

# Sistema de Protección Social en Salud



**DOS**

Evaluación Financiera





Sistema de  
Protección Social  
en Salud



Evaluación Financiera

• 2006 •



**Sistema de Protección Social en Salud**  
**Evaluación Financiera**

Primera Edición / octubre de 2006  
ISBN 970-721-382-5

D.R. ©  
Secretaría de Salud  
Lleja 7, Colonia Juárez  
México 06696, D.F., México

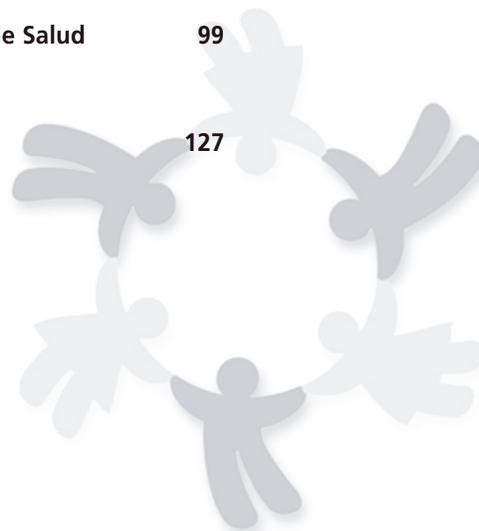
Impreso y hecho en México  
*Printed and made in Mexico*

**Autorías:**

Este documento fue elaborado por María Lilia Bravo y Karina Rincón. El capítulo I se realizó en colaboración con Maite Guijarro, John Scott y Víctor Carreón del CIDE. La coordinación de la evaluación del Seguro Popular de Salud estuvo a cargo de la Dirección General de Evaluación del Desempeño, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Secretaría de Salud.

# Contenido

<b>Presentación</b>	<b>7</b>
<b>I. Evaluación de los desequilibrios financieros</b>	<b>9</b>
<b>II. Evaluación de los flujos financieros del Sistema de Protección Social en Salud</b>	<b>45</b>
<b>III. Evaluación del Padrón Nacional de Beneficiarios del Seguro Popular de Salud</b>	<b>99</b>
<b>Anexos</b>	<b>127</b>







## Presentación

**E**n diversos documentos publicados por la Secretaría de Salud (SS) se señala que la segmentación del sistema mexicano de salud, y las transiciones epidemiológica y demográfica por la que atraviesa el país dieron lugar a cinco grandes desequilibrios financieros: i) de nivel, ii) de origen, iii) de distribución, iv) de esfuerzo estatal y v) de destino de los recursos. Según estos documentos, estos desequilibrios demandaban una reforma estructural, que aprobó el Congreso en la primavera de 2003 y entró en vigor en enero de 2004, dando lugar al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), cuyo brazo operativo es el Seguro Popular de Salud (SPS). El SPS garantiza el acceso a más de 200 intervenciones, con sus respectivos medicamentos, que cubren más del 90% de las causas de atención ambulatoria y hospitalaria de las instituciones públicas del país.

El SPSS le dio homogeneidad financiera al sistema mexicano de salud, que ahora está basado en tres seguros públicos de salud:

- el Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS, que protege a los asalariados del sector privado de la economía formal y a sus familiares;
- el Seguro Médico del ISSSTE, que protege a los asalariados del sector público de la economía formal y a sus familiares, y
- el SPS, que protege a las personas que se encuentran fuera del mercado laboral y a los trabajadores no asalariados, y a sus familiares.

Los tres seguros cuentan con una estructura financiera tripartita similar a la del IMSS, que se financia con aportaciones del gobierno federal, los patrones y los trabajadores. En el caso del ISSSTE, el cambio principal consiste en distinguir entre las obligaciones del gobierno federal como empleador y lo que debe ser una aportación uniforme del Estado nacional al aseguramiento de cada ciudadano (cuota social). El SPS también se financia de manera parecida: primero, una aportación del Estado nacional idéntica a la del IMSS y el ISSSTE (cuota social); segundo, una aportación solidaria que, en lugar de la cuota patronal, es cubierta por los gobiernos estatales y federal; tercero, una aportación familiar análoga a la cuota obrera de la seguridad social, la cual es proporcional a la capacidad de pago y puede ser de cero en el caso de las familias muy pobres.

Es importante aclarar el papel de la aportación del Estado nacional, establecida inicialmente en la reforma a la Ley del Seguro Social de 1997. Por cada persona afiliada al IMSS, el Estado aporta el valor actualizado de 13.9% de un salario mínimo general anual del Distrito Federal que se ajusta periódicamente según la inflación. En el momento actual esta cuota equivale aproximadamente a 2,400 pesos por cotizante por año. Esta aportación había estado limitada a los trabajadores del sector privado formal de la economía, lo que había produ-



cido que los asegurados del IMSS recibieran casi dos veces más recursos públicos que la población no asegurada.

A la cuota social, como ya se señaló, se suman las aportaciones solidarias estatal y federal, y la aportación familiar. La aportación solidaria estatal mínima equivale a la mitad de la cuota social (alrededor de 1200 pesos). La aportación solidaria federal equivale a 1.5 veces la cuota social (alrededor de 3600 pesos). Finalmente, la aportación familiar es proporcional a la condición económica de los hogares afiliados, siendo de cero para las familias de los deciles I y II.

A partir de enero de 2004 comenzó a integrarse a este esquema de protección social en salud 14.3 % de la población no asegurada (aunque en 2002 y 2003 se habían incorporado alrededor de 750 mil familias al programa piloto). En los próximos años se espera integrar anualmente el mismo porcentaje, de tal manera que en 2010 todos los mexicanos hoy no asegurados tendrán la oportunidad de contar con un seguro público de salud que garantice el acceso a servicios integrales de salud. Este modelo de financiamiento implica un cambio radical en los incentivos para los gobiernos estatales y los prestadores. El financiamiento para los estados está determinado por el número de familias afiliadas al SPS y por lo tanto está orientado por la demanda.

De acuerdo con la SS, la reforma de 2003 permitirá:

- eliminar gradualmente los desequilibrios que obligaron a su implantación;
- proteger a las familias mexicanas hoy no aseguradas contra los riesgos financieros asociados a la atención de sus necesidades de salud, y
- garantizar el acceso a servicios integrales de salud a estas mismas familias.

Los objetivos de la Evaluación Financiera del SPS son tres:

1. analizar la medida en que se están resolviendo los cinco desequilibrios financieros que dieron origen a la reforma;
2. analizar en qué medida los recursos del SPS están llegando de la federación a los estados en los montos, tiempos y condiciones acordadas, y la manera en que los estados los están ejerciendo, y
3. analizar la eficiencia y transparencia con la que se está manejando el padrón de afiliados al SPS, que es una pieza clave en la transferencia de recursos de la federación a los estados.

En el primero de los tres capítulos de este documento se presentan los resultados de la "Evaluación de los desequilibrios financieros". En el segundo capítulo se discuten los resultados de lo que hemos llamado "Evaluación de los flujos financieros". Finalmente, en el capítulo tres se presentan los resultados de la "Evaluación del Padrón de Beneficiarios del SPS".





# Capítulo 1



## Evaluación de los Desequilibrios Financieros



## Mensajes Centrales

1. El gasto en salud en México se ha incrementado de manera consistente en los últimos años y muy posiblemente alcance el 7.0% del PIB en 2010.
2. El gasto público en salud está creciendo a un ritmo mayor que el gasto privado, gracias sobretodo a los recursos del Seguro Popular de Salud (SPS). Si se cumplen las metas de afiliación al SPS del 2010 y se mantienen sin cambios las tendencias del gasto de la seguridad social y del gasto privado, el gasto público en salud en 2010 representará 50% del gasto total en salud.
3. El gasto de bolsillo muestra una tasa de crecimiento menor a la observada en los primeros años de la década. De concretarse las estimaciones presentadas en este estudio, este gasto habrá pasado de concentrar 51% del gasto total en salud en el momento actual a concentrar 46% en 2010.
4. Gracias a la reforma que dio origen al SPSS, los recursos de la Secretaría de Salud pasarán de representar 32% de los recursos públicos totales para la salud a representar cerca del 45% en el 2010.
5. La brecha en el gasto per cápita entre la población asegurada y no asegurada se está cerrando. La relación entre estos dos tipos de gasto en 2000 era de 2.5 a 1, pasó a 2.0 a 1 en 2005 y se estima que disminuirá a 1.5 a 1 en 2010.
6. La brecha en el gasto per cápita en población no asegurada entre entidades federativas también está disminuyendo. Las diferencias en la distribución de este gasto se redujo 20% entre 2000 y 2004.
7. Las brechas en la contribución estatal entre entidades federativas se redujeron 14% entre 2000 y 2004.
8. El gasto en inversión en la Secretaría de Salud se está incrementando: de representar cerca del 4% del presupuesto total de esta institución en 2000 pasó a representar alrededor del 9% en 2006.





**E**l sistema mexicano de salud ha pasado por tres generaciones de reformas. La primera generación dio origen a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaría de Salud, SS), al Instituto Mexicano de Seguridad Social y al primero de los Institutos Nacionales de Salud, el Hospital Infantil de México. Desde sus orígenes, el sistema mexicano de salud estuvo marcado por la escisión entre la población afiliada a alguna de las instituciones de seguridad social, que tenía derechos claros y beneficios amplios, y la población no asegurada, cuyos derechos eran vagos y sus beneficios restringidos. A mediados de la década de los sesenta, el modelo creado por esa reforma de orientación hospitalaria, empezó a alcanzar sus límites. El costo de la atención se incrementó como resultado de la ampliación de la demanda y se hizo evidente la falta de acceso a la atención de la salud de una parte importante de la población. La segunda generación de reformas fue diseñada precisamente para ampliar la cobertura con base en el recién diseñado modelo de atención primaria a la salud. En la década de los noventa surge una tercera generación de reformas que busca reorganizar el sistema de salud con base en la separación de las tres funciones básicas de todo sistema de salud: prestación, financiamiento y rectoría. La creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) forma parte de esta tercera generación, que entre otras cosas busca ampliar la protección social en salud a toda la población.

## I. Antecedentes





La “Evaluación de los desequilibrios financieros” es un estudio descriptivo de nivel nacional con información de 2000 a 2006 y, en algunos casos proyecciones al 2010.

Este estudio documenta la evolución de los cinco desequilibrios que justificaron la reforma a la Ley General de Salud aprobada por el Congreso en 2003. En él se describe el incremento reciente del gasto en salud, y la evolución del gasto público y privado entre 1999 y 2005. También se analiza la distribución de los recursos federales entre instituciones y entidades federativas entre 2000 al 2006. Asimismo, mide el esfuerzo estatal en el financiamiento de la atención a la salud. Por último, documenta el destino de los recursos de la SS en los años de esta administración.

Con fines comparativos se generaron cifras con pesos reales utilizando como año base 2004. Como deflactor para las cifras de gasto se utilizó el Índice de Precios al Consumidor que publica el Banco de México. Como deflactor del PIB se utilizó el Deflactor Implícito del PIB que genera el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

Se hicieron proyecciones al 2010 para los desequilibrios de nivel y de origen usando un modelo basado en la afiliación de familias al SPS y proyectando separadamente el gasto público del privado. Para mayor detalle véase el Anexo A.

Las fuentes de información para el análisis de la evolución de los desequilibrios financieros incluyen: el Sistema de Cuentas en Salud a nivel Federal y Estatal (SICUENTAS) y el Boletín de Información Estadística de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) y la información de la Dirección de Financiamiento de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud sobre los montos de recursos relacionados con el SPS y el número de familias afiliadas. Se consultaron asimismo los Informes de Gobierno 4º y 5º de esta administración así como la información presupuestal de SEDESOL, INEGI y SEP, además del Presupuesto de Egresos de la Federación 2005. Se usaron datos de las Encuestas Nacionales de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) 2000, 2002 y 2004, que realizó el INEGI, así como las proyecciones de población de CONAPO, específicamente del número de hogares al 2010. Se utilizaron también las series del PIB proyectadas por BANCOMER.

