

**COEVAL**

Consejo Nacional de Evaluación  
de la Política de Desarrollo Social

# Evaluación Integral de la Secretaría de Salud 2011-2012





Consejo Nacional de Evaluación  
de la Política de Desarrollo Social

**DIRECTORIO**  
**CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL**

**INVESTIGADORES ACADÉMICOS 2010-2014**

**María del Rosario Cárdenas Elizalde**  
Universidad Autónoma Metropolitana

**Fernando Alberto Cortés Cáceres**  
El Colegio de México

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

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

**John Scott Andretta**  
Centro de Investigación y Docencia Económicas

**Graciela María Teruel Belismelis**  
Universidad Iberoamericana

**SECRETARÍA EJECUTIVA**

**Gonzalo Hernández Licona**  
Secretario Ejecutivo

**Thania Paola de la Garza Navarrete**  
Directora General Adjunta de Evaluación

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

**Edgar A. Martínez Mendoza**  
Director General Adjunto de Coordinación

**Daniel Gutiérrez Cruz**  
Director General Adjunto de Administración



Consejo Nacional de Evaluación  
de la Política de Desarrollo Social

### **EQUIPO TÉCNICO**

Thania Paola de la Garza Navarrete  
Manuel Triano Enríquez

Èrika Ávila Mérida  
Clemente Ávila Parra  
Germán Paul Caceres Castrillón  
Luis Fernando Cervantes García Rulfo  
Liv Lafontaine Navarro  
Manuel Lemas Valencia  
Floencia Leyson Lelevier  
Haydeé Macías Enciso  
Luis Gerardo Mejía Sánchez  
David Tonatiu Moreno González  
Maricela Pestaña Bautista  
Andrea Villa de la Parra  
Janet Zamudio Chávez  
Michelle Adriana Zempoalteca Nava

### **CONSULTOR EXTERNO**

Este documento fue elaborado con base en un insumo de Investigación en Salud y Demografía, S.C.

### **Agradecimientos**

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) agradece la colaboración de la Dirección General de Evaluación del Desempeño en la Secretaría de Salud en la revisión de este documento.

---

Evaluación Integral de las Dependencias de la Administración Pública Federal Asociadas al Desarrollo Social 2011-2012. Secretaría de Salud.

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

Citación sugerida:

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). *Evaluación integral de las dependencias de la administración pública federal asociadas al desarrollo social 2011-2012. Secretaría de Salud*. México, D.F. CONEVAL, 2013.

## Contenido

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	5
<b>1. DIAGNÓSTICO DE LA PROBLEMÁTICA</b> .....	6
Situación nacional .....	6
Acceso a los servicios de salud.....	7
Afiliación a los servicios de salud .....	10
Situación general del sector salud a nivel nacional .....	12
Gastos en servicios de salud.....	14
Gasto privado en salud.....	18
Estado de salud de la población mexicana.....	19
Organización institucional del sector salud.....	23
Acceso y uso de los servicios de salud .....	26
i. Acceso geográfico a los servicios de salud .....	26
ii. Uso de los servicios de salud .....	27
iii. Paquetes de beneficios diferenciados.....	28
iv. Dispersión de programas federales y estatales de salud .....	29
<b>2. PROGRAMAS DE LA SECRETARÍA DE SALUD</b> .....	32
Asistencia social.....	35
Acceso a los servicios de salud.....	37
Promoción de la salud.....	39
<b>3. PRESUPUESTO Y COBERTURA DE LOS PROGRAMAS 2008-2011</b> .....	41
Presupuesto .....	41
Cobertura .....	43
<b>4. AVANCES Y RETOS EN TEMAS DE MONITOREO Y EVALUACIÓN</b> .....	44
Evaluaciones a los programas .....	45
Aspectos susceptibles de mejora .....	46
Buenas prácticas en materia de monitoreo y evaluación .....	46
<b>5. BUENAS PRÁCTICAS NACIONALES E INTERNACIONALES</b> .....	47
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	49
<b>ANEXO I. CUADRO COMPARATIVO DE LOS PROGRAMAS DE LA SECRETARÍA DE SALUD</b> .....	50

## INTRODUCCIÓN

México logró numerosos avances en materia de desarrollo social en las últimas décadas. Indicadores asociados al rezago educativo, acceso a la salud, así como calidad y espacios adecuados de la vivienda, por ejemplo, mejoraron de manera sustantiva de 1990 a la fecha. En particular, en términos de salud de 2008 a la fecha, la carencia de acceso a los servicios de salud ha disminuido considerablemente, además de que las brechas entre áreas urbanas y rurales del indicador se cerraron en este periodo.

Sin embargo, nuestro país aún enfrenta retos importantes. Entre los más relevantes pueden mencionarse abatir el nivel de la pobreza extrema, reducir la desigualdad social y garantizar el pleno ejercicio de los derechos sociales de los ciudadanos. Por ello, cada día cobra mayor relevancia identificar qué acciones de política pública funcionan mejor y cuáles son sus áreas de oportunidad, así como el disponer de alternativas viables para su implementación con el fin de lograr mejores resultados.

Con este fin, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) realizó la Evaluación Integral de la Secretaría de Salud. Su objetivo es ofrecer a los ciudadanos y a los tomadores de decisiones un diagnóstico de la problemática del sector, así como un panorama integrado de las actividades de los programas, sus resultados, fortalezas, retos y áreas de oportunidad.

Esta evaluación se elaboró con base en el análisis de los programas que fueron objeto de una Evaluación de Consistencia y Resultados 2011-2012. Cuando fue posible y pertinente, también se consideró información de otros programas, estudios, publicaciones y evaluaciones.

La primera sección de esta evaluación contiene un diagnóstico de las problemáticas que atiende la Secretaría de Salud. El apartado inicia con la descripción de la pobreza a nivel nacional y en las entidades federativas para después caracterizar la situación del acceso a los servicios de salud, la afiliación a los mismos, la situación general del sector a nivel nacional, el gasto institucional en servicios de salud, el gasto privado en salud (el realizado por los hogares), características básicas de salud de la población, la organización del sector salud, así como el acceso y uso de los servicios de salud en México. En la segunda sección se describen los programas sociales del sector salud, así como algunos de sus principales resultados, retos, fortalezas y avances de los programas. En la tercera se muestra el cambio del presupuesto y cobertura de los programas entre 2008 y 2011. Enseguida se identifican avances y retos en materia de monitoreo y evaluación de los programas. Por último, se presentan ejemplos de buenas prácticas internacionales relacionadas con la atención a las problemáticas que atienden los programas del sector salud.

Con esta Evaluación Integral de la Secretaría de Salud, el CONEVAL busca contribuir al fortalecimiento de las políticas y programas asociados al desarrollo social para que los mismos se enfoquen con mayor precisión en los resultados esperados.

## 1. DIAGNÓSTICO DE LA PROBLEMÁTICA

A continuación se presenta un diagnóstico de la problemática general a la que se dirigen los programas del sector salud. En primer lugar se muestra el panorama de la pobreza a nivel nacional y en las entidades federativas, enseguida se describe lo que sucede con el acceso a los servicios de salud tanto a nivel nacional como en las entidades entre 2008 y 2010, para después analizar aspectos claves del sector como el gasto (por parte del Estado y de los hogares), la situación de salud de la población mexicana, la organización institucional del sector, así como el acceso y uso de los servicios de salud distinguiendo por ámbito geográfico, acceso a diferentes paquetes y orden de gobierno.

### Situación nacional

La población en situación de pobreza ascendió a 46.2 por ciento en 2010, lo que representó 52 millones de personas (cuadro 1). En comparación con 2008, esto significó un aumento de 3.2 millones de personas. No obstante, en este mismo periodo es importante destacar que el número promedio de carencias de la población en pobreza disminuyó de 2.7 a 2.5 y que la pobreza extrema se mantuvo en 11.7 millones de personas entre 2008 y 2010.

El incremento del número de personas en situación de pobreza fue resultado de los aumentos de personas con carencia en el acceso a la alimentación (4.2 millones) como del de la población con ingresos bajos (la población por debajo de la línea de bienestar aumentó en 4.8 millones y la población por debajo de la línea de bienestar mínimo se incrementó en 3.4 millones de personas entre 2008 y 2010).

A pesar de estos resultados, la pobreza no se expandió en la misma magnitud que la reducción del Producto Interno Bruto en 2009, debido a que en este periodo (2008-2010) se incrementaron las coberturas básicas de educación, acceso a los servicios de salud, calidad y espacios de la vivienda, los servicios básicos en la vivienda y la seguridad social, factores que son parte de la medición de la pobreza. Los esfuerzos de la política de desarrollo social han contribuido a que la población en México cuente con una mayor cobertura de servicios básicos.

**Cuadro 1. Incidencia, número de personas y carencias promedio para los indicadores de pobreza, México, 2008 y 2010**

Indicadores	Estados Unidos Mexicanos					
	Porcentaje		Millones de personas		Carencias promedio	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010
<b>Pobreza</b>						
Población en situación de pobreza	44.5	46.2	48.8	52.0	2.7	2.5
Población en situación de pobreza moderada	33.9	35.8	37.2	40.3	2.3	2.1
Población en situación de pobreza extrema	10.6	10.4	11.7	11.7	3.9	3.7
Población vulnerable por carencias sociales	33.0	28.7	36.2	32.3	2.0	1.9
Población vulnerable por ingresos	4.5	5.8	4.9	6.5	0.0	0.0
Población no pobre y no vulnerable	18.0	19.3	19.7	21.8	0.0	0.0
<b>Privación social</b>						
Población con al menos una carencia social	77.5	74.9	85.0	84.3	2.4	2.3
Población con al menos tres carencias sociales	31.1	26.6	34.1	29.9	3.7	3.6
<b>Indicadores de carencia social</b>						
Rezago educativo	21.9	20.6	24.1	23.2	3.2	3.0
Carencia por acceso a los servicios de salud	40.8	31.8	44.8	35.8	2.9	2.8
Carencia por acceso a la seguridad social	65.0	60.7	71.3	68.3	2.6	2.5
Carencia por calidad y espacios de la vivienda	17.7	15.2	19.4	17.1	3.6	3.5
Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda	19.2	16.5	21.1	18.5	3.5	3.3
Carencia por acceso a la alimentación	21.7	24.9	23.8	28.0	3.3	3.0
<b>Bienestar</b>						
Población con un ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo	16.7	19.4	18.4	21.8	3.0	2.7
Población con un ingreso inferior a la línea de bienestar	49.0	52.0	53.7	58.5	2.5	2.2

Fuente: estimaciones de CONEVAL con base en el Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (MCS-ENIGH) 2008 y 2010.

Nota: las estimaciones de 2008 y 2010 utilizan los factores de expansión ajustados a los resultados definitivos del Censo de Población y Vivienda 2010, estimados por el INEGI.

La medición de la pobreza en 2008 y 2010 puede consultarse en, <http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/medicion/index.es.do>

## Acceso a los servicios de salud

De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, llevada a cabo por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en dicho año, 25.5 por ciento de la población carecía de acceso a los servicios de salud;<sup>1</sup> es decir, que no contaba con una

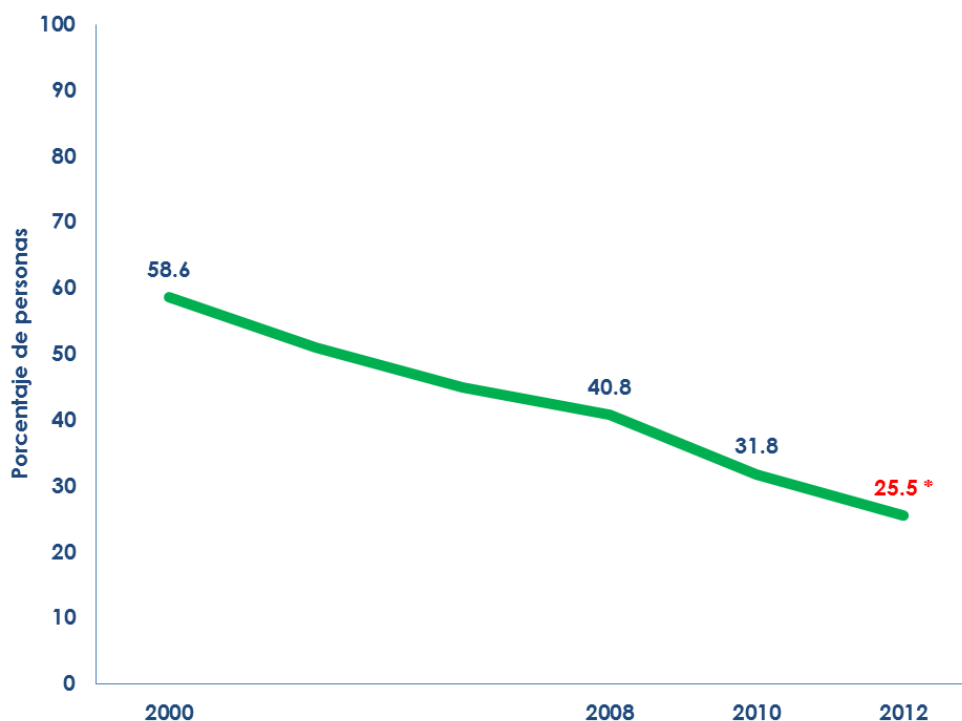
<sup>1</sup> De acuerdo con la Metodología para la medición multidimensional de pobreza (CONEVAL, 2009), se considera que una persona se encuentra en carencia por acceso a los servicios de salud cuando no cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluyendo el Seguro Popular, las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, Ejército o Marina) o los servicios médicos privados.

El valor presentado para 2012 proviene de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición y podrá diferir con la medición oficial de la pobreza 2012 que CONEVAL dará a conocer durante 2013, una vez que el INEGI haga públicas las bases de datos de la ENIGH 2012, en función de que los datos fueron recabados en distintos periodos así como de las características de los diseños de las muestras. La estimación presentada es comparable con la metodología de medición de la pobreza de CONEVAL. Por su parte, el INSP estimó la carencia de acceso a los servicios de salud, obteniendo un valor de 21.4 por ciento utilizando una metodología distinta a la del CONEVAL.



institución pública o privada que le garantizara atención médica (gráfica 1). Esta carencia disminuyó de manera importante debido al crecimiento del Seguro Popular y del Seguro Médico para una Nueva Generación<sup>2</sup> que contaron, sumados, con 53.3 millones de afiliados en 2011; 8.5 millones más que la cifra registrada en 2010 cuando la población afiliada conjunta ascendió a 44.8 millones.

**Gráfica 1. Evolución de la carencia por acceso a los servicios de salud, México, 2000-2012**



Fuente: estimación de CONEVAL con base en el Censo de Población y Vivienda 2000, el MCS-ENIGH 2008-2010 y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

\* El valor presentado para 2012 proviene de la ENSANUT y podrá diferir con el de la medición oficial de la pobreza 2012 que CONEVAL dará a conocer durante 2013, una vez que el INEGI haga públicas las bases de datos de la ENIGH 2012, en función de que los datos fueron recabados en distintos periodos así como de las características de los diseños de las muestras.

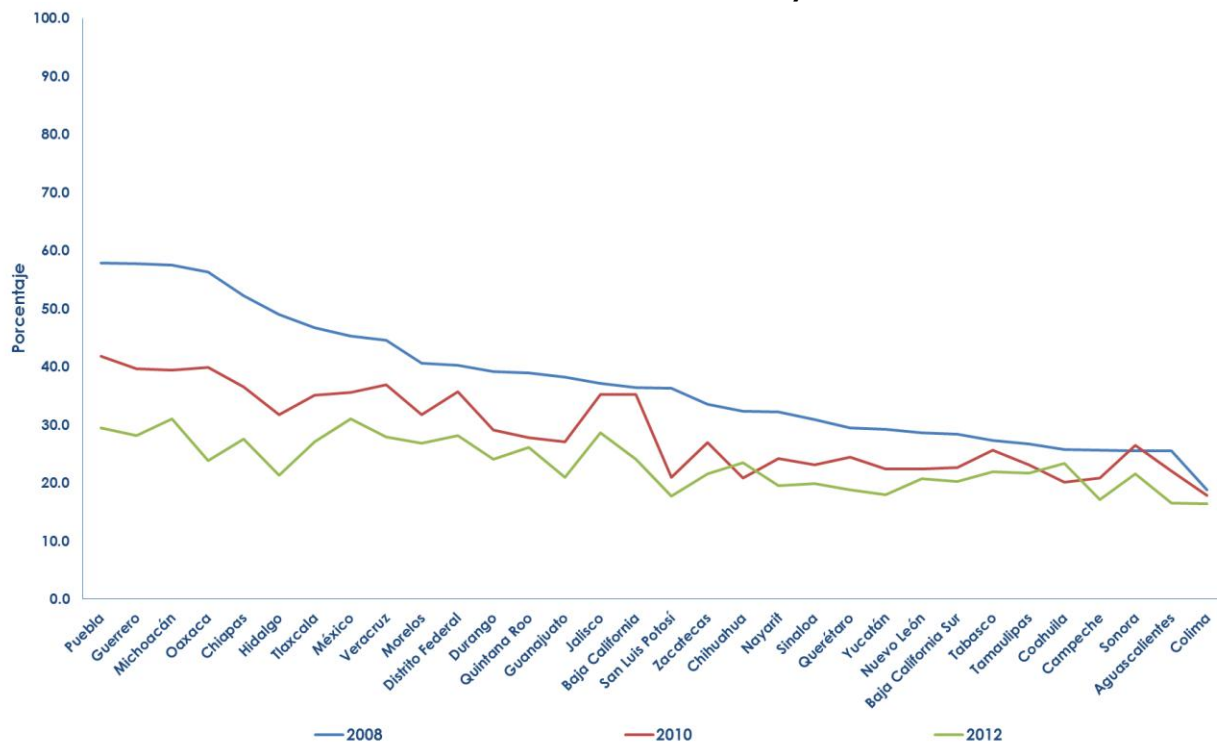
Las entidades federativas con el porcentaje más alto de carencia por acceso a la salud en 2012 eran estado de México y Michoacán con 30.9 por ciento de su población en esta situación (gráfica 2).<sup>3</sup> En 2008 y 2010 esta posición correspondió a Puebla, que registró un nivel de 57.8 y 41.8 por ciento, respectivamente.

<sup>2</sup> Denominado Seguro Médico Siglo XXI a partir del ejercicio fiscal 2013.

<sup>3</sup> El valor presentado para 2012 proviene de la ENSANUT y podrá diferir con el de la medición oficial de la pobreza 2012 que CONEVAL dará a conocer durante 2013, una vez que el INEGI haga públicas las bases de datos de la ENIGH 2012, en función de que los datos fueron recabados en distintos periodos así como de las características de los diseños de las muestras.

