

coneval

Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

Evaluación integral del desempeño
de los programas federales de
acceso y mejoramiento a los
servicios de salud

2014-2015

Evaluación integral del desempeño de los programas federales de acceso y mejoramiento a los servicios de salud, 2014-2015

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
Boulevard Adolfo López Mateos 160,
Col. San Ángel Inn, CP. 01060
Del. Álvaro Obregón, Ciudad de México

Citación sugerida:

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Evaluación integral del desempeño de los programas federales de acceso y mejoramiento a los servicios de salud, 2014-2015. Ciudad de México, CONEVAL, 2016.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

Investigadores académicos 2010-2016*

María del Rosario Cárdenas Elizalde
Universidad Autónoma Metropolitana

Fernando Alberto Cortés Cáceres
El Colegio de México

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

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

John Scott Andretta
Centro de Investigación y Docencia Económicas

Graciela María Teruel Belismelis
Universidad Iberoamericana

Secretaría Ejecutiva

Gonzalo Hernández Licona
Secretario Ejecutivo

Thania Paola de la Garza Navarrete
Directora General Adjunta de Evaluación

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

Édgar A. Martínez Mendoza
Director General Adjunto de Coordinación

Daniel Gutiérrez Cruz
Director General Adjunto de Administración

*<http://www.coneval.org.mx/quienessomos/InvestigadoresAcademicos/Paginas/Investigadores-academicos.aspx>

Colaboradores

Equipo técnico

Thania Paola de la Garza Navarrete
Liv Lafontaine Navarro
Alice Zahí Martínez Treviño
Érika Ávila Mérida
Michelle Adriana Zempoalteca Nava

Consultores externos

Investigación en Salud y Demografía, SC (INSAD)
Manuel Urbina Fuentes (coordinador)

Agradecimientos

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

Contenido

GLOSARIO.....	6
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO 1. ANÁLISIS GENERAL DE LA PROBLEMÁTICA QUE ATIENDE EL GRUPO TEMÁTICO	12
CAPÍTULO 2. ANÁLISIS DE LA PERTINENCIA DE LOS PROGRAMAS DEL GRUPO COMO INSTRUMENTO PARA RESOLVER LA PROBLEMÁTICA DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	29
CAPÍTULO 3. PRINCIPALES LOGROS Y FORTALEZAS DE LOS PROGRAMAS EN SU CONJUNTO	37
CAPÍTULO 4. RETOS GENERALES DEL GRUPO EVALUADO	39
CAPÍTULO 5. BUENAS PRÁCTICAS EXTERNAS	42
CAPÍTULO 6. REFLEXIÓN FINAL Y RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
ANEXO	55

Glosario

Complementariedad	Dos o más programas son complementarios cuando atienden a la misma población, pero los apoyos son diferentes; o bien, cuando sus componentes son similares o iguales, pero atienden a una población distinta.
Coincidencia	Hay coincidencias entre dos o más programas cuando sus objetivos son similares; o bien, cuando sus componentes son similares o iguales, y atienden a la misma población.
Diagnóstico	Documento de análisis que busca identificar el problema que se pretende resolver y detallar sus características relevantes, y de cuyos resultados se obtienen propuestas de atención.
Evaluación	Análisis sistemático e imparcial de una intervención pública cuya finalidad es determinar la pertinencia y el logro de sus objetivos y metas, así como la eficiencia, eficacia, calidad, resultados, impacto y sostenibilidad.
Línea de Bienestar	Equivale al valor total de la canasta alimentaria y de la canasta no alimentaria por persona al mes.
Línea de Bienestar Mínimo	Equivale al valor de la canasta alimentaria por persona al mes.
Matriz de Indicadores para Resultados (Matriz de Marco Lógico)	Resumen de un programa en una estructura de una matriz de cuatro filas por cuatro columnas mediante la cual se describe el fin, el propósito, los componentes y las actividades, así como los indicadores, los medios de verificación y supuestos para cada uno de los objetivos.
Monitoreo	Proceso continuo que usa la recolección sistemática de información, como indicadores, estudios, diagnósticos, entre otros, para orientar a los servidores públicos acerca de los avances en el logro de objetivos de una intervención pública respecto a los resultados esperados.
Padrón de beneficiarios	Relación oficial de beneficiarios que incluye a las personas atendidas por los programas federales de desarrollo social cuyo

perfil socioeconómico se establece en la normativa correspondiente.

Población atendida	Población beneficiada por un programa en un ejercicio fiscal.
Población objetivo	Población que un programa tiene planeado o programado atender para cubrir la población potencial y que cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en su normativa.
Población potencial	Población total que presenta la necesidad o problema que justifica la existencia de un programa y que, por lo tanto, pudiera ser elegible para su atención.
Pobreza	Una persona se encuentra en situación de pobreza cuando tiene al menos una carencia social (en los seis indicadores: rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación) y su ingreso es insuficiente para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias. Esta definición se deriva de la Ley General de Desarrollo social, la cual reconoce que existen varias dimensiones o factores sociales, además de los económicos, que determinan la pobreza.
Pobreza extrema	Una persona está en situación de pobreza extrema cuando tiene tres o más carencias, de seis posibles, dentro del Índice de Privación Social y, además, se encuentra por debajo de la Línea de Bienestar Mínimo. Las personas en esta situación disponen de un ingreso tan bajo que, aun si lo dedicasen por completo a la adquisición de alimentos, no podrían adquirir los nutrientes necesarios para tener una vida sana.
Pobreza moderada	Una persona está en situación de pobreza moderada cuando, siendo pobre, no se encuentra en pobreza extrema. La incidencia de pobreza moderada se obtiene al calcular la diferencia entre la incidencia de la población en pobreza menos la de la población en pobreza extrema.
Programa social	Programas presupuestarios de modalidad S (reglas de operación) o U (otros programas de subsidios).
Recomendaciones	Sugerencias emitidas por el equipo evaluador derivadas de los hallazgos, debilidades, oportunidades y amenazas identificados

en evaluaciones externas, cuyo propósito es contribuir a la mejora del programa.

Reglas de operación Conjunto de disposiciones que precisan la forma de operar un programa con el propósito de lograr los niveles esperados de eficacia, eficiencia, equidad y transparencia.

Retos Aspectos del diseño, implementación, gestión y resultados que las entidades y dependencias pueden mejorar debido a que son considerados áreas de oportunidad.

Introducción

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

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

Este documento presenta la evaluación integral del desempeño de los programas federales de acceso a y mejoramiento de los servicios de salud en 2014-2015, y fue elaborado con base en las evaluaciones específicas de desempeño (EED) 2014-2015¹ llevadas a cabo por Investigación en Salud y Demografía, SC (INSAD), con la coordinación de Manuel Urbina Fuentes, así como otras fuentes externas de información pertinente.

La evaluación está organizada en seis capítulos:

- Análisis general de la problemática que atiende el grupo temático. De manera sucinta, se describe el conjunto de problemas que los programas considerados buscan resolver o contribuir a ello.

¹ La EED 2014-2015 evalúa el ejercicio fiscal 2014, y considera los avances del programa en la primera mitad de 2015. Las recomendaciones derivadas de estas evaluaciones pueden estar en proceso de atención o haber sido atendidas por las dependencias a su cargo. Conforme al numeral 22 del Mecanismo para el seguimiento de los aspectos susceptibles de mejora derivados de informes y evaluaciones a los programas presupuestarios de la administración pública federal, las dependencias deben publicar en sus sitios de internet los avances en la materia.

Por otro lado, junto con los informes de la EED se publica la *Opinión de la dependencia*, un documento que elabora la entidad responsable del programa evaluado mediante el cual se emiten observaciones sobre la evaluación y su proceso. Tanto las opiniones de la dependencia como los informes de la evaluación están disponibles en la página del CONEVAL: <http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Paginas/InformeEvaluacion.aspx>.

- Análisis de la pertinencia de los programas del grupo como instrumento para resolver la problemática. Se estudia la conveniencia de los programas respecto a la problemática que buscan contribuir a solucionar y se identifica su vinculación y algunos de sus principales efectos o externalidades.
- Logros y fortalezas principales de los programas en su conjunto. Se valoran los resultados de los programas con una visión integral y se incluyen sus avances en términos de la problemática que intentan solventar.
- Retos generales del grupo evaluado. Se identifican áreas de oportunidad de los programas en una visión integral, derivadas de evaluaciones externas que sean factibles en función de atender la problemática.
- Buenas prácticas externas. Se señalan las buenas prácticas en cuanto al diseño, operación o evaluación de programas similares desarrollados en México u otros países, y se destacan las que puedan mejorar el desempeño de los programas.
- Reflexión final y recomendaciones. Se hace un análisis general de la situación en que se encuentra la política nacional en el tema a partir del análisis realizado al conjunto de programas y, con base en ello, se formulan algunas recomendaciones en materia de política social.

De los ocho programas analizados, siete están a cargo de la Secretaría de Salud y uno es conducido por el IMSS-Prospera (ver cuadro 1).

Cuadro 1. Programas federales de acceso y mejoramiento a los servicios de salud,
México, 2014-2016

Modalidad	Programa	Acrónimo	Dependencia	Estatus programático 2016
S037	Programa Comunidades Saludables	NA	Salud	Fusión*
S038	Programa IMSS-Prospera	NA	IMSS-Prospera	Sin cambios
S200	Caravanas de la Salud	PCS	Salud	Fortalecimiento a la atención médica
U006	Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud	FOROSS	Salud	
S201	Seguro Médico Siglo XXI	SMSXXI	Salud	Sin cambios
S202	Sistema Integral de Calidad en Salud	SICALIDAD	Salud	Sin cambios
U005	Seguro Popular	SP	Salud	Fusión**
U012	Programa de Apoyo para Fortalecer la Calidad en los Servicios de Salud	NA	Salud	Sin cambios

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

* Se fusiona con el P014 Promoción de la salud, prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades transmisibles y lesiones, por lo cual ya no se considera un programa social según los criterios de exclusión del CONEVAL.

** Se fusiona con el E020 Dignificación, conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento en salud.

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

En el ámbito de la salud, la problemática que enfrenta el país es considerablemente compleja; se deriva de una amplia gama de causas que se encuentran relacionadas entre sí de manera estrecha. En gran medida, es resultado de que el crecimiento de la economía en las últimas décadas no ha sido suficiente para elevar las condiciones de vida de la población y reducir en forma sostenida los niveles de pobreza (DOF, 2013, 20 de mayo). Este hecho ha condicionado que una gran parte de los mexicanos se enfrenten a un conjunto de factores que los mantienen en círculos viciosos de desarrollo en los que las oportunidades de progreso son escasas: en 2014, del total de la población mexicana, 46.2 por ciento vivía en condiciones de pobreza (55.3 millones) y 9.5 por ciento (11.4 millones) en pobreza extrema (ver cuadro 2) (CONEVAL, 2015a).

Respecto a la carencia por acceso a los servicios de salud, en 2010 se reportó que 29.2 por ciento presentó dicha carencia; en 2014 esa cifra se redujo a 18.2 por ciento (CONEVAL, 2014).²

² Una persona se encuentra en situación de carencia por acceso a los servicios de salud cuando no cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluyendo el Seguro Popular, las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, Ejército o Marina) o los servicios médicos privados (CONEVAL, 2014).

