en las prioridades que establecen los estados, pues aún prevalecen sectores desprovistos de atención médica. Por todo ello el SPSS creó un mecanismo que vendría a trabajar como instrumento rector para la planeación de infraestructura física que es el Plan Maestro de Infraestructura (PMI).

Este plan intenta racionalizar y optimizar la inversión financiera en infraestructura para así cubrir en el mediano plazo el incremento de la demanda del SPSS, se maneja a través de una serie de acuerdos que se entablan con las entidades federativas, no obstante dadas las barreras presupuestales se sigue una priorización de obras por medio de la cual se consideran las proyecciones poblacionales, las características epidemiológicas, se realizan comparaciones para detectar el costo-efectividad, se toma en cuenta la oferta prevaleciente y la red de prestadores de servicios disponibles, así mismo se efectúa un estudio sobre el área en donde se realizará la obra y los aspectos que intervienen para la sustentabilidad financiera del proyecto. Como se mencionó en el apartado del FPP, las obras serán incluidas en el PMI toda vez que hayan recibido un certificado de necesidades expedido por la Subsecretaría de Innovación y Calidad (DGDIF, 2003).

Gráfica 43. Obras terminadas registradas en el censo histórico del PMI Estado de México. 2013



Fuente. Elaboración propia con datos de la DGPLADES, 2013

Las acciones pueden ir desde la construcción, sustitución, o ampliación de las obras de salud; de acuerdo a los datos de la DGLADES (2013), en el Estado de México hasta 2013 hay un total de 300 obras terminadas registradas en el PMI donde el 70.1% se fortalecieron con infraestructura, el 20.3% son obras nuevas, y las restantes se ampliaron o sustituyeron (9.6%). Como se puede observar en la gráfica 43, la mayoría de las acciones se implementan en centros de salud, seguido por las UNEME y hospitales generales. A los estados y al SPSS les ha convenido contar con el PMI ya que así pueden alinear sus recursos y fortalecer los servicios cubiertos por el CAUSES y el FPGC (DGDIF, 2003). No obstante se volvió necesario evaluar la capacidad operativa de las unidades médicas que brindan atención médica a los usuarios, por esto se establecieron dos mecanismos que son la acreditación y certificación.

La acreditación es de gran ayuda para evaluar la capacidad que tienen las instituciones de otorgar los servicios, es indispensable que si desean formar parte de la red de prestadores de servicios aprueben este procedimiento, cabe señalar que las características que deben cumplir las unidades son distintas, pues en el caso de un centro de salud su composición será como mínimo un odontólogo, un médico y dos

enfermeras; en tanto que un hospital de especialidad debe contar con un equipo de médicos subespecialistas y personal técnico asociado a una cama censable, además ofrecer consultas externas de especialidad, servicios de hospitalización y quirófano. Si en el dictamen resulta que la acreditación es favorable la unidad es incorporada a la red de prestadores, pero tendrá que someterse anualmente a revisiones hasta que finalice la vigencia que es de dos años (Secretaría de Salud, 2006).

En caso de que el dictamen no sea favorable o condicionado, los servicios de salud del Estado en donde se halla la unidad habrá de brindar apoyo financiero proveniente del SPSS para que ésta pueda mejorar los aspectos que le fueron señalados. Por su parte la certificación se entiende como un proceso de mejora continua que coadyuva a elevar la calidad de los servicios, ante estas circunstancias los prestadores del SPSS se comprometen a certificarse en un periodo no mayor de dos años. En la primera etapa se evalúa la infraestructura de la unidad y solamente en caso de ser favorable el dictamen procede a la segunda etapa donde se analizan los procesos y resultados, si nuevamente termina favorablemente esta etapa entonces el proceso habría terminado, si no fuese así se tendría que iniciar de nuevo el proceso (Secretaría de Salud, 2006).

La diferencia entre la acreditación y la certificación es que en la segunda no existe la obligación por parte del Estado de apoyar financieramente a las unidades en caso de que su dictamen sea desfavorable. Aunque ambos trabajan conjuntamente por una cultura de calidad en los procesos necesarios para la prestación de los servicios médicos y su labor es apropiada para reconocer aquellas instituciones que están capacitadas, su evolución ha sido muy pausada e incluso los resultados no son los más satisfactorios. Lo más conveniente sería que de alguna manera se les exigiera a todas las instituciones realizar las evaluaciones, pero será necesario que se sientan apoyados por sus estados quienes además tendrán que incentivarlos facilitando los trámites e informándolos sobre ambos mecanismos.

Cuando se concluya el proceso de acreditación se ubicará a las unidades en una de las dos posibles redes de prestadores de servicios, la primera es la red estatal que se encuentra conformada por centros de salud y uno o varios hospitales de

especialidades básicas en un mismo Estado. Esta red funge como el primer paso en el proceso de referencia–contrarreferencia, lo que quiere decir que si la atención que requiere el afiliado rebasa la capacidad resolutive del centro de salud podrá ser referido al hospital regional que corresponda. La segunda es la red de prestadores de servicios de gastos catastróficos, conformada por los hospitales de alta especialidad también conocidos como centros regionales de alta especialidad, en este caso para que un afiliado tenga cobertura financiera tendrá que ser transferido del hospital regional al centro de alta especialidad (Secretaría de Salud, 2006).

Se puede deducir con todos los mecanismos antes indicados que si se desea fortalecer la oferta se requerirá de un trabajo donde coadyuven las unidades médicas, los gobiernos estatales y la Secretaría de Salud, ya que de esta manera se logrará un consenso para definir las estrategias que rindan los mejores resultados en el mediano plazo. Lo más conveniente sería que el PMI, la acreditación, la certificación y el establecimiento de redes de prestadores de servicios del SPSS, se conjuguen pues sólo así se obtendrán servicios completos, de calidad, oportunos y eficientes en el Estado de México. De igual manera estos vienen a complementar al SPSS y sus estrategias, ya que influyen directamente en los prestadores de servicios, disponibilidad de infraestructura y satisfacción de los usuarios.

3.5.3 Fortalezas y debilidades del Sistema de Protección Social en Salud

Es conveniente fijar las acciones que han frenado o incentivado la evolución del programa específicamente dentro de la entidad, esto con la intención de conocer las operaciones que se tendrán que robustecer en caso de que se quiera que el SPSS sea un proyecto de largo plazo que mantenga los recursos precisos para cumplir con sus obligaciones en salud. Las estrategias contenidas en el SPSS, son esencialmente los instrumentos a través de los cuales se atiende a los afiliados, estos han sido diseñados para complementar los servicios en las unidades de salud, se enfocan en los grupos más vulnerables que durante años han sufrido por el desapego de los gobiernos estatales, de ahí que sus cambios influyan en todo el programa.

El SPSS cuenta con los mecanismos necesarios para cumplir con su objetivo de asegurar a la población sin seguridad social que vive en la entidad mexiquense, aunque los ha tenido que configurar para obtener la satisfacción de los usuarios. Como parte de sus fortalezas se pueden considerar las acciones promovidas para ampliar el paquete de servicios, a su vez el esquema de financiamiento ha estado sujeto a cambios para que la distribución de los fondos sea más equitativa, con respecto a la atención médica está se ha estructurado de tal forma que no solamente sea brindada en el lugar de afiliación del usuario sino que exista un sistema de portabilidad interestatal.

De esta manera si la entidad decide efectuar las acciones anteriores y se orienta a complementarlas con la implementación de controles y seguimientos de rendición de cuentas se podrá garantizar el financiamiento de largo plazo, claro sin dejar de lado que tendría que redoblar la atención de las intervenciones preventivas que generan padecimientos de alto costo o corregir las deficiencias operativas que causan retrasos al otorgar los servicios, todos estos representan campos de oportunidad que conllevarían a un mejor sostenimiento del programa. Siempre y cuando se mejoren las debilidades que presenta actualmente el SPSS, se podrá optimizar el otorgamiento del paquete de servicios y el cumplimiento de los objetivos.

En particular, se requiere de una ampliación la red de prestadores de servicios ya que estos se ligan a la falta de cobertura, de acreditación y acuerdos con otras instituciones; igualmente que el REPSS actúe necesariamente bajo sus funciones de planeación, programación y administración; también que se establezca la compra estratégica de los servicios; y para finalizar que se busque la eficiencia financiera en el uso de los recursos. Lo que pone en mayor riesgo al SPSS es la falta de recurso humano capacitado, la carente corresponsabilidad financiera, el uso de los fondos del SPSS como caja chica de los SESA y el no garantizar el acceso efectivo de las personas ubicadas en zonas dispersas y de difícil acceso.