## II.

## Material y métodos





**CUADRO I.**  
Metodología para el análisis de la evaluación de los desequilibrios financieros del sistema mexicano de salud

DESEQUILIBRIOS	INTERROGANTE	INFORMACIÓN		
		NECESARIA <sup>1</sup>	PERIODO DE ANÁLISIS	INDICADORES
<b>De nivel</b>	¿Se ha incrementado el GS con la implementación del SPS?	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Gasto en salud</li> <li>● PIB</li> <li>● Población</li> </ul>	2000-2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Gasto en salud como porcentaje del PIB</li> <li>● Gasto <i>per cápita</i> en salud</li> </ul>
<b>De origen de fondos</b>	¿Cómo ha cambiado el gasto de bolsillo la mezcla público-privado en el gasto en salud?	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Gasto público en salud</li> <li>● Gasto privado en salud</li> <li>● Gasto de bolsillo</li> </ul>	2000-2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Gasto público y privado como porcentaje del gasto total en salud</li> <li>● Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total</li> <li>● Distribución del gasto público en salud</li> </ul>
<b>De distribución</b>	¿ Ha mejorado la equidad financiera entre instituciones? ¿entre entidades federativas?	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Gasto de instituciones de seguridad social</li> <li>● Gasto en salud por estado (presupuestos ejercidos y asignados)</li> <li>● Población asegurada</li> <li>● Población no asegurada y afiliados al SPS</li> </ul>	2000-2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Gasto federal <i>per cápita</i> por entidad federativa 2000 y 2004</li> <li>● Relación entre el gasto en salud <i>per cápita</i> por población asegurada y SPS más no asegurada</li> </ul>
<b>De esfuerzo estatal</b>	¿Se han incrementado las aportaciones estatales al gasto público en salud?	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Gasto estatal en salud</li> <li>● Población no asegurada por entidad</li> </ul>	2000-2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Gasto estatal en salud <i>per cápita</i></li> </ul>
<b>De destino de los recursos</b>	¿En qué rubros de gasto se han concentrado los recursos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Gasto nacional y estatal por grandes capítulos</li> </ul>	2000-2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Porcentaje de recursos destinados a la inversión</li> </ul>

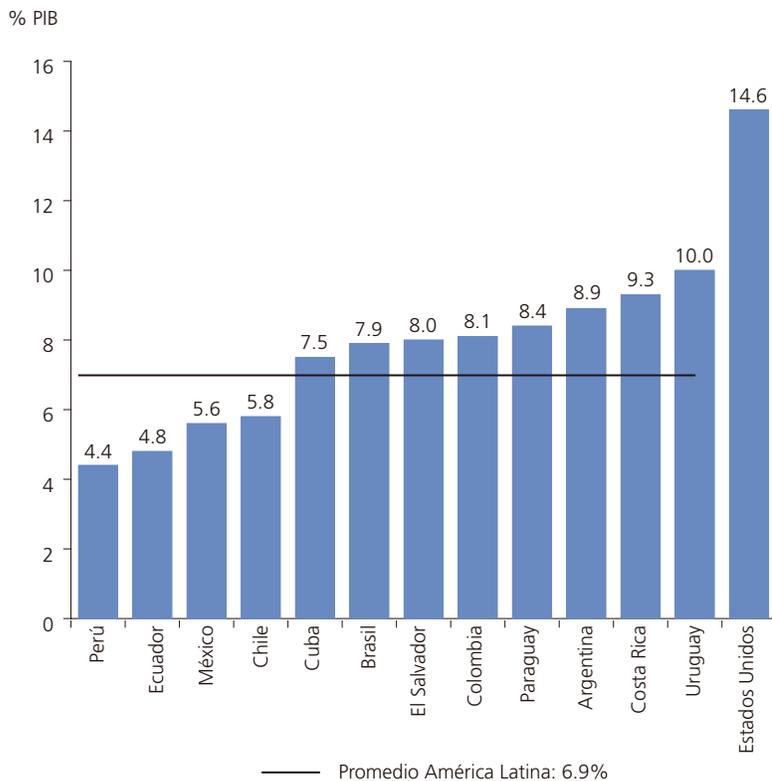
En los documentos que dieron sustento a la creación del SPSS se señala que la segmentación del sistema mexicano de salud, y las transiciones epidemiológica y demográfica por la que atraviesa el país dieron lugar a cinco grandes desequilibrios financieros: i) de nivel; ii) de origen; iii) de distribución; iv) de esfuerzo estatal, y v) de destino de los recursos. Según estos documentos, estos desequilibrios demandaban una reforma estructural.

### III. Diagnóstico



#### ● DESEQUILIBRIO DE NIVEL

En el año 2000 la inversión en salud en México era insuficiente para atender los retos que planteaban las transiciones demográfica y epidemiológica, que suponen un creciente predominio de las enfermedades no transmisibles y las lesiones, que son más difíciles de tratar y más costosas que las enfermedades infecciosas, y los padecimientos relacionados con la reproducción y la mala nutrición. La proporción de la riqueza total anual que México destinaba a la salud en el año 2000 era de 5.6% del PIB,\* cifra menor a la de varios de los países latinoamericanos de ingresos medios e incluso menor que el promedio latinoamericano (6.9%) (figura 1).



**FIGURA 1.** Gasto total en salud como porcentaje del PIB en el año 2000 en países seleccionados de América

Fuente: OMS y Secretaría de Salud de México

\* Este dato se presenta en términos corrientes y proviene del SICUENTAS. En el resto de este informe esta cifra se presenta en términos constantes a precios de 2004.



## ● DESEQUILIBRIO DE ORIGEN

El desequilibrio de origen de los fondos está relacionado con el peso relativo del gasto público en el gasto total en salud. Con excepción de Estados Unidos, todos los países desarrollados financian su salud con recursos predominantemente públicos. En México, en contraste, más de la mitad de los recursos totales para la salud (53%) en el año 2000 eran privados y, además, provenían en su gran mayoría del bolsillo de las familias (51%). En Colombia y Costa Rica el gasto de bolsillo ascendió en ese año a 12 y 34% del gasto total en salud, respectivamente. Este tipo de gasto es injusto porque rompe con la solidaridad financiera y con un principio básico de justicia en salud que señala que los individuos deben aportar de acuerdo con su capacidad de pago y recibir servicios en función de sus necesidades de salud. El gasto de bolsillo invierte esta regla al obligar a los individuos a aportar según sus necesidades (el más enfermo paga más) y recibir servicios según su capacidad de pago. El gasto de bolsillo, además, expone a las familias a pagos excesivos que son imposibles de anticipar por la incertidumbre implícita en los fenómenos de enfermedad y en los accidentes. En 2001 alrededor de tres millones de hogares mexicanos incurrieron en gastos catastróficos y empobrecedores por motivos de salud.\*

## ● DESEQUILIBRIO DE DISTRIBUCIÓN

La segmentación del sistema mexicano de salud ha favorecido la concentración de los recursos para la salud en las instituciones de seguridad social, que atienden a una población de mayores ingresos, más organizada y más vocal. A pesar de que la población no asegurada concentraba en el año 2000 al 55% de la población total, recibía 29% de los recursos federales. Esto se traduce en un gasto público federal per cápita tres veces mayor en la población que contaba con seguridad social que en la llamada población abierta. A esto se suma la inequitativa distribución de los recursos federales entre entidades federativas. En el año 2000, la relación entre el gasto público per cápita en población no asegurada entre el estado que mayores recursos federales recibía (BCS) y el que menos recursos recibía (Puebla) era de 5.4 (cuadro II).

## ● DESEQUILIBRIO DE ESFUERZO ESTATAL

La descentralización de los servicios de salud, que se llevó a cabo a lo largo de las últimas dos décadas, aunque trajo beneficios indiscutibles, no se acompañó de reglas financieras claras que estipularan la corresponsabilidad de los distintos niveles de gobierno. Esta indefinición se refleja en las abismales diferencias que se registran entre los estados en materia de contribución estatal al financiamiento de la salud. En 2000, la diferencia entre el estado que más aportaba al financiamiento de la atención salud (Tabasco) y el que menos aportaba (Guerrero) era de 89 veces (figura 2).

---

\* En este documento los *gastos catastróficos* se definen como aquellos gastos en salud superiores al 30% de la capacidad de pago de un hogar. La capacidad de pago, a su vez, se define como el ingreso familiar disponible una vez descontado el gasto dedicado a la alimentación. Los *gastos empobrecedores* se definen como aquellos gastos que, independientemente de su monto, empujan a los hogares no pobres por debajo de la línea de pobreza.



ENTIDAD FEDERATIVA	POBLACIÓN NO ASEGURADA	GASTO FEDERAL EN SALUD (MILES DE PESOS DE 2004)	
			PER CÁPITA
Aguascalientes	385 095	417 494	1 084
Baja California	969 157	656 055	677
Baja California Sur	162 594	313 452	1 928
Campeche	382 950	488 009	1 274
Coahuila	610 804	666 097	1 091
Colima	260 201	423 529	1 628
Chiapas	3 284 180	2 036 677	620
Chihuahua	1 136 677	961 677	846
Distrito Federal	3 749 504	1 804 297	481
Durango	693 823	851 214	1 227
Guanajuato	2 981 951	1 063 188	357
Guerrero	2 399 589	1 518 369	633
Hidalgo	1 541 253	1 071 951	696
Jalisco	3 250 698	1 795 327	552
México	7 111 694	3 286 857	462
Michoacán	2 920 444	1 333 073	456
Morelos	986 436	507 897	515
Nayarit	557 207	500 121	898
Nuevo León	1 121 745	828 712	739
Oaxaca	2 693 469	1 681 583	624
Puebla	3 704 549	1 303 355	352
Querétaro	714 669	517 867	725
Quintana Roo	428 854	449 479	1 048
San Luis Potosí	1 363 193	830 170	609
Sinaloa	1 144 301	833 134	728
Sonora	843 413	789 847	936
Tabasco	1 285 665	727 567	566
Tamaulipas	1 221 607	1 118 174	915
Tlaxcala	636 891	378 629	594
Veracruz	4 678 512	1 913 574	409
Yucatán	836 232	773 943	926
Zacatecas	907 193	611 335	674

**CUADRO II.**

Distribución del gasto federal en población no asegurada por entidad federativa, México 2000

Fuentes: SICUENTAS, CONAPO e INEGI

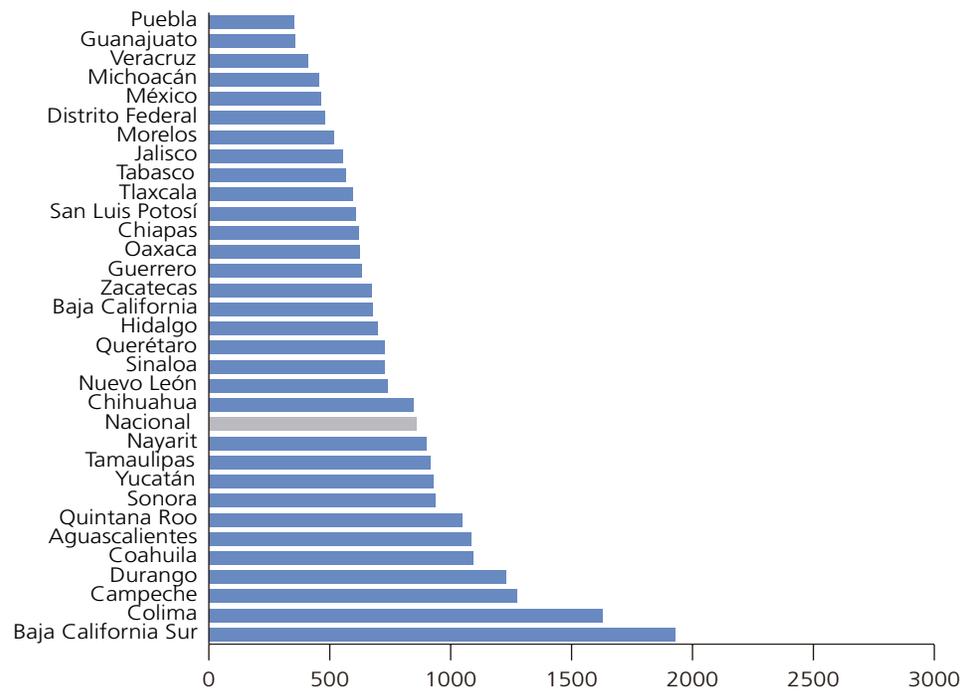


## ● DESEQUILIBRIO DE DESTINO

El último de los desequilibrios se refiere al destino de los recursos. El sector salud dedicaba cada vez más recursos al pago de la nómina y cada vez menos recursos al gasto de inversión, hecho que ha influido negativamente en la ampliación de la infraestructura y en el equipamiento de las unidades de salud del sector público. En el año 2000, la SS destinaba 76% de su presupuesto a “servicios personales”, 20% a “gastos de operación” y sólo 4% a “inversión” (figura 3).