Cuadro 2. Número de personas y carencias promedio por indicador de pobreza, 2010-2014

Indicadores	Porcentaje			Millones de personas		
	2010	2012	2014	2010	2012	2014
Pobreza						
Población en situación de pobreza	46.1	45.5	46.2	52.8	53.3	55.3
Población en situación de pobreza moderada	34.8	35.7	36.6	39.8	41.8	43.9
Población en situación de pobreza extrema	11.3	9.8	9.5	13.0	11.5	11.4
Población vulnerable por carencias sociales	28.1	28.6	26.3	32.1	33.5	31.5
Población vulnerable por ingresos	5.9	6.2	7.1	6.7	7.2	8.5
Población no pobre y no vulnerable	19.9	19.8	20.5	22.8	23.2	24.6
Privación social						
Población con una o más carencias sociales	74.2	74.1	72.4	85.0	86.9	86.8
Población con tres o más carencias sociales	28.2	23.9	22.1	32.4	28.1	26.5
Indicadores de carencia social						
Rezago educativo	20.7	19.2	18.7	23.7	22.6	22.4
Carencia por acceso a los servicios de salud	29.2	21.5	18.2	33.5	25.3	21.8
Carencia por acceso a la seguridad social	60.7	61.2	58.5	69.6	71.8	70.1
Carencia por calidad y espacios en la vivienda	15.2	13.6	12.3	17.4	15.9	14.8
Carencia por acceso a los servicios básicos de la vivienda	22.9	21.2	21.2	26.3	24.9	25.4
Carencia por acceso a alimentación	24.8	23.3	23.4	28.4	27.4	28.0
Bienestar						
Población con ingreso inferior a la Línea de Bienestar Mínimo	19.4	20.0	20.6	22.2	23.5	24.6
Población con ingreso inferior a la Línea de Bienestar	52.0	51.6	53.2	59.6	60.6	63.8

Fuente: Estimaciones del CONEVAL con base en el Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (MCS-ENIGH) 2010, 2012 y 2014 (CONEVAL, 2015i).

El aumento en la cobertura de salud de 2010 a 2012 se debe, principalmente, a la población que se afilió al Seguro Popular entre 2010 y 2012. En ese tiempo se incorporaron a éste 12.8 millones de personas, es decir, se pasó de 35 millones de personas afiliadas en 2010 a 47.8 millones en 2012 (CONEVAL, 2015a).

En el periodo de 2012 a 2014 también hubo un aumento de la cobertura de salud, pero menor al que se registró de 2010 a 2012, ya que en ese lapso se incorporaron al Seguro Popular 4.3 millones de personas, que representaron tan sólo 33 por ciento de quienes estaban afiliados de 2010 a 2012 (ver cuadro 3).

Cuadro 3. Acceso a los servicios de salud, según institución y tipo de acceso*

	Porcentaje			Millones de personas		
	2010	2012	2014	2010	2012	2014
Población afiliada al Seguro Popular	30.5	40.8	43.5	35.0	47.8	52.1
Población afiliada al IMSS	31.8	32.1	34.0	36.4	37.6	40.7
Población afiliada al ISSSTE	5.6	5.8	5.7	6.4	6.8	6.9
Población afiliada al ISSSTE estatal	1.7	0.8	1.1	2.0	0.9	1.3
Población afiliada a Pemex, Defensa o Marina	0.9	0.9	1.0	1.1	1.0	1.2
Población con seguro privado de gastos médicos	0.9	0.9	1.0	1.0	1.1	1.1
Población con acceso a servicios médicos por seguridad social indirecta**	2.5	1.8	1.8	2.9	2.2	2.1
Población afiliada a otra institución médica distinta de las anteriores	1.4	1.7	1.1	1.6	2.0	1.3

Fuente: Estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012 y 2014 (CONEVAL, 2015i).

* Una persona puede estar afiliada a más de una institución.

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

La carencia por acceso a los servicios de salud tiene dinámicas diferenciadas de acuerdo con el lugar de residencia. La información analizada muestra una carencia mayor en el ámbito urbano comparado con el rural. En 2014, 16.9 millones de personas la reportaron en el área urbana, y en la rural, 4.8 millones de personas se encontraban en la misma situación, lo que representa 18.4 y 17.3 por ciento, respectivamente, para cada entorno (ver cuadro 4).

Cuadro 4. Porcentaje y número de personas con carencia por acceso a los servicios de salud, según lugar de residencia, México, 2010-2014

Rural						Urbano					
Porcentaje			Millones de personas			Porcentaje			Millones de personas		
2010	2012	2014	2010	2012	2014	2010	2012	2014	2010	2012	2014
31.4	20.6	17.3	8.3	5.6	4.8	28.6	21.8	18.4	25.1	19.7	16.9

Fuente: Estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012 y 2014. (CONEVAL, 2015i)

A pesar de los avances en la disminución del número de personas con carencia de acceso a los servicios de salud, el objetivo de alcanzar cobertura universal aún no se alcanza. Tener acceso (estar afiliado) al sistema de salud no es un indicador suficiente para dar cuenta de la materialización del derecho constitucional a la salud; resulta necesario tomar en consideración otra serie de indicadores (CONEVAL, 2014c).

En ese sentido, el acceso es sólo uno de los pasos que deben seguirse para obtener una atención real de los problemas de salud; por lo tanto, se debe analizar tanto si se obtiene atención médica como si ésta es de calidad, si se recibe cuando se requiere, y si el problema de salud es resuelto; todo ello de manera independiente de factores como el ingreso, la residencia, la condición laboral o la condición étnica, por ejemplo (CONEVAL, 2014c).

LA SALUD EN MÉXICO

Si bien México ha registrado avances importantes en materia de salud, en términos de resultados finales (estratégicos) aún existen grandes desafíos para lograr indicadores de salud del mismo orden a los observados, en conjunto, en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (ver cuadro 5). De acuerdo con información de 2013, se observa, por ejemplo, que la esperanza de vida al nacer y a los sesenta y cinco años de edad de la población mexicana en relación con el promedio de países de la OCDE es menor en -5.9 años y -1.8 años, respectivamente. Las tasas de mortalidades neonatal, infantil y debida al cáncer cérvico-uterino fueron tres veces superiores en México que en países de la OCDE.

En estos indicadores se incluyen dos que forman parte de compromisos internacionales de México ante los Objetivos de Desarrollo del Milenio: la tasa de mortalidad infantil (TMI) y la razón de mortalidad materna (RMM), con metas nacionales establecidas para 2015 de 10.8 defunciones de menores de un año por 1,000 nacidos vivos y 22.2 defunciones por causas maternas por cada 100,000 nacimientos, en ese orden (ODM, 2015). Los avances reportados a 2013 de estos indicadores fueron para la TMI de 13.0 y la RMM de 38.2. Este último indicador mostró un progreso insuficiente para alcanzar la meta, y 5.6 veces superior si se compara con el promedio de países de la OCDE.

Cuadro 5. Indicadores de salud de la población de México y el conjunto de países de la OCDE, 2013-2014

Indicador	México (2014)	México (2013)	OCDE (2013)*
Esperanza de vida al nacimiento (años) (ambos sexos)	74.7	74.6	80.5
Mujeres	77.5	77.4	83.1
Hombres	72.1	71.7	77.8
Esperanza de vida a los 65 años (ambos sexos)	17.7	17.7	19.5
Mujeres	18.6	18.6	21.1
Hombres	16.7	16.7	17.8
Bajo peso al nacer ^a	SD	5.5	6.6
Tasa de mortalidad neonatal ^b	SD	8.3	2.7
Tasa de mortalidad infantil ^{b 1}	12.4	13.0	4.1
Razón de mortalidad materna ^{c 2}	38.0	38.2	6.8
Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino ^{d, f}	SD	10.2	3.6
Tasa de mortalidad por accidente de transporte ^{e, f}	SD	17.4	7.0

Fuente: Elaborado por Investigación en Salud y Demografía, SC, para el CONEVAL con base en: para 2013: OCDE, 2015, y para 2014: CONAPO, s.f. y OMM, s.f.

Notas: a) por 100 nacidos vivos; b) por 1,000 nacidos vivos; c) por 100,000 nacidos vivos; d) por 100,000 mujeres; e) por 100,000 habitantes; f) dato 2012. SD= Sin dato.

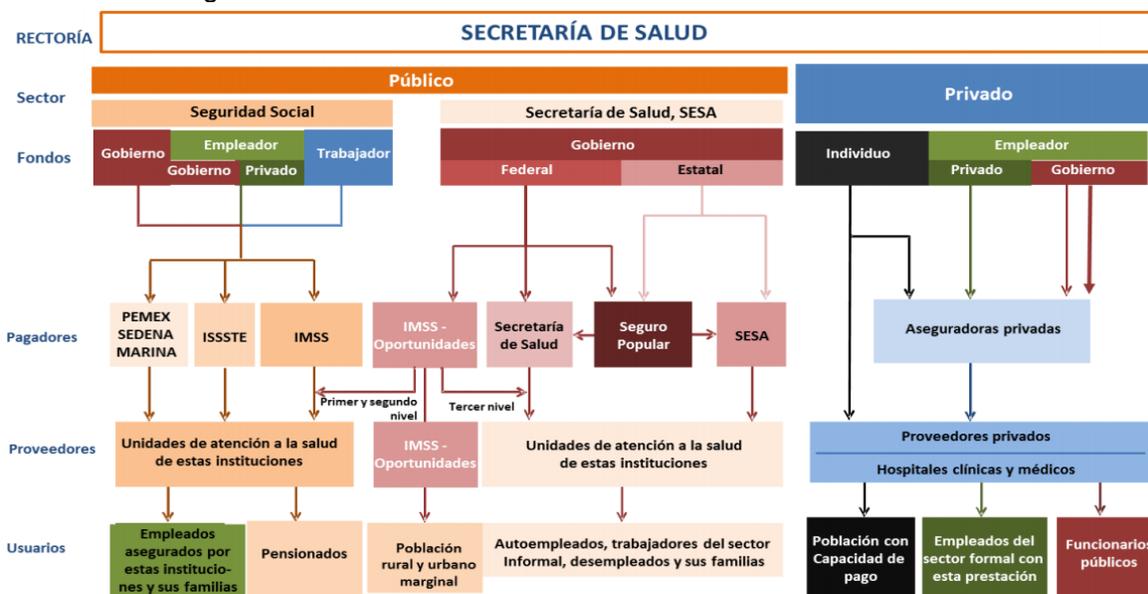
*Estimados con datos de 2013 de cada país o del último año disponible para cada país.

En general, destacan avances importantes, como los indicadores de esperanza de vida y de bajo peso al nacer; sin embargo, persisten grandes desafíos en comparación con los países de la OCDE.

ESTRUCTURA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y DESAFÍOS

La Secretaría de Salud es la responsable de la coordinación del Sistema Nacional de Salud,³ constituido por las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, y por las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones; tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud (DOF, 2015, 11 de noviembre). La organización del sector salud en México es compleja y fragmentada, y ofrece una protección incompleta y desigual a la población, lo cual, además, limita la continuidad en la atención (CONEVAL, 2013) (ver figura 1).

Figura 1. Estructura del Sistema Nacional de Salud de México



Fuente: Elaboración propia con base en la evaluación integral de la Secretaría de Salud 2011-2012 (CONEVAL, 2013).

De la revisión de la normativa programática vigente, se identifica que la problemática existente en materia de salud se relaciona con los siguientes temas: fragmentación del

³ Entre las atribuciones asignadas a la Secretaría de Salud se encuentran las siguientes: la planeación, normatividad y control de los servicios de atención médica, así como la prestación de los servicios en la materia, ya sea directamente o en coordinación con las entidades federativas, incluyendo el Distrito Federal (Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 2015).

Sistema Nacional de Salud; limitado paquete de servicios del Sistema de Protección Social en Salud⁴; inadecuada respuesta de la red pública de atención médica; niveles bajos del gasto en salud en comparación con países de la OCDE; e inadecuados modelos de atención a la salud de entidades federativas y municipios (DOF, 2013, 20 de mayo).