A grandes rasgos se ha efectuado el análisis sobre el SPSS, no obstante para tener un mayor conocimiento sobre este es conveniente que se examinen sus componentes. Por tal motivo se comenzará con el CAUSES que es un documento que describe los servicios e intervenciones que brinda el SPSS, el acierto de este es que incrementa gradual y sustantivamente la cobertura de sus intervenciones, pues actualmente el 100% del primer nivel y el 95% del segundo nivel de atención están cubiertos.

Lo que se requiere para mejorar el CAUSES es fortalecer el componente preventivo, conseguir mayor integración con la Secretaría de Salud en cuestiones de promoción, cubrir el 100% de las intervenciones de segundo nivel, desglosar las actividades señalando sus costos y realizar un ejercicio más completo para la determinación de las intervenciones dado el comportamiento de la población afiliada. Y es que si no se efectúa lo anterior, el CAUSES no estará apto para enfrentar la dinámica demográfica de envejecimiento de la población y el aumento de enfermedades crónicas, es por ello que su constante modificación es básica para el perfeccionamiento de todo el SPSS.

El diseño del SPSS ha permitido separar las intervenciones de alta complejidad y alto costo de aquellas más recurrentes dando como origen al FPGC, en este sentido a partir de su instauración los gastos de bolsillo en salud se pueden ver disminuidos y la cobertura de enfermedades como cánceres para todos los menores de 18 años tienden a incrementarse. La debilidad de este fondo es que a causa del escaso

presupuesto que se le destina no es capaz de cubrir todos los padecimientos, por lo que se vuelve necesaria una mejor planeación de los recursos y que se continúe favoreciendo la ampliación de la capacidad de atención.

Un problema que debe remediarse es que el gobierno ha utilizado los recursos del FPGC para combatir padecimientos que no están cubiertos de facto por el SPSS (epidemia de influenza AH1N1), esto ha inducido a que los recursos sean insuficientes para cubrir los padecimientos que si le corresponden, de no corregirse lo anterior los gobiernos estatales podrían llegar a desviar los fondos a otras actividades no acordadas. Con relación al SMNG y Estrategia Embarazo Saludable, se puede detallar que ambos cubren dos grupos poblacionales importantes para elevar los estándares de salud de la población presente y futura: niños y mujeres embarazadas. La fortaleza de estos es que impactan en la reducción de la mortalidad infantil y materna mediante la atención oportuna de las enfermedades.

Resalta el hecho de que el financiamiento que se destina para la atención de los menores de cinco años proviene de un presupuesto independiente que puede verse afectado por las voluntades políticas, no siendo suficiente esto además se le encarga al SMNG los rubros de prevención y promoción de la salud (vacunación), que por Ley le atañe a la Secretaría de Salud, ante esto lo más conveniente sería que se definieran las funciones que van a desempeñar cada uno los involucrados pues de otra manera únicamente se entorpece la enmienda de asegurar la prestación del servicio a niños y mujeres embarazadas.

Reconociendo que muchos de los inconvenientes que enfrenta el SPSS se deben a la dificultad para distribuir o usar los recursos y a la insuficiencia de los mismos, es propicio denotar las fortalezas y debilidades de los mecanismos de financiamiento, ya que solamente así se conocerán las acciones que tendrán que mejorarse para contar con una bolsa de recursos consistente. Hasta el momento se ha logrado avanzar en el establecimiento de reglas para la presupuestación de los recursos, lo que genera conciencia de la necesidad de que exista transparencia en el uso de los recursos por parte de las entidades federativas, pero falta que la asignación del presupuesto sea conforme a un proceso de planeación que garantice la cobertura

de los gastos que resultan del paquete de servicios. Es así como se vuelve necesario que el REPSS planee detalladamente el uso que dará a los recursos para que se realice mejor la compra de los servicios.

El gasto en salud que se efectúa en el Estado de México cuenta con la coparticipación federal y estatal, si bien los recursos que se le transfieren son los mayores a nivel nacional esto no ha generado un avance significativo en el monto que se asigna por persona. Aun cuando los recursos son escasos existen acciones que pueden emplearse para reducir la presión financiera como: contar con los recursos de manera íntegra; comprar de forma estratégica los servicios; alinear los recursos en una sola bolsa de recursos del SPSS; y aprovechar la sinergia con otros programas de la Secretaría de Salud para crear una cultura preventiva dentro de la población. Por otro lado, ha sobresalido la incapacidad de las entidades para acreditar la ASE, pues consideran que está no se calcula de forma equitativa al no tomar en cuenta criterios como: condiciones de marginación, capacidad de ingreso, entre otros.

Esta aportación no es la única que presenta debilidades financieras dentro del SPSS, ya que también resalta la CF que a pesar de ser diseñada como una cultura de corresponsabilidad por parte de los afiliados, no consigue funcionar para este objetivo pues crea cargas administrativas que resultan más costosas que lo aportado por las propias cuotas, ocasionado por el hecho de que prácticamente todos los afiliados están situados en el régimen no contributivo lo que los exenta de la responsabilidad de pago, es por ello que se dice que resulta costoso el cobro de las cuotas y marginal el monto que se obtiene producto de éstas. Lo más conveniente sería a nivel estatal conocer los montos y costos que se generan por la captación de la CF y en caso de un serio desequilibrio emplear algún mecanismo que sea menos costoso y más viable para disminuir la carga económica.

Se puede decir que el factor tiempo también juega un rol importante a causa de que el retraso en el envío de los recursos merma la capacidad de ejecución y control; por ejemplo en el caso del FPGC, aun cuando se ha mejorado el pago de los casos persiste la tardanza que incluso desincentiva la inclusión de más prestadores y afecta la operación de tercer nivel, aunado al hecho de que los recursos pasan por una serie

de aduanas antes de llegar al SESA; estos obstáculos perturban el cometido de prestar atención oportuna y de calidad, y es que como poder brindarla oportunamente cuando las unidades de salud no tienen los recursos a la mano para pagar el equipo médico, infraestructura, materiales de curación y capital humano.

Es así como resulta necesario que la transferencia de los recursos sea más rápida sin perder el control, quizá una mayor flexibilidad para la presupuestación y la identificación continúa de las necesidades que presentan las instituciones de salud aminoren el tiempo en que se desarrolla el proceso de asignación. En cuanto a la afiliación de los usuarios se puede resaltar la homologación que coexiste entre las entidades federativas como proceso continuo que busca alcanzar la cobertura universal, que una vez conseguida se efectuará con base en proyecciones del crecimiento poblacional y transitará hacia el proceso de reafiliación.

El aprovechamiento de las sinergias con programas sociales puede llegar a facilitar la operación del SPSS en áreas de difícil acceso, ya que de lo contrario se complica la ubicación de estas zonas, los beneficiarios serán los usuarios quienes contarán con los servicios más rápidamente. La debilidad que destaca del proceso de afiliación es que no es buena la asignación de los afiliados a los deciles de ingreso ya que la información que brindan los usuarios no es verificada por lo que la conformación de los deciles se vuelve poco confiable. Así como en el manejo de los recursos y en la afiliación se perciben áreas que pueden mejorarse igualmente en el sistema de acreditación pasa lo mismo, sólo que hace falta plantearlo como obligatorio para que sirva como fuente de incentivo y factor de presión para invertir los recursos, funciona como punto clave para la atención en salud de calidad, siempre y cuando sea un proceso dinámico.

Su fortaleza es que paulatinamente ha abarcado diferentes niveles de atención centrándose en el tercer nivel y ahora se ha logrado establecer como condición para ingresar a la red de prestadores, particularmente en la entidad este proceso debe abarcar todas las unidades médicas necesariamente las que son la única opción de atención en comunidades indígenas, pues de no ser así los perjudicados serán los usuarios quienes tendrán servicios inadecuados. El sistema de portabilidad igualmente

deja en evidencia su contribución al SPSS, al permitir que los afiliados reciban atención médica sin importar la entidad federativa en la que se encuentren. Al ser un mecanismo reciente se enfrenta a diversos problemas como el carente cumplimiento de los lineamientos establecidos para el pago de servicios cruzados entre entidades, asimismo que la validación de los casos es muy lenta lo que suscita dudas entre las instituciones que participan.

A pesar de que la prestación del servicio no es labor del SPSS, si lo es el asegurar que está sea bajo las mejores condiciones, haciendo uso de todos los mecanismos que tiene el SPSS, la fortaleza es que resalta un mejoramiento paulatino en el surtimiento de medicamentos, igualmente se crearon fuentes de recursos dedicados exclusivamente para la inversión en infraestructura y una de las más recientes es que se cambió las reglas de operación del FPP para incentivar su uso, a pesar del esfuerzo por mejorar la atención aún falta incorporar más infraestructura de primer nivel y capacidad para mantener las nuevas obras. Lo más conveniente para consolidar la provisión de los servicios es realizar un estudio minucioso en el Estado de México que manifieste las zonas que tienen más carencias y las que requieren de un mayor monto transferido del presupuesto para que no se entorpezcan las acciones.