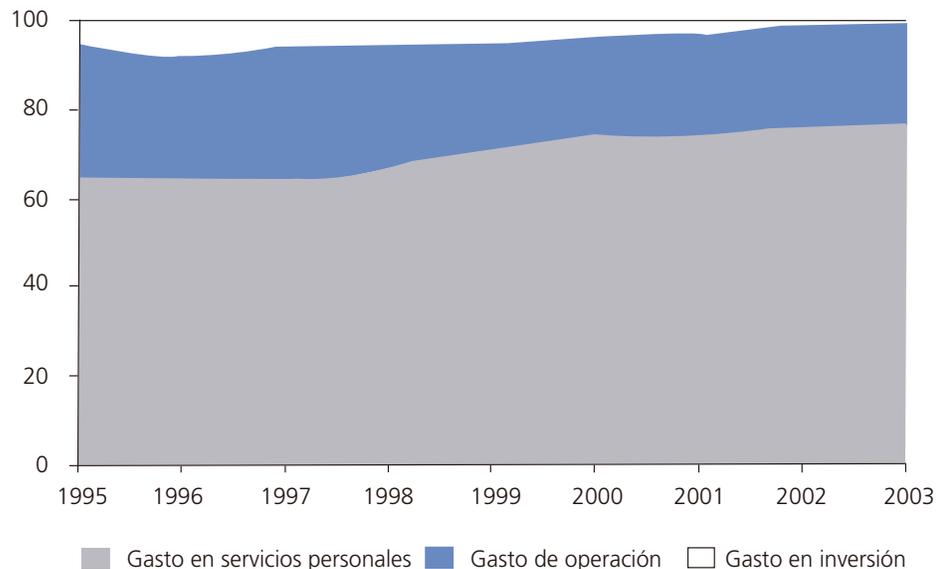
**FIGURA 2.**  
Gasto estatal per cápita en salud por entidad federativa, México 2000

Fuente: SICUENTAS



**FIGURA 3.**  
Destino del gasto de la Secretaría de Salud, México 2000

Fuente: Secretaría de Salud de México



Para enfrentar los desequilibrios descritos en la sección anterior, la SS propuso y el Congreso aprobó la creación del SPSS, cuyo brazo operativo es el SPS. Este sistema le dio cierta homogeneidad financiera al sistema mexicano de salud, que ahora está basado en tres seguros públicos de salud:

- el Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS, que protege a los asalariados del sector privado de la economía formal y a sus familiares;
- el Seguro Médico del ISSSTE, que protege a los asalariados del sector público de la economía formal y a sus familiares, y
- el SPS, que protege a las personas que se encuentran fuera del mercado laboral y a los trabajadores no asalariados, incluyendo a sus familiares.

Como puede observarse en la figura 4, los tres seguros cuentan con una estructura financiera tripartita similar a la del IMSS. En el caso del ISSSTE, el cambio principal consiste en distinguir entre las obligaciones del gobierno federal como empleador y lo que debe ser una aportación uniforme del Estado nacional al aseguramiento de cada ciudadano (cuota social). El SPS también se financia de manera parecida: primero, una aportación del Estado nacional idéntica a la del IMSS y el ISSSTE; segundo, una aportación solidaria que, en lugar de la cuota patronal, es cubierta por los gobiernos estatales y federal; tercero, una aportación familiar análoga a la cuota obrera de la seguridad social, la cual es proporcional a la capacidad de pago y puede ser de cero en el caso de las familias muy pobres.

Es importante resaltar el papel que juega la aportación del Estado nacional, establecida inicialmente en la reforma a la Ley del Seguro Social de 1997. Por cada persona afiliada al IMSS, el Estado aporta el valor actualizado de 13.9% de un salario mínimo general anual del Distrito Federal que se ajusta periódicamente según la inflación. En el momento actual esta cuota equivale aproximadamente a 2,400 pesos por cotizante por año. Esta aportación había estado limitada a los trabajadores del sector privado formal de la economía, lo que había producido que los asegurados del IMSS recibieran casi dos veces más recursos públicos que la población no asegurada, hecho incompatible con un sistema en donde todos los ciudadanos gozan de los mismos derechos. Con la reforma a la Ley General de Salud, esta cuota social beneficiará también a los afiliados al SPS.

A la cuota social, como ya se señaló, se suman las aportaciones solidarias estatal y federal, y la aportación familiar. La aportación solidaria estatal mínima equivale a la mitad de la cuota social (alrededor de 1200 pesos). La aportación solidaria federal equivale a 1.5 veces la cuota social (alrededor de 3600

## IV. Creación del Sistema de Protección Social en Salud



SEGUROS PÚBLICOS	APORTADORES		
<b>Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS</b>	Obrero	Patrón	Estado nacional (cuota social)
<b>Seguro Médico del ISSSTE</b>	Empleado	Gobierno Federal	Estado nacional (cuota social)
<b>Seguro Popular de Salud</b>	Familia	Gobierno Estatal Gobierno Federal	Estado nacional (cuota social)

**FIGURA 4.** Nueva arquitectura financiera del sector salud mexicano



pesos).\* Estos últimos recursos proceden del actual Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA, Ramo 33), que ya financia la mayor parte de las actividades de salud de las entidades federativas. Finalmente, la aportación familiar es proporcional a la condición económica de los hogares afiliados, siendo de cero para las familias de los deciles I y II.

A partir de enero de 2004 comenzó a integrarse a este esquema de protección social en salud 14.3 % de la población no asegurada (aunque en 2002 y 2003 se habían incorporado alrededor de 750 mil familias al programa piloto). En los próximos años se espera integrar anualmente el mismo porcentaje, de tal manera que en 2010 todos los mexicanos tendrán la oportunidad de contar con un seguro de salud que garantice el acceso a servicios integrales de salud.

Para fines de financiamiento, los servicios ofrecidos por el SPS se dividen en servicios esenciales y servicios de alto costo. Los servicios esenciales son los que conforman el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES). Estos servicios se ofrecen en unidades de atención ambulatoria y hospitales generales, y se financian con recursos que se concentran en el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSP) ( figura 5). Este catálogo incluye atención ambulatoria y hospitalaria y medicamentos para medicina interna, cirugía, ginecología y obstetricia, pediatría y geriatría, así como exámenes anuales preventivos. Los servicios de alto costo se ofrecen en hospitales de especialidad y se financian a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).\*\*

El FPGC se constituye con el 8% de la suma de la cuota social, la aportación solidaria federal y la aportación solidaria estatal, así como otras fuentes de recursos (intereses devengados de la inversión de los recursos disponibles, aportaciones adicionales provenientes de donaciones o aprovechamientos fiscales).

Además del FPGC, el SPSS cuenta con un fondo, equivalente al 2% de la suma de la cuota social, la contribución solidaria federal y la contribución solidaria estatal, que se dedica a la promoción de infraestructura en las comunidades pobres, y otro fondo de reserva, igual al 1 % de esa misma suma, que cubre las fluctuaciones en la demanda y los pagos temporalmente retrasados dentro de los estados.

Lo que resta de la cuota social y de las contribuciones solidarias federal y estatal (alrededor del 90% de los recursos públicos) se asigna a los estados para financiar el paquete de servicios esenciales del SPS. A estos recursos se suman las contribuciones familiares, que, al igual que la contribución solidaria estatal, se recaban a nivel estatal.

Este modelo de financiamiento implica un cambio radical en los incentivos para los gobiernos estatales y los prestadores. El financiamiento para los estados está determinado en gran medida por el número de familias afiliadas al SPS y por lo tanto está orientado por la demanda. La naturaleza voluntaria del proceso de afiliación es una característica esencial de la reforma que además de democratizar el presupuesto constituye un incentivo para fortalecer el sistema de atención a la salud y proveer servicios de la mejor calidad posible, ya que sólo se re-afiliarán las familias satisfechas con los servicios recibidos.

Una innovación adicional del SPSS es que explícitamente separa el financiamiento de los servicios de salud a la persona de los servicios a la comunidad o servicios de salud pública (figura 5). Al crear un fondo separado para estos últimos (Fondo de Aportaciones de Servicios de Salud a la Comunidad), la reforma

---

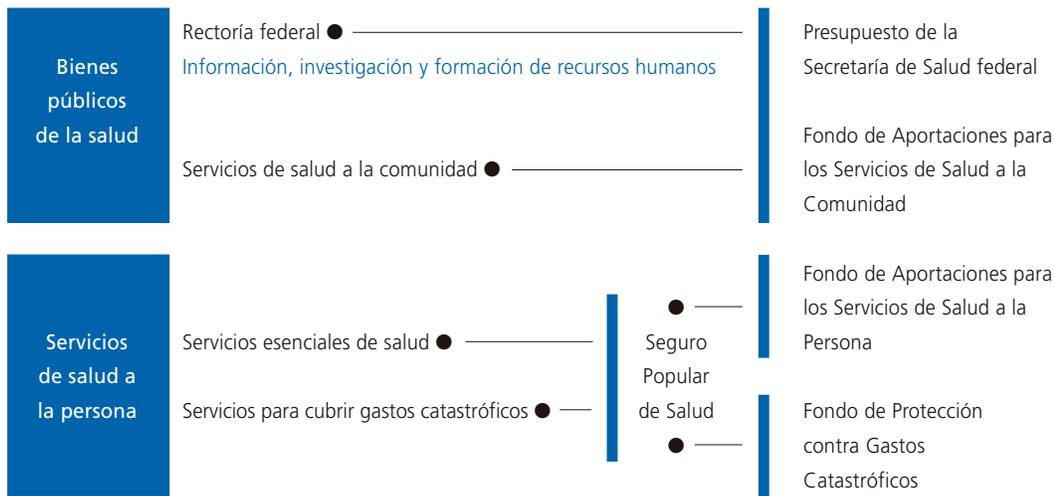
\* A nivel nacional la aportación solidaria federal cumple con el requisito de ser 1.5 veces la cuota social. Sin embargo, esta misma relación no se observa a nivel estatal, porque estos recursos se distribuyen por entidad federativa atendiendo, en lo fundamental, al número de familias afiliadas, pero también a necesidades de salud (mortalidad infantil y mortalidad en adultos), esfuerzos (contribución estatal al financiamiento de la atención a la salud) y desempeños estatales. Esta distribución tiene como objetivo beneficiar a las familias con mayores necesidades de salud, que tienden a residir en las entidades federativas con menor desarrollo económico y mayores índices de pobreza.

\*\* El FPGC cubre un paquete de servicios definidos por medio de un análisis de costo-efectividad y aceptabilidad social que será puesto al día cada año con base en los cambios del perfil epidemiológico, el desarrollo tecnológico y la disponibilidad de recursos.



asegura un adecuado financiamiento de los bienes públicos de la salud (rectoría, información, investigación, formación de recursos humanos y servicios de salud a la comunidad). Esta es una innovación importante, ya que varias reformas en otros países han descuidado las actividades de salud pública.

De acuerdo con la SS, la reforma de 2003 permitirá eliminar los desequilibrios que obligaron a su implantación. En primer lugar se espera incrementar la inversión en salud por lo menos al promedio latinoamericano. También se espera modificar la composición de las fuentes de financiamiento en salud de manera que en el mediano plazo el gasto público constituya la principal fuente de recursos. La cuota social, por su parte, busca generar una mayor equidad financiera entre instituciones, mientras que la asignación presupuestal sobre la base de las familias afiliadas pretende producir una mayor equidad geográfica, y una mayor transparencia en la asignación y uso de los recursos. Las reglas explícitas para la concurrencia de recursos federales y estatales generará, a juicio de las autoridades del sector salud, una mayor equidad en el compromiso de los gobiernos estatales con el financiamiento de la atención a la salud de las familias afiliadas al SPS. Finalmente, la asignación de recursos por familia y la vinculación del gasto de inversión con un Plan Maestro de Infraestructura a nivel nacional producirá no sólo una mayor inversión, sino también una mejor toma de decisiones en términos de ubicación y tipo de inversión que se requiere para hacer frente a las necesidades de salud de la población.