El grupo temático de programas evaluados referentes a esta problemática se relaciona, parcialmente, con las primeras cuatro causas (fragmentación, limitación de servicios, inadecuada respuesta y bajo gasto), las cuales se asocian con dos grandes desafíos que han caracterizado, en las últimas décadas, la actuación institucional en salud: lograr un sistema universal de salud y asegurar la calidad de los servicios.

En cuanto al primer desafío, uno de los objetivos planteados en el Programa Sectorial de Salud vigente (DOF, 2013, 12 de diciembre) implica, entre otras acciones: cambios en la normativa de las instituciones pertenecientes al Sistema Nacional de Salud para hacerlas compatibles en la prestación de servicios; creación de un fondo único de recursos como mecanismo de financiamiento; y portabilidad e intercambio de servicios, que le permita al usuario recibir la atención médica que requiera con independencia de la condición laboral o social; esto último, basado en un catálogo de servicios de salud, que tendría que estar explícitamente definido. Es claro que homologar o crear un catálogo universal de servicios de salud que se ofrezca, por igual, a la población sin importar su condición de derechohabiente tendría un impacto financiero en costos, aún no evaluado.

Para el segundo desafío, referente a un servicio de calidad, es necesario proporcionar a las personas usuarias los máximos beneficios de acuerdo con los conocimientos técnicos y científicos disponibles (DOF, 2013, 12 de diciembre). Asimismo, para lograr un servicio de calidad deben satisfacerse, simultáneamente, tres aspectos fundamentales: acceso físico a los servicios; disponibilidad y oportunidad de éstos; y calidad de los procesos de atención (DOF, 2013, 12 de diciembre).

⁴ Se entiende por Sistema de Protección Social en Salud las acciones que en materia de salud provean la Secretaría de Salud y los regímenes estatales de protección social en salud; estos últimos son estructuras administrativas que proveen dichas acciones, dependen o son coordinadas por la encargada de conducir la política en materia de salud en las entidades federativas (DOF, 2015, 11 de noviembre).

En el contexto del acceso físico a los servicios de salud, en 2012, del total de personas que utilizaron servicios ambulatorios curativos, 61.2 por ciento lo hicieron en instituciones del sector público, lo que significó un decremento de 1.2 puntos porcentuales en relación con 2006 (62.4 por ciento). Esta disminución se registró en las instituciones públicas de Petróleos Mexicanos (Pemex), Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena) y Secretaría de Marina (SEMAR); en ese mismo periodo, el acceso al sector privado se incrementó en 1.3 puntos porcentuales.

En 2012, del total de personas que usaron servicios hospitalarios, 83 por ciento acudieron a instituciones del sector público; esta demanda significó un incremento de 9.1 puntos porcentuales respecto a 2000 y de 3.3 puntos porcentuales en relación con 2006. Al analizar únicamente la utilización de servicios ambulatorios curativos de las instituciones públicas, se observa que en los servicios estatales de salud se registró un aumento de 4.6 por ciento en 2012 respecto a 2006 y en las instituciones de seguridad social, un decremento de 7.6 por ciento en el mismo periodo.

En el caso de la utilización de servicios hospitalarios en las instituciones que atienden población sin seguridad social, la demanda creció en 2012 en 32.9 por ciento respecto a 2000, y en las instituciones de seguridad social, disminuyó en -1.86 por ciento en el mismo periodo (INSP, 2012) (ver cuadro 6).

Cuadro 6. Distribución porcentual de utilizadores de servicios ambulatorios curativos 2006-2012 y hospitalarios 2000-2012, por institución que proporciona la atención, México

Institución de atención	Servicios ambulatorios curativos ¹		Institución de atención	Servicios hospitalarios ²		
	2006	2012		2000	2006	2012
Servicios estatales de salud	26.9	28.2	Servicios estatales de salud ⁴	25.9	31.6	38.3
IMSS	23.1	24.2	Otras instituciones públicas	2.0	3.1	0.9
ISSSTE	5.0	5.4	IMSS	35.8	36.2	35.5
Otros públicos ³	7.4	3.4	IMSS-Oportunidades ⁵	2.2	1.3	0.8
			ISSSTE/ISSSTE estatal	6.1	5.9	6.4
Privado	37.6	38.9	Otro seguro público ⁶	1.9	1.6	1.1
			Privado	23.9	20.9	17.0

Fuente: Elaborado por Investigación en Salud y Demografía, SC, para el CONEVAL con base en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), 2012.

¹ 15 días previos a la encuesta.

² 12 meses previos a la encuesta.

³ Incluye Pemex, Sedena y SEMAR.

⁴ Secretaría de Salud incluye hospitales federales.

⁵ En 2000, el IMSS-Oportunidades era IMSS-Solidaridad. Actualmente, se le denomina IMSS-Prospera.

⁶ Otro seguro público incluye Pemex y SEMAR.

En lo que concierne a la percepción de la población sobre los servicios médicos que utiliza, en 2012, 84.8 por ciento de los usuarios de servicios ambulatorios curativos consideraron haber recibido servicios de muy buena o buena calidad, lo que significó un incremento de 2.12 y 6.49 por ciento en 2000 y 2006, respectivamente. En 2012, 12.5 por ciento de los usuarios manifestaron que no regresarían a la misma institución que los atendió; esta cifra es similar a la encontrada en 2006 y con un incremento de 12.8 por ciento respecto a 2000.

En el caso de la percepción sobre la calidad de la atención hospitalaria, se observa que la categoría de bueno y muy bueno (80.6 por ciento) disminuyó en 2012 respecto a 2000 (84.2 por ciento) y se registró un ligero aumento en relación con 2006 (80.3 por ciento), lo que significa que cuatro de cada cinco usuarios calificaron los servicios como aceptables. En 2012, la categoría de usuarios que nunca regresarían a la misma institución que los atendió reportó un valor de 13.4 por ciento, que representa un incremento de 5.2 por ciento respecto a 2006 y un decremento de 17.2 respecto a 2000 (INSP, 2012) (ver cuadro 7).

Cuadro 7. Calidad de la atención ambulatoria y hospitalaria en el ámbito nacional, comparativo 2000, 2006 y 2012, México

Percepción de calidad	Atención ambulatoria			Atención hospitalaria ²		
	ENSA 2000	ENSANUT 2006	ENSANUT 2012	ENSA 2000	ENSANUT 2006	ENSANUT 2012
Bueno y muy bueno	83.0	79.3	84.8	84.2	80.3	80.6
Regular	14.0	17.2	12.1	11.6	13.3	13.4
Malo y muy malo	3.1	3.4	3.2	4.2	6.4	6.0
Usuarios que no regresarían a la misma institución de atención	10.9	12.7	12.5	15.7	12.7	13.4

Fuente: Elaborado por Investigación en Salud y Demografía, SC, para el CONEVAL (INSP, 2012).

CAUSAS DE LA PROBLEMÁTICA

Para analizar la causalidad que condiciona la problemática que tiene que ver con el acceso a los servicios y la calidad de éstos, se recurre al concepto de “causa contribuyente”, es decir, que una causa es necesaria, pero no suficiente para que suceda el problema (Bunge, 2013). En este contexto, se identifican tres causas contribuyentes en materia de salud, a saber: baja disponibilidad de recursos institucionales para la salud; inadecuada distribución geográfica de la infraestructura; e ineficiente uso de los recursos y baja productividad de las unidades de salud del sector público (DOF, 2013, 12 de diciembre).

En lo referente primera causa contribuyente, es decir la baja disponibilidad de recursos institucionales para la salud, en 2013, el gasto total en salud per cápita en México fue de 535.9 dólares, 4.7 veces menor que el promedio de países de la OCDE (2,535.7 dólares). Aun cuando el gasto nacional total en salud se incrementó 12.7 por ciento en términos reales (de 2008 a 2013), México ocupa el último lugar de los países de la OCDE en el tema (ver cuadro 8 y gráfica 1). El gasto total en salud en México en 2013 representó 6.2 por ciento del producto interno bruto (PIB) y se ubica por debajo del promedio de los países de la OCDE, que es de 8.9 por ciento, sólo por arriba de Estonia (6.0) y Turquía (5.1) (OCDE, 2015) (ver cuadro 8).

Cuadro 8. Gasto total en salud, porcentaje del PIB y per cápita (dólares US), México frente al promedio OCDE (2008-2013)

Año	Gasto total en salud, % del PIB		Gasto total en salud per cápita (dólares US)	
	México	OCDE (promedio) ¹	México	OCDE (promedio) ¹
2013	6.21	8.90	535.9	2,535.7
2012	6.11	8.85	513.7	2,488.0
2011	5.93	8.78	483.5	2,436.7
2010	6.21	8.79	443.4	2,338.7
2009	6.37	8.96	414.9	2,322.8
2008	5.93	8.32	388.8	2,196.0

Fuente: Elaborado por Investigación en Salud y Demografía, SC, para el CONEVAL (OCDE, 2015).

¹Estimados con datos del año en cuestión o del último año disponible.

El gasto total en salud (público y privado) en México ha variado a lo largo de los últimos seis años. Durante el periodo 2008-2013, el gasto público creció en 27.9 por ciento, mientras que el gasto privado se redujo en -0.05 por ciento (ver cuadro 9).

Cuadro 9. Gasto público y privado en salud (millones de pesos a precios constantes 2013), México, 2008-2013

Año concepto	2008	2009	2010	2011	2012	2013	% Variación (2008-2013)	
Gasto total en salud (I.1 + I.2)	898,200	929,260	948,446	945,553	1,008,299	1,012,440	12.7%	
I.1 Gasto público total en salud (A+B+C+D+E+F+G+H)	409,894	437,431	461,372	480,619	513,547	524,373	27.9%	
Total en población sin seguridad social	A. Secretaría de Salud (Ramo 12)	84,320	94,479	97,004	107,492	117,247	118,894	
	B. FASSA (Ramo 33)	58,613	58,836	58,013	62,978	67,385	67,679	
	C. IMSS-Prospera (Ramo 19)	7,702	8,898	8,912	9,374	10,103	9,882	25.0%
	D. Sedena (Ramo 7) + SEMAR (Ramo 13)	5,310	6,225	7,357	7,837	9,199	7,659	
	E. Gasto estatal	29,881	32,663	37,689	28,755	26,543	28,218	
Total en población con seguridad social	F. IMSS	171,449	181,096	194,452	197,707	207,537	208,586	
	G. ISSSTE	38,694	41,052	44,173	51,792	48,002	49,832	30.3%
	H. Pemex + ISSFAM + ISSES	13,926	14,182	13,770	14,683	27,531	33,623	
I.2 Gasto privado total en salud	488,305	491,828	487,074	464,934	494,752	488,067	-0.05%	
% Variación del gasto total en salud	-	3.5%	2.1%	-0.3%	6.6%	0.4%		
% Variación del gasto público total en salud	-	6.7%	5.5%	4.2%	6.9%	2.1%		
% Variación del gasto privado total en salud	-	0.7%	-1.0%	-4.5%	6.4%	-1.4%		

Fuente: Elaborado por Investigación en Salud y Demografía, SC, para el CONEVAL con base en Dirección General de Información en Salud (DGIS, s.f.).

FASSA: Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud.

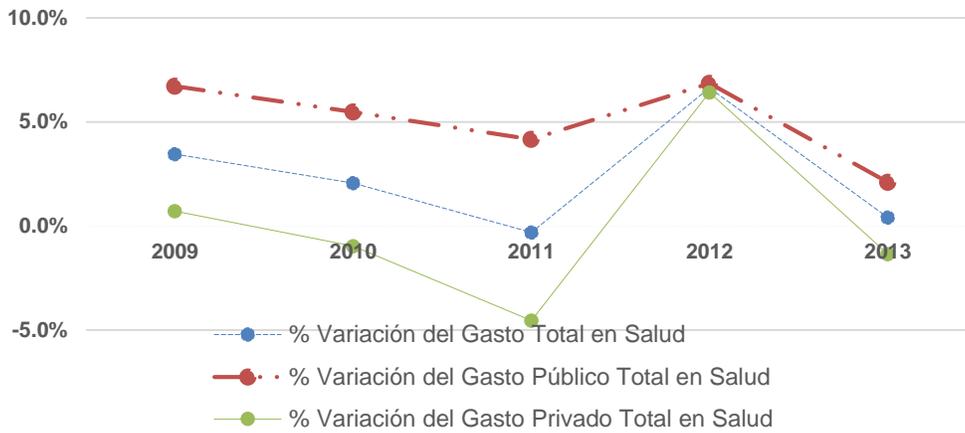
ISSFAM: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas.