Las Caravanas de la Salud han llegado a ser esenciales dentro del SPSS pero no es suficiente el número de unidades para abastecer las demandas a pesar de fungir como instrumento preventivo. Se vuelve preciso para garantizar el desempeño que se haga un seguimiento a los prestadores de servicios y que se seleccione a los proveedores que abastecerán a las unidades médicas conforme a los precios que otorgan esto para elegir la opción que se ajusta más al presupuesto y a la calidad de todo el SPSS. Por otra parte, sobresale que no solamente el contexto interno afecta al desarrollo del SPSS sino también el externo, dentro de este se encuentran las condiciones sociales y económicas de las localidades, los proveedores de servicios y algunos factores de carácter político, todos ellos influyen en la consecución de los instrumentos y mecanismos de financiamiento.

Por ser un sistema de carácter nacional es más complicado el detectar las principales dificultades que deberán ser atendidas inmediatamente, muchas de ellas

se pueden resolver con una adecuada administración y control sobre el uso de los recursos, incluso se aminorarán sus efectos si son oportunamente tratados y no se pasan por alto. En general el SPSS muestra un avance aunque este es muy mesurado y en cierta manera deja mucho que desear tomando en cuenta que constantemente se eleva la cantidad de usuarios afiliados, la entidad mexiquense ha tenido dificultades para incentivar los programas que se orientan a atender a las comunidades más apartadas, contrario a esto les ha dado mucho impulso a programas como el SMNG, Embarazo Saludable y al FPGC.

El reto que contrajo la entidad al aceptar el programa que funciona en beneficio de los más necesitados es muy grande, si se considera la proporción de población sin seguridad social que es atendida continuamente; nuevamente se vuelve a enfatizar que para conseguir que se mantenga en el largo plazo el SPSS, se requerirá de la participación del gobierno, de la distribución compartida de funciones y de la asistencia de las instituciones estatales. Lo que permitirá que cada uno de los implicados trabaje eficientemente es el hecho de que se sientan identificados con los mecanismos empleados, que se les involucre en las decisiones que se toman y perciban que es su responsabilidad la calidad del servicio y la cobertura. Es evidente que el SPSS muestra dificultades pero en si todo el sistema de salud tanto público como privado trabaja a niveles bajos y esto se debe a que no se les ha exigido un mayor esfuerzo e incluso no se les ha presionado. Por ello la restructuración tiene que ser más exhaustiva y completa donde todas las entidades sean favorecidas con las nuevas estrategias efectuadas y vean así aminoradas las inequidades en salud.

Conclusiones

En el estudio se ha dado un panorama general del funcionamiento del Sistema de Protección Social en Salud en el país, la relevancia que tiene este programa es que surgió como opción para las personas que se encuentran sin seguridad social, y que desfavorecidas por su situación económica no toman las acciones de prevención para evitar afectaciones en su salud. Mediante la investigación se pudo apreciar que existen otros factores que restringen el acceso de los individuos a la salud, como lo son la actividad económica que desempeñan, su condición laboral, la localidad en que residen, e igualmente el desconocimiento que tienen sobre los servicios de salud que les pueden ser concedidos en las unidades estatales.

A lo largo de la investigación se pudo comprobar la hipótesis de que “los recursos económicos destinados al Sistema de Protección Social en Salud han sido insuficientes, provocado que los programas que lo conforman se vean limitados en su funcionamiento y por ende en que la prestación del servicio no sea integral”. Ello se confirma en las conclusiones a las que se ha llegado y que a continuación se describen.

El hecho de que en México el servicio este segmentado en tres grupos (público, privado o de seguridad social), origina que la atención sea desigual, por lo que es aún más difícil que se logre volverlo equitativo. Aunque se pensaría que los servicios privados tendrían que ser otorgados a niveles satisfactorios, no es así pues todo el modelo de salud mexicano ha quedado rezagado y en parte se explica por la falta de infraestructura médica, tecnología, personal capacitado y recursos que sustenten la demanda. Este escenario dio paso a la creación del Sistema de Protección Social en Salud, como opción plausible para las comunidades más marginadas del país; en este caso la encomienda de los estados era facilitar sus instalaciones e integrar a sus unidades de salud en la red de prestadores de servicios.

El Seguro Popular es esencial dentro del Sistema de Protección Social en Salud pues es el encargado de ofrecer el componente médico a los usuarios y hacer validos sus derechos, a causa de su importancia se le ha designado un monto específico que

se incrementa anualmente, fue evidente como durante todo el periodo de estudio creció con una TCMA de 21.4% en términos reales. Para fijar el monto es forzoso calcular los recursos federales, el Fondo de Previsión Presupuestal y el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos, cada uno de los conceptos muestra tendencias diferentes; en el caso de los recursos federales estos se sujetan al número de afiliados que se hallan en las entidades federativas, sobresaliendo Chiapas, Guanajuato, México, Puebla, Jalisco, Oaxaca y Veracruz, por ser las mayores captadoras de recursos (\$99.70 mdp), situación que no sorprende pues figuran por cumplir con sus metas de cobertura universal. Particularmente se ha estimado que el Estado de México reciba el monto de \$7.90 mdp de aportaciones federales en 2012, aunque ya le fue otorgado una parte de lo programado (55.4%).

A pesar de lo novedoso que es el Fondo de Previsión Presupuestal, en su estructura se enfrenta a un reducido presupuesto, incluso los solicitantes tienen que emprender un largo proceso antes de que les sean otorgados los recursos, situación que deberá ser corregida mediante la agilización de los trámites y el correcto uso de los recursos, pues en 2012 contaba con \$4,176.80 mdp para efectuar el total de sus operaciones a nivel nacional. Mientras tanto se proyectaba que el Estado de México recibiera \$514.90 mdp, siendo la mayor parte asignada para la adquisición de equipo e infraestructura.

El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, resalta por el paquete de intervenciones de alto costo que cubrió hasta 2012 (58 intervenciones), y por los convenios que ha entablado con el sector industrial para obtener mayores recursos, que sirvieron para tratar 525,226 casos por un monto de \$23,387.90 mdp, si bien su crecimiento ha sido paulatino lo que se ha dejado de lado es la incorporación de más prestadores de servicios, que en el último año fueron 327 prestadores a nivel nacional, hallándose en la entidad mexiquense 25 de ellos a los cuales se les distribuyeron \$1,373.31 mdp por los servicios de alta especialidad que brindaron.

Con respecto a las aportaciones estatales y cuotas familiares, estas se incluyen en los presupuestos de los estados como gastos a la salud, y la utilizan para costear los servicios del Sistema de Protección Social en Salud, ambas fuentes de ingresos

suelen estar afectadas por factores como el poder adquisitivo de las personas y los ingresos disponibles de los gobiernos. La Aportación Solidaria Estatal sumó al finalizar el periodo \$23,262.10 mdp, apenas superior en 13.7% a lo captado en 2011; el Estado de México sobresalió por destinar en el último año \$2.90 mdp superando a estados como Veracruz y Chiapas. En cuanto a la Cuota Familiar, está ha reaccionado contrariamente pues cada vez es menos significativo el monto que se registra, simplemente en 2012 se obtuvieron \$40.74 mdp, cifra -77.9% inferior a la denotada en 2011; lo que se explica por la ampliación del decil no contributivo; aunque a los usuarios les conviene no realizar el pago, la verdad es que se dejan de cubrir gastos menores en las unidades médicas.

Uno de los sucesos que motivó la realización de esta investigación fue el saber que los estados comprometidos por ampliar el servicio de salud se plantearon la cobertura universal, que tenía un trasfondo que generaba interés y es que efectivamente la afiliación ha crecido en términos muy favorables ya que 52.7 millones de personas están afiliadas al programa, de las cuales 6.5 millones se registran en la entidad mexiquense, ubicándose como la que agrupa el mayor número de afiliados a nivel nacional. Sin embargo, una cosa son las maniobras para afiliar y otra las estrategias implementadas para enfrentar este exceso de demanda, ya que la adquisición de recursos (humanos y financieros) no ha seguido la tendencia de la incorporación de los usuarios, lo que ocasiona presiones y por ende la labor que se desempeña tiende a verse afectada, pues se asiste conforme a la disponibilidad y no con base en calidad.