Por el contrario, los estados con las proporciones más pequeñas de personas con carencia por acceso a la salud en 2012 eran Colima y Aguascalientes con 16.4 por ciento de su población sin acceso a servicios de salud. Enseguida hay un grupo de seis entidades con un porcentaje menor al 20 por ciento de su población con esta carencia.<sup>4</sup>

**Gráfica 2. Evolución de la carencia por acceso a los servicios de salud por entidad federativa, México, 2008, 2010 y 2012**



Fuente: estimación de CONEVAL con base en el Censo de Población y Vivienda 2000, el Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010 y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

\* El valor presentado para 2012 proviene de la ENSANUT y podrá diferir con el de la medición oficial de la pobreza 2012 que CONEVAL dará a conocer durante 2013, una vez que el INEGI haga públicas las bases de datos de la ENIGH 2012, en función de que los datos fueron recabados en distintos periodos así como de las características de los diseños de las muestras.

En 2008 había un grupo de cinco estados que registraron un nivel mayor al cincuenta por ciento de su población con esta carencia.<sup>5</sup> En 2012 estos estados disminuyeron de manera

<sup>4</sup> Campeche, San Luis Potosí, Yucatán, Querétaro, Nayarit y Sinaloa.

<sup>5</sup> Puebla (57.8 por ciento), Guerrero (57.7 por ciento), Michoacán (57.5 por ciento), Oaxaca (56.2 por ciento) y Chiapas (52.2 por ciento).

pronunciada la proporción de quienes tenían la carencia y todas se encontraban en un nivel alrededor del 30 por ciento.

Todas las entidades disminuyeron la proporción de personas con carencia por acceso a la salud en 2012 respecto de 2008 y, en comparación con 2010, sólo Chihuahua y Coahuila aumentaron el porcentaje de personas con esta carencia.

### Afiliación a los servicios de salud

La mayor parte de la población del país está afiliada a algún sistema de salud. Sin embargo, en 2010 hay inconsistencias entre las cifras reportadas por las instituciones y los resultados del Censo de Población y Vivienda 2010. De acuerdo con éste, de los 112.3 millones de mexicanos, 43.7 millones (38.9 por ciento) señalaron estar afiliados a alguna institución de seguridad social, 26.2 millones (23.4 por ciento) reportaron afiliación al Seguro Popular, y 42.4 millones (33.8 por ciento) dijeron no estar afiliados a ninguna institución pública (gráfica 3).<sup>6</sup>

En contraste, de acuerdo con las cifras de las instituciones, ese mismo año y en el período de levantamiento del censo de población 2010,<sup>7</sup> 65.4 millones de personas estaban afiliadas a la seguridad social (52.3 millones al Instituto Mexicano del Seguro Social, 12.0 millones al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado,<sup>8</sup> y 1.1 millones a la secretarías de la Defensa, Marina y PEMEX) y 36.8 millones al Seguro Popular;<sup>9</sup> dejando 10.1 millones no afiliadas. Así, el censo 2010 reporta cifras menores de personas afiliadas que las institucionales (21.7 millones menos con seguridad social y 10.6 millones menos con Seguro Popular).

La afiliación al cierre de 2011 que reportan las instituciones es de 119.7 millones de personas, 68.0 millones con seguridad social y 51.8 millones con Seguro Popular (el resultado de la suma de esta población de afiliados es mayor que la del total de la población del país), lo que representa un crecimiento de afiliación de 17.6 millones de personas (2.6 millones en la seguridad social y 15.0 millones en Seguro Popular) (CONEVAL, 2013).

---

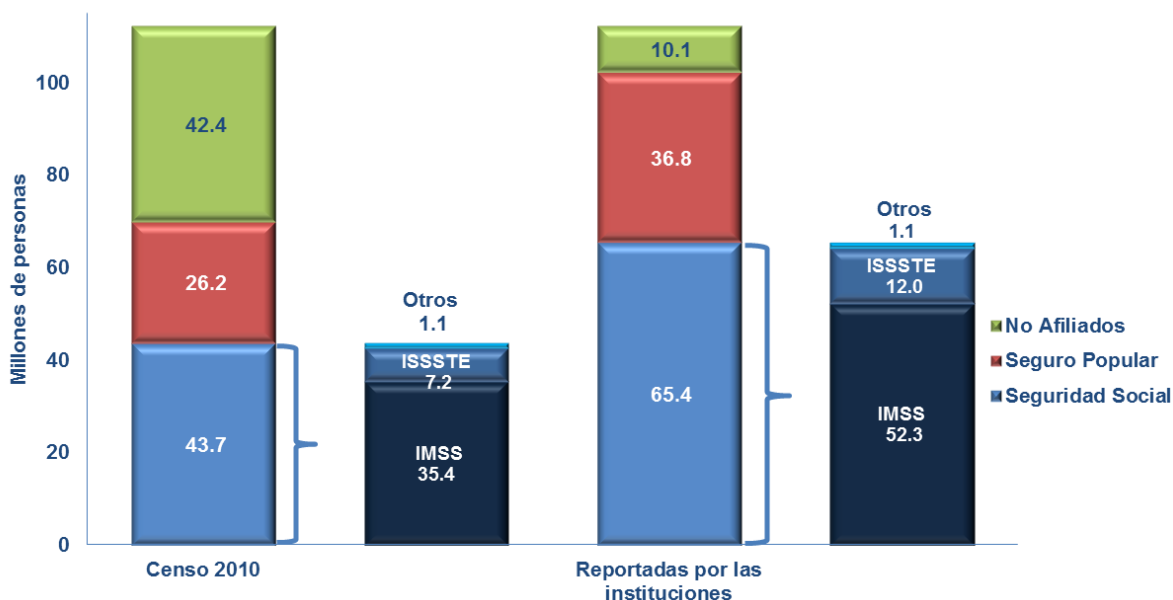
<sup>6</sup> Dos millones señalaron contar con servicios de salud con una institución privada, 3.6 millones en otras instituciones y 1.8 no especificó (INEGI, 2011). Hay una diferencia administrativa importante entre las instituciones de derechohabencia y Seguro Popular, en tanto a los trabajadores no les es posible escoger la institución de su preferencia, pero sí pueden optar o no por afiliarse al Seguro Popular.

<sup>7</sup> La cifra reportada por el Seguro Popular corresponde al primer semestre de 2010 y no a la cifra de cierre 2010 para que la información coincidiera con el periodo de levantamiento del Censo. Lo anterior debido a que en 2010 el Seguro Popular afilió a 12.4 millones de personas, y en el primer semestre a 5.7 millones (CONEVAL, 2013).

<sup>8</sup> ISSSTE considera tanto a ISSSTE federal como a los ISSSTE estatales.

<sup>9</sup> Seguro Popular incluye también a Seguro Médico para una Nueva Generación (Seguro Médico Siglo XXI a partir del ejercicio fiscal 2013).

**Gráfica 3. Composición de la afiliación a instituciones públicas por tipo de fuente de información, México, 2010  
(millones de personas)**



Fuente: CONEVAL. (2013). *Evaluación Estratégica de Protección Social en México*. México: CONEVAL.

Nota: la cifra reportada por el Seguro Popular corresponde al primer semestre de 2010 y no a la cifra de cierre 2010 para que la información coincidiera con el periodo de levantamiento del censo poblacional 2010. Lo anterior debido a que en 2010 el Seguro Popular afilió a 12.4 millones de personas, y en el primer semestre a 5.7 millones.

Los 42.4 millones de personas no afiliadas a una institución pública de acuerdo con el censo es la suma de 38 millones de personas que señalaron no estar afiliadas, 3.6 millones que señalaron tener acceso a servicios de salud en otras instituciones, 2 millones que indicaron tener acceso en instituciones privadas, y 1.8 millones que no especificó.

ISSSTE considera tanto a ISSSTE federal como a los ISSSTE estatales.

La categoría "otros" considera a SEDENA, PEMEX y SEMAR.

Seguro Popular incluye también a Seguro Médico para una Nueva Generación.

El rubro "otros" en la columna "reportados por las instituciones" (10.1 millones de personas) es el resultado de la diferencia entre el total de la población (112.3 millones de personas) menos la suma de los afiliados reportados por las instituciones.

No es posible identificar la población atendida por IMSS-Oportunidades con el Censo por lo que estos datos pueden variar al contabilizar esta entidad.

Las discrepancias en cifras pudieran explicarse, entre otras razones, por a) desinformación de los beneficiarios; b) traslape de beneficiarios;<sup>10</sup> c) existencia de diferentes sistemas para la integración de registros administrativos, d) inexistencia de un padrón único, e) diferencias en periodos de captación de la información entre las bases administrativas, el censo y encuestas a hogares, y f) rezagos en la actualización de bajas de los padrones administrativos.

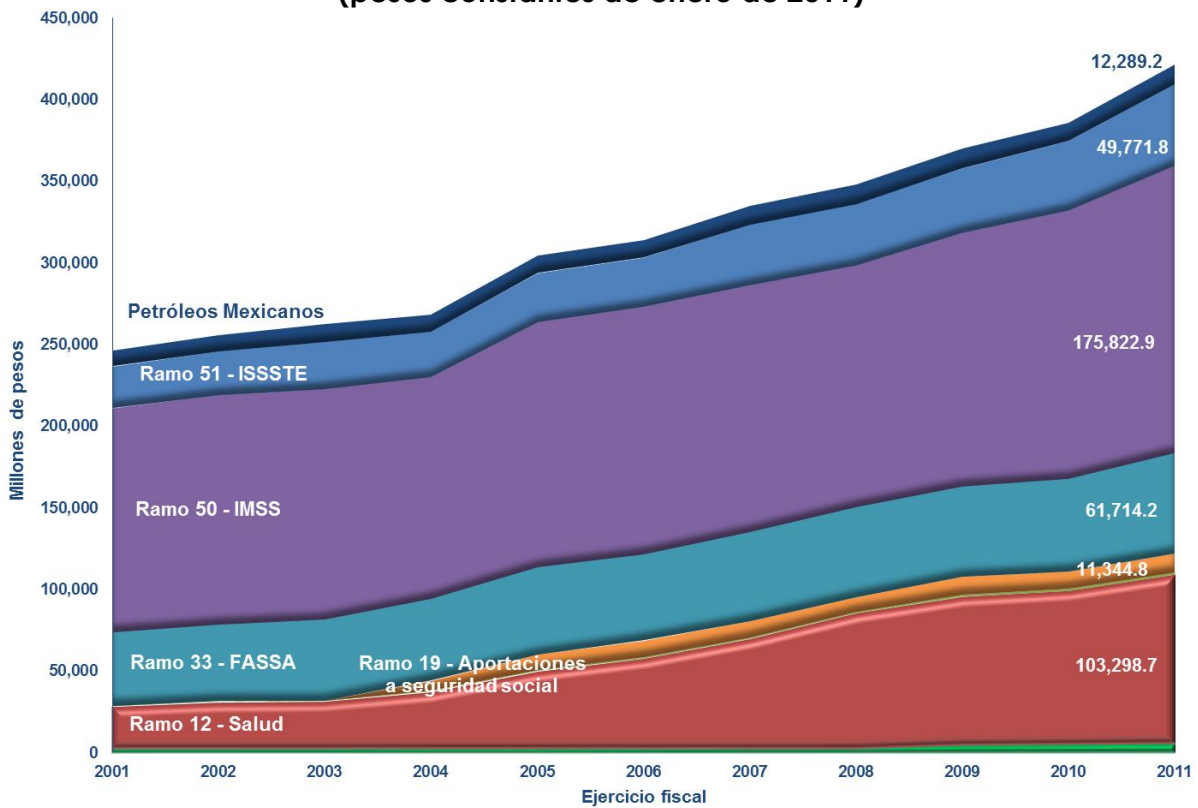
<sup>10</sup> La ENIGH 2010 arrojó que 3.3 millones de personas reportaron ser beneficiarios de la seguridad social y del Seguro Popular de forma simultánea.

### Situación general del sector salud a nivel nacional

El sistema de salud mexicano tuvo avances importantes entre 2006 y 2011. Entre éstos pueden destacarse los siguientes:

- 1) El gasto total en salud del gobierno federal creció 34.1 por ciento entre 2006 y 2011, pues aumentó en precios constantes de 314,409.1 millones a 421,682.7 millones (gráfica 4).<sup>11</sup>

**Gráfica 4. Gasto en Salud por ramo, 2003-2011  
(pesos constantes de enero de 2011)**



Fuente: elaboración de CONEVAL con base en Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2001-2011.

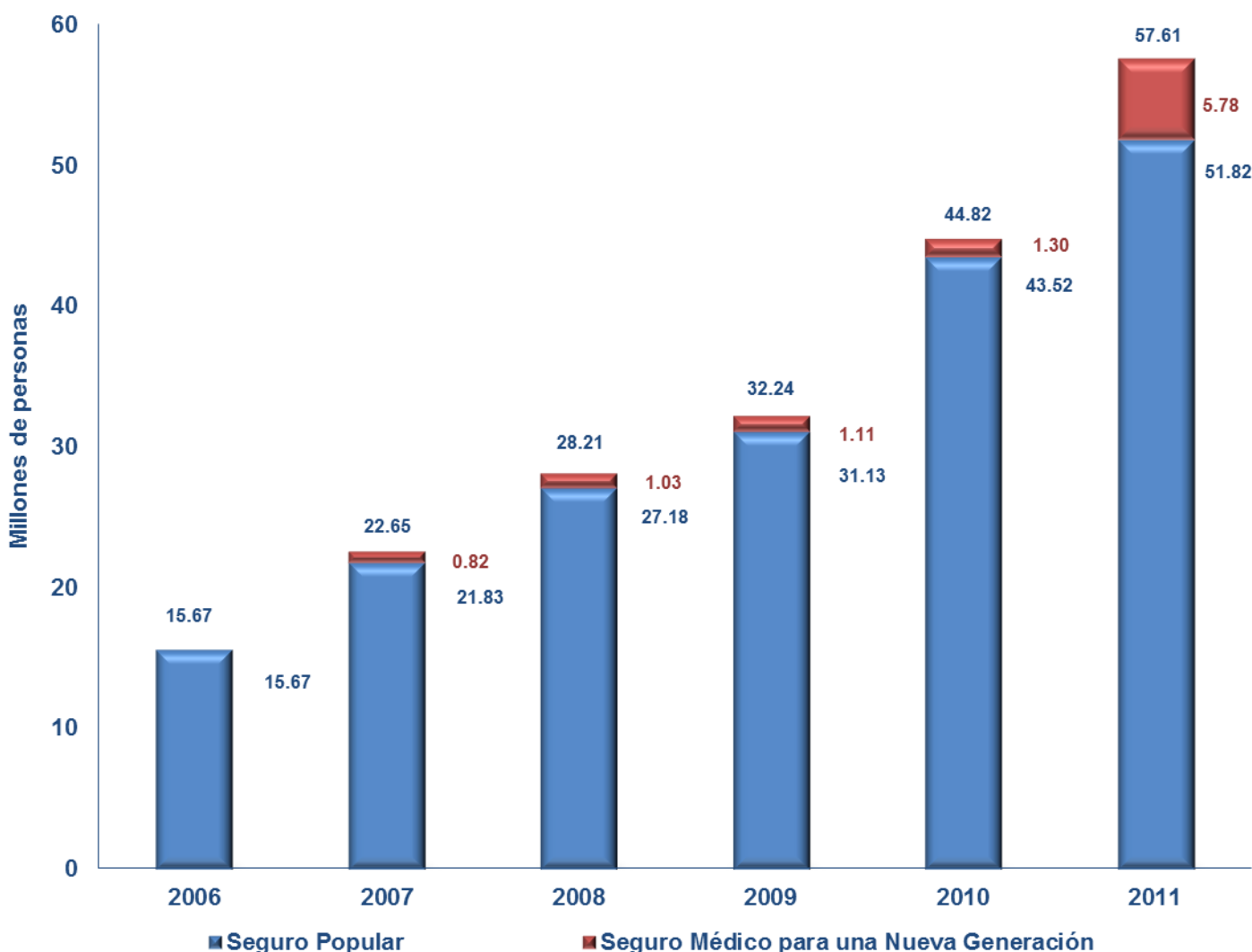
Nota: por su nivel menor en comparación con otras instituciones, el gasto en salud del Ramo 7 (Defensa Nacional; \$5,851.3 millones de pesos en 2011) y Ramo 13 (Marina; \$1,589.8 millones de pesos en 2011) no alcanza a distinguirse en la gráfica.

Todos los montos están expresados en pesos constantes de 2011.

<sup>11</sup> Se consideran los rubros de salud de los ramos presupuestarios correspondientes a Defensa Nacional (ramo 7), Marina (ramo 13), Aportaciones a seguridad social (ramo 19), FASSA (ramo 33), IMSS (ramo 50), ISSSTE (ramo 51) y Petróleos Mexicanos (sólo en 2006 y 2007); así como Salud (ramo 12, completo).

- 2) La afiliación al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) y al Seguro Médico para una Nueva Generación creció de manera pronunciada en los últimos años. La población afiliada por el primero aumentó de 15.7 millones de personas en 2006 a 51.8 millones en 2011, mientras que la del segundo pasó de 0.82 millones de personas afiliadas en 2007 a 5.78 millones de personas afiliadas entre 2007 y 2011. Esto representa un paso importante hacia la universalización de la atención en salud (gráfica 5).

**Gráfica 5. Población cubierta por el Seguro Popular y Seguro Médico para una Nueva Generación\*, 2006-2011 (millones de personas)**

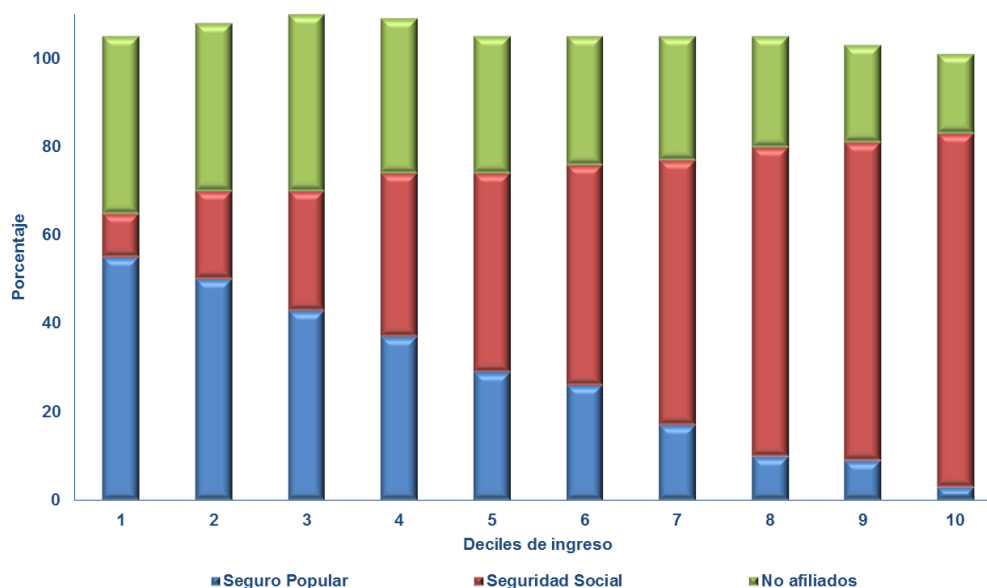


Fuente: Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011 y Evaluación de Consistencia y Resultados 2011-2012.