ISSES: Instituciones de seguridad social de las entidades federativas.

Gasto privado en salud: Gasto de los hogares e instituciones sin fines de lucro + cuotas de recuperación + pago de primas.

En términos relativos, la composición del gasto total en salud en sus vertientes público y privado se modificó de 2008 a 2013. El gasto público pasó de 45.6 a 51.8 por ciento, lo que significa un incremento de 6.2 puntos porcentuales, mientras que el gasto privado se redujo de 54.4 en 2008 a 48.2 en 2013 (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Porcentaje de variación del gasto total, público y privado en salud (2009-2013)



Fuente: Elaborado por Investigación en Salud y Demografía, SC, para el CONEVAL (DGIS, s.f.).

Por otro lado, el gasto público destinado a la población sin seguridad social pasó de 185,826 millones de pesos (MDP) en 2008 a 232,332 MDP en 2013, una variación de 25.0 por ciento. Durante el mismo periodo, el presupuesto ejercido en la población con seguridad social se incrementó en 30.3 por ciento, de 224,069 a 292,041 MDP (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Gasto en salud público (población con seguridad social y sin seguridad social) y privado (2008-2013)

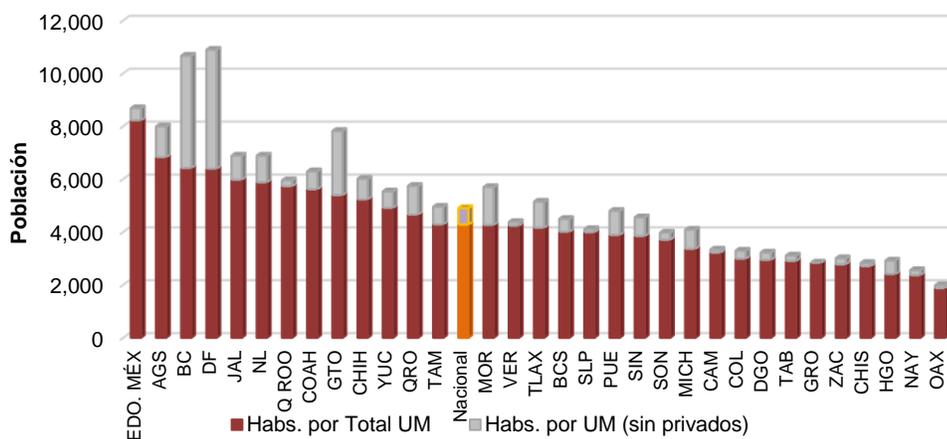


Fuente: Elaborado por Investigación en Salud y Demografía, SC, para el CONEVAL (DGIS, s.f.).

La segunda causa contribuyente (inadecuada distribución geográfica de la infraestructura) genera concentraciones ineficientes en algunos lugares y deja población sin acceso. En 2010, en México, 81.6 por ciento de la población tuvo muy alto grado de acceso geográfico a servicios de salud; 15.6 por ciento, tuvo acceso desde niveles considerados altos hasta muy bajos; y 2.8 por ciento no contó con acceso geográfico. Este último porcentaje de la población equivale a 3.2 millones de personas, que residen en 57,171 localidades aisladas y alejadas, las cuales enfrentan el mayor reto en la provisión de servicios de salud y el diseño de una estrategia específica para resolver esta necesidad (CONEVAL, 2013).

En términos de la infraestructura física total para atención en salud, en 2014, en México se contaba con una unidad médica pública (UM) por cada 4,279 habitantes (HT). Al incluir las unidades médicas del sector privado, este indicador aumenta a 4,902 habitantes por unidad médica total. La composición en las entidades federativas es diversa: 13 están por arriba del promedio nacional y 19 por abajo; destacan el Distrito Federal y Baja California, cuya composición entre unidades médicas del sector salud y privadas es de 60-40 por ciento, respectivamente, en tanto que en 14 entidades esta composición es de 90-10 por ciento (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Habitantes por unidad médica total y sin servicios médicos privados, 2014¹



Fuente: Elaborado por Investigación en Salud y Demografía, SC, para el CONEVAL (DGIS, 2014; CONAPO, s.f.).

¹ Incluye todas las unidades médicas en operación con registro en el Catálogo de CLUES (SSA, IMSS, IMSS-Prospera, ISSSTE, Pemex, Secretaría de Comunicaciones y Transportes, Sedena, SEMAR, DIF, Cruz Roja, universitarios, servicios médicos estatales, municipales y privado).

En 2013, en México, los servicios de salud disponibles representaron un promedio de 1.61 camas, 2.16 médicos y 2.62 enfermeras por cada 1,000 habitantes, mientras que el promedio de estos recursos para los países de la OCDE en el mismo año fue de 4.76, 3.29 y 9.19, respectivamente, lo que revela diferencias significativas con las cifras nacionales (ver cuadro 10).

Cuadro 10. Disponibilidad de recursos para la salud en comparación con el promedio de países de la OCDE, 2008-2013

Año	Camas ¹		Médicos ¹		Enfermeras ¹	
	México	OCDE (promedio) ²	México	OCDE (promedio) ²	México	OCDE (promedio) ²
2013	1.61	4.76	2.16	3.29	2.62	9.19
2012	1.57	4.80	2.12	3.27	2.55	9.10
2011	1.59	4.83	2.10	3.23	2.51	8.97
2010	1.59	4.87	2.00	3.18	2.41	8.77
2009	1.59	4.92	1.97	3.16	2.35	8.62
2008	1.63	5.10	1.94	3.13	2.30	8.49

Fuente: Elaborado por Investigación en Salud y Demografía, SC, para el CONEVAL con base en OCDE (2015).

¹ Por cada 1,000 habitantes.

² Estimados con datos del año analizado o del último año disponible.

En la tercera causa (ineficiente uso de los recursos y baja productividad de las unidades de salud del sector público) se observa que la productividad de las unidades médicas que atienden la población no asegurada⁵ es menor que la de las unidades de la seguridad social. En el rubro servicios por 1,000 habitantes, tanto en estudios de laboratorio como de rayos X, la productividad de las unidades de seguridad social es más del doble de las unidades de población no asegurada. Lo mismo se registra, como ejemplo, en la productividad de consultas generales por consultorio (ver cuadro 11).

⁵ La productividad de las unidades médicas en operación se mide por varios indicadores, la mayoría relacionados con las consultas y sólo uno, con intervenciones quirúrgicas. Es claro que una elevada productividad en el número de consultas afecta la calidad en la atención.

Cuadro 11. Indicadores de servicios de salud en México, 2013

Indicadores	Total	Población	
		No asegurada	Asegurada
Servicios por 1,000 habitantes			
Consulta externa	2 767.3	2 386.1	3 239.9
Consultas generales	1 884.2	1 774.7	2 019.8
Egresos hospitalarios	49.6	48.7	50.7
Intervenciones quirúrgicas	30.8	26.9	35.7
Consultas odontológicas	147.0	153.1	139.4
Atención de urgencias	300.7	169.9	462.9
Estudios de laboratorio	3 397.2	2 400.8	4 632.2
Estudios de rayos X	219.1	118.7	343.5
Productividad diaria ^{1/}			
Consultas por médico	6.7	6.2	7.2
Consultas por médico general ^{2/}	12.5	10.1	16.7
Consultas por médico especialista ^{3/}	1.8	1.5	2.0
Consultas por odontólogo ^{4/}	4.3	3.4	6.8
Consultas generales por consultorio general	24.2	18.0	38.8
Intervenciones quirúrgicas por quirófano ^{5/}	2.5	2.4	2.7
Hospitalización ^{6/}			
Porcentaje de ocupación hospitalaria	75.6	72.6	78.3
Promedio días estancia ^{7/}	4.1	3.6	4.8
Porcentaje de egresos de medicina interna	20.5	14.8	27.3
Porcentaje de egresos de cirugía	23.5	18.0	30.2
Porcentaje de egresos de ginecoobstetricia	37.9	48.2	25.6
Porcentaje de egresos de pediatría	12.5	12.6	12.4
Porcentaje de otros egresos	4.3	6.4	1.7

Fuente: Elaborado por Investigación en Salud y Demografía, SC, para el CONEVAL (DGIS, s.f.; CONAPO, s.f.).

^{1/} Se consideraron 252 días hábiles.

^{2/} En el denominador de médico general se incluyen también pasantes.

^{3/} En el denominador de médico especialista se incluyen médicos residentes.

^{4/} En el denominador de odontólogos se incluyen también pasantes de odontología.

^{5/} Se consideraron 365 días.

^{6/} Se incluyen egresos intrahospitalarios del IMSS.

^{7/} Se consideraron días paciente del IMSS.

Los efectos más importantes derivados de la problemática descrita son los siguientes: deterioro de las condiciones epidemiológicas y de salud de la población; inequidad en el acceso a servicios de salud de los diferentes grupos poblacionales; empobrecimiento de las familias con los más bajos niveles de ingreso por la necesidad de incurrir en gastos de bolsillo para financiar su atención médica; y la persistencia de deficiencias en la calidad de los servicios que se prestan.

Es relevante considerar que la afiliación por sí sola no es suficiente para resolver las necesidades de atención de la población; se requiere que la atención médica o de salud sea oportuna, completa y de calidad, y sea otorgada en un entorno respetuoso y con sensibilidad cultural.

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

El análisis de los objetivos de los programas revela que el objetivo común de éstos es construir las condiciones (físicas y financieras) para lograr que la población más desprotegida de México ejerza con certidumbre su derecho constitucional a la salud.

En relación con las principales causas de la problemática de acceso a los servicios de salud, con los programas evaluados se busca atender aquellas relacionadas con la baja disponibilidad de recursos institucionales y la inadecuada distribución geográfica de la infraestructura, así como el desafío de la calidad.

A partir del análisis de los objetivos de los programas evaluados, se identificaron cuatro grupos de programas: los que prestan servicios a poblaciones marginadas y de difícil acceso geográfico; los que brindan protección financiera a la persona; los que se relacionan con la calidad en la atención médica y de los servicios de salud; y los que favorecen la participación comunitaria (ver cuadro 12).

Cuadro 12. Programas clasificados por grupos, 2014

Grupo	Programa
Prestan servicios a poblaciones marginadas y de difícil acceso geográfico	Caravanas de la Salud (PCS) IMSS- Prospera
Brindan protección financiera a personas	Seguro Popular (SP) Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI)
Relacionados con la calidad de la atención médica y de servicios de salud	Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud (FOROSS) Programa de Apoyo para Fortalecer la Calidad en los Servicios de Salud (Calidad en los Servicios de Salud)
Promueve acciones a nivel localidad	Programa Comunidades Saludables (Comunidades Saludables)

Fuente: Elaborado por Investigación en Salud y Demografía, SC, para el CONEVAL con base en las evaluaciones específicas de desempeño 2014-2015 (CONEVAL, 2015a-h).

En el primer grupo se ubican los programas que son parte de la respuesta institucional para atender la inadecuada distribución geográfica de las unidades médicas y cuya finalidad es contribuir a garantizar el derecho constitucional a la salud de la población en general y, en forma particular, de las poblaciones que no cuentan con servicios de seguridad social y habitan en comunidades de alta y muy alta marginación y de reconocida dispersión geográfica (ver cuadro 13).