**FIGURA 5.** Correspondencia entre tipos de bienes de la salud y fondos, SPSS, México



**E**l objetivo de esta sección es documentar la medida en que el SPSS ha logrado cumplir con los objetivos de la reforma en materia financiera que se describen en el último párrafo de la sección anterior.

## V. Efectos del SPSS sobre los desequilibrios financieros

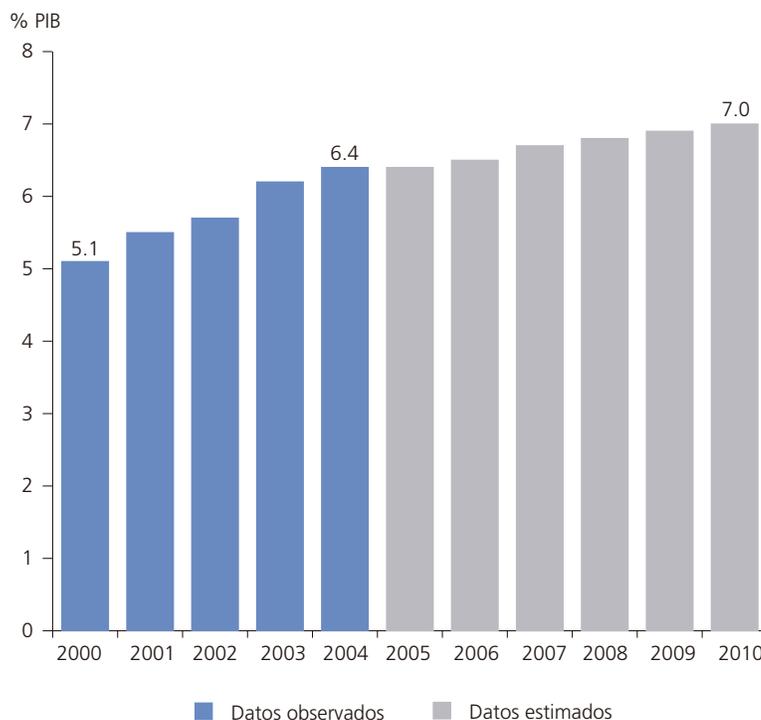
### ● DESEQUILIBRIO DE NIVEL

#### Gasto total en salud como porcentaje del PIB

Aunque el gasto total en salud en México es relativamente bajo, en los últimos años ha presentado incrementos moderados pero consistentes. Entre 2000 y 2004, como porcentaje del PIB, el gasto en salud aumentó 1.3 puntos, lo que representa un incremento de 33.9% del gasto total en salud en términos reales. Dadas las reglas de financiamiento del SPS y la tendencia del gasto privado en salud, se espera que el valor de este indicador siga incrementándose y que en 2010 llegue a representar 7.0% del PIB (figura 6).

#### Gasto total en salud per cápita

El gasto per cápita en salud en México también se ha venido incrementando de manera consistente en los últimos años, como se puede observar en la figura 7. El incremento de esta variable entre 2001 y 2006 fue de 28%.



**FIGURA 6.**  
Gasto total en salud como porcentaje del PIB, México 2000-2010

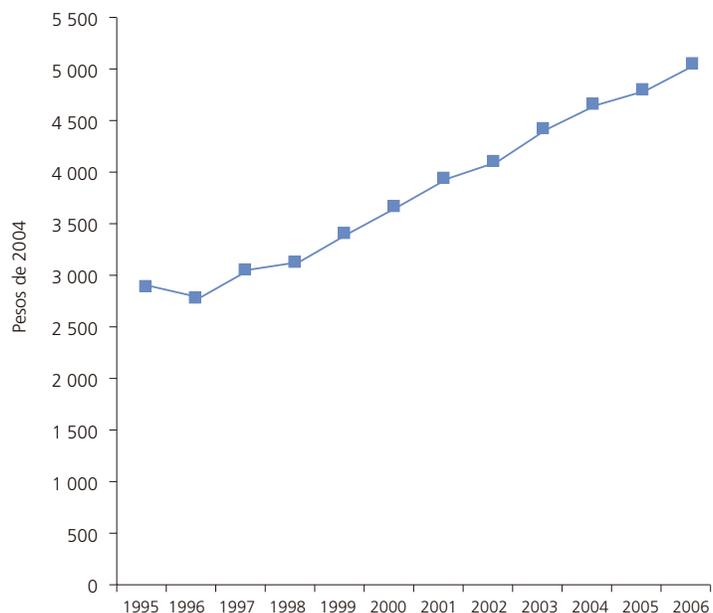
Fuente: 2000-2004  
SICUENTAS, 2005-2010  
Estimaciones propias



De acuerdo con las estimaciones de este estudio, la tendencia mostrada anteriormente se mantendrá en los próximos años, de manera que el gasto per cápita en salud se incrementará de 5,038 pesos en 2006 a 6,018 pesos en 2010 (figura 8).

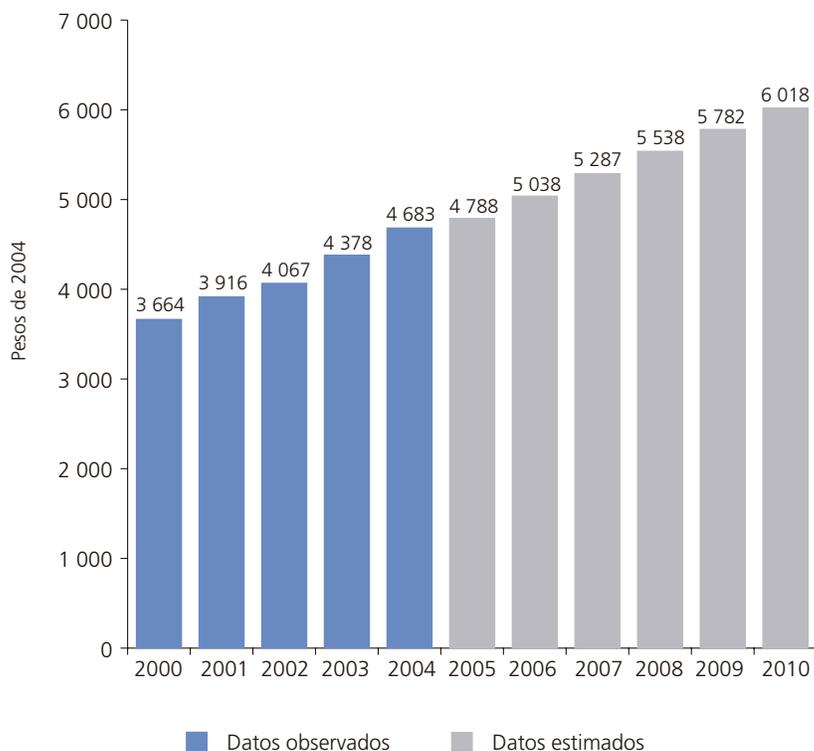
**FIGURA 7.**  
Gasto per cápita en salud,  
México 1995-2006

Fuente: SICUENTAS



**FIGURA 8.**  
Gasto per cápita en salud,  
México 2000-2010

Fuente: 2000-2004  
SICUENTAS, 2005-2010  
Estimaciones propias





## ● DESEQUILIBRIO DE ORIGEN

El SICUENTAS divide las fuentes de financiamiento del gasto en salud en dos: gasto público y gasto privado. El *gasto privado en salud* se define como la suma de todas las erogaciones directas e indirectas que realiza cada una de las familias para la atención de la salud de sus miembros. Se compone principalmente del gasto de bolsillo y el gasto realizado en seguros médicos privados. Según los datos del SICUENTAS, 95% del gasto privado en salud es gasto de bolsillo y 5% corresponde al pago de primas de seguros médicos privados.

El *gasto de bolsillo* se define como el total de desembolsos directos de los hogares, incluidas gratificaciones y pagos en especie a los profesionales de la salud y los proveedores de productos farmacéuticos, dispositivos terapéuticos y otros bienes y servicios cuya finalidad principal sea favorecer el restablecimiento o la mejora de la salud de individuos o grupos de población. En este rubro se incluyen los pagos de los hogares a servicios públicos, instituciones no lucrativas y organizaciones no gubernamentales. No están comprendidos los pagos realizados por empresas que prestan servicios médicos y paramédicos, lo exija o no la legislación a sus empleados.

Actualmente el gasto de bolsillo de toda la población del país asciende a 258 mil millones de pesos, que representan 51% del gasto en salud del país. El gasto de bolsillo tuvo un incremento de 32% en términos constantes entre 2000 y 2004, y según nuestras estimaciones crecerá entre 26 y 29% entre 2005 y 2010. Esto implicará que en este último año el gasto de bolsillo representará 46% del total del gasto en salud. De no existir el SPS, el incremento en dicho periodo sería de 33% y su participación en 2010 en el gasto total en salud de 49% (figura 9).

El gasto privado en salud –la suma del gasto de bolsillo y el pago de primas– asciende a 274 mil millones de pesos reales de 2004, que representan 54% del total del gasto en salud. El crecimiento del gasto privado entre 2001 y 2004 fue de 33% y se estima que entre 2005 y 2010 será de entre 27 y 31%, para ubicarse en éste último año entre 335 y 340 mil millones de pesos reales, que representarán 50% del gasto total en salud. En caso de no existir el SPSS el gasto privado tendría un crecimiento entre 2005 y 2010 de 34% y representaría en este último año 52% del gasto total en salud. En el cuadro IV se observa cómo disminuye la tasa de crecimiento del gasto privado en los tres escenarios que se describen en la figura 9 a partir de 2005.

PERIODO	ESCENARIO 1 (DGED)	ESCENARIO 2 (CIDE)	ESCENARIO 3 (SIN SPSS)
2000-2001	11%	11%	11%
2001-2002	7%	7%	7%
2002-2003	8%	8%	8%
2003-2004	3%	3%	3%
2004-2005e	4%	5%	5%
2005-2006e	4%	5%	5%
2006-2007e	4%	5%	5%
2007-2008e	4%	4%	5%
2008-2009e	4%	4%	5%
2009-2010e	3%	4%	4%

e = estimaciones propias

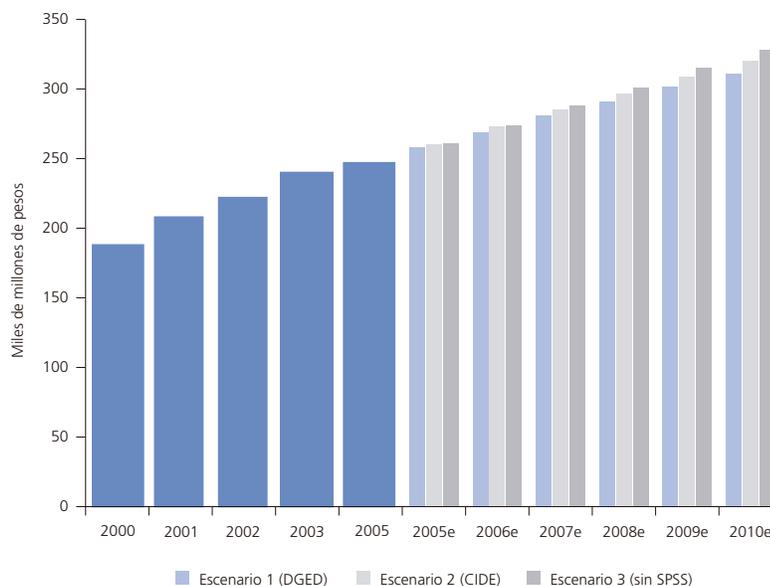
**CUADRO IV.**  
Tasa de crecimiento anual  
del gasto de bolsillo,  
México 2000-2010