Aun cuando se reconocieron las necesidades que prevalecían en materia de salud y se reunió a un conjunto de programas, para asistir a los grupos más vulnerables que presentan altas tasas de mortalidad, como las mujeres embarazadas que son atendidas por el programa Embarazo Saludable, no se detectó un cambio significativo a partir de su implementación en la entidad, ya que solamente se pasó de 54 a 53.1 muertes por cada 100 mil nacidos vivos en 2012. Estos datos demuestran que preexisten inestabilidades a nivel estatal, por tal razón debe confirmarse que la atención este siendo brindada oportunamente, que las acciones preventivas sean orientadas de manera adecuada, y que en las unidades médicas se encuentre el

personal idóneo así como el equipo apropiado para la prestación del servicio. Los recién nacidos son otro grupo que generó interés por esta causa se creó el Seguro Médico para una Nueva Generación, que atiende en el Estado de México a 832,846 niños.

El efecto de este programa sobre la tasa de mortalidad infantil ha sido mínimo a pesar de que se han ampliado las intervenciones (131 intervenciones de segundo y tercer nivel). Específicamente a este programa se le destina una fracción del ramo 12, que en suma fue de \$11.06 mdp, no obstante se ha podido percibir que cada año se ejercen menos recursos a pesar de que el presupuesto autorizado se ha incrementado constantemente, lo que nos indica que se están desaprovechando los recursos disponibles; además la Secretaría de Salud está transfiriendo un monto significativo al programa de vacunación que en sí no tendría que depender de los recursos del Seguro Médico para una Nueva Generación, operación que afecta mucho más el desarrollo del programa pues se reduce el número de padecimientos efectuados y se compran menos medicamentos.

Lo singular del Sistema de Protección Social en Salud es que se apoyó de algunos programas que ya contaban con una estructura definida y en este caso su labor fue encargarse de su componente de salud, como en el caso del Programa Desarrollo Humano Oportunidades en el que la atención se dirigió a impulsar las acciones preventivas, y garantizar el paquete básico de salud; empero lo que debe resaltarse es que se han creado vínculos con este tipo de programas para ampliar la cobertura de servicios que reciben los usuarios. El Sistema de Protección Social en Salud debe aprovechar los convenios que tiene con estos programas pues así reconocerá más fácilmente las zonas desprovistas de atención médica. Para continuar ejerciendo sus actividades el programa Oportunidades ha tenido a su disposición \$22.80 mdp, monto que ha servido para atender a 5.7 millones de beneficiarios y otorgar 21.9 millones de consultas. Actualmente cubre los 125 municipios del estado y ha distribuido 16.8 millones de dosis de suplemento alimenticio para niños menores de 5 años.

Al programa Oportunidades le hace falta ampliar el nivel de atención pues lo que ofrece no es suficiente, por esto mismo es necesario que promueva entre sus usuarios al Sistema de Protección Social en Salud, y les haga saber que con este tienen acceso a atención médica gratuita. El programa Oportunidades se ha enfrentado a grandes desafíos y es que el hecho de estar orientado hacia las comunidades indígenas y más desprovistas, no le ha sido de ayuda para lograr que los centros de salud se ajusten con calidad al aumento en la demanda de sus servicios, no obstante sobresale que la cobertura no ha garantizado que las necesidades de cuidados médicos estén siendo atendidas. Por lo anterior lo apropiado sería que una parte de sus recursos se destinarán a incrementar el número de médicos en las clínicas rurales, mejorar el abasto de medicamentos y suministros, para conseguir que se incida positivamente en la curación o tratamiento de los enfermos.

A pesar de que se les haya designado como grupos objetivo dentro del Sistema de Protección Social en Salud, los afiliados que provienen de zonas prioritarias y localidades indígenas no han fortalecido su participación, al contrario su intervención ha disminuido a tal grado que únicamente el 7.3% del total de los afiliados proceden de zonas prioritarias y el 2.2% de localidades indígenas; esto se fundamenta al considerar que el gasto que se requiere para instalar todos los servicios y hacer llegar la infraestructura a estas zonas, se eleva significativamente pues son más los requerimientos que deben cubrirse. A esto se anexa que los servicios que se brindan están limitados porque sólo se tiene cierta cantidad personal, camas, medicamentos y equipo. Pero aunque parezca una misión imposible es de suma importancia conseguirlo si se busca volver realidad la cobertura universal y el derecho a la salud de los más desfavorecidos.

El Programa Nacional de Cirugía Extramuros le ha sido de utilidad al Sistema de Protección Social en Salud para detectar las zonas que por su grado de marginación quedan desprovistas de salud, el mayor número de cirugías se han efectuado en: Zacatecas, Veracruz, Sinaloa, Guanajuato, Colima y Aguascalientes. El desempeño del Estado de México no fue tan destacado como el que mostró en otros programas, si bien ha logrado desde 2010 realizar las cirugías programadas, se ubica en una situación desfavorable en relación con otras entidades. La mayoría de las cirugías que

se practican son de tipo general (6,263), seguidas por las de oftalmología (913). Debido a los altos costos que se contraen por la realización de las cirugías y a que el presupuesto es insuficiente para favorecer a todos los que lo necesitan, fue preciso solicitar apoyo a instituciones del sector privado, quienes facilitaron recursos económicos o prestaron recursos físicos (equipo e instalaciones).

Con lo expuesto hasta el momento se ha demostrado que cada uno de los programas que conforman al Sistema de Protección Social en Salud exhibe dificultades de distinto orden, y es que mientras a unos les hacen falta recursos económicos para ampliar el paquete de servicios que ofrecen, otros requieren de financiamiento para asegurar las intervenciones médicas o para operar en las comunidades más marginadas. Mediante la investigación se pudo definir que el buen funcionamiento de los programas no solamente depende de los recursos que se transfieren sino también de otros factores como la forma en que se utilizan los recursos, el tiempo en que son reemplazados a los prestadores de servicios, y la asignación de los fondos a las unidades médicas, y es que el sistema debería favorecer con mayores recursos a las instituciones que funcionan bajo serias restricciones, ya que generalmente son las que se ubican en zonas marginadas e indígenas, y por tanto brindan incompleto el servicio.

Para complementar el estudio de los recursos que gasta el Estado de México, se tomó en cuenta el gasto público en salud que de acuerdo a los datos creció a una TCMA de 21.7%, siendo el IMSS quien ejerció el mayor gasto aún por encima de la Secretaría de Salud, en 2011 el gasto sumó 41,834.55 mdp, cifra inferior a la de 2010 pues se redujo marcadamente el gasto estatal en salud. Exclusivamente en la entidad mexiquense a partir del establecimiento del Sistema de Protección Social en Salud, el gasto para las personas sin seguridad social (\$2,911.44 pesos) fue mayor que al designado para la población con seguridad social (\$2,551.79 pesos), lo que se debe a que se amplió el gasto del sector salud, así como las aportaciones destinadas a entidades federativas y municipios (Ramo 12 y 33).

En promedio la entidad mexiquense destina el 3.2% de su PIB al gasto en salud, lo que es contraproducente, pues impide que exista una mayor inversión, que se

dispongan de más insumos y se condiciona el funcionamiento de los programas del Sistema de Protección Social en Salud. De hecho hay entidades que destinan hasta el 5% o más del PIB al sector salud, como Chiapas, Guerrero, Nayarit, Oaxaca y Tlaxcala. En el Estado de México la mayoría de la población asegurada pertenece al IMSS (35.8%), en tanto que el 7.8% está amparada por el ISSSTE y el restante 0.1% recibe atención médica de Pemex, por ello emplean al 42.1% del total del gasto público total; sin dejar de lado que al ISSEMYM que atiende a más de un millón de usuarios por lo que fue necesario transferirle \$11.7 mdp para costear sus servicios.

El gasto federal en salud dentro de su estructura tiene al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), que en 2012 totalizó \$66,292.47 mdp, los recursos han crecido a una TCMA de 8.4%; aunque al Estado de México únicamente le fueron programados \$7,385.09 mdp por este concepto, de los cuales \$1,783.92 se destinaron al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASSA-C) y \$4,683.79 al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSA-P), este último es la base sobre la que se constituye la Aportación Solidaria Federal, por lo tanto el incremento de este concepto beneficiará directamente al Sistema de Protección Social en Salud. De acuerdo a los cálculos que se efectuaron en el estudio, se pudo determinar que el FASSA por persona sin seguridad social fue de \$750.00 pesos en el año 2011, mientras que en 2012 aumentó a \$820.00 pesos monto que es inferior a lo que destina Baja California Sur (\$3,140.00 pesos).