Cuadro 13. Objetivos de los programas por grupo de acuerdo con su objetivo, 2014

Grupo	Programa	Objetivo
Prestan servicios a poblaciones marginadas y de difícil acceso geográfico	Caravanas de la Salud (PCS)	Contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población de las localidades geográficamente dispersas y sin acceso a servicios de salud. Lo anterior, mediante la oferta de atención de primer nivel a la salud por unidades médicas móviles que cuentan con personal capacitado para proporcionar servicios de promoción, prevención y atención médica y odontológica en las localidades de alta y muy alta marginación; dichas localidades están ubicadas en municipios de bajo Índice de Desarrollo Humano y/o en municipios de la Cruzada Nacional Contra el Hambre y/o municipios predominantemente indígenas. La cartera de servicios de salud que otorga el programa es de 154 intervenciones que forman parte del Catálogo Universal de Servicios de Salud, publicado en 2012 (CAUSES 2012) por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
	Programa IMSS-Prospera	Facilitar el acceso a servicios de salud de calidad; está dirigido a la población que carece de seguridad social y habita prioritariamente en zonas rurales y urbano-marginadas, adscrita territorialmente al programa. Otorga servicios médicos preventivos y curativos permanentes en unidades de primero y segundo niveles de atención, a través del Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), que vincula la atención médica con la acción comunitaria para el autocuidado de la salud y mejora de la salud pública: para ello, forma y actualiza a promotores voluntarios de la comunidad.
Brindan protección financiera a personas	Seguro Popular (SP)	Brindar a la población sin seguridad social el acceso a un esquema de protección financiera que evite el deterioro del patrimonio de las familias por gastos en salud, con especial atención en aquella población que se encuentra en condiciones de desventaja y marginación sociales. Tiene cobertura de las intervenciones contenidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) en unidades médicas de los tres niveles de atención, con una vigencia renovable cada tres años.

Grupo	Programa	Objetivo
	Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI)	Financiar, mediante un esquema público de aseguramiento médico universal de cobertura amplia, la atención de niños menores de cinco años de edad de familias afiliadas al Seguro Popular que no son derechohabientes de alguna institución de seguridad social y que deciden, de manera voluntaria, afiliarse al programa al menor de cinco años con el fin de contribuir a la disminución de su empobrecimiento por motivos de salud. Se incluye el otorgamiento de intervenciones de salud complementarias a las establecidas en el CAUSES y a los servicios médicos de alta especialidad para enfermedades de alto costo descritas en el FPGC a los niños menores de cinco años, hasta que éstos cumplan los cinco años de edad.
Relacionados con la calidad de la atención médica y de servicios de salud	Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD)	Entregar anualmente, mediante concurso, apoyos económicos a las unidades médicas de los tres niveles de atención de las instancias públicas del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de proyectos y la entrega de reconocimientos que ayudan a mejorar la calidad de los servicios. Hay tres modalidades de participación: proyectos de gestión; de capacitación, investigación operativa y foros estatales de calidad; y Premio Nacional de Calidad en Salud. Éstos deben apegarse a tres líneas de acción: gestión de la calidad; calidad técnica y seguridad del paciente; y calidad interpersonal. El programa contribuye a los objetivos de la Estrategia Nacional de Calidad 2013-2018 y responde al problema de la deficiente calidad de los servicios de salud.
	Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud (FOROSS)	Reforzar y completar la infraestructura médica y hospitalaria en salud destinando recursos para la construcción, remodelación o rehabilitación de unidades médicas y hospitalarias, mediante la transferencia de recursos federales hacia los sistemas estatales de salud, con la firma de convenios de colaboración específicos entre la Federación y las entidades federativas, los cuales serán vigentes desde la fecha de su suscripción hasta el cumplimiento del objetivo, conforme a lo previsto en dichos instrumentos jurídicos.
	Programa de Apoyo para Fortalecer la Calidad en los Servicios de Salud (Calidad en los Servicios de Salud)	Transferir anualmente apoyos financieros a las 32 entidades federativas. En 2014, los apoyos se destinaron para el desarrollo de a) proyectos de fortalecimiento del primer nivel de atención (sustitución y equipamiento de centros de salud; adecuación de espacios para acreditación; dignificación de espacios para estancia de pasantes); b) entornos saludables (fortalecimiento de la red de frío, espacios para desechos sólidos y líquidos; tratamiento y reutilización de residuos líquidos y biológicos); y c) conservación, mantenimiento y rehabilitación de unidades, y conservación y mantenimiento de equipo médico e industrial, en especial para la compra de pólizas para estos propósitos. En 2015, el apoyo fue destinado al proceso de formalización laboral de los trabajadores de la salud.

Grupo	Programa	Objetivo
Promoción y prevención de la salud	Programa Comunidades Saludables (Comunidades Saludables)	Proporcionar apoyo técnico, capacitación, asesoría y financiamiento para el desarrollo de proyectos municipales de salud para la entrega de servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades que generen la modificación de los determinantes de la salud (condiciones en las que las personas nacen, crecen, alimentan, viven, educan, trabajan, divierten, envejecen y mueren) y fomenten la responsabilidad compartida de la comunidad en municipios con localidades de 500 a 2,500 habitantes con un menor Índice de Desarrollo Humano o indígena. Cada proyecto aprobado recibe una transferencia de recursos presupuestarios federales con carácter de subsidio y tiene un monto anual hasta de 50 por ciento de su costo total, con un máximo de 500,000 pesos; los municipios beneficiarios financiarán la cantidad complementaria y darán continuidad a los proyectos en el siguiente ejercicio fiscal o administración.

Fuente: Elaboración propia con base en las evaluaciones específicas de desempeño 2014-2015 (CONEVAL, 2015a-h).

En el segundo grupo están los programas que contribuyen a atender la limitación de recursos en la población beneficiaria; intervienen directamente en la disminución de los gastos de bolsillo y catastróficos por motivos de salud.

En el tercer grupo se ubican tres programas orientados a contribuir a la mejora de la calidad de la atención médica y a fortalecer la calidad de los servicios de salud.

En el cuarto grupo se incluye el programa que promueve acciones en el ámbito local (comunidad) de promoción de la salud para mejorar los determinantes sociales de salud y generar entornos saludables. A diferencia de los programas del grupo uno, éste no proporciona o facilita servicios de salud; sólo organiza actividades de prevención y promoción.

De los ocho programas evaluados, la evolución en los planteamientos estratégicos referidos en sus matrices de indicadores para resultados, durante el periodo 2008-2014, y la revisión de sus lógicas internas (verticales), fundamentalmente, permiten inferir que cinco de estos programas requieren una adecuación profunda para lograr una idónea congruencia entre lo que se plantea como propósito (deber ser) y lo que se compromete en los componentes y actividades (cómo hacerlo) con los resultados finales obtenidos (qué se logró). Tal es el caso de Comunidades Saludables, PCS, SICALIDAD, FOROSS y

Calidad en los Servicios de Salud. En contraste, los programas SMSXII, SP e IMSS-Prospera muestran una evolución histórica que refleja un desempeño adecuado.

Como se mencionó, el objetivo común del grupo de programas evaluados es construir las condiciones (físicas y financieras) para lograr que la población más desprotegida de México ejerza con certidumbre su derecho social a la salud. Este objetivo común se vincula de forma directa con el expresado en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, que dispone el “asegurar el acceso a los servicios de salud” (DOF, 2013, 20 de mayo). De igual forma, se identifica una relación directa con el objetivo del Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PROSESA) que define “asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad” (DOF, 2013, 12 de diciembre). Esta clara relación de congruencia entre el objetivo común del grupo de programas con los objetivos nacional y sectorial determina la importancia de revisar en profundidad las lógicas internas de los programas evaluados para asegurar que la suma de las partes en verdad reflejen el todo (en la sección de retos se incluyen las áreas de oportunidad identificadas).

De las causas contribuyentes vinculadas con la problemática que limita el acceso a los servicios de salud, las relacionadas con la fragmentación del Sistema Nacional de Salud, el uso ineficiente de recursos, la baja productividad, y la baja capacidad resolutive por limitaciones de recursos humanos, equipamiento e insumos médicos en unidades médicas de primer nivel y hospitalarias no están siendo atendidas por el grupo de programas evaluados. Incluso, en ninguno de los planteamientos establecidos en los resúmenes narrativos de las matrices de indicadores para resultados de éstos se advierte indicio alguno de que estos elementos estén siendo considerados actualmente o, incluso, que lo hayan sido en el pasado reciente.

COBERTURA

En lo que respecta a la cobertura poblacional de los programas, se observa que sólo tres de ellos tienen una eficacia adecuada: SP, IMSS-Prospera y PCS; aunque en el caso de este último, es necesario revisar la congruencia entre los valores reportados y las definiciones de población utilizadas. El SMSXXI, presenta una cobertura en nivel crítico por exceso, porque su población atendida supera por mucho a la población objetivo. Los

programas SICALIDAD y Comunidades Saludables registran bajos niveles de cobertura de su población objetivo. Finalmente, no se puede hacer un análisis de cobertura de los dos programas restantes (FOROSS y Calidad en los Servicios de Salud), ya que no se cuenta con la información correspondiente (ver cuadro 14).

Cuadro 14. Cobertura de los programas federales de acceso y mejoramiento a los servicios de salud, México, 2014

Programa	Unidad de medida	Población potencial (PP)	Población objetivo (PO)	Población atendida (PA)	Eficiencia en cobertura (PA/PO*100)
PCS	Personas	4,657,462	3,976,337	3,976,337	100%
Programa IMSS-Prospera	Personas	14,709,771	11,053,956	11,664,723	105.53%
SP	Personas	66,294,528	57,300,000	57,300,000	100%
SMSXXI	Niñas y niños	1,205,785	964,623	5,649,647	585.68%
SICALIDAD	Unidades médicas	23750	1234	145	11.75%
FOROSS	ND	ND	ND	ND	-
Calidad en los Servicios de Salud	Entidades federativas	ND	ND	32	-
Comunidades Saludables	Municipios	2106	550	145	26.36%

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

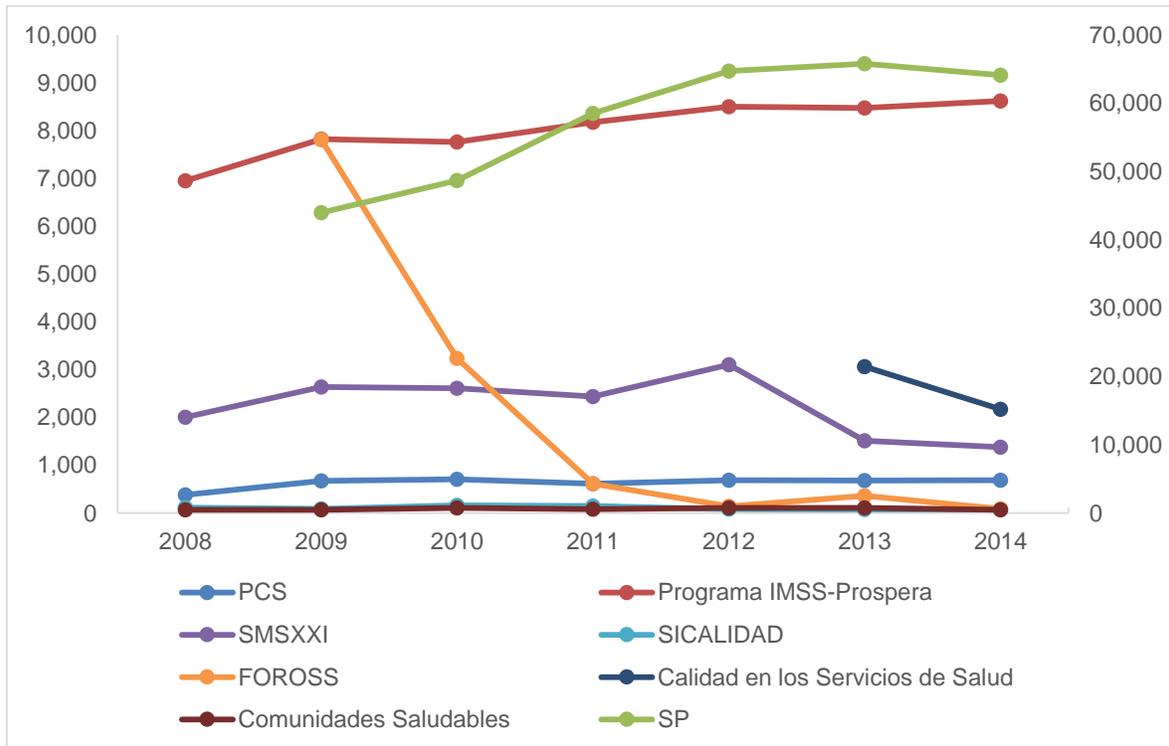
ND: No disponible.