\* Denominado Seguro Médico Siglo XXI a partir del ejercicio fiscal 2013.

Entre los instrumentos de política pública en materia de salud resalta el Seguro Popular. Una amplia proporción de la población de los deciles de menores ingresos está afiliada al Seguro Popular (gráfica 6).

**Gráfica 6. Composición de la afiliación a la Seguridad Social y al Seguro Popular por deciles de ingreso per cápita, 2010**



Fuente: elaboración de CONEVAL con base en la ENIGH 2010.

Nota: los porcentajes no suman 100 porque hay 3.3 millones de personas que reportan estar afiliadas al Seguro Popular y a la Seguridad Social de forma simultánea.

A pesar de estos logros, el panorama del sistema de salud es complejo y aún existen retos que deben enfrentarse, como se verá a continuación. Si bien es de destacar el aumento de la cobertura, que puede ser un cimiento importante para la universalización de la protección social, el objetivo principal es incrementar el acceso efectivo a este derecho social, y éste no avanzará adecuadamente sin mejorar la calidad de los servicios.

### Gastos en servicios de salud

En 2010, el gasto total en salud ascendió a 916,071 millones de pesos, el 6.2 por ciento del Producto Interno Bruto. Del total, el 49 por ciento fue erogado directamente por las familias mediante gasto de bolsillo, el 3.7 por ciento a través de seguros privados y el 47.3 por ciento restante lo constituyó el gasto público en salud. Del total del gasto público, el 52.9 por ciento corresponde al gasto en salud de las instituciones de seguridad social, de PEMEX y de las fuerzas armadas; y, el 47.1 por ciento al de los servicios estatales, de la Secretaría de Salud y de IMSS-Oportunidades para población no cubierta por la seguridad social (cuadro 2).

**Cuadro 2. Gasto ejercido por instituciones públicas de salud, 2000-2012 /-\***  
(Millones de pesos de 2012)

INSTITUCIÓN	2000	2006	2011	2012 **	Variación Real 2000 – 2012		Variación Real 2006 – 2012	
					Monto	Porcentaje	Monto	Porcentaje
<b>Nacional</b>	<b>254,032.8</b>	<b>338,167.2</b>	<b>460,649.7</b>	<b>461,508.8</b>	<b>207,476.0</b>	<b>81.7%</b>	<b>123,341.7</b>	<b>36.5%</b>
<b>Población sin seguridad social</b>	<b>87,105.3</b>	<b>136,809.9</b>	<b>209,437.2</b>	<b>220,231.5</b>	<b>133,126.2</b>	<b>152.8%</b>	<b>83,421.6</b>	<b>61.0%</b>
Secretaría de Salud	66,935.6	107,902.8	165,012.9	175,430.7	108,495.1	61.7%	67,527.9	30.2%
Ramo 12 "Salud" /- <sup>1</sup>	23,802.1	54,524.5	103,298.7	113,479.7	89,677.6	376.8%	58,955.2	108.1%
Ramo 33 "FASSA"	43,133.4	53,378.3	61,714.2	61,951.0	18,817.6	43.6%	8,572.7	16.1%
Programa IMSS-Oportunidades /- <sup>2</sup>	6,917.8	6,761.0	8,123.8	8,500.0	1,582.2	22.9%	1,739.0	25.7%
Gasto estatal /- <sup>3</sup>	13,251.9	22,146.0	36,300.5	36,300.8	23,048.9	173.9%	14,154.8	63.9%
<b>Población del Sector Privado con Seguridad Social SEM y SSFAM (IMSS)</b>	<b>131,579.2</b>	<b>156,464.6</b>	<b>181,710.4</b>	<b>181,710.4</b>	<b>50,131.2</b>	<b>38.1%</b>	<b>25,245.8</b>	<b>16.1%</b>
Instituto Mexicano del Seguro Social /- <sup>4</sup>	129,269.4	151,237.0	175,822.9	175,822.9	46,553.5	36.0%	24,585.9	16.3%
Seguro de Salud para la Familia /- <sup>5</sup>	2,309.8	5,227.6	5,887.4	5,887.5	3,577.7	154.9%	659.9	12.6%
<b>Población del Sector Público con Seguridad Social (PEMEX, Defensa y Marina)</b>	<b>35,348.3</b>	<b>44,892.7</b>	<b>69,502.1</b>	<b>59,567.0</b>	<b>24,218.6</b>	<b>68.5%</b>	<b>14,674.2</b>	<b>32.7%</b>
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado /- <sup>6</sup>	23,714.1	30,115.3	49,771.8	44,498.0	20,783.9	87.6%	14,382.6	47.8%
Petróleos Mexicanos /- <sup>7</sup>	8,307.8	10,921.0	12,289.2	8,691.9	384.1	4.6%	-2,229.1	-20.4%
Secretaría de la Defensa Nacional /- <sup>7</sup>	3,134.6	3,052.6	5,851.3	4,982.4	1,847.7	58.9%	1,929.8	63.2%
Secretaría de Marina /- <sup>7</sup>	191.7	803.8	1,589.8	1,394.7	1,203.0	627.4%	590.9	73.5%

<sup>1</sup>/ No incluye el presupuesto ejercido de 2000 a 2003 del programa IMSS Oportunidades. Considera el presupuesto ejercido del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (Seguro Popular-Oportunidades y Seguro Médico para una Nueva Generación) de 2002 a 2012.

<sup>2</sup>/ Considera de 2000 a 2003 el presupuesto ejercido en Ramo 12 para el Programa IMSS-Oportunidades y de 2004 a 2012 el presupuesto erogado a través del Ramo 19 para el Programa IMSS-Oportunidades a cargo del IMSS.

<sup>3</sup>/ 2006-2010 importes de SICUENTAS (SESA's). Por la inexistencia de datos para 2011 y 2012, se mantuvo en términos reales el mismo valor de 2010.

<sup>4</sup>/ Estado de Ingresos y Gastos por Ramo de Seguro 2000-2011 (IMSS). Considera el total del gasto del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM), sin considerar las Prestaciones en dinero, intereses, reversión de cuotas, Costo Laboral y las Reservas Financieras y Actuariales. Por la inexistencia de datos para 2012 se mantuvo en términos reales el mismo valor de 2011.

<sup>5</sup>/ Estado de Ingresos y Gastos por Ramo de Seguro 2000-2011 (IMSS). Considera el total del gasto del Seguro de Salud para la Familia (SSFAM), sin considerar las Prestaciones en dinero, intereses, reversión de cuotas, Costo Laboral y las Reservas Financieras y Actuariales. Por la inexistencia de datos para 2012 se mantuvo en términos reales el mismo valor de 2011.

<sup>6</sup>/ Considera el presupuesto ejercido en la Función Salud (no se incluye el componente de seguridad social).

<sup>7</sup>/ Considera el presupuesto ejercido por la Institución en la Función Salud.

\*\_/ 2006-2011 Importes de Cuenta Pública.

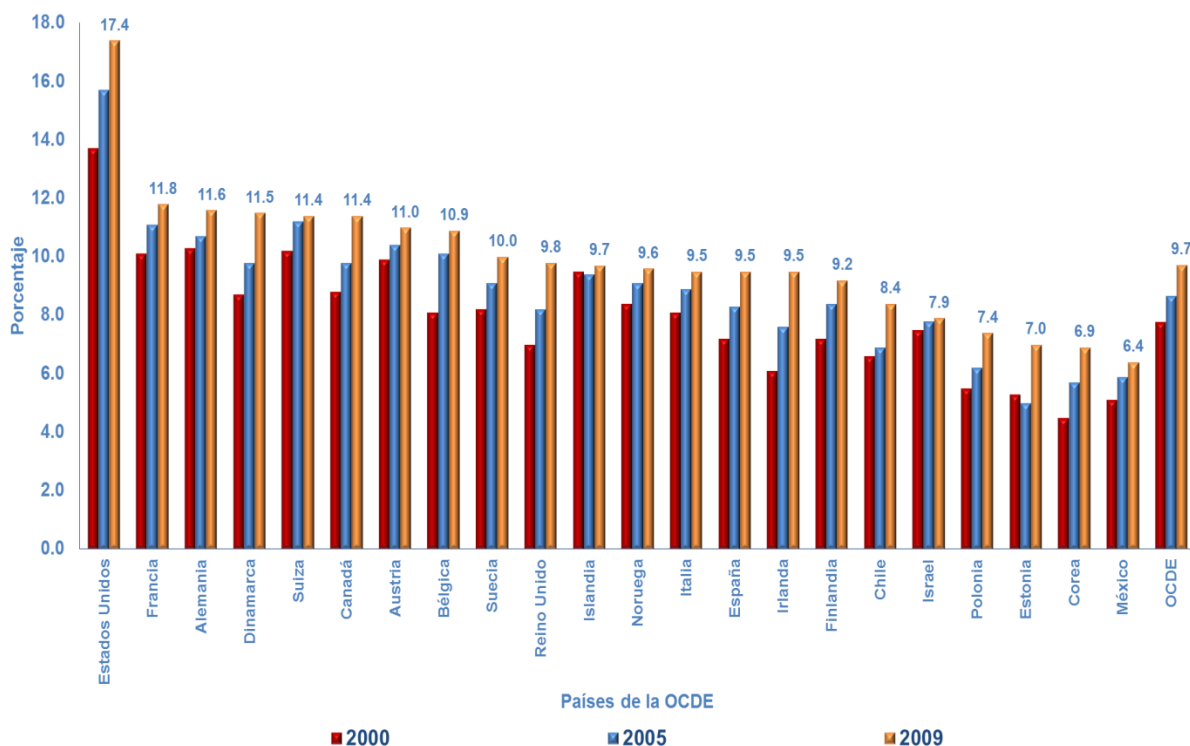
\*\*\_/ PEF 2012 Original.

Fuente: elaboración del Hospital Infantil de México Federico Gómez para CONEVAL con base en la Secretaría de Salud (DGPOP), Estado de Ingresos y Gastos por Ramo de Seguro 2000-2011 (IMSS), Cuentas de la Hacienda Pública Federal y Presupuestos de Egresos de la Federación para los años que se indican.



Aun cuando el gasto público aumentó considerablemente en la última década, México es el país de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) con el menor gasto total en salud (gráfica 7). Sin embargo, es el país con mayor porcentaje de gasto de bolsillo<sup>12</sup> (49 por ciento del gasto total). Esta representa la forma más inequitativa e ineficiente para el financiamiento de la salud. Por otro lado, los costos administrativos del sistema de salud representan el 10.7 por ciento, porcentaje mayor en comparación al 4 por ciento promedio de los países de la OCDE (CONEVAL, 2013).

**Gráfica 7. Gasto en salud como porcentaje del PIB en países de la OCDE, 2000, 2005 y 2009**



Fuente: elaboración de CONEVAL con base en OCDE, 2011.

En el esquema actual de financiamiento en salud en México, los hogares mexicanos llevan la mayor carga directamente. Lo anterior debido a que además del gasto directo de bolsillo, una parte del considerado gasto público en salud -el relativo a los seguros de salud del IMSS y el ISSSTE- es financiado en su mayoría por aportaciones de los trabajadores (tanto del sector público como privado), así como por las cuotas patronales al IMSS, por un monto total de 106,826 millones de pesos (el 27 por ciento del gasto público); este último no considera las cuotas del gobierno como patrón. Considerando ambos rubros, en 2010 el

<sup>12</sup> Gasto directo de los consumidores en consultas, hospitalizaciones medicamentos y/o estudios de laboratorio o gabinete.

gasto privado más las cuotas obrero-patronales financiaron el 64.4 por ciento del gasto total en salud (CONEVAL, 2013).

El financiamiento de los servicios de salud provistos por la Secretaría de Salud, los servicios estatales e IMSS-Oportunidades se hace completamente con impuestos generales y se dirige a la población no asegurada, mayoritariamente de origen federal (en un 84.5 por ciento). A nivel federal, el financiamiento se encuentra disperso en varios programas con reglas de operación diferentes lo cual complica el escenario institucional y la relación entre la federación y las entidades federativas: Ramo 33-FASSA, el Ramo 12 con diferentes programas de la Secretaría de Salud incluyendo el Seguro Popular y el Seguro Médico para una Nueva Generación;<sup>13</sup> y, el programa IMSS Oportunidades operado por el IMSS. Aunque el diseño del Seguro Popular incluyó el pago de las familias afiliadas según su nivel socioeconómico; en la práctica, más del 98 por ciento de las familias están exentas del pago de la prima (CONEVAL, 2013).

Por su parte, los recursos registrados como gasto público destinado a los servicios de salud de la población afiliada al IMSS y al ISSSTE no provienen en su mayoría del Gobierno Federal. En el caso de los servicios de salud del IMSS, en 2011, de los 169,878.8 millones de pesos que se gastaron en el Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM), el 63.9 por ciento provino de las cuotas obrero-patronales. En contraste, en el caso del ISSSTE, para el mismo año, de los 48,089.1 millones de pesos que se destinaron a servicios de salud, sólo 20.2 por ciento fueron financiados por los trabajadores (en este caso, el Gobierno Federal aporta a la vez la cuota social y la cuota del empleador). Los servicios de salud de Pemex y las fuerzas armadas son financiados en su totalidad por el Gobierno Federal. Considerando sólo los recursos del Gobierno Federal, en 2011 la aportación media anual por persona según régimen de afiliación tiene una gran varianza y es la siguiente: IMSS, 1,421 pesos; población no cubierta por la seguridad social (atendida por servicios estatales de salud, Secretaría de Salud e IMSS-Oportunidades), 2,439 pesos; ISSSTE, 5,390 pesos; y, Pemex y Fuerzas Armadas, 17,489 pesos.<sup>14</sup> Debe señalarse que los costos de administración y rectoría del sistema público es el más alto de la OCDE (CONEVAL, 2013).

---

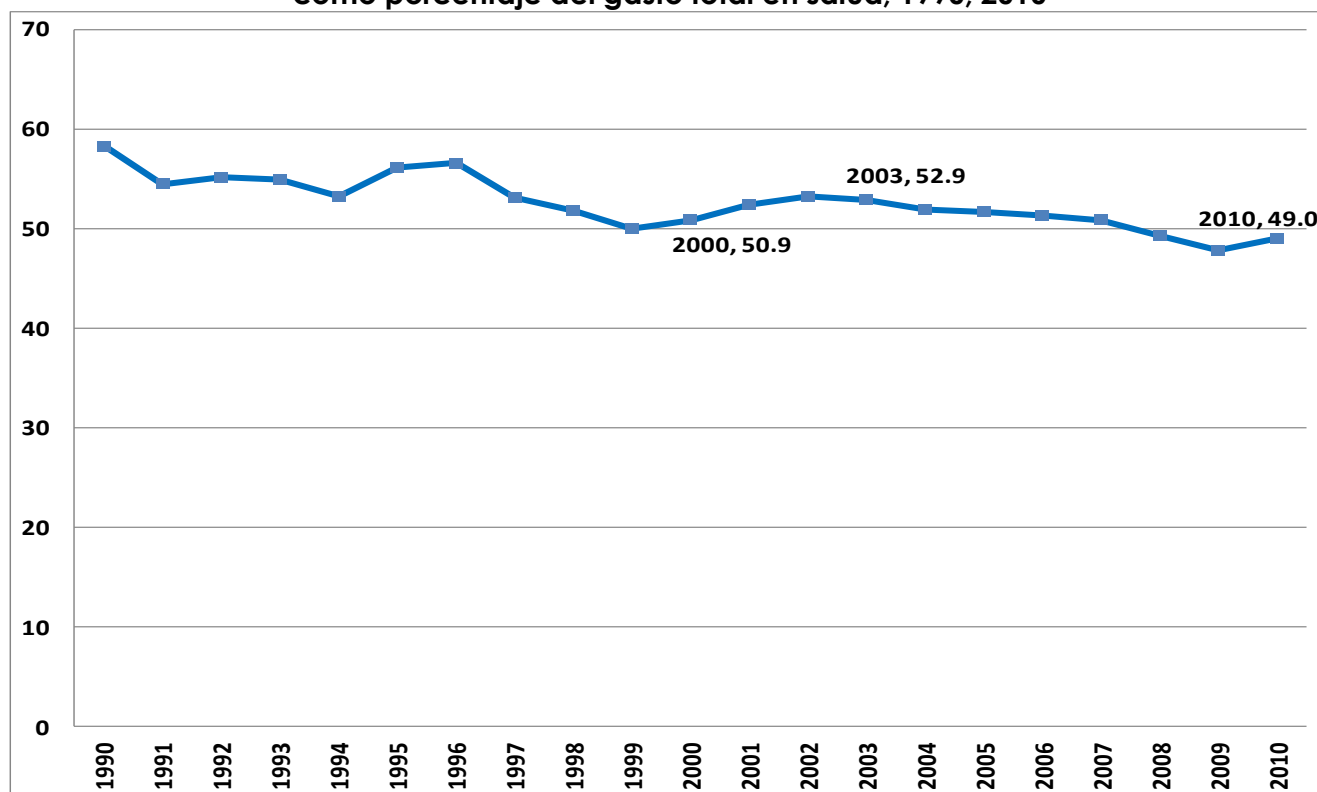
<sup>13</sup> Denominado Seguro Médico Siglo XXI a partir del ejercicio fiscal 2013.

<sup>14</sup> Se consideran solo las contribuciones del gobierno federal, tanto como patrón como la cuota social. En el caso de los trabajadores de Pemex y Fuerzas Armadas, considera el presupuesto ejercido por la Institución en la Función Salud por no haber contribución de los trabajadores. Fuentes de registros administrativos: a) IMSS, Estado de Ingresos y Gastos por Ramo de Seguro 2000-2011; los ingresos no consideran los recursos que financian el costo de las prestaciones económicas que se atribuyeron de forma proporcional a las cuotas obrero-patronales y a la contribución estatal; y, el gasto considera el total del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM), sin considerar las Prestaciones en dinero, intereses, reversión de cuotas, Costo Laboral y las Reservas Financieras y Actuariales; b) ISSSTE: Estados de Resultados del Informe Financiero y Actuarial del ISSSTE para el Seguro de Salud que indican las aportaciones de los trabajadores y en aportación federal: la aportación como patrón (Dependencia) y cuota social. Debe señalarse que los recursos señalados como aportaciones en el caso de los trabajadores del ISSSTE se presupuestan dentro del rubro de servicios personales para el caso del Gobierno Federal.