Una vez que se han considerado cada una de las aportaciones que conforman el esquema de financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud, se puede precisar que en 2011 el Estado de México destinó \$11.51 mdp y que de acuerdo a lo programado se espera que en 2012 los recursos sumen \$12.69 mdp. Los recursos presupuestales anuales por persona son de \$880.19 pesos por concepto de Cuota Social, \$1,293.88 pesos por Aportación Solidaria Federal y \$440.10 pesos por aportación Solidaria Estatal, en suma las tres fuentes de recursos parecieran ser suficientes para cubrir los gastos médicos, no obstante debe mencionarse que existen usuarios que requieren de más de un tratamiento médico, y de un conjunto de medicamentos, por tanto el monto económico que se les designa es insuficiente.

Los recursos no llegan completos a los centros de salud de las entidades federativas ya que se les resta el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos, el Fondo de Previsión Presupuestal y otros conceptos. Empero la parte que reciben los prestadores de servicios es para que desempeñen sus funciones de atención médica y mejoren las condiciones en que trabajan para beneficiar directamente a los usuarios; lo que es una realidad es que muchos de ellos dejan de ejecutar intervenciones o atender casos por el tiempo en que les son repuestos los fondos y porque el procedimiento es muy laborioso. En este caso lo recomendable sería que sin poner en riesgo la viabilidad y eficiencia al validar los casos se mejorarán los tiempos de espera, y que se les reponga íntegramente los gastos que efectuaron.

Es indudable como a partir de la instauración del Sistema de Protección Social en Salud, se creó una corresponsabilidad a nivel nacional para mejorar las condiciones de cobertura, que puede referirse a la inclusión de más intervenciones (cobertura vertical), o personas (cobertura horizontal). Con relación a la primera se puede señalar que actualmente cubre 284 intervenciones a través del CAUSES, esto es 29 padecimiento más que en 2007. Aunque únicamente incluye los más comunes pues no existen los recursos suficientes para costear todos los que se requieren. La cobertura en términos de afiliación se pudo conseguir en gran parte por los programas y estrategias que engloba al Sistema de Protección Social en Salud, ya que motivaron a las personas a integrarse y fungieron como mecanismos de ayuda para acercar los servicios a zonas marginadas.

Ante este escenario resalta como efectivamente los recursos económicos transferidos a la entidad mexiquense son insuficientes, y que la mala administración de los mismos han ocasionado que los programas contenidos en el Sistema de Protección Social en Salud, se encuentren aún más limitados en su funcionamiento y por ende que la prestación del servicio no sea completa; por lo que en consecuencia los usuarios han tenido que incurrir en gastos adicionales al no serles proporcionados todos los medicamentos o porque no existe el equipo para realizarles estudios médicos; de hecho en la encuesta que se les aplica han manifestado su insatisfacción porque no les son otorgados todos los medicamentos. Lo que nos indica que al menos hasta el momento no se está cumpliendo con la enmienda de evitar que los

afiliados incurran en gastos, y es que recordemos que estos suelen ser catastróficos en aquellos individuos que viven en situación de pobreza.

Ligado a lo anterior sobresale que aunque los programas han sido diseñados para atender a la población ubicada en zonas desprovistas y marginadas esto no se ha exhibido en la cobertura pues cada vez son menos los beneficiarios que provienen de estas localidades. Otro punto es que los recursos del Sistema de Protección Social en Salud han sido utilizados para costear padecimientos que no están cubiertos de facto por el programa, de no resolverse podría ocasionar que los estados lo manejen como caja chica para pagar obligaciones ajenas a lo acordado. Asimismo ha resaltado que a pesar de la operación de todos los programas del Sistema de Protección Social en Salud en la entidad, esto no se ha denotado de sobremanera en una disminución de las tasas de mortalidad infantil y materna, lo que nos revela que quizá la atención se brinda a destiempo o que no está siendo certera para detectar las complicaciones que pueden causar la muerte.

Lo fundamental es que a pesar de las serias limitaciones presupuestales y de infraestructura, los servidores actúen con plena responsabilidad, que se vuelvan partícipes de los objetivos que tiene el Sistema de Protección Social en Salud, y que no traten de entorpecer su desarrollo, ya que la mayoría de los que acuden son personas que no tienen otra opción para ser asistidos, pues dada su situación económica es la única forma de tener atención médica especializada, recordemos que la salud constituye un requisito indispensable para poder trabajar y estudiar. Entonces la tarea de la Secretaría de Salud estatal será respaldar las acciones que fije la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, de igual forma tendrá que adecuarlas a sus requerimientos pues en la entidad son más los usuarios a los que se les tiene que garantizar el servicio.

En definitiva, puede decirse que aun cuando cada uno de los programas que componen al Sistema de Protección Social en Salud se han concentrado en grupos específicos esto no ha sido suficiente para que se cubran íntegramente los servicios que demandan los usuarios, ya que en general se encuentran limitados en términos económicos, lo que provoca que los programas incumplan con sus funciones a nivel

nacional y en especial en el Estado de México. En caso de que se quisiera manejarlo como un programa de largo plazo será idóneo respetar los precios de referencia establecidos en el CAUSES, transparentar los gastos, validar de manera oportuna los casos, y emprender las acciones necesarias para acercar realmente los servicios a las comunidades rurales.

Finalmente, se concluye que la hipótesis se pudo comprobar una vez que se analizaron cada uno de los programas que componen al Sistema de Protección Social en Salud, y se observó que los recursos económicos que se le otorgan han sido insuficientes, provocando que los programas que lo conforman se vean limitados en su funcionamiento y por ende en que la prestación del servicio no sea integral.

Anexos

Anexo 1. La Fórmula utilizada para la asignación de la Aportación Solidaria Federal a las entidades federativas, según lo establecido en el artículo 87 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud (RLGSMPSS) vigente.

Artículo 87. Para efectos de realizar la aportación solidaria por parte del Gobierno Federal mediante la distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona a que hace referencia el artículo 77 Bis 13, fracción II, de la Ley, la fórmula a utilizar será la siguiente:

- I. La Secretaría determinará anualmente el monto total de recursos federales disponibles para el fondo, previa aprobación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público por lo que se refiere a la congruencia con los criterios generales de política económica y la disponibilidad de recursos para el ejercicio fiscal correspondiente, respetando como monto disponible la aportación solidaria federal promedio nacional por familia equivalente a una y media veces el monto de la cuota social, conforme lo establece la fracción II del artículo 77 Bis 13 de la Ley y con base en el artículo 78 de este Reglamento;
- II. El monto total anual de recursos federales asociados al fondo será distribuido entre las entidades federativas conforme a cada uno de los componentes señalados en la siguiente ecuación:

$$ASF_t = FASP_t = FASP_t^F + FASP_t^N + FASP_t^E + FASP_t^D \quad (1)$$

En donde:

ASF_t = aportación solidaria federal total en el año a presupuestar t;

$FASP_t$ = Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona en el año a presupuestar t;

$FASP_t^F = \alpha FASP_t =$ componente de asignación por familia beneficiaria del Sistema en el año a presupuestar t;

$FASP_t^N = \beta FASP_t =$ componente de asignación por necesidades de salud en el año a presupuestar t;

$FASP_t^E = \gamma FASP_t =$ componente de asignación por esfuerzo estatal en el año a presupuestar t; y

$FASP_t^D = \varphi FASP_t =$ componente de asignación por desempeño en el año a presupuestar t.

Donde $\alpha, \beta, \gamma, \varphi$ son las fracciones del monto total del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona disponible en el año a presupuestar t que serán destinadas para distribuir el Fondo conforme a cada uno de los componentes señalados y que cumplen con las siguientes condiciones: $\alpha \in (0,1), \beta \in (0,1), \gamma \in (0,1), \varphi \in (0,1)$ y $\alpha + \beta + \gamma + \varphi = 1$;

- III. La aportación solidaria federal para cada entidad federativa se definirá como la suma de las asignaciones que le correspondan como resultado de la distribución entre las entidades federativas incorporadas al Sistema de cada uno de los componentes señalados en la fracción anterior.