La ampliación de la cobertura de acceso a servicios de salud está asociada al desempeño del SP. La población afiliada a este programa se incrementó de 27.2 millones de personas en 2008 a 52.9 en 2012 y en 2014 registró un total de 57.3 millones de afiliados (CNPSS, 2015), lo que representa un aumento de 110.6 por ciento en el periodo de análisis. En 2014 se cubrió la totalidad de la población objetivo estimado para ese año. Destaca la cobertura del SMSXXI, que incide en uno de los grupos más vulnerables del país, los menores de cinco años, con una ampliación de su cobertura de 204.91 por ciento en 2014 en relación con 2008.

PRESUPUESTO

En 2014, los programas ejercieron 77,220.61 MDP, que significa un incremento de 87.67 por ciento en el presupuesto ejercido entre 2008 y 2014 (ver cuadro 15).⁶

Cuadro 15. Gasto ejercido por los programas federales de acceso y mejoramiento a los servicios de salud (millones de pesos), México, 2008-2014



Fuente: Elaboración propia con base en las evaluaciones específicas de desempeño 2014-2015 (CONEVAL, 2015a-h); datos obtenidos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público deflactados a pesos constantes de 2012.

Notas:

En el lado derecho está graficado el programa SP.

Los programas FOROSS y Calidad en los Servicios de Salud iniciaron actividades en 2009 y 2013, respectivamente.

En 2013 se ejerció el mayor presupuesto del periodo 2008-2014, considerando la suma de todos los programas del grupo. En 2014, el programa con el mayor presupuesto fue el SP,

⁶ Hay que considerar que en 2008 no existía el programa FOROSS ni Calidad en los Servicios de Salud.

que representó 83 por ciento del total del ejercido por este grupo de programas. Cabe destacar que, de 2009 a 2014, los recursos ejercidos del SP se elevaron en 31.41 por ciento. En general, los recursos ejercidos por afiliación del SP son congruentes con el incremento de la cobertura poblacional. En 2010 se registró un aumento del presupuesto por afiliación de 15.7 por ciento frente a 39.8 de la población afiliada, que podría ser atribuible a la reforma de la Ley General de Salud (de diciembre 2009), al transitar de una cápita por familia a una cápita por persona (CONEVAL, 2015g).

En contraste, los programas que tuvieron en 2014 el menor porcentaje de presupuesto ejercido fueron FOROSS, SICALIDAD y Comunidades Saludables, los cuales representaron 1 por ciento cada uno.

COMPLEMENTARIEDADES Y COINCIDENCIAS ENTRE PROGRAMAS

Estos programas presentan como objetivo común construir las condiciones (físicas y financieras) para lograr que la población más desprotegida de México ejerza con certidumbre su derecho social a la salud. Del grupo de programas evaluados, el PCS y el IMSS-Prospera muestran una coincidencia en el sentido de que ambos están orientados a mejorar la salud de la población que carece de estos servicios y que residen en áreas de difícil acceso, lo que contribuye a ampliar el acceso a los servicios de salud.

En el caso de los programas de SP y SMSXXI, existe una complementariedad debido a que el primero busca brindar a la población sin seguridad social el acceso a los servicios de salud para impedir una afectación al patrimonio de las familias por gastos en salud. Por su parte, el SMSXXI tiene como propósito financiar la atención en salud de menores de cinco años de edad de las familias afiliadas al SP a fin de evitar el empobrecimiento por motivos de salud.

Capítulo 3. Principales logros y fortalezas de los programas en su conjunto

Una de las principales fortalezas del grupo evaluado son las reformas a la normativa en materia de protección social en salud que dan mayor certeza a la operación y ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en las entidades federativas y en la Ciudad de México. En particular, destaca el fortalecimiento de la portabilidad de derechos de los beneficiarios del SP, que contribuye a garantizar el acceso a servicios de salud, independientemente de su lugar de adscripción en el territorio nacional.

Otra fortaleza es la realización de evaluaciones externas de diversa índole, así como la fiscalización permanente de órganos superiores a estos programas, que permite contar con información para la mejora continua de su desempeño.

Además, es destacable el esfuerzo de establecer convenios de colaboración con otras instituciones, tanto del sector salud como privadas, para lograr la adecuada operación de los programas y garantizar la prestación de los servicios de salud, así como la acreditación de las unidades médicas en cuanto a capacidad, seguridad y calidad en la prestación de los servicios.

Entre los principales logros sobresalen: incrementos en la cobertura de servicios de salud y una mayor protección financiera y reducción de gastos de bolsillo por motivos de salud en las familias, con base en los avances registrados en el indicador “Proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares”.

En el otorgamiento de servicios de salud adecuados (con calidad, oportunidad y dignidad) también se reportan avances en el incremento de intervenciones y padecimientos incluidos en los paquetes de servicios de salud ofrecidos por el SP a partir de 2014. El CAUSES cubre 285 intervenciones, número que representa un aumento de 7.2 por ciento al compararlo con 2008, año en el cual se ofrecían 266 intervenciones (CAUSES, 2011). Asimismo, el FPGC cubre 59 padecimientos de alta especialidad; esta cifra se elevó en 73.5 por ciento respecto a 2007, cuando se tenían incorporadas 34 patologías (INSP, 2013).

En la protección financiera, durante el periodo de análisis, se observa una disminución proporcional del gasto de bolsillo en salud de las familias de 10.68 por ciento, al pasar de

49.24 en 2008 (Salud, 2013a) a 43.98 por ciento en 2014 (CONEVAL, 2014i). Asimismo, el porcentaje de hogares con gastos catastróficos y empobrecedores disminuyó en una proporción de 38.59 por ciento de 2006 a 2012 entre los hogares afiliados, al pasar de 168,881 a 103,713, respectivamente (Salud, 2015).

En relación con el abordaje intersectorial tanto de los riesgos a las condiciones de salud como a los determinantes sociales de ésta, componentes esenciales en los esfuerzos integrales dirigidos hacia la cobertura universal de salud (Frenk, 2014), se identifica que tres de los programas evaluados coadyuvan a modificar los determinantes mencionados de manera integral en el nivel individual y colectivo: Comunidades Saludables, IMMS-Prospera y el PCS. El primero ha logrado el involucramiento de autoridades municipales y la inversión de recursos de este orden de gobierno para el desarrollo de proyectos de promoción de la salud y prevención de enfermedades; este programa brinda asesoría técnica, capacitación y apoyo financiero a los municipios. Por su parte, el IMSS-Prospera fomenta la participación individual, familiar y colectiva en las acciones de salud, prácticas saludables y saneamiento ambiental a través de la red comunitaria (DOF, 2014, 17 de diciembre). Por último, el PCS tiene entre sus objetivos alentar la participación organizada de la comunidad para que contribuya a la modificación de los determinantes negativos de la salud que afectan a los individuos y su entorno, a través de campañas de comunicación educativa que realiza el equipo de salud itinerante (DOF, 2013, 28 de diciembre).

Capítulo 4. Retos generales del grupo evaluado

Los programas en su conjunto presentan una serie de retos generales, los cuales se clasifican en tres enfoques: programático, financiero y de calidad.

Desde el punto de vista programático

- Para definir una intervención pública que atienda, de forma global, la problemática del acceso a y mejoramiento de los servicios de salud, el reto es pasar de una planeación por programa a una planeación integral como problema social. Lo anterior significa aplicar una lógica de planeación ascendente que complemente la lógica descendente con la cual se han definido hasta ahora los planteamientos estratégicos de los programas (Jiménez, 2013). La atención a este desafío constituiría un insumo estratégico para intervenir en la problemática concerniente a la fragmentación del Sistema Nacional de Salud.
- Desde un enfoque empírico, el reto se asocia con valorar para qué sirve/cómo contribuye lo que cada programa hace; significa tener claridad sobre la función estratégica que cada programa debe cumplir, tanto en lo particular como en la atención de la problemática global de la que forma parte (Aldunate, 2011).
- Lograr la implementación de programas intersectoriales efectivos que motiven la participación social y la utilización del enfoque de determinantes sociales de la salud a través del establecimiento de mecanismos de coordinación y colaboración (Ordorico *et al.*, 2014).

Desde el punto de vista financiero

- Es fundamental que el conjunto de programas cuente con un adecuado planteamiento estratégico que incluya definiciones y estimaciones de poblaciones beneficiarias, así como información de costos sobre la atención a los beneficiarios. Esto permitirá que sea ordinario construir costos unitarios por los servicios por programa y, en su conjunto, para medir la eficiencia con la cual la política pública atiende la problemática de salud definida.

- Establecer indicadores que permitan medir, de forma específica, los logros en la disminución de los gastos de bolsillo y catastróficos para cada uno de los programas SP y SMSXXI.
- La continuidad de las personas adscritas a los programas de aseguramiento en salud es un desafío de la mayor relevancia; los beneficiarios deben encontrar en todo momento las respuestas adecuadas y la atención médica idónea que les motive a permanecer como afiliados a dicho sistema.
- La construcción de un padrón de beneficiarios de servicios de salud único que evite la duplicidad en el financiamiento y facilite la facturación cruzada entre instituciones, con base en el padrón del SP.

Desde el punto de vista de la calidad de los servicios

- El reto esencial para el grupo de programas evaluados es proporcionar a la población atendida los máximos beneficios de acuerdo con los conocimientos técnicos y científicos disponibles (DOF, 2013, 12 de diciembre).
- Dar prioridad a una mayor oportunidad para proporcionar servicios médicos y de salud, así como la disponibilidad de medicamentos e insumos médicos (DOF, 2013, 12 de diciembre).
- El trato digno y de calidez, así como la sensibilidad cultural, continúa siendo un reto importante, sobre todo en programas de atención médica.

Los desafíos referidos condicionan de modo directo el logro del objetivo común de los programas evaluados. La única manera de construir las condiciones físicas y financieras para que la población más desprotegida de México ejerza con certidumbre su derecho social a la salud está en relación directa con reconocer o definir la problemática que al respecto se quiere o se debe atender. Significa no sumar las partes para definir el todo; primero, se define la problemática global y, luego, se analizan las causas y los determinantes sociales, económicos y culturales que la ocasionan. En el aspecto financiero no sólo es indispensable una mayor inversión en infraestructura física y material, sino también la construcción de mecanismos que garanticen la eficiencia en la aplicación de dichos recursos. En el tema de la calidad es relevante establecer los mecanismos que de

forma continua midan a) la percepción y satisfacción tanto de beneficiarios de programas como de responsables y prestadores de servicios de éstos, y b) componentes de la prestación de los servicios, por ejemplo, la capacidad resolutive y la eficacia del tratamiento.