## Gasto privado en salud

En 2003, año en que inició el Seguro Popular, el 52.9 por ciento del gasto total en salud provenía directamente del bolsillo de los hogares; para 2010 ese porcentaje disminuyó 3.9 puntos porcentuales para quedar en 49 por ciento (gráfica 8). En ese mismo periodo, el gasto público en salud destinado a población no asegurada aumentó 91 por ciento en términos reales; esto es, cada punto porcentual de incremento del gasto público para personas sin seguridad social muestra una reducción del gasto de bolsillo de 0.04 puntos porcentuales.

**Gráfica 8. Gasto en salud financiado por los hogares (gasto de bolsillo), como porcentaje del gasto total en salud, 1990, 2010**

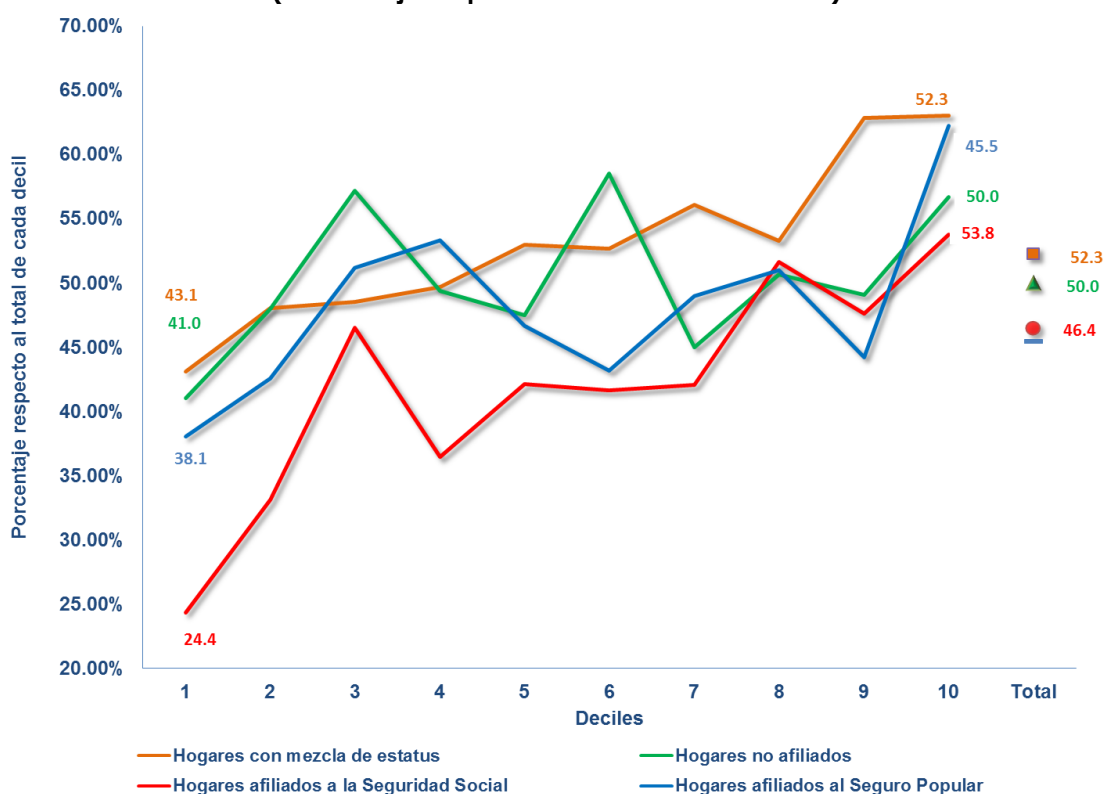


Fuente: elaboración del Hospital Infantil de México Federico Gómez para CONEVAL con datos de la OCDE.

Por otro lado, de acuerdo con estimaciones con base en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2010, el 49 por ciento de los hogares del país gasta en salud un promedio anual de 5,138 pesos. Los rubros en los que más gastan los hogares son medicamentos y consultas médicas, pues representan 30.2 por ciento y 28.3 por ciento de su gasto en salud, respectivamente (CONEVAL, 2013). La gráfica 9 muestra el porcentaje de hogares que gasta en salud por decil de ingresos y afiliación. Como puede observarse, el

porcentaje de hogares que registraron un gasto positivo en salud es similar para el grupo de hogares afiliados a la seguridad social y al Seguro Popular, y es menor para los hogares no afiliados, excepto en el octavo decil en el que no existen diferencias. Asimismo, resalta el gasto de los hogares con mezcla de estatus (que están afiliados a más de una institución) en los últimos cuatro deciles.

**Grafica 9. Hogares que registran gasto en salud positivo por afiliación y deciles de ingreso (Porcentaje respecto al total de cada decil)**



Fuente: elaboración del Hospital Infantil de México Federico Gómez para CONEVAL, con base en la ENIGH 2010.

Nota: Los hogares con mezcla de estatus se refieren aquellos que cuentan con más de una afiliación.

## Estado de salud de la población mexicana

La población de México muestra una situación polarizada en lo referente a su estado de salud. Si bien ha habido una reducción de los niveles de la mortalidad particularmente en ciertas edades, (como la neonatal o la infantil), las enfermedades transmisibles continúan siendo causas muy importantes de morbilidad. Adicionalmente, el examen de la información estadística muestra que, tanto al interior del país, como entre subgrupos de la población, aún se registran grandes diferenciales. Por otro lado, los cambios demográficos,

epidemiológicos, ambientales y de estilos de vida han resultado en una participación cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles como causas de morbilidad y mortalidad. Los principales factores de riesgo en la actualidad para este conjunto de causas son la obesidad (30 por ciento en la población adulta), el consumo excesivo de alcohol (4.8 por ciento) y el tabaquismo (13.3 por ciento), junto con la falta de ejercicio físico (al respecto véase HIMFG, 2012). Las enfermedades no transmisibles, además de las consecuencias sobre la salud, tienen también repercusiones económicas, sociales y laborales, y ponen en riesgo la viabilidad financiera y la capacidad de respuesta de los servicios de salud (CONEVAL, 2013).

El estado de salud de la población del país todavía no logra alcanzar los niveles promedio de los países que integran la OCDE (cuadro 3).

**Cuadro 3. Indicadores del estado de salud de la población para el conjunto de países que integran la OCDE y México, 2010**

Indicador	OCDE	México
Esperanza de vida al nacimiento (años) ambos sexos	79.8	75.5
Mujeres	82.5	77.8
Hombres	77.0	73.1
Esperanza de vida a los 65 años ambos sexos	19.1	17.6
Mujeres	20.7	18.3
Hombres	17.4	16.8
Bajo peso al nacer <sup>a</sup>	6.8	8.5
Tasa de mortalidad neonatal <sup>b</sup>	2.9	8.9
Tasa de mortalidad infantil <sup>b</sup>	4.3	14.1
Razón de mortalidad materna <sup>c</sup>	8.6	51.5
Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino <sup>d</sup>	3.2*	9.6*
Cambio porcentual de mortalidad por accidentes de automóvil (1995-2009)	-41.6%	-9.1%

a. por 100 nacidos vivos.

b. por 1,000 nacidos vivos.

c. por 100,000 nacidos vivos.

d. por 100,000 mujeres.

Fuente: OCDE, 2012 y OCDE (2011), Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing. Disponible en [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en).

\*Datos de 2009.

En México la expectativa de vida es menor, tanto al nacimiento<sup>15</sup> como a los 65 años;<sup>16</sup> y, las cifras de bajo peso al nacer,<sup>17</sup> mortalidades infantil, materna y por cáncer cérvico-uterino<sup>18</sup>

<sup>15</sup> La esperanza de vida al nacimiento es el promedio de años que espera vivir una persona al momento de su nacimiento, si se mantuvieran a lo largo de su vida las condiciones de mortalidad prevalecientes al momento de realizar la estimación.

son considerablemente superiores al promedio de los países de la OCDE. La mortalidad materna es un ejemplo de que no se ha logrado avanzar en la calidad del servicio y en el acceso efectivo, pues si bien se observa una reducción importante desde 1990, México está aún lejos de cumplir con la meta del milenio de tener 22 muertes o menos debidas a causas maternas por cada cien mil nacidos vivos en 2015 (CONEVAL, 2012). Por otro lado, el número de muertes por accidentes automovilísticos se duplicó de 1970 a 2006, mientras que en los países de la OCDE disminuyó más de la mitad (OCDE, 2012a).

La transición epidemiológica es visible en las principales causas de mortalidad. El cuadro 4 muestra el comparativo de las principales causas de mortalidad general entre 1980 y 2009. En 2009, las enfermedades no transmisibles (enfermedades del corazón y diabetes mellitus) ocuparon los primeros lugares de las principales causas de muerte en la población general. Las infecciones intestinales y respiratorias agudas ocuparon lugares menos relevantes.

**Cuadro 4. Principales causas de mortalidad general, 1980 y 2009**

Causa **	1980			2009		
	Lugar	Número	Tasa*	Lugar	Número	Tasa*
Enfermedades cardíacas	4	35,866	53.4	1	97,174	90.4
Diabetes mellitus	9	14,626	21.8	2	77,699	72.2
Tumores malignos	5	26,427	39.4	3	68,454	63.6
Accidentes	1	48,098	71.6	4	39,456	36.7
Enfermedades del hígado	-	-	-	5	31,756	29.5
Enfermedad cerebrovascular	7	15,215	22.7	6	30,943	28.8
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	-	-	-	7	21,716	16.5
Agresiones (homicidios)	-	-	-	8	19,803	18.4
Neumonía e influenza	3	38,318	57.1	9	17,112	15.9
Ciertas afecciones perinatales	6	26,399	39.3	10	14,728	13.7
Resto de causas	-	229,516	341.7	-	149,821	139.3
Total		434,465	646.9		564,673	525.0

Fuente: elaboración del Hospital Infantil de México Federico Gómez para CONEVAL, con datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos defunciones 1979-2009; Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) Secretaría de Salud.

\* Por 100,000 habitantes.

\*\* Para 1980 la información fue clasificada utilizando la 9ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y para 2009 la 10ª revisión.

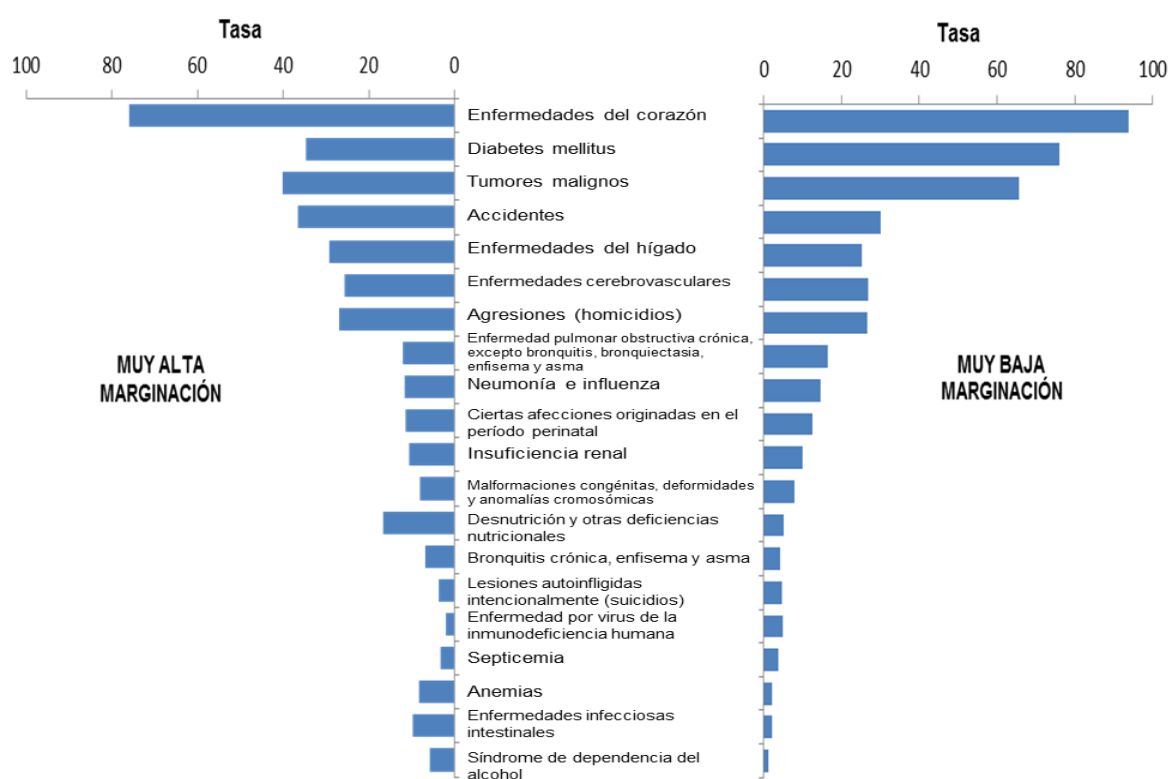
<sup>16</sup> Promedio de años que espera vivir una persona que cumplió 65 años de mantenerse las condiciones de mortalidad vigentes al momento de realizar la estimación, para el resto del tramo de vida.

<sup>17</sup> Peso de un recién nacido menor a 2.5 kilos, sin importar su edad gestacional.

<sup>18</sup> Es el número de defunciones de mujeres por cáncer cérvico-uterino por cada mil mujeres, en el año de referencia.

No obstante la reducción de la mortalidad por enfermedades transmisibles, la mortalidad materna y las complicaciones perinatales continúan siendo problemas de salud con relevancia pública, particularmente en la población que reside en áreas marginadas (gráfica 10).

**Gráfica 10. Tasa de mortalidad por las principales causas según nivel de marginación muy alto y muy bajo, 2010.**

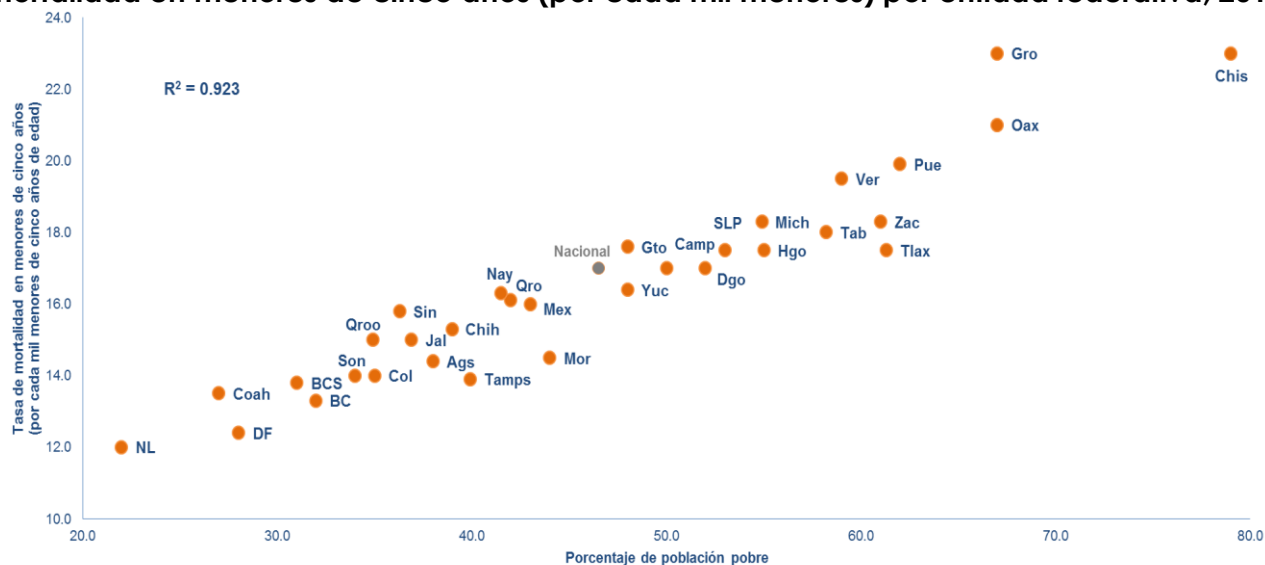


Fuente: elaboración del Hospital Infantil de México Federico Gómez para CONEVAL, con datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos defunciones 1979- 2010. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Secretaría de Salud. - Clasificación de los municipios según grado de marginación, registrado por CONAPO.

Es importante destacar que detrás del promedio nacional persisten desigualdades amplias en las entidades federativas, por zonas geográficas, entre poblaciones indígenas y no indígenas, así como a lo largo de la distribución del ingreso (gráfica 11).

Lo anterior implica importantes retos de política pública: garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud y la existencia de un sistema de salud ordenado, pero también la atención a otros determinantes sociales de la salud.

**Gráfica 11. Porcentaje de población que vive en condiciones de pobreza y tasa de mortalidad en menores de cinco años (por cada mil menores de cinco años) por entidad federativa, 2010.**



Fuente: Secretaría de Salud. (2010). Rendición de Cuentas en Salud. México: Secretaría de Salud. Documento consultado el 24 de mayo de 2013 en <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/rcs/RCS2010.pdf>.

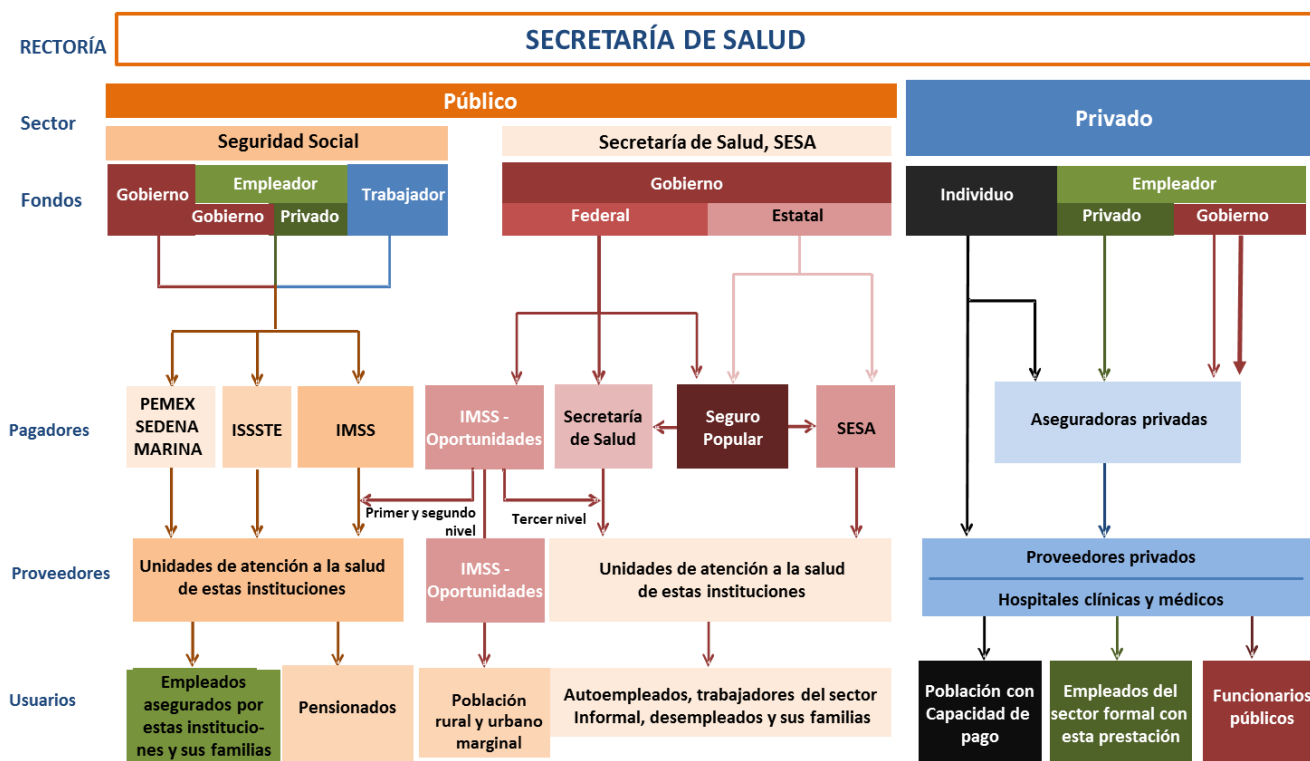
## Organización institucional del sector salud

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. La rectoría es atribución de la Secretaría de Salud federal y al sector lo integran instituciones públicas y privadas. El sector público comprende la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud (SESA) y los servicios médicos de las instituciones de Seguridad Social (Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) y de la Secretarías de Defensa Nacional y Marina, y de PEMEX.