Anexo 2. Acrónimos utilizados

Acrónimos	
ASE	Aportación Solidaria Estatal
ASF	Aportación Solidaria Federal
CABEME	Catálogo de Beneficios Médicos
CASES	Catálogo de Servicios Esenciales de Salud
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CDI	Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas
CECASOEH	Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar
CeNSIA	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CESOP	Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública
CF	Cuota Familiar
CNCH	Cruzada Nacional Contra el Hambre
CNEGSR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
CNEGySR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
COESPO	Consejo Estatal de la Población
COLEF	Colegio de la Frontera Norte
CONADIS	Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
CONPSS	Consejo Nacional de Protección Social en Salud
COPLADEM	Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado de México
CPEUM	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
CRAE	Centros Regionales de Atención Especializada
CS	Cuota Social
CSG	Consejo de Salubridad General
DGDIF	Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física
DGIS	Dirección General de Información en Salud

Acrónimos	
DGPLADES	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
DI	Diferencias Imprevistas en la demanda de servicios
DIFEM	Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
EsIAN	Estrategia Integral de Atención a la Nutrición
FASSA	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
FASSA-C	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad
FASSA-P	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona
FONASA	Fondo Nacional de Salud
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
FPP	Fondo de Previsión Presupuestal
FSPSS	Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud
GAPA	Garantía de Pago por incumplimiento en las condiciones del convenio de colaboración interestatal
GEM	Gobierno del Estado de México
IMIEM	Instituto Materno Infantil del Estado de México
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INAMPS	Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Seguridad Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
ISEM	Instituto de Salud del Estado de México
ISEMYM	Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LGS	Ley General en Salud
MAO	Módulos de Atención y Operación
MAS	Modelo Alternativo de Salud
OCDE	Organización de Cooperación y Desarrollo Económico
OMM	Observatorio de Maternidad Materna
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PASE	Programa Alimentación, Salud y Educación
PCI	Plan de Comunicación Indígena

Acrónimos	
PDHO	Programa Desarrollo Humano Oportunidades
PDZP	Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PES	Programa Estatal de Salud
PIB	Producto Interno Bruto
PMI	Plan Maestro de Infraestructura
PNCE	Programa Nacional de Cirugía Extramuros
PROGRESA	Programa Educación, Salud y Alimentación
RASEM	Receta Asociada a la Entrega de Medicamento
REPSS	Régimen Estatal de Protección Social en Salud
ROP	Reglas de Operación del Programa
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
SESA	Servicios Estatales de Salud
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SICUENTAS	Sistema de Cuentas en Salud a nivel Federal y Estatal
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SMNG	Seguro Médico para una Nueva Generación
SPS	Seguro Popular de Salud
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SSA	Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública
SSEM	Secretaría de Salud del Estado de México
SUS	Sistema Único de Salud
TCAS	Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud
TCMA	Tasa de Media de Crecimiento Anual
UEPSS	Unidad Estatal de Protección Social en Salud
UNEMES	Unidades Médicas Especializadas
VIH/SIDA	Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

Bibliografía

Acuña, C., & Chudnovsky, M. (Marzo de 2002). *Gobierno de Buenos Aires*. Recuperado el 11 de Octubre de 2012, de <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>

Aguilera, A. N., & Quintana, C. M. (2012). *Evaluación de consistencia y resultados 2011-2012*. México.

Amieva, H. J. (2004). Gasto Público en Salud y Seguridad Social en México. En H. J. Amieva, *Finanzas Públicas en México* (págs. 194-201). México: Porrúa.

Aracena Genao, B., González Robledo, M. C., González Robledo, L. M., Palacio Mejía, L. S., & NigendaLópez, G. (2011). El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos: tendencia, evolución y operación. *Redalyc*, 53, 407-415.

Arriagada , I., Aranda , V., & Miranda , F. (2006). *Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas* . Chile : CEPAL .

ASF. (2010). *Informe de Resultados de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2010*. México.

ASF. (2012). *Comentarios al Informe del Resultado de la Auditoría practicada por la ASF al FASSA, en el marco del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2012*. México : Auditoría Superior de la Federación .

Ayala, E. J. (2001). Sistema de salud pública. En E. J. Ayala, *Economía del sector público mexicano* (págs. 535-578). México: Esfinge.

Baz Díaz, L. G. (1987). La integración y funcionamiento de los sistemas estatales de salud. El caso del Estado de México. *Revista de Administración Pública*, 87-97.

Brena, S. I. (2004). *Universidad Nacional Autónoma de México*. Recuperado el 11 de Octubre de 2012, de <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/6/2975/5.pdf>

CeNSIA. (2012). *Centro Nacional para la Salud de la infancia y la adolescencia* . Recuperado el 9 de Febrero de 2013, de http://www.salud.gob.mx/cdi/pot/2012/fXV/Informes/IRC_CeNSIA_3_v2_final.pdf

CESOP. (2005). *Programa Seguro Popular* . México.

CESOP. (Agosto de 2006). *Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública*. Recuperado el 12 de Febrero de 2013, de <http://www3.diputados.gob.mx/camara/content/view/full/28414>

CESOP. (Diciembre de 2011). *Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública* . Recuperado el 03 de Enero de 2013, de www3.diputados.gob.mx/.../Carpeta16_Situacion_indigenas.pdf

CNEGSR. (11 de Mayo de 2012). *Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva*. Recuperado el 6 de Marzo de 2013, de <http://www.objetivosdedesarrollodelmilenio.org.mx>

CNPSS. (11 de Agosto de 2005). *Comisión Nacional de Protección Social en Salud*. Recuperado el 2 de Marzo de 2013, de <http://compilacion.ordenjuridico.gob.mx/listDependencia.php?idDep=116&idPoder=1&idGrupo=5&idDepUp=16>

CNPSS. (2008). *Sistema de Protección Social en Salud Informe de Resultados 2007*. México .

CNPSS. (2009). *Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados 2008*. México.

CNPSS. (2010a). *Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados 2009*. México .

CNPSS. (2010b). *Comisión Nacional de Protección Social en Salud* . Recuperado el 04 de Enero de 2013, de http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=532&Itemid=460

CNPSS. (2010c). *Comisión Nacional de Protección Social en Salud* . Recuperado el 13 de Diciembre de 2012, de http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=341&Itemid=390

CNPSS. (2010d). *Catalogo Universal de Servicios de Salud*. Recuperado el 23 de Enero de 2013, de http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=340&Itemid=389

CNPSS. (2010e). *Comisión Protección Social en Salud*. Recuperado el 2 de Marzo de 2013, de http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=552&Itemid=481

CNPSS. (2010f). *Comisión Nacional de Protección Social en Salud* . Recuperado el 18 de Marzo de 2013, de http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=319&Itemid=368

CNPSS. (2011). *Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados 2010*. México .

CNPSS. (2012a). *Comisión Nacional de Protección Social en Salud*. Recuperado el 14 de Diciembre de 2012, de http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/contenidos/Transparencia/rend_ctas_libros_bcos/seguro-popular.pdf

CNPSS. (2012b). *Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados 2011*. México .

CNPSS. (2012c). *Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados Enero-Junio 2012*. México .

CNPSS. (2012d). *Comisión Nacional de Protección Social en Salud*. Recuperado el 20 de Enero de 2013, de http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Transparencia/rend_ctas_libros_bcos/smng.pdf

CNPSS. (2012e). *Comisión Nacional de Protección Social en Salud* . Recuperado el 15 de Enero de 2013, de http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/contenidos/Transparencia/rend_ctas_libros_bcos/oportunidades.pdf

CNPSS. (2012f). *Comisión Nacional de Protección Social en Salud*. Recuperado el 14 de Febrero de 2013, de http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=325&Itemid=374

CNPSS. (2012g). *Comisión Nacional de Protección Social en Salud* . Recuperado el 21 de Marzo de 2013, de http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/contenidos/Transparencia/Gobiernoabierto/montos%20y%20fuentes%202006_2012.pdf

COESPO. (2013). *Consejo Estatal de la Población*. Recuperado el 25 de Enero de 2013, de <http://portal2.edomex.gob.mx/coespo/numeralia/esperanzadevida/index.htm>

CONAPO. (16 de Enero de 2013). *Consejo Nacional de Población*. Recuperado el 5 de Marzo de 2013, de <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>

Coneval. (2010). *El Ramo 33 en el desarrollo social en México: evaluación de ocho fondos de política pública*. México D.F: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

Contreras, L. G., & Tetelboin, H. C. (2011). El seguro popular de salud y la reforma a las políticas de salud en el Estado de México. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 10(21), 10-30.

COPLADEM . (1 de Abril de 2012). *Gobierno del Estado de México* . Recuperado el 3 de Febrero de 2013, de http://portal2.edomex.gob.mx/edomex/gobierno/publicaciones/plan_de_desarrollo/index.htm

CPEUM. (09 de Agosto de 2012). *Camara de Diputados*. Recuperado el 24 de Septiembre de 2012, de [Camara de Diputados: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf)

Cruz, R. C., & Luna, R. G. (2007). Recomendaciones para la estructuración de un sistema integrado de atención a la salud . En P. Cotler, *Políticas públicas para un crecimiento incluyente* (págs. 243-251). México: Universidad Iberoamericana.

D'Elia, V., Rottenschweiler, S., Calabri, A., Calero, A., & Gaiada, J. (2010). *Fuentes de financiamiento de los sistemas de seguridad social en países de América del Sur* . ANSES.

De la Garza, T. E. (2002). Seguridad social en América Latina. En T. E. De La Garza, *Tratado Latinoamericano de sociología del trabajo* (págs. 471-475). México: Fondo de Cultura Económica.