A continuación se presentan áreas de oportunidad específicas de algunos programas para lograr una mayor eficiencia en la aplicación de los recursos:

- El programa Fortalecer la Calidad en los Servicios de Salud está más orientado a atender aspectos de infraestructura y regularización de personal que de mejora de la calidad de forma explícita.
- El programa SICALIDAD opera con el presupuesto regular; sin embargo, sus resultados se evalúan como parte de la estrategia nacional de calidad y no a partir de los resultados que como programa específico debería lograr.
- El programa FOROSS es un claro ejemplo de la existencia de una apertura y una clave programática que, si bien como enunciado programático es necesario, en la realidad la operación no dispone de recursos y, en consecuencia, sus resultados son inexistentes.

Capítulo 5. Buenas prácticas externas

El análisis de las buenas prácticas se orientó, fundamentalmente, a identificar experiencias exitosas que se relacionaran con los retos señalados para el grupo de programas evaluados.

En primer lugar, se encontró que la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estableció como prioridad para la región de América Latina y el Caribe el acceso universal a servicios de salud y la cobertura universal de atención médica, a fin de hacer efectivo el derecho a la salud de la población en condiciones de vulnerabilidad, así como promover su bienestar y asegurar su protección financiera para evitar gastos empobrecedores y catastróficos originados por la atención a un problema de salud. Se proponen cuatro estrategias, asociadas con buenas prácticas: a) ampliar el acceso equitativo a los servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades; b) fortalecer la rectoría y la gobernanza; c) aumentar y mejorar el financiamiento con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo como barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios; y d) fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud que garanticen la sostenibilidad de la cobertura universal (OPS, 2014).

Las prácticas con las cuales diez países de América Latina, incluyendo México, han fortalecido sus sistemas de salud para avanzar hacia la cobertura universal son: a) en todos los países, la salud es un derecho legal o constitucional; b) a excepción de Cuba, los países conservan una mezcla público-privada en el financiamiento y la prestación de servicios, pero han fortalecido el sector público; c) en la mayoría de ellos se han incorporado intervenciones que tienen que ver con la oferta de servicios con el propósito de ampliar la cobertura de seguro para los ciudadanos no asegurados —con paquetes de beneficios definidos y expandidos—, así como la prestación de los servicios de salud; d) en Brasil y Cuba introdujeron sistemas universales de salud financiados mediante impuestos. Estos cambios fueron combinados con intervenciones de demanda dirigidas a mitigar la pobreza (focalizando gran parte de los determinantes sociales de salud) y aumentar el acceso de las poblaciones más desfavorecidas; e) en Brasil, Costa Rica y México, la expansión de la

cobertura financiera universal y de los servicios de salud se ha traducido en una reducción de los gastos catastróficos de salud entre los pobres; y f) la participación de la comunidad en la identificación de problemas, el establecimiento de prioridades, la planificación y el diseño de los servicios de salud (Atun *et al.*, 2014).

Además, en el contexto de la segmentación del Sistema Nacional de Salud, prácticas realizadas en 19 países han analizado la construcción de caminos para ampliar la cobertura y mejorar el acceso a los servicios de salud. Se han identificado, de forma no excluyente entre países, tres rutas diferentes: a) un pagador único en el que los fondos del sector público se concentran en una sola institución con la intención de proporcionarle los mismos servicios a toda la población; b) la libre elección del asegurador, que permite a las familias optar entre varios aseguradores o agentes de financiamiento, en un intento por eliminar la segregación de la población ampliando las opciones, con algunas variantes y limitaciones; y c) se dan beneficios mínimos explícitos para equiparar los beneficios y la protección social que se les brinda a los grupos de la población cubiertos por las distintas instituciones del sector público mediante el otorgamiento de beneficios explícitos de atención de salud para la población excluida de la seguridad social. La conclusión es que ninguno de los tres caminos supera al otro; cada uno tiene aciertos y todos están utilizando las experiencias de los otros para perfeccionar sus modelos de salud (Cotlear *et al.*, 2014).

Otra buena práctica observada en Brasil, Chile, Colombia y Cuba comprobó que la incorporación del enfoque de los determinantes sociales de salud en programas intersectoriales y en la participación social ha contribuido a ampliar el acceso a los servicios de salud, disminuir las desigualdades en salud y, en consecuencia, lograr la cobertura universal de los servicios (Ordorico *et al.*, 2014).

Las experiencias exitosas enunciadas son relevantes para mejorar la política social en salud y, por lo tanto, avanzar hacia un sistema universal de salud. Entre otras lecciones que deben revisarse y adecuarse para alcanzar el acceso a los servicios de salud, se consideran las buenas prácticas siguientes:

- Libre elección del prestador de servicios de salud por parte de las familias beneficiarias. Se procuraría una forma natural de motivar la mejora en el desempeño

de los prestadores de servicios. Su viabilidad es mayor en áreas urbanas que en rurales.

- Eliminar el pago directo en el momento de la prestación de servicios. Se daría la oportunidad de que la población demande con mayor frecuencia y oportunidad la atención médica; requiere contar con sistemas cruzados de facturación entre instituciones. La viabilidad depende de desarrollar procesos operativos que permitan la articulación de los procedimientos de facturación.
- Considerar un financiamiento público-privado para la prestación de los servicios. Contribuiría con la libre decisión de la población usuaria de los servicios y requeriría otorgar certidumbre jurídica para la libre oferta de servicios del sector privado que contribuya al financiamiento de la salud.
- La concentración de los recursos financieros en un solo pagador (financiador). Se garantizarían mismos tabuladores y catálogos de servicios; estaría condicionada a contar con sistemas institucionales de contabilidad de costos.
- Ratificación de la importancia de ofrecer paquetes de servicios de atención médica definidos y expandidos. Permitiría una cobertura plena de la población y una cuantificación de los servicios a proporcionar de forma diferenciada; implicaría un amplio proceso de información a la población sobre los servicios incluidos.
- Centrar la oferta de servicios en las personas y las comunidades. Exigiría que el diseño de servicios y programas tenga como eje al individuo; significaría migrar del enfoque curativo al preventivo, ya que, de esta manera, las acciones de promoción y prevención hacia al individuo buscarían reducir la presencia de enfermedades y, con ello, quizá, la reducción de las acciones curativas.
- Incorporación del enfoque de los determinantes sociales en las tareas de coordinación intersectorial y multisectorial y en los procesos de planeación institucional. Representaría cambiar de la planeación por programa de salud a la planeación por problema de salud. Se relaciona con la deconstrucción de los procesos institucionales verticales actuales para lograr el establecimiento de procesos horizontales que regulen, integralmente, la actuación intersectorial.
- La participación social en la toma de decisiones. Complementaría la lógica descendente de la planeación que caracteriza la actuación institucional con el sentir

y experiencia de la población que padece los problemas de salud; requiere una amplia y decidida participación y colaboración de los servidores públicos de todos los niveles de mando, desde las unidades médicas hasta los de alta dirección.

Las condiciones y las formas en que las buenas prácticas se pudieran implementar en los programas evaluados son diversas. Sin embargo, el éxito radica en lograr que el diseño de la política pública para el acceso y mejora de los servicios de salud contenga una visión transversal que incluya la totalidad de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Capítulo 6. Reflexión final y recomendaciones

La política nacional de salud establece la consecución de seis objetivos estratégicos asociados a las metas nacionales del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018. Éstos se refieren a la promoción y prevención de la salud; el acceso a servicios; la reducción de riesgos; el cierre de brechas; el aseguramiento de recursos; y la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal (DOF, 2013, 12 de diciembre). De estos objetivos, el relacionado con “asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad” desempeña una función decisiva: sin servicios médicos y de salud no hay posibilidades de alcanzar los otros objetivos señalados.

El compromiso gubernamental de garantizar plenamente el derecho social a la salud para todos los mexicanos aún tiene una brecha amplia para obtener la cobertura universal de los servicios: en 2014, alrededor de uno de cada cinco mexicanos (18.2 por ciento de la población) no tuvo acceso a los servicios de salud (CONEVAL, 2015i).

En consecuencia, si la política de salud orientada para atender el acceso a y mejoramiento de los servicios está representada por los ocho programas presupuestarios evaluados, es evidente que el cumplimiento de dichos objetivos sectoriales está seriamente comprometido. Como ya se mencionó, sólo tres de los ocho programas registraron, en 2014, un desempeño adecuado (SP, SMSXXI e IMSS- Prospera).

Ante las circunstancias actuales de las carencias sociales de la población y las condiciones de pobreza y pobreza extrema en las que se encuentran millones de mexicanos, es necesario revisar con carácter urgente el diseño y la operación de los otros cinco programas presupuestarios evaluados, desde la determinación y precisión de la problemática por atender hasta los resultados finales esperados. No es exclusivamente un problema asociado con limitaciones de recursos financieros; se trata de redefinir el rumbo de la actuación institucional y de los responsables estatales para lograr un verdadero acceso, disponibilidad y mejoramiento de los servicios de salud. De igual modo, es indispensable fortalecer los mecanismos de seguimiento y evaluación de los programas con indicadores estratégicos y de resultados, así como del capital humano para llevarlos a cabo.

Recomendaciones que requieren gestión y rectoría

- Delimitación de la problemática en salud que se pretende atender con el grupo de programas evaluados; a partir de ello, revisar la lógica interna de cada programa para alinearla con los resultados finales esperados por programa y para todos en su conjunto.
- Construcción de un modelo de información, seguimiento y evaluación que integre los indicadores de los programas evaluados en el contexto de la problemática global que atienden y que haga posible la comparación permanente entre las entidades federativas y con otros países, como sería el caso de los integrantes de la OCDE.
- Revisión de los alcances de los programas del grupo evaluado con la finalidad de incorporar otras acciones programáticas que permitan atender las causas relacionadas con el uso ineficiente de los recursos, la baja productividad de las unidades de salud públicas y la fragmentación del Sistema Nacional de Salud.
- Implementación de mecanismos de coordinación o de vinculación que favorezcan una actuación conjunta de los programas evaluados en poblaciones y áreas geográficas de mayor vulnerabilidad y menor resiliencia.
- En general, pasar de una planeación por programa social a una planeación por problema social, complementando la lógica de planeación descendente con una lógica ascendente.
- Continuidad en la revisión de los procesos operativos de los programas que faciliten la permanente actualización de la normativa que regula la operación de éstos y evitar duplicidades.
- Vinculación entre programas de prevención y promoción de la salud y del grupo evaluado para favorecer una atención integral que mejore los resultados en la salud de la población.
- Diseño de lineamientos normativos basados en experiencias previas que aseguren la congruencia entre recursos y cobertura de carteras de servicios de salud.
- Los programas que se relacionan con la atención médica podrían analizar la viabilidad de una asociación estratégica entre instituciones que atienden poblaciones con y sin seguridad social, así como con instituciones privadas, para

promover que los beneficiarios seleccionen el proveedor de servicios que mejor convenga a sus necesidades y satisfacciones, con la facturación cruzada que corresponda.