Fuente: 2000-2004  
SICUENTAS, 2005-2010  
Estimaciones propias



**FIGURA 9.**  
Evolución del gasto de bolsillo en salud, México 2000-2010

Fuente: 2000-2004  
SICUENTAS, 2005-2010  
Estimaciones propias

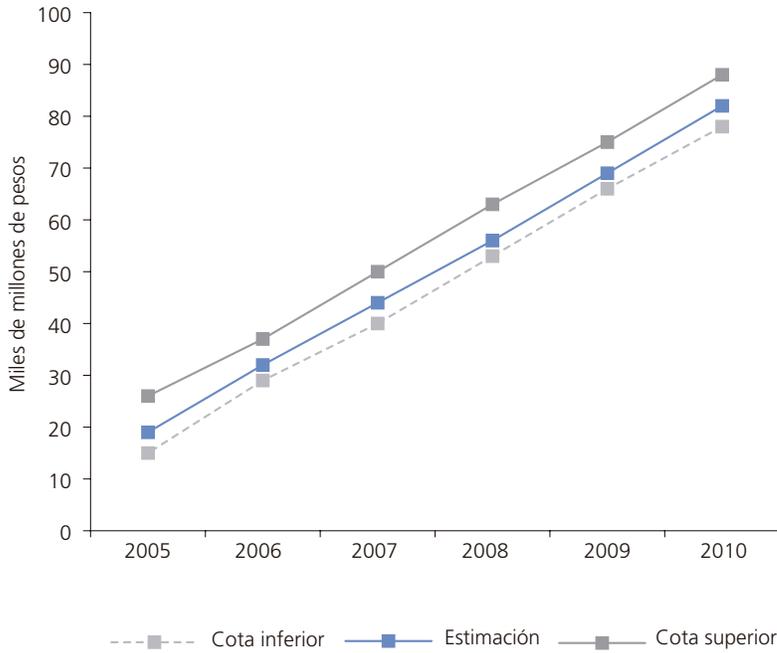


Nota: El escenario 1 supone reducciones por quintil de ingreso estimadas para este estudio a partir de la ENSANUT 2005-2005. El escenario 2 supone reducciones por quintil estimadas por el CIDE a partir de datos del Módulo de Programas Sociales de la ENIGH 2004. El escenario 3 supone que no hay reducción en el gasto de bolsillo, que equivale a que no exista el SPSS. Para mayor detalle consúltese el Anexo A.

El *gasto público en salud* incluye tanto los recursos públicos o presupuestos gubernamentales como las contribuciones a la seguridad social. Los recursos públicos o presupuestos gubernamentales ingresan por medio del cobro de los impuestos generales y específicos (Impuesto al Valor Agregado o IVA, Impuesto sobre la Renta o ISR, impuestos al tabaco y al alcohol, entre otros). Los recursos provenientes de las contribuciones a la seguridad social ingresan a través de impuestos a la nómina donde participan tanto empleadores como trabajadores. Así, el gasto público está constituido por los presupuestos ejercidos en atención a la salud de las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSTE y PEMEX) y por el presupuesto ejercido de la SS. Este último, a su vez, está compuesto por el presupuesto federal y los presupuestos estatales. El gasto federal incluye los recursos que se presupuestan por medio de los ramos 12 y 33 (FASSA). El gasto estatal incluye los recursos propios que las entidades gastan en servicios de salud. El gasto que se realiza por medio del SPSS está incluido tanto en el presupuesto federal como en los presupuestos estatales de la SS.

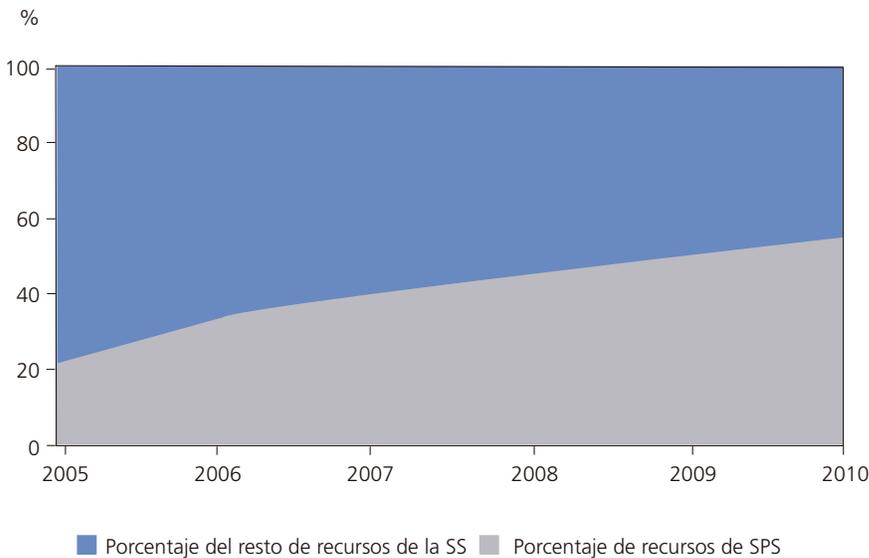
En la figura 10 se muestra el resultado de la estimación de los recursos del SPS entre 2005 y 2010. La línea inferior corresponde a la estimación bajo la situación hipotética de que todas las familias se afilian en el último trimestre de cada año. La línea superior corresponde a la estimación bajo el supuesto de que todas las familias se afilian en el primer trimestre de cada año. Estas estimaciones corresponden a los límites entre los cuales podrían ubicarse los valores reales del gasto del SPS en cada año; sin embargo, se utiliza la estimación media como base para los demás cálculos.

Se estima que entre 2005 y 2010 los recursos canalizados a través del SPS pasarán de 19 a 82 miles de millones de pesos, lo que representa un incremento de cuatro veces en términos reales. Como resultado, se estima que el presupuesto de la SS en términos reales pasará de 75,426 a 150,115 millones de pesos, lo que representa un incremento real de 99% entre 2004 y 2010. El incremento en el gasto federal será de 108% y en el gasto estatal de 55%. El gasto de IMSS-Oportunidades crecerá 13% en el mismo periodo. Así, los recursos del SPS pasarán de representar 21% del gasto de la SS a representar 54.5% en el mismo periodo, como se muestra en la figura 11.



**FIGURA 10.**  
Estimación de recursos canalizados al SPS, México 2005-2010

Fuente: Estimaciones propias con base en la meta de afiliación 2010 y los registros de afiliación 2004 y 2005 de la CNPSS



**FIGURA 11.**  
Proyección de la participación de los recursos del SPS en el presupuesto de la SS, México 2005-2010

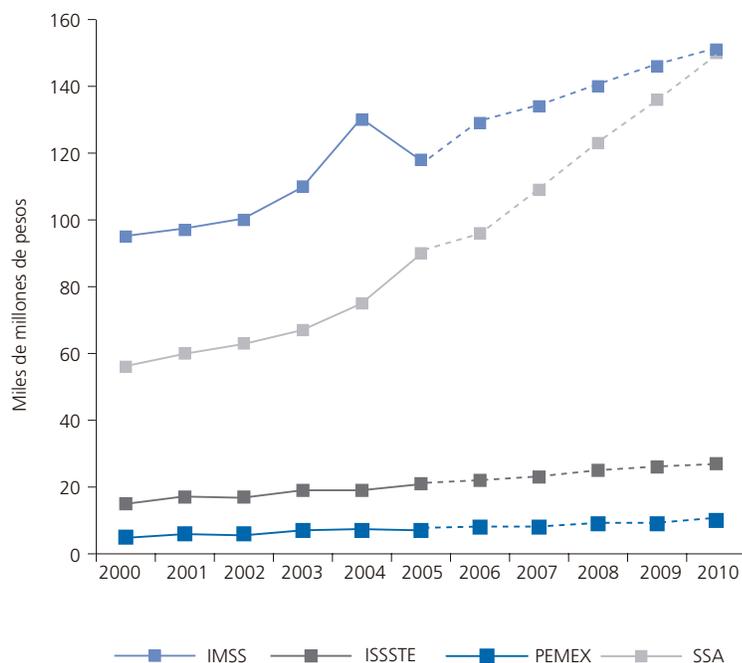
Fuente: Estimaciones propias con base en la meta de afiliación 2010 y los registros de afiliación 2004 y 2005 de la CNPSS

En la figura 12 se muestra la tendencia del gasto en salud en términos reales por institución. El gasto en salud del IMSS ha sido históricamente el mayor en relación al resto de las instituciones; le siguen la SS, ISSSTE y PEMEX. Entre 2000 y 2006 el gasto en salud de la SS aumentó 72.5% en términos reales, equivalente a un incremento promedio anual de 9%. Por su parte, el gasto del IMSS, ISSSTE y PEMEX creció 35.1, 45 y 50%, respectivamente, en ese mismo periodo. Vale la pena destacar que el crecimiento del gasto de la SS fue superior no solo al de la seguridad social sino también al de la economía mexicana en su conjunto.

**FIGURA 12.**

Gasto en salud de la SS y las instituciones de seguridad social, México 2000-2010

Fuente: 2000-2004  
SICUENTAS, 2005-2010  
Estimaciones propias



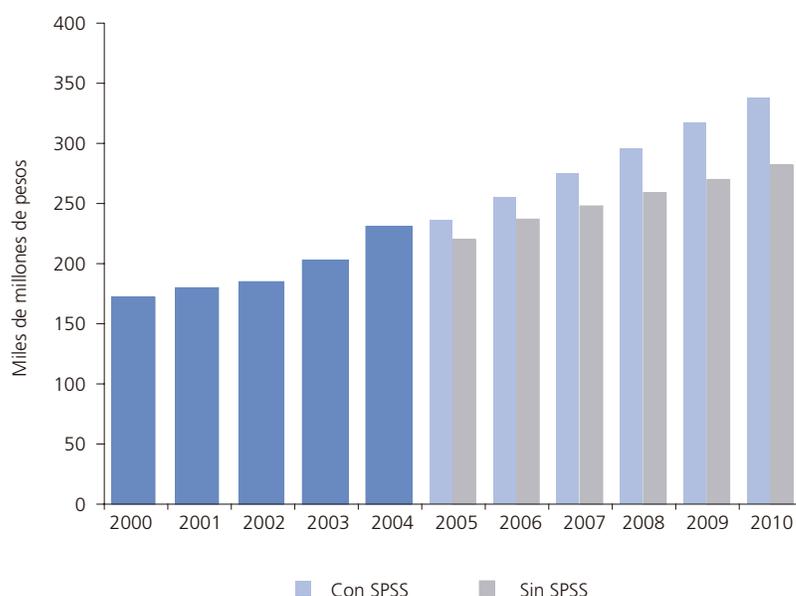
De mantenerse estas tendencias, el gasto del IMSS crecerá 28% entre 2005 y 2010, el del ISSSTE 32% y el de PEMEX 29%. El gasto de la SS tendrá el mayor crecimiento: 68% en el mismo periodo. Este gasto alcanzará en términos reales el gasto del IMSS en 2010.

La brecha entre el gasto del IMSS y el gasto de la SS se ha cerrado en los últimos diez años. En 1995 el IMSS concentraba 69% del gasto público en salud, la SS 21% y el restante 10% era gasto del ISSSTE y PEMEX. En 2000 el IMSS concentraba 56% del gasto público y la SS 32%. Finalmente, en 2005 la participación del IMSS se redujo a 50%, incrementándose la participación de la SS a 38%, manteniéndose constante la participación tanto del ISSSTE como de PEMEX.

La tendencia creciente del gasto real de la SS obedece a la afiliación de familias al SPS, en menor grado a partir de 2001 –cuando el SPS arranca como programa piloto– y en mayor grado a partir de 2004, cuando casi todos los estados se incorporan al mismo. De este modo, de cumplirse con las metas de afiliación y mantenerse las mismas tendencias de crecimiento de los gastos de las instituciones de seguridad social en el futuro se espera que se abata la brecha entre el gasto del IMSS y la SS, además de incrementarse el gasto público.

El gasto público se incrementó 35% entre 2000 y 2004. En 2005 ascendió a 236 mil millones de pesos constantes y las estimaciones muestran que se incrementará 43% entre 2005 y 2010. De no existir el SPS este incremento sería únicamente de 28%.