DGDIF. (2003). *Dirección General de Desarrollo de la Industria Física* . Recuperado el 3 de Abril de 2013, de http://www.dgdif.salud.gob.mx/pdf/PLAN_MAESTRO_DE_INFRAESTRUCTURA.pdf

DGIS. (28 de Diciembre de 2012a). *Dirección General de Información en Salud*. Recuperado el 6 de Febrero de 2013, de <http://www.sinais.salud.gob.mx/publicaciones/bie.html>

DGIS. (2012b). *Dirección General de Información en Salud*. Recuperado el 21 de Febrero de 2013, de <http://www.sinais.salud.gob.mx/recursosfinancieros/gastopublico.html>

DGPLADES. (3 de Agosto de 2012). *Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud*. Recuperado el 29 de Enero de 2013, de http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/convenio_gral_em_obs.html

DGPLADES. (28 de Febrero de 2013). *Dirección General de Planeación y Desarrollo Social* . Recuperado el 3 de Abril de 2013, de <http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/pmi/mex.pdf>

DIFEM. (2011). *Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México*. Recuperado el 4 de Febrero de 2013, de <http://portal2.edomex.gob.mx/difem/adultos-mayores/salud/index.htm>

Dupuy, J. R. (2010). Países en vía de alcanzar la cobertura universal. En J. R. Dupuy, *Estudio de situación y experiencias internacionales en países con cobertura universal en salud* (págs. 39-41). Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud y Deporte.

EL COLEF . (2012). *Secretaría de Desarrollo Social* . Recuperado el 11 de Marzo de 2013, de http://www.sedesol.gob.mx/es/SEDESOL/Meta_Evaluacion_2007-2012

Fleury, S. (2003). Reformas de Salud. En C. G. Molina, & J. Núñez del Arco, *Servicios de Salud en América Latina y Asia* (págs. 10-19). Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.

Franco, D. H. (2008). *Historia de Oportunidades: Inicio y Cambios del Programa*. México: Fondo de Cultura Económica .

Freyermuth, E. G. (Abril de 2012). *Observatorio de mortalidad materna en México*. Recuperado el 6 de Marzo de 2013, de <http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/I2010B.pdf>

García, J. M. (2012). *La transformación del sistema de salud y el Seguro Popular*. México D.F: Academia Nacional de Medicina en México.

GEM. (2007). *Cuenta pública de gobierno y organismos auxiliares del Estado de México* . Recuperado el 15 de Febrero de 2013, de <http://transparencia.edomex.gob.mx/transparencia-fiscal/index.htm>

GEM. (2008a). *Informe de Gobierno del Estado de México*. México.

GEM. (2008b). *Cuenta pública del gobierno y organismos auxiliares del Estado de México* . Recuperado el 10 de Febrero de 2013, de <http://transparencia.edomex.gob.mx/transparencia-fiscal/PDF/Cuenta-Publica-2008/ingresos-egresos-auxiliar.pdf>

GEM. (2009a). *Informe de Gobierno del Estado de México*. México.

GEM. (2009b). *Cuenta pública de gobierno y organismos auxiliares del Estado de México* . Recuperado el 15 de Febrero de 2013, de

<http://transparencia.edomex.gob.mx/transparencia-fiscal/PDF/Cuenta-Publica-2009/ingresos-egresos-auxiliar.pdf>

GEM. (2010a). *Informe de Gobierno del Estado de México*. México.

GEM . (2010b). *Cuenta pública del gobierno y organismos auxiliares del Estado de México*. Recuperado el 15 de Febrero de 2013, de <http://transparencia.edomex.gob.mx/transparencia-fiscal/PDF/Cuenta-Publica-2010/ingresos-egresos-auxiliar.pdf>

GEM. (2011a). *Portal de Transparencia Fiscal*. Recuperado el 21 de Febrero de 2013, de <http://transparencia.edomex.gob.mx/transparencia-fiscal/PDF/estadisticas-fiscales/clasificacion-economica2011.pdf>

GEM. (2011b). *Informe de Gobierno del Estado de México*. México.

GEM. (2011c). *Cuenta pública del gobierno y organismos auxiliares del Estado de México* . Recuperado el 10 de Febrero de 2013, de <http://transparencia.edomex.gob.mx/transparencia-fiscal/PDF/Cuenta-Publica-2011/CAPITULO%208.PDF>

GEM. (2012). *Informe de Gobierno del Estado de México* . México .

Gogna, M. (2004). *Las reformas en el sector salud en la Argentina y Chile* . Argentina : Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

Gómez, D. O., & Ortiz, M. (2007). Seguro Popular de Salud. Siete perspectivas. *Scielo*, 49(6), 585-588.

Gutiérrez, A. A. (2002). Reforma a los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe. En A. A. Gutiérrez, *México dentro de las reformas a los sistemas de salud y de seguridad social de América Latina* (pág. 65). México: Siglo veintiuno editores.

Homedes, B. N., & Ugalde, A. (2008). 25 años de descentralización del sistema de salud mexicano: una experiencia para analizar. *Scielo* , 7(15), 26-43.

IGECEM. (2011). *Instituto de Información e Investigación Geográfica, Estadística y Catastral del Estado de México*. Recuperado el 6 de Febrero de 2013, de <http://igecem.edomex.gob.mx/descargasestadisticas.html>

IMIEM. (18 de Diciembre de 2012). *Instituto Materno Infantil*. Recuperado el 4 de Febrero de 2013, de <http://salud.edomex.gob.mx/imiem/planeacion.htm>

IMSS. (4 de Noviembre de 2011). *Instituto Mexicano del Seguro Social*. Recuperado el 4 de Febrero de 2013, de <http://www.imss.gob.mx/delegaciones/edomexponente/Pages/elimssen.aspx>

INEGI. (2009). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Recuperado el 22 de Febrero de 2013, de http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/so_ciodemografico/mujeresyhombres/2009/MyH_2009_4.pdf

INEGI. (2011a). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Recuperado el 03 de Febrero de 2013, de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/>

INEGI. (11 de Mayo de 2011b). *Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática*. Recuperado el 9 de Marzo de 2013, de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=27303&s=est>

INEGI. (3 de Diciembre de 2012). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Recuperado el 22 de Febrero de 2013, de <http://www.inegi.org.mx/sistemas/bie/default.aspx?idserPadre=102001100170010000900150#D102001100170010000900150>

ISEM. (2007). *Secretaría de salud*. Recuperado el 9 de Marzo de 2013, de <https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:gakC5lsDOXIJ:salud.edomexico.gob.mx/html/descarga.php%3Farchivo%3DAdministrativa/PROYECTOS%2520ESTRATEGICOS%2520PRIORITARIOS%25202007/CIRUGIA%2520EXTRAMUROS.PDF+&hl=es&gl=mx&pid=bl&srcid=ADGEESj-BQ2EzMAJz2HYI1hBC>

ISEM. (28 de Enero de 2013a). *Instituto de Salud del Estado de México*. Recuperado el 02 de Febrero de 2013, de <http://salud.edomexico.gob.mx/html/article.php?sid=205>

ISEM. (28 de Enero de 2013b). *Instituto de Salud del Estado de México*. Recuperado el 4 de Febrero de 2013, de <http://salud.edomexico.gob.mx/html/article.php?sid=91>

ISEM . (6 de Marzo de 2013c). *Instituto de Salud del Estado de México* . Recuperado el 7 de Marzo de 2013, de <http://salud.edomex.gob.mx/html/article.php?sid=210>

ISSEA. (2011). *Instituto de Servicios de Salud de Aguascalientes* . Recuperado el 07 de Enero de 2013, de <http://www.issea.gob.mx/TercerNivel.htm>

ISSEMYM. (2009). *Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios*. Recuperado el 04 de Febrero de 2013, de <http://www.issemym.gob.mx/>

ISSSTE. (2013). *Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado* . Recuperado el 4 de Febrero de 2013, de <http://sgm.issste.gob.mx/medica/index.php#>

Jiménez, G. J. (2004). *Instituto para el Desarrollo Técnico de las Haciendas Públicas*. Recuperado el 16 de Febrero de 2013, de <http://www.indetec.gob.mx/Publicaciones/Productos/381%20Ramo%2033.pdf>

Karam Calderón, M. Á., Bustamante Montes, P., Campuzano González, M., & Camarena Pliego, Á. (2007). Aspectos sociales de la mortalidad materna. Estudio de caso en el Estado de México. *Medicina Social*, 2(4), 205-210.

Knaul, F., Arreola Ornelas, H., Méndez, O., & Martínez, A. (2005). Justicia financiera y gastos catastróficos en salud: impacto del Seguro Popular de Salud en México. *Redalyc*, 47(1), 54-65.