Las instituciones de seguridad social y los servicios públicos para población no asegurada ofrecen servicios diferentes en beneficios y calidad; también se observa gran heterogeneidad en los criterios de atención, tanto en el ámbito hospitalario como ambulatorio (Pérez-Cuevas et al., 2012). Asimismo, la fragmentación conlleva elevados gastos de administración, siendo México el país de la OCDE con el mayor porcentaje en este rubro (10.7 por ciento del gasto total en salud, 20 por ciento en el sector público según datos de la OCDE). La figura 1 ilustra la estructura del sistema, fuentes de financiamiento, pagadores, proveedores y población cubierta.



**Figura 1. Estructura actual del Sistema de Salud de México**



Fuente: elaboración del Hospital Infantil de México Federico Gómez para CONEVAL con base en Gómez Dantés, Octavio et al. (2011) "Sistema de Salud de México" en Salud pública de México / vol. 53, suplemento 2 de 2011.

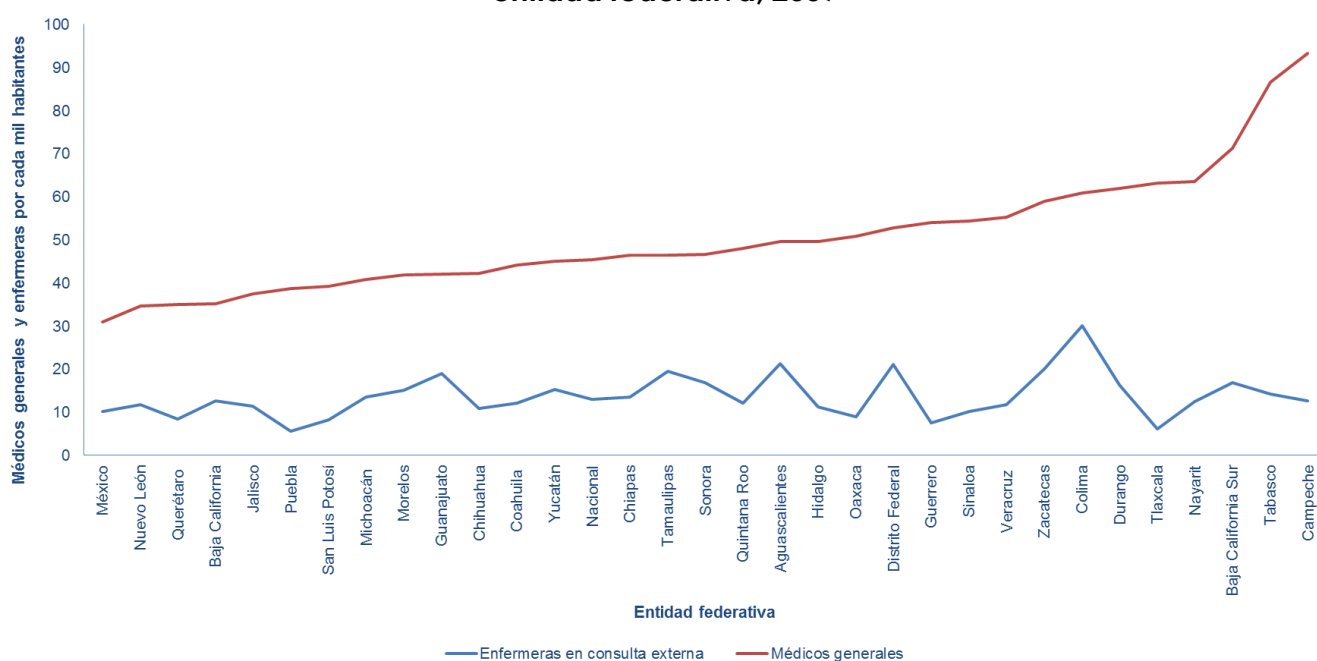
Por otra parte, el sector salud tiene avances importantes en la mejoría de la cobertura y oferta de servicios. Sin embargo, su segmentación, entre y hacia dentro de las instituciones obstaculiza un desempeño apropiado y limita la rectoría de la Secretaría de Salud, reflejándose en la escasa convergencia de las políticas de salud entre instituciones. Además, existen diferencias en el gasto para salud y su administración, con asignaciones desiguales per cápita, y para inversión, y diferente producción de servicio, acceso y la calidad de los mismos.

Cada institución tiene sus sistemas de registro y vigilancia, y realiza sus propias evaluaciones de desempeño; la evaluación del impacto en la salud es todavía un proceso incipiente. La iniciativa de integración funcional del Sistema Nacional de Salud de 2010 tiene aún múltiples retos económicos, administrativos, legales y organizacionales (INSP 2011; González-Block, et.al., 2011).

Las condiciones actuales del sector dificultan el acceso efectivo de la población, en particular de los más vulnerables, a servicios de salud con estándares aceptables. La capacidad instalada aún tiene limitaciones. El 30.9 por ciento de las localidades rurales

entre 1,500 y 2,500 habitantes carece de algún establecimiento médico en la comunidad (CONEVAL, 2013). En lo que se refiere a personal, por cada mil habitantes, las instituciones públicas cuentan en promedio a nivel nacional con 0.45 médicos, 2.5 enfermeras y 0.71 camas censables con una gran varianza entre estados (gráfica 12). Estos indicadores están por debajo de los promedios de la OCDE e indican la necesidad de un mayor número y mejor distribución de recursos humanos, infraestructura y equipamiento.

**Gráfica 12. Médicos generales y enfermeras en consulta externa por 1,000 habitantes, por entidad federativa, 2009**



Fuente: elaboración del Hospital Infantil de México Federico Gómez para CONEVAL, con base en información de la Dirección General de Información en Salud. Bolefín Estadístico 2009. Secretaría de Salud

\*Sin Institutos Nacionales de Salud para las Enfermeras

El Observatorio de Desempeño Ambulatorio 2010 del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP; Secretaría de Salud, 2011) reportó la asimetría del personal de salud entre instituciones. En el IMSS los médicos de atención primaria tienen título universitario y 40 por ciento tienen especialidad en medicina familiar; en la Secretaría de Salud, el 23 por ciento son pasantes de medicina en el servicio social de los cuales el 81 por ciento trabaja en centros de salud rurales.<sup>19</sup>

<sup>19</sup> Instituto Nacional de Salud Pública en colaboración con la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud (2011). Observatorio del Desempeño Ambulatorio 2010. Sesenta Propuestas para el Fortalecimiento de la Atención Primaria a la Salud en los Servicios Estatales de Salud. México. Disponible en, [http://dgces.salud.gob.mx/ocasep/doctos/doc\\_07.pdf](http://dgces.salud.gob.mx/ocasep/doctos/doc_07.pdf)

## Acceso y uso de los servicios de salud

### i. Acceso geográfico a los servicios de salud

Una de las barreras más importantes en la provisión de los servicios de salud y en el logro de la cobertura universal es la dispersión geográfica de las localidades rurales (menos de 2,500 habitantes). De acuerdo con el censo poblacional de 2010, en México hay 192,245 localidades, de las cuales, 188,594 son rurales en las que viven 26 millones de personas.

**Cuadro 5. Localidades y población por ubicación geográfica y grado de acceso geográfico a servicios de salud, 2010**

		Censo 2010	Grado de acceso geográfico a servicios de salud					
			Muy alto (1)	Alto (2)	Medio (3)	Bajo (4)	Muy bajo (5)	Sin acceso (6)
<b>LOCALIDADES</b>								
Urbanas	Ciudad	630	587	43	-	-	-	-
	Centro de población	3,021	2,531	490	-	-	-	-
	Cercana a ciudad	36,228	1,173	35,055	-	-	-	-
Rurales (menores a 2500 hab)	Cercana a centros de población	15,290	544	14,746	-	-	-	-
	Cercana a carretera	63,983	5,176	-	17,904	40,903	-	-
	Aisladas	73,093	4,167	-	-	-	11,755	57,171
<b>Total</b>		<b>192,245</b>	<b>14,178</b>	<b>50,334</b>	<b>17,904</b>	<b>40,903</b>	<b>11,755</b>	<b>57,171</b>
<b>Distribución %</b>		<b>100.0%</b>	<b>7.4%</b>	<b>26.2%</b>	<b>9.3%</b>	<b>21.3%</b>	<b>6.1%</b>	<b>29.7%</b>
<b>POBLACIÓN</b>								
Urbanas	Ciudad	70,179,777	68,667,922	1,511,855	-	-	-	-
	Centro de población	16,107,633	13,791,406	2,316,227	-	-	-	-
	Cercana a ciudad	6,090,671	1,367,514	4,723,157	-	-	-	-
Rurales (menores a 2500 hab)	Cercana a centros de población	2,423,289	587,469	1,835,820	-	-	-	-
	Cercana a carretera	10,803,028	4,807,940	-	2,296,129	3,698,959	-	-
	Aisladas	6,732,140	2,400,804	-	-	-	1,141,703	3,189,633
<b>Total</b>		<b>112,336,538</b>	<b>91,623,055</b>	<b>10,387,059</b>	<b>2,296,129</b>	<b>3,698,959</b>	<b>1,141,703</b>	<b>3,189,633</b>
<b>Distribución %</b>		<b>100.0%</b>	<b>81.6%</b>	<b>9.2%</b>	<b>2.0%</b>	<b>3.3%</b>	<b>1.0%</b>	<b>2.8%</b>

Fuente: elaboración del Hospital Infantil de México Federico Gómez para CONEVAL con información de la base de datos de localidades por condición de ubicación geográfica de CONAPO, CLUES y base de datos de distancia a centros de salud de Oportunidades. Incluye instituciones de salud públicas y privadas registradas en el CLUES.

Definiciones:

- 1) Localidad con centro de salud y/o unidad de hospitalización en la localidad.
- 2) Localidad cercana a localidades urbanas con servicios médicos.
- 3) Localidad cercana a carretera pero sin acceso a menos de 2.5 km de una localidad con servicios médicos.
- 4) Localidad cercana a carretera pero sin acceso a más de 2.5 km de una localidad con servicios médicos.
- 5) Localidad aislada pero a menos de 2.5 km de una localidad rural con servicios de salud.
- 6) Localidad aislada y alejada (a más de 2.5 km) de un centro de salud.

De acuerdo con esta clasificación, del total de las localidades del país, el 7.4 por ciento (14,178) tienen un muy alto grado de acceso geográfico a los servicios de salud pues disponen en la localidad de un centro de salud o unidad de hospitalización; estas

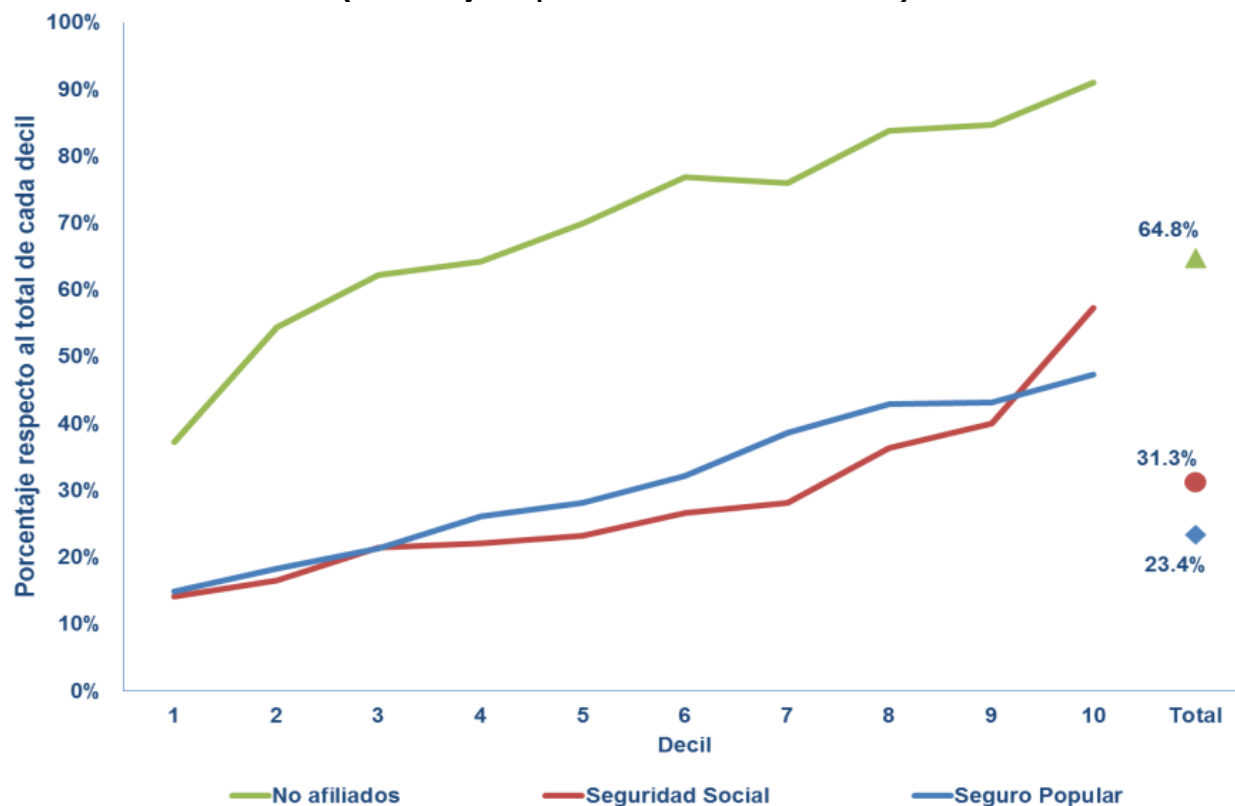
localidades concentran casi el 82 por ciento (91.6 millones) de la población del país (cuadro 5). El resto de las localidades tienen diferente grado de acceso:

- Alto grado de acceso: 50 mil localidades con 10.4 millones de habitantes se encuentran cerca de localidades urbanas con servicios médicos.
- Grado de acceso medio: 18 mil localidades con 2.3 millones de personas se encuentran cerca a una carretera pero sin acceso a menos de 2.5 km de una localidad con servicios médicos.
- Bajo y muy bajo grado de acceso: 52,658 localidades (27.4 por ciento) con 4.8 millones de personas se encuentran cerca a una carretera pero sin acceso a más de 2.5 km de una localidad con servicios médicos o son localidades aisladas pero a menos de 2.5 km de una localidad rural con servicios de salud.
- Sin acceso: 57,171 localidades (29.7 por ciento) con 3.2 millones de personas (2.8 por ciento de la población del país) se encuentran aisladas y alejadas (a más de 2.5 km) de un centro de salud. Estas son las localidades que presentan el mayor reto en la provisión de servicios de salud y donde se requiere una estrategia de provisión diferente. Son siete entidades federativas las que concentran más de la mitad de las localidades sin acceso a servicios de salud: Chihuahua, Veracruz, Chiapas, Jalisco, Oaxaca, Durango y Michoacán.

## ii. Uso de los servicios de salud

De acuerdo con la ENIGH 2010, 42.6 millones de personas (37.9 por ciento del total) reportaron usar consultorios, hospitales privados o consultorios de farmacias para atender sus problemas de salud, independientemente de su afiliación o no a la seguridad social o al Seguro Popular. Aunque el porcentaje de uso de los servicios privados crece conforme el nivel socioeconómico, también la población en los deciles más bajos reporta hacer uso de ellos (gráfica 13). Así, el 31 por ciento de la población en los 4 deciles más pobres hacen uso de los servicios privados de salud, aunque no necesariamente de forma exclusiva.

**Gráfica 13. Personas que se atienden en consultorios de farmacias, consultorios u hospitales privados, por afiliación y deciles de ingreso por persona, México, 2010 (Porcentaje respecto al total de cada decil)**



Fuente: elaboración del Hospital Infantil de México Federico Gómez para CONEVAL, con base en la ENIGH 2010.

Notas: Seguro Popular incluye también a Seguro Médico para una Nueva Generación.

Los no afiliados incluye a las personas que señalaron no estar afiliadas, a quienes señalaron tener acceso a servicios de salud en "otras instituciones", quienes indicaron tener acceso en instituciones privadas y quienes no especificaron.

### iii. Paquetes de beneficios diferenciados

Las instituciones otorgan diferentes beneficios a sus afiliados con calidad heterogénea. El Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM)<sup>20</sup> garantiza la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria y cubre 21 apartados de la décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), lo que representa 12,487 diagnósticos. El IMSS no tiene definidas intervenciones o un paquete de beneficios explícitos; otorga los servicios con base en la capacidad resolutoria de las unidades médicas que están organizadas de acuerdo con la

<sup>20</sup> El SEM otorga a los trabajadores afiliados al IMSS prestaciones en especie y en dinero, en caso de enfermedad no profesional o maternidad; asimismo, otorga prestaciones en especie a los familiares de los asegurados, así como a los

pensionados y sus familiares (Ley del Seguro Social art. 84).

complejidad de servicios que ofrecen. También puede otorgar servicio mediante convenios de subrogación con otras instituciones; incluso está facultado para revertir cuotas a las empresas que ofrezcan a sus trabajadores los servicios médicos y hospitalarios. En cambio, el Seguro Popular y el Seguro Médico de Nueva Generación<sup>21</sup> cubren 284 intervenciones, con 1,585 diagnósticos, es decir, sólo el 11 por ciento de los diagnósticos que cubre la seguridad social. Estos servicios son otorgados principalmente en instalaciones de las secretarías de salud de los estados. Adicionalmente, los proveedores de servicios de salud a la población sin seguridad social reciben recursos de la Secretaría de Salud, del Ramo 33 a través del FASSA, de IMSS-Oportunidades y de recursos estatales.