Como se ha mostrado a lo largo de este apartado, el gasto en salud proviene en su mayoría de fuentes privadas. La brecha entre el gasto público y el gasto privado se amplió entre 2000 y 2002 de 53-47 a 56-44%. A partir de 2003 esta tendencia empieza a modificarse. Para 2005 la relación entre el gasto privado y el gasto público ya era de 54-46 (cuadro V). Se estima que el incremento estimado en el gasto público entre 2005 y 2010 (43%) será mayor que el del gasto privado (29%), por lo que la brecha entre sus participaciones continuará cerrándose hasta 2010, cuando el gasto en salud estará financiado en la misma proporción por ambas fuentes (50-50%). Esto sucede en ambos escenarios que consideran la existencia del SPS. Sin embargo, en el supuesto de que no hubiera SPS, la brecha entre el gasto público



**FIGURA 13.**  
Gasto público en salud  
en dos escenarios,  
México 2000-2010

Fuente: 2000-2004  
SICUENTAS, 2005-2010  
Estimaciones propias

AÑO	GASTO PÚBLICO	CRECIMIENTO	SS	CRECIMIENTO	GASTO PRIVADO	CRECIMIENTO
2000	171 579		55 652		196 916	
2001	179 902	4.9%	59 894	7.6%	218 839	11.1%
2002	185 275	3.0%	63 000	5.2%	233 823	6.8%
2003	202 976	9.6%	67 120	6.5%	253 225	8.3%
2004	231 001	13.8	75 427	12.4%	262 349	3.6%
2005	235 955	2.1%	89 554	18.7%	273 761	4.4%
2006	255 100	8.1%	96 249	7.5%	286 577	4.7%
2007	275 074	7.8%	108 943	13.2%	298 941	4.3%
2008	295 975	7.6%	122 563	12.5%	310 998	4.0%
2009	316 875	7.1%	136 183	11.1%	322 691	3.8%
2010	338 088	6.7%	150 115	10.2%	333 651	3.4%

**CUADRO V.**  
Montos y tasas de  
crecimiento anual del  
gasto público, del  
presupuesto de la SS y  
del gasto privado,  
México 2000-2010

Los montos están en millones de pesos de 2004.

Los datos de 2000 a 2004 son datos duros a partir de información de la DGIS. De 2005 a 2010 son estimaciones propias.

y gasto privado permanecería constante en el tiempo, con una participación de 55% para el gasto privado y 44% para el gasto público (escenario 3) (figura 14).

## ● DESEQUILIBRIO DE DISTRIBUCIÓN

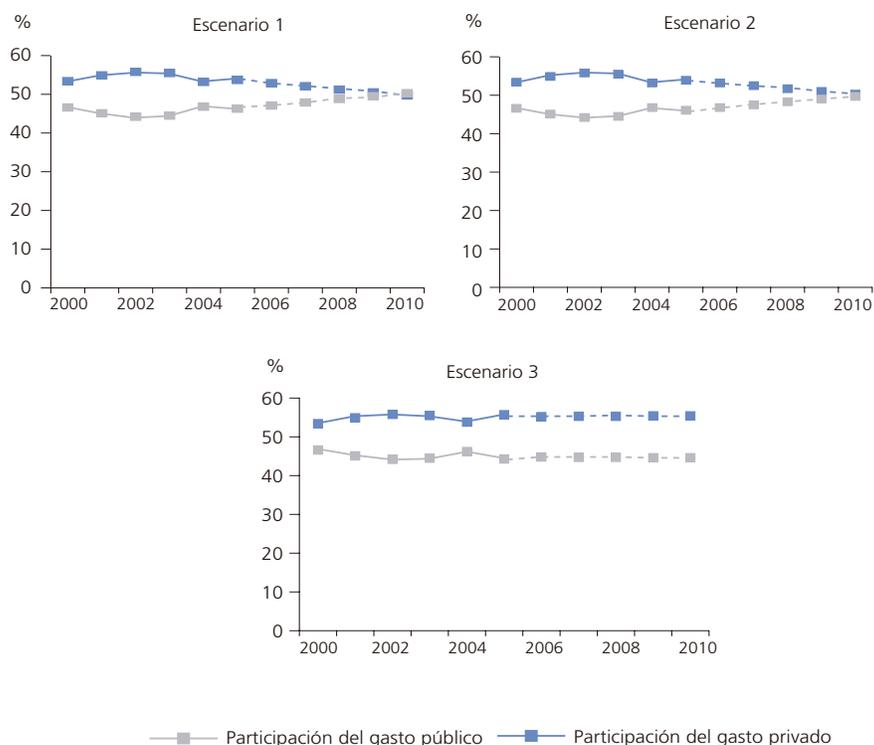
### Distribución del gasto público entre poblaciones

La figura 15 muestra la evolución del gasto público entre la población con seguridad social y la población sin seguridad social (incluida la población afiliada al SPS). Como se puede observar, el porcentaje de gasto



**FIGURA 14.**  
Evolución de la brecha público-privado en el financiamiento de la salud, México 2000-2010

Fuente: 2000-2004  
SICUENTAS, 2005-2010  
Estimaciones propias



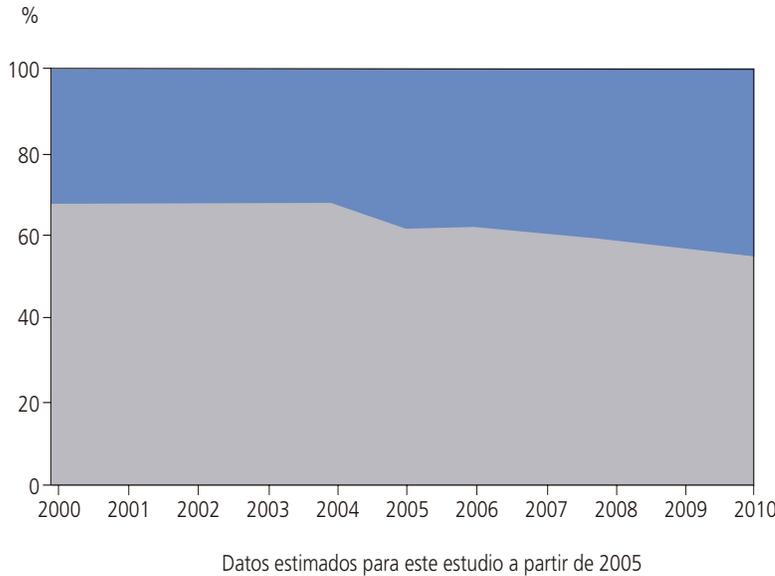
público en población con seguridad social se ha reducido en términos relativos. Este comportamiento seguirá hasta el 2010, según las proyecciones de este estudio.

Las asignaciones del gasto público también se pueden analizar en términos per cápita para considerar el efecto del tamaño poblacional. En la figura 16 se muestran tanto los niveles per cápita de gasto según el tipo de población como las proporciones entre estos gastos. Como se puede observar, en 2000 se gastaban 2,542 pesos en cada mexicano afiliado a la seguridad social por sólo 1013 pesos por cada mexicano sin seguridad social, para una relación de 2.5 a 1. Esta diferencia se redujo a 2 en 2005. Se estima que en 2010 cada persona con seguridad social gastará anualmente 3,714 pesos, mientras que las personas sin seguridad social gastarán 2,461 pesos, lo cual implica que la relación entre los gastos per cápita entre estas dos poblaciones se reducirá a 1.5 a 1. Esto se explica sobre todo por el incremento en los gastos de la SS que analizamos en la sección anterior.

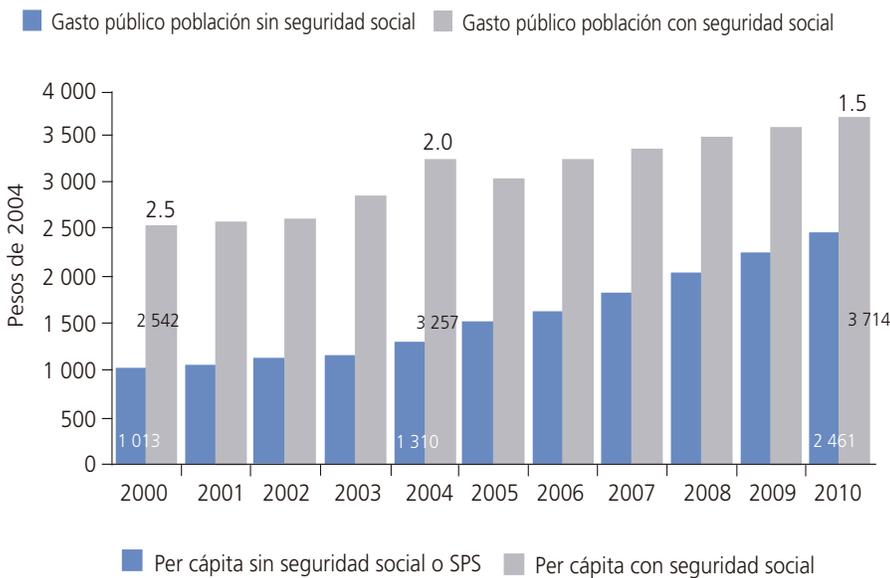
## Distribución del gasto público federal en la población sin seguridad social por entidades federativas

La reforma del sistema de salud mexicano modificó la forma de distribuir los recursos federales en salud (ramo 12 y FASSA del ramo 33) entre entidades federativas. El cambio implicó pasar de un modelo de asignación basado en presupuestos históricos ajustados por inflación a un esquema de asignación presupuestal que opera en función del número de familias afiliadas al SPS.

El modelo de asignación presupuestal anterior a la reforma originó desequilibrios estructurales. Como ya se mencionó, en 2000 la relación entre los estados que más y menos recursos per cápita recibían de la federación era de 5 a 1. Para 2004 esta brecha se había reducido a 4 a 1.



**FIGURA 15.** Distribución del gasto público entre poblaciones con y sin seguridad social, México 2000-2010



**FIGURA 16.** Gasto per cápita en población con y sin seguridad social, México 2000-2010

Fuente: Datos estimados para este estudio a partir de 2005

Para analizar la dispersión en la distribución de recursos federales per cápita entre las entidades utilizamos el coeficiente de variación, que mide la variabilidad de la distribución con respecto a su media. Entre mayor sea el coeficiente, mayor variabilidad tiene la distribución. En la SS este coeficiente pasó de 0.45 a 0.36 entre 2000 y 2004, lo que indica una menor variabilidad y por lo tanto una distribución más equitativa de los recursos federales per cápita para población sin seguridad social entre las entidades (figura 17).

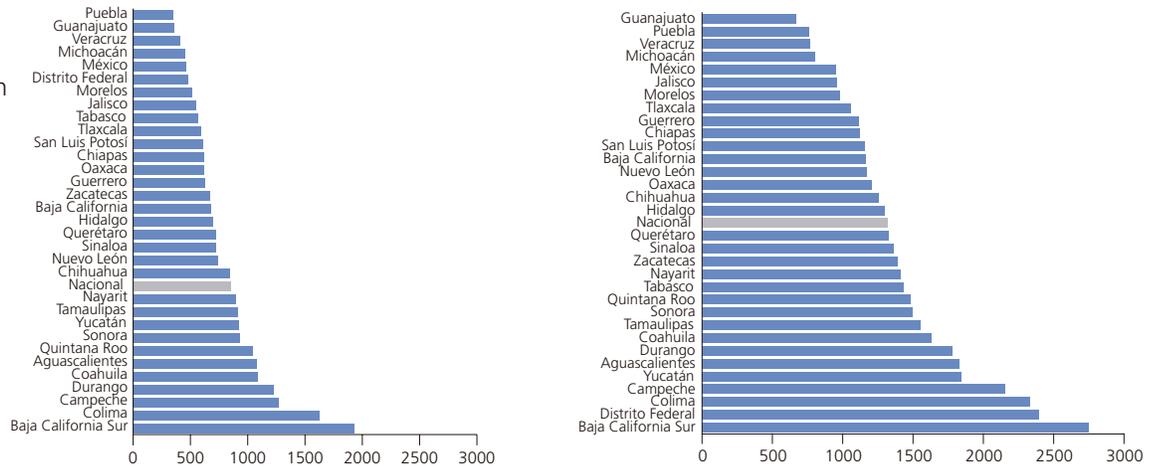
## ● DESEQUILIBRIO DE ESFUERZO ESTATAL

El financiamiento de la atención a la salud para población no asegurada con recursos estatales está caracterizado por dos situaciones: por un lado, brechas de gasto per cápita estatal en salud muy impor-



**FIGURA 17.**  
Gasto federal per  
cápita en población sin  
seguridad social por  
entidad federativa,  
México 2000 y 2004

Fuente: SICUENTAS pesos  
de 2004



tantes y, por el otro, contrastes en las condiciones socioeconómicas de cada entidad, que se reflejan en la capacidad estatal de aportar al financiamiento de la atención a la salud.