Knaul, F., Arreola, H., Borja, C., Méndez, Ó., & Torres, A. (2003). Sistema de Protección Social en Salud de México: efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares. En F. M. Knaul, & G. Nigenda, *Caleidoscopio de la salud* (págs. 275-291). México: Fundación Mexicana para la Salud.

Lara, d. L. (2006). *El modelo de salud en México*. México: Milliman Global.

Lavielle, B. (2012). *Seguro popular: financiamiento y gestión*. México, D.F.: Fundar, Centro de Análisis e Investigación.

Lavielle, B., Moreno, R., Garza, M., & Díaz, D. (2004). *Gasto en salud: Propuestas para la mesa de gasto de la convención nacional hacendaria*. México D.F: Fundar, Centro de Análisis e Investigación A.C.

Martínez, G. (2008). *Análisis de desigualdad del gasto en salud en México*. México: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Maya, M. J. (2005). Sistemas de servicios de salud. En J. H. Blanco Restrepo, & J. M. Maya Mejía, *Fundamentos de salud pública* (Segunda ed., Vol. II, págs. 11-21). Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas.

Merino, G. (2003). Descentralización del sistema de salud en el contexto del federalismo. En F. M. Knaul, & G. Nigenda, *Caleidoscopio de la salud* (págs. 195-207). México: Fundación Mexicana de la Salud.

Merino, M., & Flamand, L. (2010). *Centro de Investigación y Docencia Económicas*. Recuperado el 20 de Marzo de 2013, de http://seguropopular.cide.edu/documents/130486/130726/201001_coordinaci%C3%B3n.pdf

Mogollón, P. A. (2009). Los Sistemas de Salud. En P. A. Mogollón, *Reflexiones en salud pública* (pág. 158). Colombia: Universidad del Rosario.

OCDE. (1998). Reforma del sistema mexicano de salud. En OCDE, *Estudios económicos de la OCDE* (págs. 93-109). México: OCDE.

OCDE. (10 de Septiembre de 2005). *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México*. París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico .

OCDE. (2007). Cobertura de los seguros de enfermedad (Públicos y privados). En OCDE, *Panorama de la salud 2007. Los indicadores de la OCDE* (págs. 96-97). España: OCDE.

OCDE. (Enero de 2012). *Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico*. Recuperado el 27 de Diciembre de 2012, de Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico: <http://www.oecd.org/mexico/49363879.pdf>

Ochoa , H., Lucio , R., Vallejo , F., Díaz, S., Ruales, J., & Kroeger , A. (1999). Financiamiento de los recursos de salud. En H. Ochoa, R. Lucio, F. Vallejo, S. Díaz, J. Ruales, & A. Kroeger, *Economía de la Salud* (págs. 261-272). México D.F.: Pax México.

OMM. (2012). *Observatorio de mortalidad materna en México*. Recuperado el 6 de Marzo de 2013, de <http://www.omm.org.mx/index.php/boletines-de-mortalidad-materna-2011.html>

OMS. (2000). *Informe sobre la salud en el mundo*. Suiza: Organización Mundial de la Salud.

OMS. (09 de Noviembre de 2005). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 20 de Septiembre de 2012, de <http://www.who.int/features/qa/28/es/index.html>

OMS. (2012). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 27 de Diciembre de 2012, de http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/es/index.html

OPS. (2001). *Promoción de la salud en las Américas* .

OPS. (2012). *Indicadores básicos en salud* . Organización Panamericana de la Salud .

Pautassi, L. (2002). Cobertura en Seguridad Social. En L. Pautassi, *Legislación Previsional y Equidad de Género en América Latina* (págs. 18-21). Chile: CEPAL.

Peirano, K. L. (Junio de 2004). *Instituto Universitario ISALUD*. Recuperado el 15 de Octubre de 2012, de <http://www.isalud.edu.ar/biblioteca/pdf/tesis-peirano-klein.pdf>

PEMEX. (2011). *Petróleos Mexicanos*. Recuperado el 6 de Febrero de 2013, de <http://www.serviciosmedicos.pemex.com/>

Ruvalcaba , L., & Vargas , M. (2010). *CNPSS*. Recuperado el 26 de Enero de 2013, de http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/estudios_seguro_popular/evolucion_resultados_per_spectivas_sistema_proteccion_social_salud_2010/2_1_evolucion_sistema_proteccion_social_salud.pdf

Secretaría de Salud. (2004). *Secretaría de Salud*. Recuperado el 19 de Septiembre de 2012, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/seguropopular/reforma.pdf>

Secretaría de Salud. (2006). *Sistema de Protección Social en Salud: elementos conceptuales, financieros y operativos* (Segunda ed.). México D.F: Fondo de Cultura Económica.

Secretaría de Salud. (2008). *Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud*. Recuperado el 6 de Marzo de 2013, de <http://www.spps.gob.mx/prevencion-de-la-mortalidad-infantil>

Secretaría de Salud . (13 de Julio de 2012). *Secretaría de Salud* . Recuperado el 09 de Enero de 2013, de http://portal.salud.gob.mx/redirector?tipo=0&n_seccion=Boletines&seccion=2012-07-13_5819.html

Secretaría de Salud . (15 de Enero de 2013). *Secretaría de Salud* . Recuperado el 02 de Febrero de 2013, de <http://salud.edomexico.gob.mx/salud/planeacion.htm>

SEDESOL. (27 de Diciembre de 2011). *Secretaría de Desarrollo Social* . Recuperado el 12 de Enero de 2013, de http://www.sedesol.gob.mx/work/models/NORMATECA/Normateca/Reglas_Operacion/2012/rop2012_desarrollo_de_zonas_prioritarias.pdf

SEDESOL. (2012). *Secretaría de Desarrollo Social* . Recuperado el 12 de Enero de 2013, de http://www.sedesol.gob.mx/es/SEDESOL/Programa_para_el_Desarrollo_de_Zonas_Prioritarias_PDZP

Sedesol. (2013). *Cruzada Nacional Contra el Hambre*. Recuperado el 11 de Marzo de 2012, de <http://cruzadacontraelhambre.gob.mx/#mapa>

SHCP. (2012). *Secretaría de Hacienda y Crédito Público* . Recuperado el 15 de Febrero de 2013, de <http://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/ptp/contenidos/?id=29&page=Coordinaci%C3%B3n%20con%20Entidades%20Federativas>

SHCP. (17 de Enero de 2013). *Presupuesto de Egresos de la Federación* . Recuperado el 30 de Abril de 2013, de <http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/PEF/Paginas/PresupuestodeEgresos.aspx>

SICUENTAS. (2012). *Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal*. Recuperado el 28 de Diciembre de 2013, de <http://www.sinais.salud.gob.mx/recursosfinancieros/recursos.html>

SINAIS. (2008). *Sistema Nacional de Información en Salud* . Recuperado el 15 de Enero de 2013, de http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE2007-2012_SNIS.pdf

SINAIS . (2011). *Sistema Nacional de Información en Salud* . Recuperado el 5 de Febrero de 2012, de <http://www.sinais.salud.gob.mx/demograficos/poblacion.html>

Soberón, A. G., & Martínez, N. G. (1996). La descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta. *Redalyc*, 38(5), 371-378.

SSEM. (2005). *Programa Estatal de Salud del Estado de México 2005-2011*. Toluca.

Tapia, C. J. (2006). Objetivos del sistema de salud en México: importancia para la población y sus determinantes. *Redalyc*, 48(2), 113-126.

Trigos Micoló, I., Barquín Donnadieu, M., & Gutiérrez Soriano, L. (2001). Programa Nacional de Cirugía Extramuros de la SSA 1994-2000. *Revistas Médicas Latinoamericanas*(4), 160-166.

Tudela, P., & Mòdol, J. (20 de Febero de 2003). Urgencias Hospitalarias. *Elsevier*, 120(18), 711-716.

Unidad de Microrregiones. (2010). *Secretaría de Desarrollo Social*. Recuperado el 11 de Marzo de 2013, de <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/Default.aspx?tipo=clave&campo=mun&valor=1>

Zarco, Antrop, A., Mora, G., Pelcastre, B., Flores, M., & Bronfman, M. (2006). Aceptabilidad de los suplementos alimenticios del programa Oportunidades. *Redalyc*, 48(4), 325-331.

Zerda, Á., Velásquez, G., Tobar, F., & Enrique Vargas, J. (10 de Septiembre de 2001). *Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos - Estudios de casos de Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Estados Unidos de América y Guatemala*. Argentina: Organización Panamericana de la Salud.

Zurita, B., Lozano, R., Ramírez, T., & Torres, J. (2003). Desigualdad e inequidad en salud. En F. M. Knaul, & G. Nigenda, *Caleidoscopio de la Salud* (págs. 29-39). México: Funsalud.