En conclusión, los paquetes de beneficios diferenciados dificultan el acceso efectivo de la población, en particular de los más vulnerables. La fragmentación del sistema de salud conlleva a ineficiencias en el sistema de salud pública y en la economía que implica, además, desigualdades importantes en el acceso a los servicios de salud en México.

#### **iv. Dispersión de programas federales y estatales de salud**

Existe una gran dispersión en la entrega de los servicios de salud en el país. De acuerdo con el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones estatales de desarrollo social (Inventario CONEVAL Estatal) y el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones federales de desarrollo social (Inventario CONEVAL Federal), en 2010 había un total de 315 programas y acciones de salud en el país, de las cuales 275 eran estatales y 40 federales.

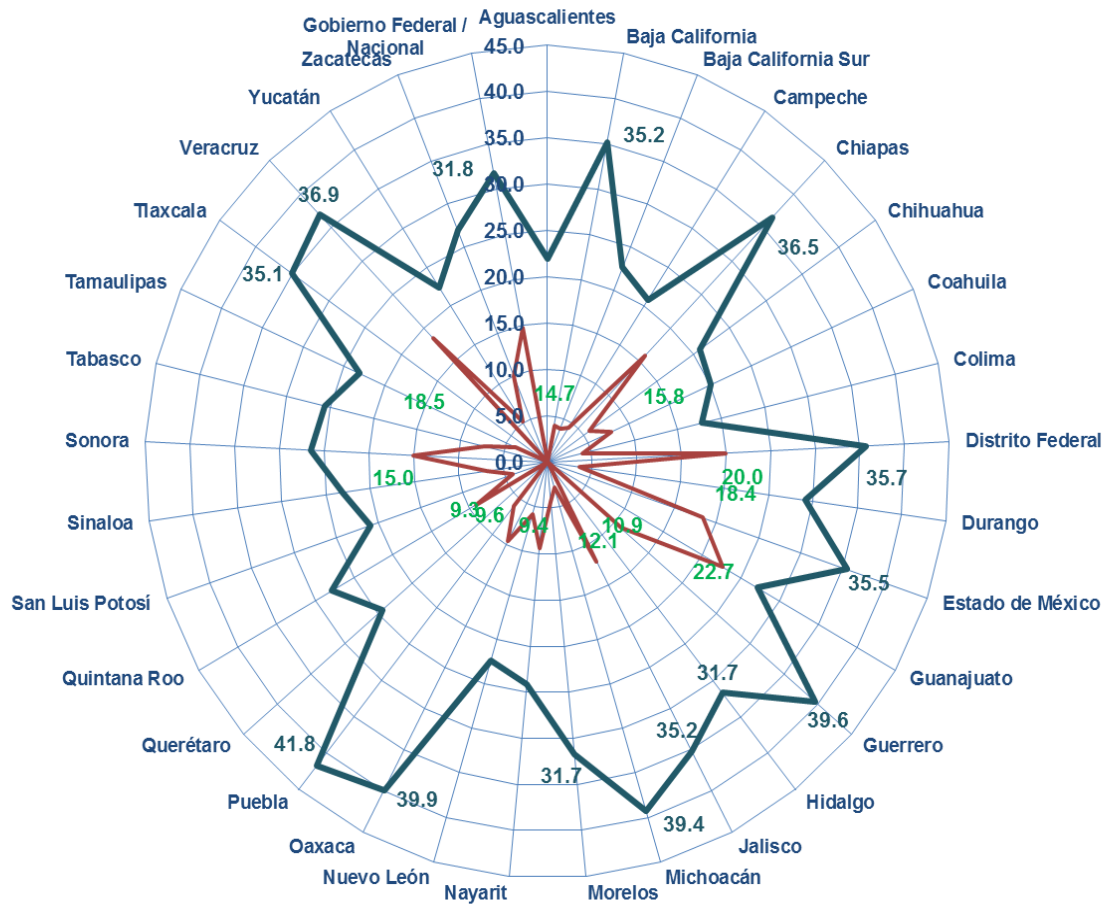
Las entidades con la mayor proporción de programas de salud respecto del total de los existentes en ese mismo estado son Guanajuato (22.7 por ciento), Distrito Federal (20 por ciento) y Veracruz (18.5 por ciento); mientras que las que cuentan con menor número de intervenciones son Durango (3.6 por ciento), Baja California Sur (3.9 por ciento), Tamaulipas (3.9 por ciento) y San Luis Potosí (4.1 por ciento).<sup>22</sup> Adicionalmente, Hidalgo y Querétaro carecen de intervenciones de salud estatales. Los Programas y Acciones de salud del Gobierno Federal son 12.7 por ciento del total.

Un punto de referencia básico e inicial para valorar la relevancia pública del número de programas y acciones de salud en las entidades es contrastarlo con el nivel de la carencia por acceso a la salud. De esta manera puede observarse que las entidades con los niveles más altos de esta carencia en 2010 fueron Puebla (41.8 por ciento de la población sin acceso a la salud), Oaxaca (39.9 por ciento) y Michoacán (39.4 por ciento) (gráfica 14). El nivel de la carencia nacional asciende a 31.8 por ciento de la población.

<sup>21</sup> Denominado Seguro Médico Siglo XXI a partir del ejercicio fiscal 2013.

<sup>22</sup> El *Inventario CONEVAL Estatal* reúne información de Programas y Acciones de desarrollo social de 30 entidades de la República. Debido a que el listado se integra a partir de tres principales fuentes: Presupuesto de Egresos, la Cuenta Pública y el Informe de Gobierno y posteriormente se incluyen las características con información publicada en sus portales de internet. En este sentido, no fue posible identificar las intervenciones de Aguascalientes y Tlaxcala. Para mayor información véase <http://web.coneval.gob.mx/Evaluacion/IPE/Paginas/default.aspx>

**Gráfica 14. Porcentajes de programas y acciones de salud estatales y federales respecto al total de programas en la entidad y del Gobierno Federal *contra* la población con carencia por acceso a la salud por entidad y a nivel nacional, México, 2010**



— Porcentaje de programas de salud del total de programas — Carencia por acceso a los servicios de salud

Fuente: elaboración propia con base en el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2010*, el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2010* y los resultados de la *Medición de la pobreza 2010*.

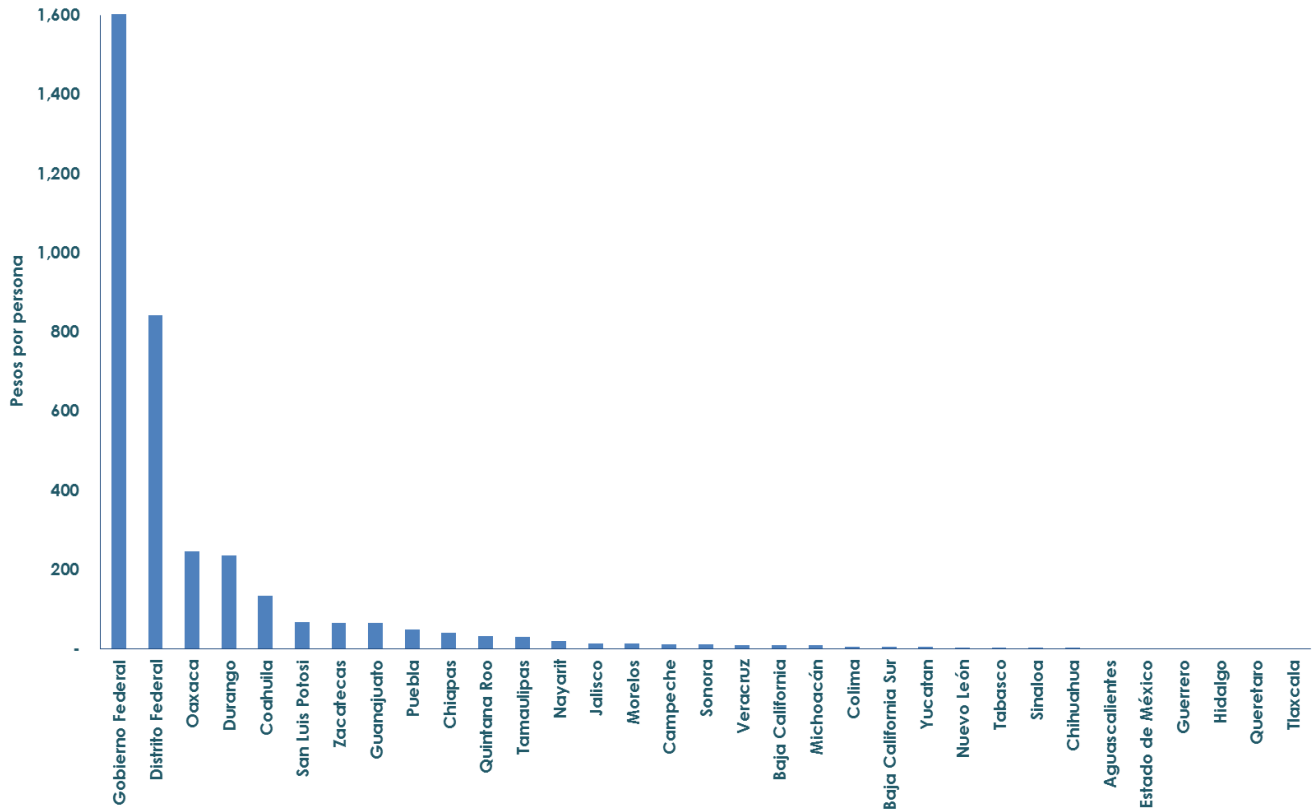
Nota: El *Inventario CONEVAL Estatal* reúne información de Programas y Acciones de desarrollo social de 30 entidades de la República. Debido a que el listado se integra a partir de tres principales fuentes: Presupuesto de Egresos, la Cuenta Pública y el Informe de Gobierno y posteriormente se incluyen las características con información publicada en sus portales de internet. En este sentido, no fue posible identificar las intervenciones de Aguascalientes y Tlaxcala. Para mayor información véase <http://web.coneval.gob.mx/Evaluacion/IPE/Paginas/default.aspx>

Las entidades con el mayor porcentaje de programas y acciones cuentan con un nivel de carencia entre los 27 y 37 puntos porcentuales,<sup>23</sup> mientras que las que cuentan con el menor porcentaje tienen carencias entre los 21 y 29 puntos porcentuales.<sup>24</sup>

<sup>23</sup> Guanajuato 27.1 puntos, Distrito Federal 35.7 puntos y Veracruz 36.9 puntos.

<sup>24</sup> San Luis Potosí 21 puntos, Baja California Sur 22.6 puntos, Tamaulipas 23.1 puntos y Durango 29.1 puntos.

**Gráfica 15. Gasto anual por persona de los programas y acciones estatales y federales de salud, México, 2010**



Fuente: elaboración propia con base en el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2010*, el *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2010* y los tabulados básicos del Censo de Población y Vivienda 2010.

Nota: El *Inventario CONEVAL Estatal* reúne información de Programas y Acciones de desarrollo social de 30 entidades de la República. Debido a que el listado se integra a partir de tres principales fuentes: Presupuesto de Egresos, la Cuenta Pública y el Informe de Gobierno y posteriormente se incluyen las características con información publicada en sus portales de internet. En este sentido, no fue posible identificar las intervenciones de Aguascalientes y Tlaxcala. Para mayor información véase <http://web.coneval.gob.mx/Evaluacion/IPE/Paginas/default.aspx>

Otra manera de apreciar la importancia del número de los programas de salud es a través del gasto por persona que ejercieron en 2010 (gráfica 15).<sup>25</sup> El estado con el gasto anual per cápita más alto es el Distrito Federal (841.4 pesos), el cual también tiene uno de los porcentajes mayores de programas de salud. Enseguida se encuentran Durango (235.2 pesos por persona) que es una de las entidades con el menor número de intervenciones y Oaxaca (224.4 pesos por persona) que es una de las entidades con mayor proporción de población

<sup>25</sup> El cálculo es el cociente "bruto" del presupuesto que ejercieron los programas de salud en 2010 en relación con el número de total de personas en la entidad de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010. Es decir, sólo se considera a la población potencial sin tomar en cuenta a la población objetivo.



con carencia por acceso a la salud. El gasto en salud del Gobierno Federal asciende a 1,605.5 pesos por persona en 2010.

## 2. PROGRAMAS DE LA SECRETARÍA DE SALUD

En esta sección se presentan los programas de la Secretaría de Salud, así como algunos de sus principales avances y retos. La exposición se lleva a cabo de acuerdo con algunas de las funciones establecidas para esta secretaría en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal para la Secretaría de Salud.<sup>26</sup> Dada la importancia del programa IMSS-Oportunidades, a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), éste se incluye en el análisis.

La Secretaría de Salud contaba en 2011 con 7 programas presupuestarios que tuvieron una Evaluación de Consistencia y Resultados;<sup>27</sup> además existía el Programa IMSS-Oportunidades a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). De éstos, cinco programas se relacionaban directamente con el derecho a la salud (Programa Comunidades Saludables, Programas de Atención a Personas con Discapacidad, Programas para la Protección y Desarrollo Integral de la Infancia, Caravanas de la Salud e IMSS Oportunidades), dos con la dimensión de bienestar económico (Seguro Médico para una Nueva Generación<sup>28</sup> y Seguro Popular) y uno con el derecho a la seguridad social (Programas de Atención a Familias y Población Vulnerable) (gráfica 16).<sup>29</sup>

Cuatro de los programas habían logrado resultados importantes en relación con el indicador de Fin (Seguro Popular, Caravanas de la Salud, Atención a Personas con Discapacidad e IMSS-Oportunidades); en los otros cuatro aún no se registran resultados (Seguro Médico para una Nueva Generación, Protección y Desarrollo Integral de la Infancia, Comunidades Saludables y Atención a Familias y Población Vulnerable). El indicador de Propósito se cumplía en siete programas y no hay evidencia para uno (Protección y Desarrollo Integral de la Infancia).

---

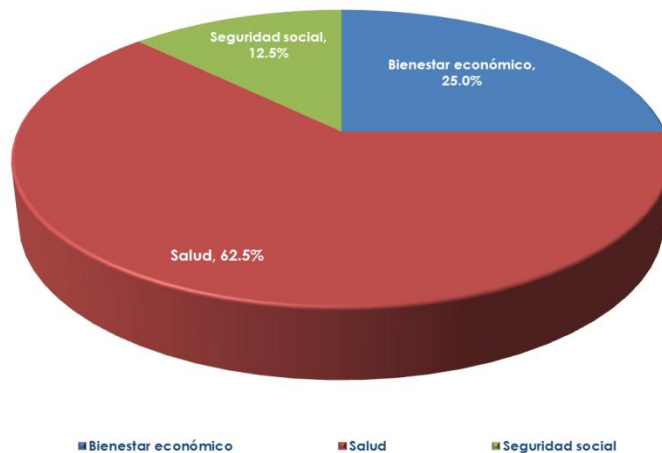
<sup>26</sup> Por una parte, la asistencia social y la promoción del acceso a los servicios de salud: establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; y coordinar los programas de servicios de salud de la Administración Pública Federal; por otro lado, la promoción de la salud: estudiar, adaptar y poner en vigor las medidas necesarias para luchar contra las enfermedades transmisibles y contra las plagas sociales que afecten la salud, entre otras.

<sup>27</sup> El programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) de la Secretaría de Salud no contó en 2011 con Evaluación de Consistencia y Resultados por falta de presupuesto.

<sup>28</sup> Denominado Seguro Médico Siglo XXI a partir del ejercicio fiscal 2013.

<sup>29</sup> Véase el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2011.

**Gráfica 16. Programas de la Secretaría de Salud por derecho social, México, 2011**



Fuente: elaboración de CONEVAL con base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2011.

En conjunto se registran avances en los programas de la Secretaría de Salud en los siguientes rubros:

- *Incremento del acceso y cobertura de servicios de salud.* Aumentó el número de personas atendidas por los programas. Lo mismo sucede con las localidades incorporadas a los diferentes programas, en las que incluso llegan a concurrir más de uno.
- *Seguro de salud.* El aseguramiento de la población infantil (Seguro Médico para una Nueva Generación) se incrementó en 100.3 por ciento en 2010 y 108.6 por ciento en 2011. La cobertura del Seguro Popular fue de 83.6 por ciento de lo programado en 2009 y de 101 por ciento en 2011.<sup>30</sup>
- *Protección financiera, así como reducción de gastos de bolsillo y catastróficos por motivos de salud.* Esto se logró mediante la afiliación de la población de zonas rurales y urbano-marginadas que se ubicaban en los cuatro deciles más pobres de la población (Secretaría de Salud, 2012). El gasto en salud como proporción de su gasto total se ubicó en 47.2 por ciento en 2010, en relación con 2006 que era de 51.3 por ciento, lo que representa un avance de 56 por ciento respecto de la meta, que es 44.0 por ciento. La reducción en el porcentaje de hogares con gastos catastróficos es más notoria entre los hogares afiliados al Seguro Popular que aquellos que cuentan con seguridad social.

<sup>30</sup> Al cierre del ejercicio 2011 se habían afiliado 51'823,314 personas (101 por ciento de la población objetivo); 1.8 millones de mujeres embarazadas y 5.8 millones de niños. La población afiliada es mayor a la objetivo debido a que la población objetivo se estimó con base en las proyecciones de población de CONAPO, las cuales estimaron una población menor a la que muestra el Censo de Población y Vivienda 2010.

- *Mejoría de las condiciones de vida mediante modificación de factores de riesgo.* Con acciones de Caravanas de la Salud se logró capacitar en 2009 a 33 por ciento de su meta y en 2010 al 70 por ciento, en promoción de la salud, lo que se traduce en trabajo constante para mejorar las condiciones ambientales y sociales que inciden en la salud de la población, y en concientización y participación local en torno a la salud.
- *Reducción de la mortalidad.* La tasa de mortalidad en menores de cinco años muestra discretas reducciones entre 2007 y 2011 y la razón de mortalidad materna, aunque también con oscilaciones, muestra descenso importante. Cabe señalar que otras causas de muerte muestran incremento o reducciones casi nulas: cáncer de seno y cáncer cérvico uterino, respectivamente. Adicionalmente, la diabetes mellitus continúa aumentando y afectando población desde edades tempranas.