Recomendaciones que requieren inversión financiera

- Determinación y atención de áreas geográficas que demandan servicios médicos y de salud, ya sea de carácter fijo o móvil. Para construir un sistema universal de salud, es indispensable que cada región, municipio o comunidad del país, por más aislada que sea, tenga una definición sobre su inclusión, o no, en la visión de cobertura universal de los servicios.
- Cuantificación de los recursos necesarios para proporcionar a unidades médicas y hospitalarias y a los integrantes de los equipos de salud las condiciones técnicas, físicas y materiales que garanticen una atención médica de calidad: oportuna, completa y cálida.
- Construcción e implementación de un modelo de evaluación del desempeño con valoraciones programadas para cada uno de los programas cuya finalidad es asegurar el acceso y el mejoramiento a los servicios de salud.
- Elaboración de indicadores para medir gastos de bolsillo y catastróficos de los programas SP y SMSXXI para cada una de sus poblaciones objetivo.
- Establecimiento de mecanismos permanentes para medir la aceptación y satisfacción de los beneficiarios de los programas evaluados, con especial atención en los relacionados con el SP y el SMSXXI. En éstos, es de relevancia que los beneficiarios permanezcan afiliados al sistema; de igual manera, la incorporación continua de personas no afiliadas.
- Actualización permanente de la cobertura de padecimientos incluidos en el CAUSES y en el FPGC del programa SP.
- Los programas que tienen la responsabilidad de disminuir los gastos de bolsillo y catastróficos deberían desarrollar investigaciones y pruebas piloto que determinen las condiciones y la viabilidad de ofrecer a sus beneficiarios la libre elección del proveedor de servicios para atender la salud familiar y personal.

Referencias bibliográficas

- Aldunate, E. *et al.* (2011) Formulación de programas con la metodología de marco lógico. Serie Manuales. Santiago de Chile: CEPAL, ILPES. Recuperado el 26 de mayo de 2016 de <http://unpan1.un.org/intrados/groups/public/documents/uneclac/unpan045744.pdf>
- Atun, R. *et al.* (2014). La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en América Latina. Serie Cobertura universal de salud en Latinoamérica. *MEDICC Review*, 2015, vol. 17, suplemento, pp. S21-S39. Publicado en línea en *The Lancet* el 16 de octubre de 2014 y traducido al español con permiso. Recuperado el 15 de marzo de 2016 de <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=33>.
- Bunge, M. (2013). *Buscar la filosofía en las ciencias sociales*. México: Siglo XXI Editores.
- Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) (2011). *Evolución del Catálogo Universal de Servicios de Salud. Evolución del número de intervenciones de salud incluidas en el CAUSES (2006-2011)*. Presidencia de la República. Recuperado el 15 de marzo de 2016 de <http://calderon.presidencia.gob.mx/el-blog/evolucion-del-catalogo-universal-de-servicios-de-salud/>
- Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud (CNPSS) (2015). Ficha de información de afiliación del SPSS. México: CNPSS. Recuperado el 16 de marzo de 2016 de <http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php/transparencia/iii-transparencia-focalizada/13-transparencia/156-personas-afiliadas> (hoja 2 del libro en Excel)
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2013). Evaluación integral de la Secretaría de Salud 2011-2012, México, DF. Recuperado el 17 de marzo de 2016 de http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Integrales/Integrales%202011-2012/EI_SALUD.pdf

- _____ (2014a). Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social. Recuperado el 15 de marzo de 2016 de <http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/IPFE/Paginas/historico.aspx>
- _____ (2014b). *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México* (segunda edición). México, DF. Recuperado el 17 de marzo de 2016 de http://www.coneval.gob.mx/Informes/Coordinacion/Publicaciones%20oficiales/MEDICION_MULTIDIMENSIONAL_SEGUNDA_EDICION.pdf
- _____ (2014c). Evaluación integral del desempeño de los programas federales de acceso y mejoramiento a los servicios de salud, 2012-2013. México, DF. Recuperado el 17 de marzo de 2016 de http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Integrales/Integrales%202012-2013/03_EI_SALUD.pdf
- _____ (2015a). Evaluación específica de desempeño del programa de apoyo para fortalecer la calidad en los servicios de salud. Recuperado el 15 de marzo de 2016 de http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/EED_2014_2015/SALUD/U012_PAFCSALUD/U012_PAFCSALUD_IC.pdf
- _____ (2015b). Evaluación específica de desempeño del programa Caravanas de la Salud. Recuperado el 15 de marzo de 2016 de http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/EED_2014_2015/SALUD/S200_UMM/S200_UMM_IC.pdf
- _____ (2015c). Evaluación específica de desempeño del Programa Comunidades Saludables. Recuperado el 15 de marzo de 2016 de http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/EED_2014_2015/SALUD/S037_CSALUDABLES/S037_CSALUDABLES_IC.pdf
- _____ (2015d). Evaluación específica de desempeño del Programa Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud. Recuperado el 15 de marzo de 2016 de http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/EED_2014_2015/SALUD/U006_FRSSALUD/U006_FRSSALUD_IC.pdf

_____ (2015e). Evaluación específica de desempeño del Programa IMSS-Prospera. Recuperado el 15 de marzo de 2016 de http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/EED_2014_2015/IMSS/S038_IMSSPROSPERA/S038_IMSS_PROSPERA_IC.pdf

_____ (2015f). Evaluación específica de desempeño del Programa Seguro Médico Siglo XXI. Recuperado el 15 de marzo de 2016 de http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/EED_2014_2015/SALUD/S201_SMSXXI/S201_SMSXXI_IC.pdf

_____ (2015g). Evaluación específica de desempeño del Programa Seguro Popular. Recuperado el 15 de marzo de 2016 de http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/EED_2014_2015/SALUD/U005_SPOPULAR/U005_SPOPULAR_IC.pdf

_____ (2015h). Evaluación específica de desempeño del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud. Recuperado el 15 de marzo de 2016 de http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/EED_2014_2015/SALUD/S202_CAMEDICA/S202_CAMEDICA_IC.pdf

_____ (2015i). *Medición de la pobreza en México y en las entidades federativas, 2014*. México, DF (cuadro anexo estadístico). Recuperado el 15 de marzo de 2016 de http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Documents/Pobreza%202014_CONEVAL_web.pdf.

Consejo Nacional de Población (CONAPO) (s.f.). Proyecciones CONAPO 2010-2030. Recuperado el 16 de marzo de 2016 de http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos

Cotlear, D. *et al.* (2014). La lucha contra la segregación social en la atención de salud en América Latina. Serie Cobertura universal de salud en Latinoamérica. *MEDICC Review*, 2015, vol. 17, suplemento, pp. S21-S39. Publicado en línea en *The Lancet* el 16 de octubre de 2014. Recuperado el 15 de marzo de 2016 de <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=33>

Dirección General de Información en Salud (DGIS) (s.f.). *Boletín de información estadística*.

Recuperado el 16 de marzo de 2016 de
http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/publicaciones/p_bie.html.

____ (2014). Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES). Recuperado

el 16 de marzo de 2016 de
http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/subsistema_clues.html.

Frenk, J. (2014). Señalando el camino hacia la cobertura universal de salud: un llamado a la acción. Serie Cobertura universal de salud en Latinoamérica. *MEDICC Review*, 2015, vol. 17, suplemento, pp. S62-S72. Publicado en línea en *The Lancet* el 16 de octubre de 2014 y traducido al español con permiso. Recuperado el 16 de marzo de 2016 de
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10768%3A2015-traduccion-espanol-lancet-universal-health&catid=4669%3Anews_hss&Itemid=39594&lang=en.

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2011). *Observatorio del Desempeño Ambulatorio 2010. Sesenta propuestas para el fortalecimiento de la atención primaria a la salud en los Servicios Estatales de Salud*. Cuernavaca: INSP.

Recuperado el 16 de marzo de 2016 de
http://dgces.salud.gob.mx/ocasep/doctos/doc_07.pdf

____ (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales 2012.

Recuperado el 16 de marzo de 2016 de
<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

____ (2013). Evaluación externa del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Sistema de Protección Social en Salud 2013. Recuperado el 26 de mayo de 2016 de

http://portal.salud.gob.mx/codigos/columnas/evaluacion_programas/pdf/IF_EESPS_S2013.pdf

Jiménez, J. (2013). Prevención de las situaciones de dependencia de las personas mayores: elementos para la construcción de una política pública. En J. L. Cepeda-Dovala y M. A. Hinojosa-Carranza (eds.). *Derechos humanos de las personas de la tercera edad* (pp. 69-93). México, DF: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.

Ley General de Salud (2015). *Diario Oficial de la Federación*, 11 de noviembre de 2015. México.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (LOAPF) (2015). *Diario Oficial de la Federación*, última modificación del 13 de mayo de 2015. México.

Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (2015). *¿Cómo va México?* Recuperado de <http://www.objetivosdedesarrollodelmilenio.org.mx/cgi-win/odmsql.exe/CDR,E>

Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM) (s.f.). Recuperado el 17 de marzo de 2016 de <http://www.omm.org.mx/>

Ordorico, L. *et al.* (2014) Determinantes sociales de salud, cobertura universal de salud y desarrollo sostenible: estudios de caso en países latinoamericanos. Serie Cobertura universal de salud en Latinoamérica. *MEDICC Review*, 2015, vol. 17, suplemento, pp. S21-S39. Publicado en línea en *The Lancet* el 16 de octubre de 2014. Recuperado el 16 de marzo de 2016 de <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=33>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2014). Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. Washington DC. Recuperado el 16 de marzo de 2016 de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11059%3A2015-universal-health-coverage-lac-2&catid=4669%3Anews-hss&Itemid=39594&lang=es

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2015). Estadísticas en salud. Recuperado de <http://stats.oecd.org/>; <https://data.oecd.org> y <https://data.oecd.org/healthres>.

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (2013). *Diario Oficial de la Federación*, 20 de mayo de 2013. México.

Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (2013). *Diario Oficial de la Federación*, 12 de diciembre de 2013. México.

Reglas de operación del Programa Caravanas de la Salud para el ejercicio fiscal 2014 (2013). *Diario Oficial de la Federación*, 28 de diciembre de 2013. México.

Reglas de operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2014 (2013). *Diario Oficial de la Federación*, 17 de diciembre de 2013. México.

Secretaría de Salud (Salud) (2013). Rendición de cuentas en Salud 2012. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Evaluación del Desempeño. México: SSA. Recuperado el 16 de marzo de 2016 de http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/rcs/rcs_2012.pdf

_____ (2015). Gasto catastrófico y empobrecedor en salud. Secretaría de Salud, Unidad de Análisis Económico. México. Recuperado el 16 de marzo de 2016 de <http://portal.salud.gob.mx/contenidos/transparencia/transparencia/transparenciafocal.html>

Anexo

Cuadro 1. Comparativo de los programas federales de acceso y mejoramiento a los servicios de salud, México, 2014

Programa	Grupos de atención	Ámbito de atención	Bienes o servicios otorgados	Tipo de apoyo otorgado	Entidades federativas donde opera el programa
Programa Comunidades Saludables	Municipios	Rural	Financiamiento de proyectos sociales	Monetario	26 ¹
Programa IMSS-Prospera	Población sin seguridad social	Ambos*	Servicios de salud	No monetario	27 ²
Caravanas de la Salud	Toda la población	Ambos*	Servicios de salud	No monetario	Cobertura nacional
Seguro Médico Siglo XXI	Toda la población	Ambos*	Servicios de salud	Monetario	Cobertura nacional
Sistema Integral de Calidad en Salud	Instituciones	Ambos*	Proyectos de gestión Capacitación Reconocimientos	Monetario	31 ³
Seguro Popular	Toda la población	Ambos*	Servicios de salud	Monetario	Cobertura nacional
Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud	Entidades federativas	Ambos*	Infraestructura	Monetario	ND
Programa de Apoyo para Fortalecer la Calidad en los Servicios de Salud	Entidades federativas	Ambos*	Subsidios	Monetario	Cobertura nacional

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

¹ El Programa Comunidades Saludables en el ejercicio fiscal 2014 no atendió en Nayarit, Querétaro, Sinaloa, Tabasco, Veracruz de Ignacio de la Llave y Zacatecas.

² El Programa IMSS-Prospera en el ejercicio fiscal 2014 no atendió en Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Quintana Roo y Tabasco.

³ El programa Sistema Integral de Calidad en Salud en el ejercicio fiscal 2014 no atendió en Tabasco.

*Rural y urbano.