Con respecto a las brechas en las contribuciones estatales, los casos típicos extremos en 2000 eran Tabasco y Guerrero. La diferencia en el gasto estatal per cápita entre estos estados pasó de 89 a 93 veces entre 2000 y 2004. Sin embargo, si se eliminan estos dos estados de la distribución, la diferencia entre los estados que más y menos aportaron a salud disminuyó de 56 a 22 veces en el mismo periodo (figura 18). Al mismo tiempo, el coeficiente de variación calculado pasó de 1.30 a 1.11, lo que indica un mejoramiento muy discreto en la distribución del gasto per cápita estatal entre entidades. Sin duda este es uno de los aspectos a mejorar dentro de la reforma del sistema de salud.

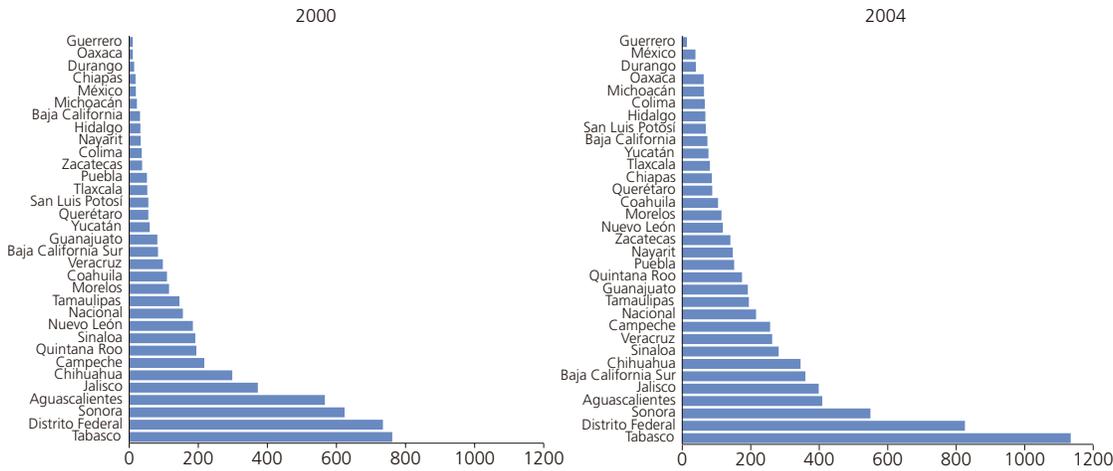
No obstante estas brechas, la aportación estatal al gasto en salud en algunas entidades ha crecido entre 2000 y 2004. El gasto estatal real en Oaxaca, por ejemplo, aumentó siete veces, y en Chiapas, cinco.

Con respecto a los contrastes en los esfuerzos estatales para el financiamiento del gasto público se tienen, en un extremo, nueve entidades federativas (Baja California Sur, Chihuahua, Campeche, Sinaloa, Aguascalientes, Jalisco, Sonora, Distrito Federal y Tabasco) que podrían financiar la Aportación Solidaria Estatal (ASE) mínima para la totalidad de su población objetivo en 2010 con los recursos estatales que actualmente aportan. En el otro extremo están el resto de los estados que tendrán que aportar recursos estatales adicionales para poder cumplir con su ASE en 2010. Cabe señalar que en algunos de ellos –Guanajuato, Nayarit, Puebla, Quintana Roo, Tamaulipas y Veracruz– el aumento tendrá que ser menor al 100% de los recursos de 2004, mientras que en otros –Baja California, Durango, Guerrero y México–, el esfuerzo estatal tendrá que ser notablemente mayor al actualmente observado (figura 19 y cuadro V).

Cabe señalar, sin embargo, que el gasto estatal en salud actual, en términos generales, representa una cantidad muy pequeña del gasto público en el estado (incluye todas las erogaciones de las dependencias gubernamentales con fines de inversión, prestación de servicios y producción de bienes). De hecho, los recursos adicionales que se requieren para alcanzar la cobertura universal representan en promedio menos de 2% del gasto público total en 2010 (figura 20).

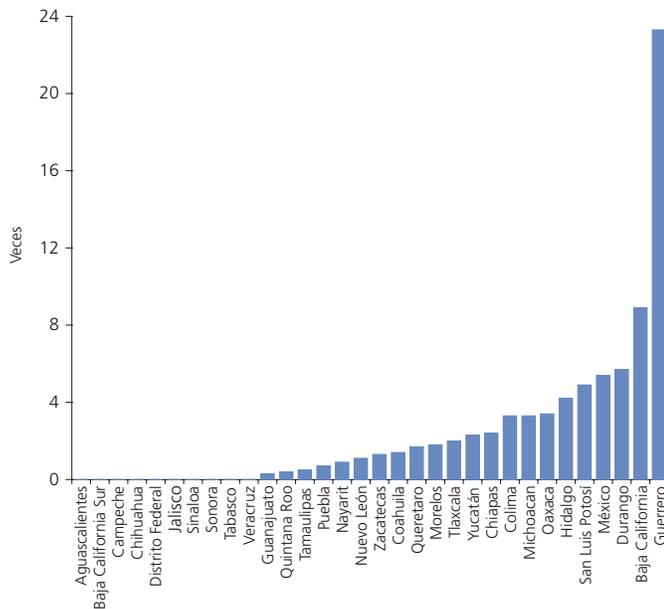
## Incentivos sobre la contribución financiera estatal al gasto público en salud

Es importante analizar los incentivos que el modelo de financiamiento del SPS impone a las entidades federativas para modificar su patrón de contribución financiera al gasto en salud en la transición hacia la



**FIGURA 18.**  
Gasto per cápita público estatal por entidad federativa, México 2000-2004

Fuente: SICUENTAS pesos constantes al 2004



**FIGURA 19.**  
Recursos estatales adicionales requeridos para financiar la atención de las familias afiliadas al SPSS en 2010, México

cobertura universal. Los incentivos pueden ser de dos tipos: (i) sustitución del gasto federal por estatal y (ii) ampliación de la cobertura hacia el régimen contributivo del sistema.

### Sustitución entre gastos estatales y federal

Como ya se mencionó, la aportación estatal al gasto en salud varía ampliamente entre estados, lo que implica esfuerzos diferenciados para cumplir con las obligaciones financieras del SPS. De hecho, la mayoría de los estados deberá incrementar el gasto estatal en forma gradual pero significativa en el curso de la presente década para cumplir con su ASE.

Existe, sin embargo, un grupo de nueve entidades federativas (mencionadas anteriormente) que no necesitan aumentar su gasto estatal para financiar los servicios de la población afiliada al SPS al 2010 porque ya ejercen un nivel de gasto suficiente para financiar su ASE. Estos estados incluso podrían reducir su gasto actual por familia hasta la aportación mínima obligatoria, sustituyendo de esta forma el



**CUADRO V.**

Número de veces que deberán incrementar el gasto estatal en salud las entidades federativas para cubrir su ASE en 2010, SPS, México

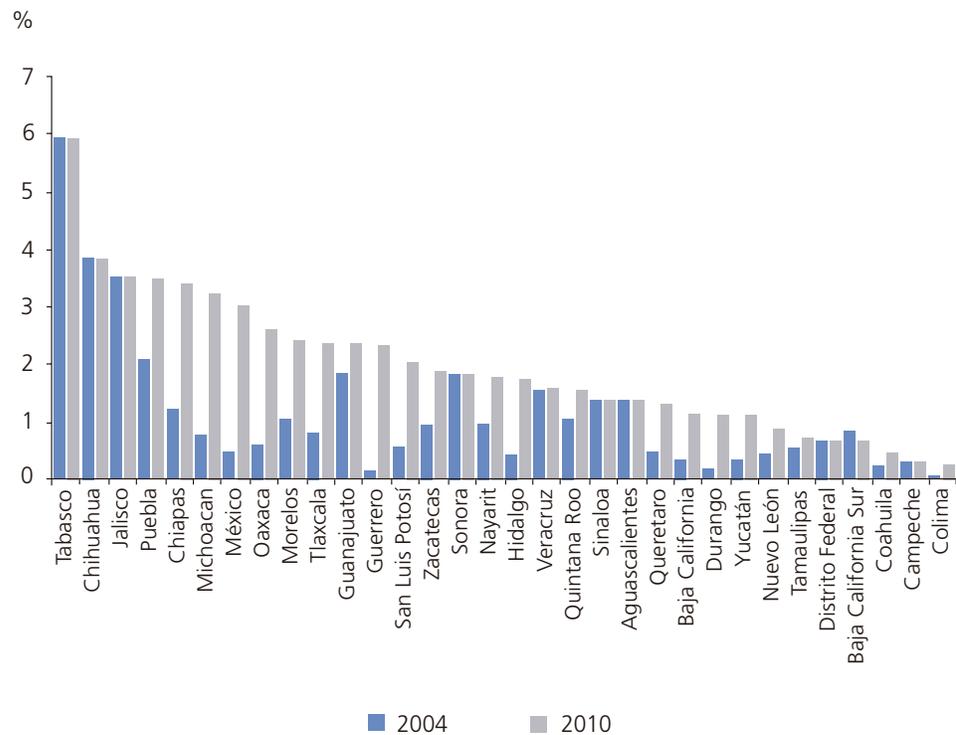
Fuente: Estimaciones propias

ENTIDAD	VECES	ENTIDAD	VECES
Gro	23.29	Mor	1.83
BC	8.86	Qro	1.72
Dgo	5.71	Coah	1.44
Mex	5.44	Zac	1.34
SLP	4.89	NL	1.12
Hgo	4.20	Nay	0.86
Oax	3.36	Pue	0.66
Mich	3.30	Tamps	0.46
Col	3.30	QRoo	0.45
Chis	2.41	Gto	0.27
Yuc	2.31	Ver	0.04
Tlax	1.98		

**FIGURA 20.**

Aportaciones estatales al financiamiento del SPS como porcentaje del gasto público en el estado, México 2004-2010

Fuente: SICUENTAS y estimaciones propias



financiamiento estatal por los recursos federales de la Cuota Social (CS) y la Aportación Solidaria Federal (ASF). Si estos estados hicieran esta sustitución, el SPS no contribuiría a aumentar el esfuerzo estatal aún cuando se lograra la cobertura completa. Para corroborar esta hipótesis es necesario esperar algunos años más y observar la evolución del gasto estatal.

Este no el caso de las entidades federativas que requieren aumentar su gasto en salud para cumplir con su ASE porque el incentivo indudable que tienen estos estados está dado por el aumento en las transferencias federales que en algunos estados como Michoacán, Puebla, Guanajuato y Veracruz pueden llegar a representar más del 100% de los recursos actuales. La imposibilidad de acreditar la ASE aumenta el riesgo de reducir las transferencias federales.



## Ampliación de la cobertura hacia el régimen contributivo del sistema

Existe un incentivo menos evidente a nivel estatal que puede afectar la contribución financiera de los estados al gasto en salud durante la fase de transición hacia la cobertura universal. Este incentivo está asociado con el proceso de afiliación de las familias al SPS. Este proceso está normado por las reglas de operación del SPS, pero su implementación es responsabilidad exclusiva de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.

La aplicación de la Cédula Clasificación Socioeconómica del Hogar (CECASOEH) permite establecer el nivel socioeconómico de las familias, determinando la capacidad contributiva del afiliado. Existe evidencia de que las familias beneficiarias no son correctamente clasificadas en su decil de ingreso por tres razones esenciales: ciertas imprecisiones del instrumento, presiones para cumplir con la meta de afiliación establecida y algunos comportamientos estatales adversos al ánimo contributivo de los beneficiarios.