Entre las principales fortalezas de los programas de la Secretaría de Salud destaca el diseño y aplicación de documentos que norman su operación en los cuales se establecen estrategias, objetivos, metas y líneas de acción; destacan por su importancia los Programas de Acción Específicos, las Reglas de Operación y las Matrices de Indicadores para Resultados. También cuentan con infraestructura humana, física y financiera propia, lo que favorece la accesibilidad<sup>31</sup> y disponibilidad de servicios, o bien, con recursos para el apoyo a su población objetivo o facilitan el acceso a los servicios de salud mediante afiliación.

Entre los retos que enfrenta la Secretaría de Salud, tanto a su interior como en su relación con otras instituciones del gobierno federal se identifica como un elemento central la no coordinación eficiente de sus funciones y recursos lo que potencialmente limita el alcance del gasto en salud. Las sugerencias propuestas para atender esta situación incluyen tanto el fortalecimiento de la rectoría de la propia secretaría como cabeza de sector, la homologación de fuentes de información que permitan desarrollar un diagnóstico integral de la situación de salud que priva, lo que conlleva tanto la implementación de un sistema único de expediente electrónico, como la posibilidad de contrastar padrones de usuarios entre instituciones y el diseño de un sistema de indicadores de resultados.

Adicionalmente, sería deseable desarrollar una estrategia de sistematización de intervenciones y acciones realizadas reportadas a nivel de beneficiario y efectuar el análisis periódico y sistemático de dicha información.

En el propósito de evitar descoordinación, gastos innecesarios, diferencias de criterios, desigualdades y lograr mayor eficiencia e impacto, se requiere una transformación organizacional y presupuestal de los programas, como parte de una reforma al sistema de salud y seguridad social.

---

<sup>31</sup> No toda la accesibilidad depende de la Secretaría de Salud, existen barreras geográficas y culturales que limitan la accesibilidad.

Con el propósito de mostrar un análisis integral, a continuación se presentan los programas de la Secretaría de Salud de acuerdo con los siguientes grupos, reunidos en torno a funciones establecidas en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal:

- a) Asistencia social.
- b) Acceso a los servicios de salud.
- c) Promoción de la salud.

### Asistencia social

Los programas de la Secretaría de Salud dirigidos a la asistencia social son Atención a Personas con Discapacidad, Protección y Desarrollo Integral de la Infancia, así como Atención a Familias y Población Vulnerable (cuadro 6). Estos programas tienen en común el prestar servicios de salud a grupos vulnerables como personas con una discapacidad, así como niños y jóvenes que carecen de acceso a instituciones tradicionales de seguridad social.

**Cuadro 6. Programas de la Secretaría de Salud dirigidos a la asistencia social, México, 2011**

Programa	Objetivo
1) Atención a Personas con Discapacidad	Prestar servicios de atención y rehabilitación a las personas con discapacidad o en curso de procesos discapacitados y apoyarles en su integración social con la finalidad de contribuir a su pleno desarrollo y a la generación de oportunidades a través de la promoción e instrumentación de acciones de información y orientación a la población en general para modificar los factores de riesgo, así como de detección temprana, prevención, llevar a cabo la profesionalización de los recursos humanos, la construcción, mantenimiento, equipamiento y remodelación de infraestructura de atención médica.
2) Protección y Desarrollo Integral de la Infancia	Contribuir al desarrollo integral de la infancia y adolescencia en condición de vulnerabilidad, mediante la promoción, ejercicio y vigilancia de sus derechos.
3) Atención a Familias y Población Vulnerable	Contribuir al desarrollo integral de las familias y las comunidades en condiciones de vulnerabilidad. Se integra de los subprogramas Comunidades DIFerentes, Fortalecimiento a las Procuradurías de la Defensa del Menor y la Familia, Atención a Personas y Familias en Desamparo.

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2011.

Entre las fortalezas de estos programas puede mencionarse tener presencia en todos los estados del país; así como dirigirse a los niños y niñas –que son un grupo etario vulnerable y en el que los riesgos materializados pueden tener consecuencias en el largo plazo (cuadro 7). Los retos de estos programas cuentan aprovechar la presencia en todo el país para

lograr una intervención nacional, articulada y coordinada con otros programas del gobierno federal que puedan generar sinergias y garanticen la atención integral a los niños.

Es importante destacar que las reformas realizadas en 2013 a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, señalan que a la Secretaría de Desarrollo Social le corresponde la atención a los derechos de la niñez, juventud y personas con discapacidad, entre otras. Asimismo, señala que la Secretaría de Desarrollo Social, en coordinación con el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, impulsará a través del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada políticas en materia de asistencia social e integración familiar. En este sentido, es indispensable desarrollar mecanismos específicos de coordinación entre Secretaría de Desarrollo Social y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, a fin de fortalecer las acciones enfocadas en la atención de los menores de edad y las personas con discapacidad.

**Cuadro 7. Avances y retos de los programas de la Secretaría de Salud dirigidos a la asistencia social, Evaluación de Consistencia y Resultados, 2011-2012**

Programa	Avances y fortalezas	Retos y áreas de oportunidad
Atención a Personas con Discapacidad	Consolidó una red de centros de rehabilitación en casi todas las entidades del país. Las acciones de rehabilitación del programa benefician alrededor de 180,000 personas cada año.	Insertarse en el conjunto de la política pública orientada a la inclusión de esta población en una escala significativa, sin duplicar intervenciones ni fomentar acciones descoordinadas o aisladas. Al no tener delimitadas zonas preferentes de atención, no cuantifica su población potencial y objetivo, lo que puede contribuir a la disminución de sus efectos.
Protección y Desarrollo Integral de la Infancia	Responde a problemas públicos de la infancia y adolescencia como desarrollo temprano inadecuado, migración no acompañada, explotación sexual, maltrato, trabajo infantil, riesgos psicosociales como adicciones y embarazo adolescente, así como situación de calle.	Se recomienda hacer una revisión crítica del conjunto de actividades existentes, así como de la relación con las instancias ejecutoras.
Atención a Familias y Población Vulnerable	El subprograma de Fortalecimiento a las Procuradurías de la Defensa del Menor y de la Familia centra su atención en un aspecto de política pública claramente definido como es la reintegración social de menores carentes de cuidados parentales y que están bajo el cuidado de centros o albergues públicos y privados.	Se recomienda avanzar hacia la construcción de un mecanismo sistemático de protección social dirigido a las etapas tempranas de la vida, lo que implica ir más allá de programas con acciones aisladas, descoordinadas y coberturas fragmentadas. También se sugiere asumir el liderazgo que le corresponde a la federación en la definición del alcance y líneas estratégicas de la política para la infancia y la adolescencia, frente a las

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en las Evaluaciones de Consistencia y Resultados 2011-2012 y Evaluaciones Específicas de Desempeño 2010-2011.

### Acceso a los servicios de salud

Las intervenciones dirigidas a garantizar el acceso a los servicios de salud han sido cuatro: el Seguro Médico para una Nueva Generación (denominado Seguro Médico Siglo XXI a partir del ejercicio fiscal 2013), Seguro Popular, Caravanas de la Salud e IMSS Oportunidades (cuadro 8). Estas intervenciones comparten el objetivo de propiciar el acceso efectivo a servicios de salud de grupos de población que se encuentran excluidos de los mecanismos tradicionales de seguridad social debido a su condición laboral (carecer de un empleo formal), área de residencia (localidades rurales, aisladas o dispersas) o momento del ciclo de vida (infancia). Contribuyen, asimismo, a amortiguar los riesgos económicos que pueden presentarse a lo largo del ciclo de vida y que pueden tener consecuencias catastróficas en quienes carecen de acceso a la seguridad social.

**Cuadro 8. Programas de la Secretaría de Salud dirigidos al acceso a los servicios de salud, México, 2011**

Programa	Objetivo
1) Seguro Médico para una Nueva Generación (Seguro Médico Siglo XXI a partir de 2013)	Propiciar el acceso efectivo a servicios de salud de menores de cinco años que no sean derechohabientes de la seguridad social, a través del otorgamiento sin desembolso al momento de recibir los servicios, de atención a la salud de alta calidad en materia de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Los beneficios son adicionales y complementarios a los que ofrece el Sistema de Protección Social en Salud descritos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos Con ello se contribuirá a evitar el empobrecimiento por motivos de salud.
2) Seguro Popular	Otorgar cobertura de servicios de salud, a través de un aseguramiento público y voluntario para personas de bajos recursos que no cuentan con empleo o que trabajan por cuenta propia y que no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social.
3) Caravanas de Salud	Proporcionar servicios regulares de promoción, prevención, así como atención médica y odontológica a la población que habita en localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso, mediante equipos de salud itinerantes y unidades médicas móviles, que trabajan de forma complementaria, auxiliados con otros medios de transporte de personal en salud y el apoyo de unidades médicas fijas ubicadas en las rutas de atención ambulatoria.
4) IMSS-Oportunidades	Proveer de servicios de salud de primer y segundo nivel a la población que carece de seguridad social y que habita en zonas rurales y urbano-marginadas del país (prioritariamente), a través del Modelo de Atención Integral a la Salud. Éste modelo se integra por dos elementos: atención en unidades médicas y acciones comunitarias

con énfasis en la prevención de riesgos y daños.

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2011.

Una primera fortaleza a resaltar de este grupo de programas es realizar acciones dirigidas a ampliar el número de personas afiliadas, lo cual representa un primer paso hacia la cobertura universal en salud (cuadro 9). Además, ofrecen servicios de salud en áreas en las que es difícil hacerlo por su ubicación geográfica. Entre las áreas de oportunidad se encuentran mejorar la información dirigida a los usuarios, a fin de que puedan hacer mejor uso de los servicios ofrecidos, así como la coordinación entre las diferentes intervenciones.

**Cuadro 9. Avances y retos de los programas de la Secretaría de Salud dirigidos al acceso a los servicios de salud, Evaluación de Consistencia y Resultados, 2011-2012**

Programa	Avances y fortalezas	Retos y áreas de oportunidad
Seguro Médico para una Nueva Generación (Seguro Médico Siglo XXI a partir de 2013)	Un logro importante dirigido a lograr la cobertura universal en el acceso a los servicios de salud: en 2011 el Seguro Popular y el Seguro Médico para una Nueva Generación afiliaron a 57.6 millones de personas de las 32 entidades federativas y de los 2,456 municipios.	Es importante llevar a cabo acciones que permitan a los beneficiarios distinguir entre su afiliación al Seguro Popular y al SMNG, dado que los niños dejan de recibir los beneficios adicionales del SMNG al cumplir cinco años.
Seguro Popular	Protege a la población beneficiada contra gastos catastróficos en salud. La afiliación beneficia a la población más pobre, particularmente a los beneficiarios de Oportunidades.	Mejorar el acceso efectivo a servicios de calidad y el estado de salud de la población mediante la implementación efectiva de los recursos en los sistemas de salud de los estados. Seguro Popular sólo cubre el 11 por ciento de los diagnósticos que cubre la seguridad social. Además de ofrecer servicios y calidad heterogénea.
Caravanas de Salud	Afilia a la población al Seguro Popular y al Seguro Médico para una Nueva Generación por lo que es un eslabón importante en la estrategia sectorial para lograr una protección social en salud universal.	Monitorear los resultados de la prestación de los servicios médicos, así como crear manuales de organización y procedimientos para dar seguimiento a las personas atendidas.
IMSS-Oportunidades	Contribuyó a disminuir la mortalidad materna hospitalaria en más de 60 por ciento de 2009 a 2011.	Definir los criterios de actualización del padrón de beneficiarios ya que éste puede constituir una herramienta para la toma de decisiones. Promover la capacitación de médicos tradicionales y parteras rurales para favorecer su vínculo con la

---

comunidad.

---

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en las Evaluaciones de Consistencia y Resultados 2011-2012 y Evaluaciones Específicas de Desempeño 2010-2011.

### Promoción de la salud

Por último, el programa Comunidades Saludables es una intervención de la Secretaría de Salud dirigida a la promoción de la salud (cuadro 10).

**Cuadro 10. Programas de la Secretaría de Salud dirigidos a la promoción de la salud, México, 2011**

Programa	Objetivo
1) Comunidades Saludables	Impulsar y fortalecer la participación de las autoridades municipales, los sectores social y privado en el desarrollo de acciones de promoción de la salud a fin de fortalecer los determinantes positivos de la salud y generar entornos saludables, a través de los recursos semilla que permitan el impulso inicial de proyectos dirigidos a este fin, sin menoscabo de la ulterior continuidad de los mismos por las sucesivas administraciones municipales.

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2011.

**Cuadro 11. Avances y retos de los programas de la Secretaría de Salud dirigidos a la promoción de la salud, Evaluación de Consistencia y Resultados, 2011-2012**

Programa	Avances y fortalezas	Retos y áreas de oportunidad
Comunidades Saludables	Tiene presencia en un número considerable de municipios, apoyando proyectos de diversos temas que se enfocan en la promoción y prevención de la salud, resaltando la importancia que se brinda a problemas prioritarios tales como desnutrición infantil, obesidad y sobrepeso, mortalidad materno-infantil y VIH, entre otros.	Mejorar el mecanismo de dictaminación externa de los proyectos que apoya ya que éstas no siempre son realizadas con rigor y metodologías sustentadas.

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en las Evaluaciones de Consistencia y Resultados 2011-2012 y Evaluaciones Específicas de Desempeño 2010-2011.





Consejo Nacional de Evaluación  
de la Política de Desarrollo Social

### 3. PRESUPUESTO Y COBERTURA DE LOS PROGRAMAS 2008-2011

En esta sección se describe el cambio en dos variables básicas de toda intervención de política pública: el presupuesto y la cobertura. En el caso del primero, se considera el gasto ejercido y se resaltan tanto los incrementos en términos absolutos como las variaciones porcentuales más pronunciadas. En el caso del segundo, se caracteriza de manera general la población a la que se dirigen los programas, los cambios en los tres tipos de población<sup>32</sup> y su eficiencia en la cobertura.<sup>33</sup> En ambos casos el periodo de referencia está constituido por los ejercicios fiscales que van de 2008 a 2011.

#### Presupuesto

El gasto ejercido por la Secretaría de Salud en 2011 ascendió a 99 mil 806 millones de pesos. Entre 2008 y 2011 el presupuesto de la dependencia creció en términos reales 24.2 por ciento con una tendencia ascendente. Los programas analizados, como Seguro Popular, no se financian sólo con el gasto de la Secretaría de Salud, también se financian con presupuesto del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) y con recursos de las entidades.

El gasto de los programas de salud ascendió a 67 mil 700 millones de pesos en 2011, de los cuales 59 mil 851 millones de pesos corresponden a programas federales pertenecientes directamente a la Secretaría de Salud (7 programas que representan el 59.96 por ciento del total del gasto de la dependencia) y los restantes 7 mil 849 millones de pesos a IMSS-Oportunidades del Instituto Mexicano del Seguro Social (gráfica 17).

Entre 2008 y 2011, la Secretaría de Salud invirtió el 54.86 por ciento de su presupuesto en los siete programas a su cargo que contaron con Evaluación de Consistencia y Resultados 2011-2012. El Seguro Popular es la intervención más importante de la Secretaría de Salud en términos presupuestarios: representó al menos la mitad de su gasto entre 2008 y 2011. Además, ejerce 9 de cada 10 pesos del conjunto de los siete programas considerados.

Respecto al presupuesto de los programas por tipo de derecho social y dimensión de bienestar económico a la que se vinculan, el 86.5 por ciento del gasto ejercido en 2011 fue dirigido a programas relacionados con el bienestar económico, esto se debe a que los programas Seguro Popular y Seguro Médico para una Nueva Generación están clasificados como directamente relacionados con esta dimensión y sólo indirectamente relacionados

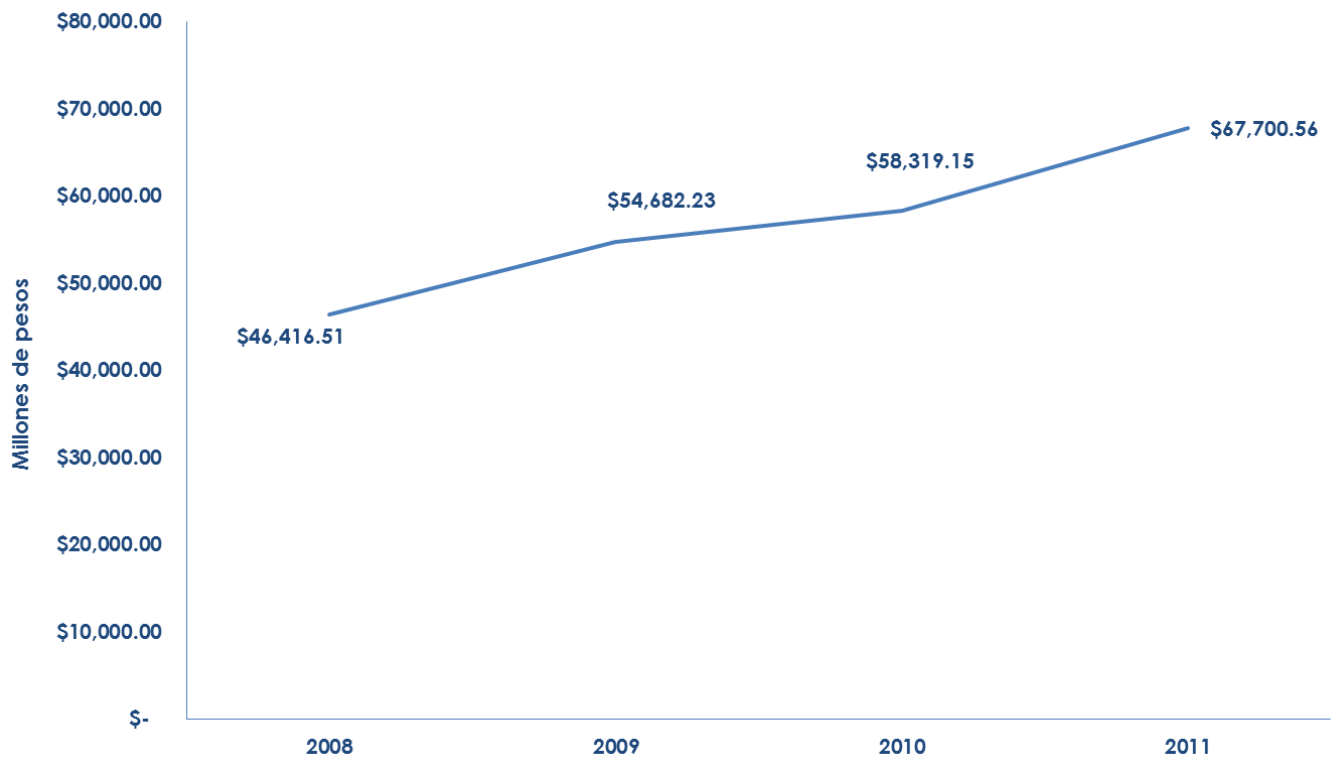
---

<sup>32</sup> Los tres tipos de población son la población potencial, la población objetivo y la población atendida. La *población potencial* corresponde a la población total que presenta la necesidad y/o problema que justifica el programa y por tanto pudiera ser elegible para su atención. La *población objetivo* es la que el programa tiene planeado o programado atender en un periodo dado, pudiendo corresponder a la totalidad de la población potencial o a una parte de ella. La *población atendida* es la que se atendió en un periodo.

<sup>33</sup> La eficiencia de cobertura es el cociente de la población atendida en un periodo entre la población objetivo para el mismo lapso

con la salud. En vinculación directa con el derecho a la salud están clasificados cinco de los ocho programas que reúnen en su conjunto el 13.1 por ciento del gasto en 2011. El gasto restante se dirige al derecho a la seguridad social a través del programa de Atención a Población y Familias Vulnerables.

**Gráfica 17. Gasto de los programas de desarrollo social de la Secretaría de Salud, México, 2008-2011**



Fuente: elaboración propia con base en la Cuenta de la Hacienda Pública Federal e Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social.

En cuanto al presupuesto ejercido por los programas y acciones que realizaron Evaluación de Consistencia y Resultados 2011-2012 y de acuerdo con las funciones en materia de desarrollo social que tiene esta Secretaría y el IMSS, los programas dirigidos a garantizar el acceso a los servicios de salud ejecutan prácticamente la totalidad de los recursos (cuadro 12). Esto se explica por el programa Seguro Popular e IMSS-Oportunidades que están clasificados en dicha función.

**Cuadro 12. Gasto ejercido por los programas de la Secretaría de Salud, 2008-2011**

Grupos de programas	Gasto ejercido (millones de pesos de enero de 2011)				Variación porcentual
	2008	2009	2010	2011	2008-2011
<b>Asistencia social, servicios médicos y salubridad</b>	<b>46,348.94</b>	<b>54,611.57</b>	<b>58,216.12</b>	<b>67,616.40</b>	<b>45.89</b>
Asistencia social	1,173.93	1,330.78	598.71	615.74	-47.55
Servicios de salud	45,175.02	53,280.79	57,617.41	67,000.66	48.31
<b>Promoción de la salud</b>	<b>67.56</b>	<b>70.66</b>	<b>103.03</b>	<b>84.15</b>	<b>24.56</b>
<b>Total</b>	<b>46,416.51</b>	<b>54,682.23</b>	<b>58,319.15</b>	<b>67,700.56</b>	<b>45.85</b>

Fuente: elaboración propia con base en la Cuenta de la Hacienda Pública Federal e Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social.

El presupuesto total de las diferentes funciones creció en términos reales más de 45 por ciento entre 2008 y 2011, sustentado por el crecimiento de las principales intervenciones: Seguro Popular (56 por ciento), IMSS-Oportunidades (16 por ciento), Seguro Médico para una Nueva Generación (20 por ciento) y Caravanas de la Salud (58 por ciento).

### Cobertura

La disponibilidad de información sobre la cobertura del conjunto de los programas es limitada. No se cuenta con datos de población potencial ni población objetivo en tres programas (Comunidades Saludables y Protección y Desarrollo Integral de la Infancia), por lo que sólo se registra el número de personas atendidas. El lapso de comparación entre programas también es diferente: en unos es de tres años, en otros es dos o uno.

El Programa para la Protección y Desarrollo Integral de la Infancia registra una tendencia ascendente en el número de atenciones efectuadas entre 2008 y 2011 con 37 por ciento de incremento. El Programa de Atención a Personas con Discapacidad, cuya población objetivo para 2008 fue de 205,067 personas, atendió a 183,972 beneficiarios. El Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable, entre 2008 y 2011, terminó con sólo 22.6 por ciento de la cifra inicial de atenciones, su población objetivo en 2009 fue de 91,846 y de 42,015 en 2011. Caravanas de la Salud mantiene su población adscrita en 3.9 millones de personas. Su eficiencia en cobertura varió de 54 por ciento en 2008 a 80 por ciento en 2010. El Seguro Médico para una Nueva Generación aumentó el número de atenciones en 37 por ciento en 2008-2011. El Seguro Popular registró tanto familias como personas para el inicio del periodo, la cobertura es mayor cuando se refiere a familias. Las variaciones en el periodo muestran un incremento de 3, 52.5 y 62 por ciento en población potencial, objetivo y atendida, respectivamente.

El Programa Comunidades Saludables permite comparar 2009 con 2010. Muestra una tendencia descendente de cinco por ciento cuando se comparan atenciones a personas y

de ocho por ciento cuando se comparan municipios atendidos, no obstante que su presupuesto casi se duplicó.

Una manera de comparar la cobertura de programas con poblaciones disimiles es a través de la eficiencia en cobertura. Ésta se refiere a la relación entre la población atendida en un ejercicio fiscal y la población establecida por el mismo programa como objetivo en dicho lapso (cuadro 13).

**Cuadro 13. Eficiencia en cobertura de los programas de desarrollo social de la Secretaría de Salud, México, 2009-2011**

<b>Programa</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Seguro Popular	95%	89%	101%
IMSS-Oportunidades	ND	ND	89%
Seguro Médico para una Nueva Generación	132%	157%	184%
Caravanas de la Salud	91%	ND	ND
Comunidades Saludables	ND	ND	13%
Atención a Personas con Discapacidad	90%	88%	ND
Atención a Familias y Población Vulnerable	69%	325%	145%
Protección y Desarrollo Integral de la Infancia	ND	165%	ND

Fuente: Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social.

Llaman la atención los programas que tuvieron una eficiencia en cobertura ampliamente superior al cien por ciento, pues esto es un indicio de que la población objetivo no está definida con claridad. En esta situación se encuentra, por ejemplo, el Seguro Médico para una Nueva Generación que registró una eficiencia de 184 por ciento en 2011. Lo mismo sucede con el Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable.

En contraste, Seguro Popular e IMSS-Oportunidades tuvieron una eficiencia en cobertura cercana a lo deseable (100 por ciento).

#### **4. AVANCES Y RETOS EN TEMAS DE MONITOREO Y EVALUACIÓN**

En este apartado se examinan tanto los avances como los retos en materia de monitoreo y evaluación de los programas de la Secretaría de Salud. Por una parte, se describe la distribución de los programas de la Secretaría por tipo de evaluación y, por otro lado, se muestra el avance en el cumplimiento de los aspectos susceptibles de mejora, que son las acciones de mejora que los programas y la Secretaría se han comprometido para mejorar a partir de las evaluaciones. También se da cuenta de los reconocimientos "Buenas prácticas en materia de monitoreo y evaluación".

## Evaluaciones a los programas

Los programas de la Secretaría de Salud fueron evaluados 48 ocasiones entre 2007 y 2012 (cuadro 14).<sup>34</sup> Todos los programas considerados en este documento fueron evaluados entre cinco y seis veces en dicho periodo. Las intervenciones con el mayor número de evaluaciones son Caravanas de la Salud y Seguro Popular, cada uno con seis evaluaciones.

**Cuadro 14. Evaluaciones realizadas a programas de la Secretaría de Salud recibidas por CONEVAL, 2007-2012**

Programa	Complementaria	Consistencia y Resultados	Diseño	Específica de Desempeño	Impacto	Total
1. Caravanas de la Salud	1	1	1	3	-	6
2. Comunidades Saludables	-	2	-	3	-	5
3. IMSS-Oportunidades	-	2	-	3	-	5
4. Seguro Médico para una Nueva Generación (Seguro Médico Siglo XXI)	-	1	1	3	-	5
5. Atención a Familias y Población Vulnerable	-	2	-	3	-	5
6. Atención a Personas con Discapacidad	-	2	-	3	-	5
7. Protección y Desarrollo Integral de la Infancia	-	2	-	3	-	5
8. Seguro Popular	-	2	-	3	1	6
9. Sistema Integral de Calidad en Salud	1	1	1	3	-	5
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>27</b>	<b>1</b>	<b>48</b>

Fuente: elaboración propia con base en el Programa Anual de Evaluación

Las evaluaciones que más veces se realizaron entre 2007 y 2012 son las que se llevan a cabo anualmente y son coordinadas por CONEVAL: la Evaluación Específica de Desempeño y la Evaluación de Consistencia y Resultados. Los ocho programas participaron tres veces en una Evaluación Específica de Desempeño, por lo que éste es el tipo de valoración que más veces se ha realizado (24 ocasiones). Enseguida se encuentra la Evaluación de Consistencia y Resultados que se efectuó entre una y dos veces a cada programa, por lo que hay 14 ejercicios de este tipo.

Caravanas de la Salud y Seguro Médico para una Nueva Generación (denominado Seguro Médico Siglo XXI a partir de 2013) son las únicas intervenciones que cuentan con una

<sup>34</sup> Este apartado se refiere sólo a las evaluaciones de los tipos indicados que fueron recibidas por CONEVAL.

evaluación de diseño. Además, el primero es el único que cuenta con una evaluación complementaria, la cual identificó los factores que facilitan y obstaculizan su operación con el propósito implementar ajustes, modificaciones o cambios que le permitan cumplir de manera más eficiente sus objetivos. Llama la atención que sólo el Seguro Popular cuenta con evaluaciones de impacto y que ninguno dispone de evaluaciones de procesos. Las evaluaciones de procesos son importantes porque permiten conocer los factores que sustentan la implementación de los programas, enfatizando su dinámica de operación.

### Aspectos susceptibles de mejora

Los aspectos susceptibles de mejora son los hallazgos, debilidades, oportunidades o amenazas identificados en una evaluación externa o informe y que pueden ser atendidos para la mejora de un programa.

El seguimiento a las recomendaciones permite observar en qué medida los programas de la Secretaría de Salud atiende los hallazgos derivados de sus evaluaciones. De los avances reportados en 2011- 2012, se identifica un total de cuatro aspectos susceptibles de mejora específicos correspondientes a cuatro programas evaluados (cuadro 15).

**Cuadro 15. Avance porcentual de las acciones para la atención de los aspectos susceptibles de mejora de la Secretaría de Salud, México, 2012**

Porcentaje de avance	Aspectos específicos	
0-20	0	0%
21-40	0	0%
41-60	1	25%
61-80	1	25%
81-99	1	25%
100	1	25%
<b>Total de ASM</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>

Fuente: elaboración propia con datos del Sistema de Seguimiento a los Aspectos Susceptibles de Mejora 2012.

### Buenas prácticas en materia de monitoreo y evaluación

El CONEVAL emitió la primera convocatoria del reconocimiento "Buenas prácticas en materia de monitoreo y evaluación" orientada a promover la utilización de los resultados de las evaluaciones y acciones de monitoreo en el quehacer de la Administración Pública

Federal en 2009. En dicho año, la Secretaría de Salud obtuvo un reconocimiento en materia de planeación del proceso de evaluación por la coordinación institucional para el proceso de las evaluaciones externas, la cual apoya el proceso de evaluación externa en sus etapas clave (diseño, planeación, ejecución y análisis de resultados) mediante la participación de un grupo colegiado integrado por académicos, consultores externos, la unidad responsable de la ejecución del programa y las unidades de evaluación, información y programación y presupuesto.

En 2010 el Programa Caravanas de la Salud recibió una mención honorífica en materia de monitoreo por la construcción, sistematización e implementación de un sistema de información para llevar correctamente el control de sus acciones e identificar a los destinatarios de dichas intervenciones.

## 5. BUENAS PRÁCTICAS NACIONALES E INTERNACIONALES

La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE, 2012) reconoce que México cuenta con iniciativas innovadoras para mejorar la cobertura de salud. Sin embargo, también ha emitido recomendaciones en el sentido de mejorar la calidad de los servicios que se ofrecen y aumentar la inversión en salud focalizada hacia la población más pobre.

Al respecto, Das y Gertler (2007) realizaron un análisis sobre la calidad de la práctica médica en cinco países (Indonesia, Tanzania, India, Paraguay y México) con el fin de identificar variaciones en la calidad del servicio entre países o al interior de ellos, así como analizar diferentes medidas de este aspecto. Los autores encuentran que, en general, existe un pobre desempeño de los proveedores de servicios de salud en los países analizados, por lo que proponen el desarrollo de políticas enfocadas en mejorar el acceso a servicios de calidad, empoderar a los pacientes para que realicen mejores elecciones de servicios de salud con base en información sobre ellos y disminuir la discriminación. Del estudio destacan los diseños de políticas que permiten igualar las competencias de los doctores del sector público en áreas pobres y ricas en países como Indonesia y Paraguay.

Asimismo, países como Colombia y Chile han instrumentado políticas encaminadas a fomentar la mejora en la calidad de los servicios de salud. En el caso de Colombia, una buena práctica en salud ha sido las cartillas sobre "Salud de la Población Indígena", dirigidas a los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, responsables de la atención en salud a los pueblos indígenas. Estas cartillas tienen como principal fin sensibilizar e invitar al desarrollo de acciones sanitarias que respeten la diversidad cultural de cada comunidad. Chile, por su parte, estableció el Observatorio de Buenas Prácticas para la Calidad en Salud con el fin de expandir el conocimiento y compartir experiencias relacionadas con la gestión de la calidad en salud y apoyar a los



prestadores institucionales en la implementación de programas de mejora continua y seguridad asistencial.<sup>35</sup>

Finalmente, en relación con la protección universal en salud, Kutzin (2012) señala que las reformas dirigidas a lograr la cobertura universal en salud, requieren mecanismos de financiamiento que incluyan ingresos generales provenientes de contribuciones hacendarias y subsidios que permitan el acceso equitativo, más que depender de contribuciones voluntarias. En este sentido, países como Ruanda, Kirguistán y Moldavia, cuyos sistemas de seguros han considerado formas de financiamiento de este tipo, son ejemplos del uso de recursos escasos en forma complementaria. Es necesario desarrollar las habilidades y sistemas necesarios que permitan el gasto de recursos con base en estrategias para asegurar la sostenibilidad, eficiencia y rendición de cuentas del sistema de cobertura universal.

---

<sup>35</sup> Al respecto véase <http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/w3-channel.html>

**BIBLIOGRAFÍA**

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2009). *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México*. México: CONEVAL.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2013). *Evaluación Estratégica de Protección Social en México*. México: CONEVAL.

Das J., y P. Gertler. (2007). "Variations in practice quality in five low income countries: A conceptual Overview". En *Health Aff (Millwood)* 26: 296-309.

González-Block M, López C. et al. (2011). *Evaluación y estrategias de portabilidad y convergencia hacia la integración del Sistema Nacional de Salud. Resumen Ejecutivo*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

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. Documento consultado el 30 de octubre de 2012 en [http://dgces.salud.gob.mx/ocasep/doctos/doc\\_07.pdf](http://dgces.salud.gob.mx/ocasep/doctos/doc_07.pdf).

Kutzin, Joseph. (2012). "Universal health coverage: does anything go?" En *Bulletin of the World Health Organization*. Article ID: BLT.12.113654. OMS

Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos. (2012). *México. Mejores políticas para un desarrollo incluyente*. Serie Mejores Políticas. OCDE.

Pérez Cuevas, R. y cols. (2012b). "Evaluating quality of care for patients with type 2 Diabetes using electronic health record informatics in Mexico". En *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 12:50.

Secretaría de Salud. (2010). *Rendición de Cuentas en Salud*. México: Secretaría de Salud. Documento consultado el 24 de mayo de 2013 en <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/rcs/RCS2010.pdf>.

Secretaría de Salud. (2012). *Evaluación de Consistencia y Resultados del Seguro Médico para una Nueva Generación*. México: Secretaría de Salud.

## ANEXO I. CUADRO COMPARATIVO DE LOS PROGRAMAS DE LA SECRETARÍA DE SALUD

Nombre del programa	Derecho social directo asociado	Grupo de atención	Bienes o servicios otorgados	Tipo de apoyo otorgado	Cobertura	Tipo de localidades	Zona geográfica donde se concentran los apoyos
Programa IMSS – Oportunidades	Salud	Indígenas	Atención y/o prevención de enfermedades	Servicios de salud	Prenatal y/o Lactante, Niños, Niñas, Jóvenes, Personas Adultas, Personas Adultas Mayores	Ambos	Entidad Federativa, Localidad, Municipio Baja California, Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Durango, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán, Zacatecas
Programa Comunidades Saludables	Salud	Dependencias, Estados y Municipios	Capacitación	Asesoría jurídica o técnica, Campañas o promoción, Capacitación, Financiamiento de proyectos y servicios		Rural	Entidad Federativa, Municipio Chiapas, Chihuahua, Colima, Distrito Federal, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Zacatecas

Nombre del programa	Derecho social directo asociado	Grupo de atención	Bienes o servicios otorgados	Tipo de apoyo otorgado	Cobertura	Tipo de localidades	Zona geográfica donde se concentran los apoyos
Programas de Atención a Personas con Discapacidad	Salud	Personas	Derechos humanos	Campañas o promoción, Capacitación, Servicios de Salud	Prenatal y/o Lactante, Niños, Niñas, Jóvenes, Personas Adultas, Personas Adultas Mayores	Ambos	CADER, Entidad Federativa Todas
Programas para la Protección y Desarrollo Integral de la Infancia	Salud	Personas	Superación de la pobreza	Beca, Campañas o promoción, Libros y/o material didáctico, Servicios de Salud		Ambos	CADER, Entidad Federativa, Municipio Todas
Programas de Atención a Familias y Población Vulnerable	Seguridad Social	Organizaciones de la sociedad civil	Superación de la pobreza	Albergue, Alimentos, Beca, Servicios de salud	Prenatal y/o Lactante, Niños, Niñas, Jóvenes, Personas Adultas, Personas Adultas Mayores	Ambos	Entidad Federativa Todas
Caravanas de la Salud	Salud	Personas	Servicios de salud o cobertura de servicios	Campañas o promoción, Capacitación, Libros y/o material didáctico, Servicios de Salud	Prenatal y/o Lactante, Niños, Niñas, Jóvenes, Personas Adultas, Personas Adultas Mayores	Rural	Entidad Federativa, Localidad, Municipio Todas
Seguro Médico para una Nueva Generación	Bienestar Económico	Personas	Atención y/o prevención de enfermedades	Campañas o promoción, Servicios de salud	Prenatal y/o Lactante, Niños, Niñas,	Ambos	CADER, Entidad Federativa, Municipio Todas

Nombre del programa	Derecho social directo asociado	Grupo de atención	Bienes o servicios otorgados	Tipo de apoyo otorgado	Cobertura	Tipo de localidades	Zona geográfica donde se concentran los apoyos
Seguro Popular	Salud	Instituciones de Salud	Servicios de salud o cobertura de servicios	Financiamiento de proyectos y servicios	Prenatal y/o Lactante, Niños, Niñas, Jóvenes, Personas Adultas, Personas Adultas Mayores	Ambos	CADER, Entidad Federativa, Localidad, Municipio  Todas