Esta situación tiene consecuencias importantes para el financiamiento del SPS aunque todavía no parecen estar tan visibles para las entidades federativas. Una consecuencia financiera para los estados es que si el instrumento se hiciera más preciso y disminuyeran las irregularidades en la medición del nivel socioeconómico, los estados podrían llegar a obtener recursos adicionales del orden del 20% de los recursos totales del SPS (con cobertura completa), lo que podría representar más de 20 millones de pesos. Sin embargo, la contribución de las cuotas familiares al financiamiento del SPS que reporta la CNPSS actualmente es de menos de un punto porcentual.

Para hacer factible este supuesto es necesario focalizar los esfuerzos de afiliación en aquellas familias de niveles socioeconómicos medios y altos, y esto puede lograrse haciendo más atractivo el SPS a través de la ampliación del paquete de intervenciones médicas (CAUSES) y mejorando la calidad de los servicios de salud.

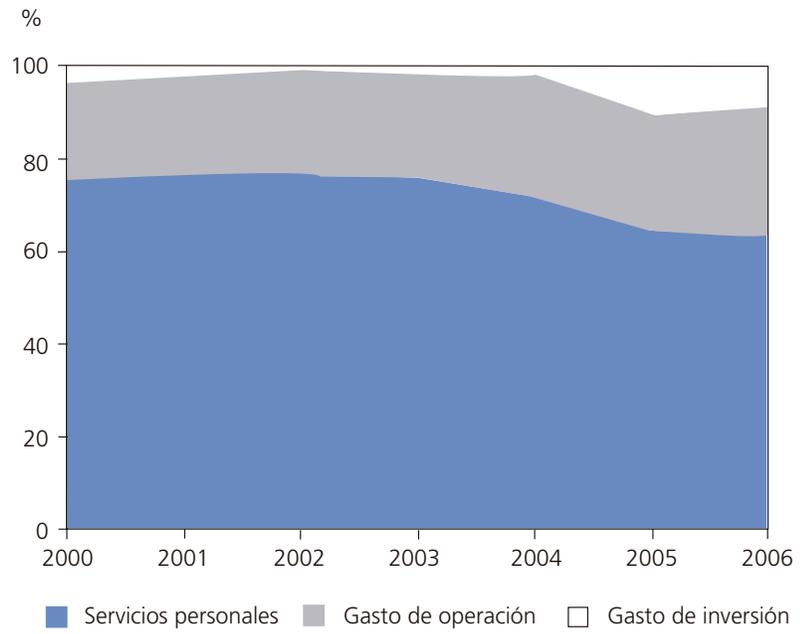
## ● DESEQUILIBRIO DE DESTINO DE LOS RECURSOS

Este último desequilibrio se refiere a la evolución de la proporción del presupuesto dedicado a inversión y operación. En el caso de la SS, el gasto de inversión disminuyó como porcentaje del total entre 2000 y 2004, pues pasó de 3.8 a 1.5. Al mismo tiempo la participación relativa del gasto de operación se incrementó de 20 a 27%. Sin embargo, a partir de 2004, año en el que se implementa oficialmente el SPSS, se observa una modificación de la estructura presupuestal, incrementándose en gran medida el porcentaje del presupuesto dedicado a la inversión (de ser 3.8 en 2000 pasó a 9.1 en 2006), y reduciéndose, sobre todo, el gasto en servicios personales (de 76 a 63 % en los mismo años) (figura 21).



**FIGURA 21.**  
Destino de los recursos de  
la SS, México 1995-2006

Fuente: DGPOP



Los datos de este informe indican que los desequilibrios financieros que motivaron la reforma a la LGS de 2003 están evolucionando en términos generales de manera favorable. A continuación se presentan algunas conclusiones específicas.

1. El gasto en salud en México se ha incrementado en los últimos años y muy posiblemente alcance la meta que se planteó la reciente reforma de 7.0% del PIB en 2010.
2. El gasto público en salud está creciendo a un ritmo mayor que el gasto privado, gracias sobretodo a los recursos del SPS. De cumplirse las metas de afiliación al SPS del 2010, y mantenerse las tendencias del gasto de la seguridad social y del gasto privado, el gasto público en salud en 2010 representará 50% del gasto total en salud.
3. El gasto de bolsillo muestra una tasa de crecimiento menor a la observada en los primeros años de la década. De concretarse las estimaciones presentadas en este estudio, este gasto habrá pasado de concentrar 51% del gasto total en salud en el momento actual a concentrar 46% en 2010.
4. Gracias a la reforma que dio origen al SPSS, los recursos de la SS pasarán de representar 32% de los recursos públicos totales a representar cerca del 45%.
5. La brecha en el gasto per cápita entre la población asegurada y no asegurada se está cerrando. La relación entre estos dos tipos de gasto en 2000 era de 2.5 a 1; pasó a 2.0 a 1 en 2006, y se estima que disminuya a 1.5 a 1 en 2010.
6. La brecha en el gasto per cápita en población no asegurada entre entidades federativas también está disminuyendo. Las diferencias en la distribución de este gasto se redujo 20% entre 2000 y 2004.
7. Las brechas en la contribución estatal entre entidades federativas se redujeron 14% entre 2000 y 2004.
8. El gasto en inversión en la SS se está incrementando. De representar cerca del 4% en 2000 pasó a representar alrededor del 9% en 2006.

## VI. Conclusiones



**CUADRO VI.**

Evolución de los desequilibrios que dieron origen a la reforma a Ley General de Salud de 2003, México 2000-2010

TIPO DE DESEQUILIBRIO	INDICADOR	2000	2002	2006/E	2010/E
<b>Nivel</b>	Gasto en salud como porcentaje del PIB	5.1	5.7	6.5	7.0
<b>Origen</b>	Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto en salud	50.9	52.9	49.7	46.4
	Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud	46.6	44.2	47.1	50.3
<b>Distribución</b>	Número de veces que el gasto per cápita en población asegurada excede al gasto per cápita en población no asegurada	2.5	2.3	2.0	1.5
	Relación entre el gasto per cápita federal de la entidad que recibe más recursos y el gasto per cápita federal de la entidad que recibe menos recursos	5 a 1	5 a 1	4 a 1/a	ND
<b>Esfuerzo estatal</b>	Variabilidad en la distribución del gasto estatal en las entidades federativas (CV)/b	1.3	1.14	1.11/a	ND
<b>Destino del gasto</b>	Participación del gasto en inversión en el gasto total de la SS	3.8	1.3	9.1	ND

/a Este indicador se construye con datos de 2004 ya que no se cuenta con información por entidad federativa para años posteriores.

/b El coeficiente de variación (CV) mide la variabilidad de la distribución con respecto a su media

## Recomendaciones

1. El gasto público en salud en México debe seguir creciendo para poder afiliar al SPS a todos los mexicanos que hoy no cuentan con algún tipo de seguro público de salud y ampliar el paquete de servicios ofrecidos por el SPS.
2. El gasto público en salud también debe incrementarse para aumentar el número de intervenciones que se financian con el FPGC y así incentivar la afiliación al SPS de las familias que pertenecen a los deciles contributivos.
3. Es importante seguir promoviendo entre las autoridades hacendarias y los miembros del Congreso la idea, sustentada en evidencias internacionales, de que los sistemas de salud justos y eficientes se financian predominantemente con recursos públicos. México tiene a este respecto un reto importante que atender.
4. Los estados deben hacer mayores esfuerzos para movilizar recursos locales para financiar la atención a la salud.
5. Se deben promover mecanismos financieros alternativos para aquellas entidades de escasos recursos que están teniendo dificultades para cubrir su aportación solidaria estatal.
6. Es necesario seguir incrementado el peso relativo del gasto de inversión dentro del gasto de nuestras instituciones públicas de salud, en particular dentro del gasto de la Secretaría de Salud.
7. Para acceder a mayores recursos federales, las entidades federativas deberán dar muestras claras de que están utilizando de manera eficiente los recursos del SPS.





## Bibliografía



- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Informe de resultados. Primer semestre 2004. México, D.F.: CNPSS, 2004 (disponible en: <http://www.salud.gob.mx>).
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Informe de resultados. Segundo semestre 2004. México, D.F.: CNPSS, 2004 (disponible en: <http://www.salud.gob.mx>).
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Informe de resultados. Primer semestre 2005. México, D.F.: CNPSS, 2005 (disponible en: <http://www.salud.gob.mx>).
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Informe de resultados. Segundo semestre 2005. México, D.F.: CNPSS, 2005 (disponible en: <http://www.salud.gob.mx>).
- Consejo Nacional de Población. Proyecciones de los hogares y viviendas 2000-2030. México, D.F.: CONAPO (disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/5.htm>).
- Frenk J, Sepúlveda J, Gómez-Dantés O, Knaut FM. Evidence-based health policy: three generations of reform in Mexico. *Lancet* 2003;9396:1667-1671.
- Gómez-Dantés O. Seguro Popular de Salud. Siete perspectivas. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares. Aguascalientes, México: INEGI, 2000.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares. Aguascalientes, México: INEGI, 2002.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares. Aguascalientes, México: INEGI, 2004.
- Knaut F, Arreola H, Borja C y col.. El Sistema de Protección Social en Salud México: efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares. En: Knaut F, Nigenda G, editores. *Caleidoscopio de la Salud*. México, D.F.: Funsalud, 2003:275-291
- Olaiz-Fernandez G, Rivera-Domarco J, Shamah-Levy T y col. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
- Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa regional de datos básicos en salud. Washington, D.C.: OPS (disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/coredata.htm>).
- Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2001.
- Secretaría de Salud. La salud en la reforma del estado. Hacia un sistema universal de salud. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2002.
- Secretaría de Salud. Financiamiento justo y protección social universal. La reforma estructural del sistema de salud en México. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2004.
- Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. México D.F.: Secretaría de Salud, 2005.
- Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2006.
- Secretaría de Salud. Lineamientos para la medición de la aportación solidaria estatal (ASE) del sistema de protección social en salud. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2005 (disponible en: <http://www.salud.gob.mx>).
- Secretaría de Salud. Ley General de Salud. (disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgaj/archivos/archivos/legislacionvigente/pdf/lgs.pdf>).
- Secretaría de Salud. Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (disponible en: <http://www.salud.gob.mx>).
- Suárez VA, González VJ, Muradás TM, Lozano R. Población no asegurada y núcleos familiares sujetos a afiliación al Sistema de Protección Social en Salud. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2004.
- World Health Organization. The World Health Report 2005. Make every mother and child count. Geneva: WHO, 2005.





## Capítulo 2



Evaluación de los flujos financieros  
del Sistema de Protección Social en Salud



## Mensajes Centrales

1. Hasta diciembre de 2005 se habían afiliado al SPS más de 3.5 millones de familias, que representan 20% de la meta total de afiliación.
2. Guanajuato y Tabasco eran las entidades que más familias habían afiliado, con 394 mil y 365 mil, respectivamente.
3. A finales de 2005, Tabasco, Aguascalientes y Colima ya habían alcanzado cobertura universal. Michoacán, Distrito Federal y Guerrero mostraban los menores avances en términos de cobertura.
4. Guanajuato muestra uno de los mejores desempeños en cobertura de afiliación, ya que aunque no ha alcanzado la cobertura universal tiene la mayor proporción de familias afiliadas del total nacional a pesar de contar con condiciones más desventajosas que Tabasco.
5. A pesar de presentar desventajas en términos de dispersión poblacional y población indígena, Veracruz y Chiapas presentan un excelente desempeño en términos de cobertura de afiliación.
6. El número de entidades federativas que hicieron su aportación estatal al SPS de manera líquida se incrementó de 2 a 5 entre 2004 y 2005. El número de entidades que hicieron su aportación incluyendo construcción de infraestructura en años anteriores disminuyó de 14 a 9 entidades.
7. Las transferencias de recursos a las entidades federativas dependen sobre todo del número de familias afiliadas. Aunque los indicadores muestran distribuciones bastante equitativas de montos transferidos por familia, esta distribución ha mejorado en términos de equidad entre 2004 y 2005.
8. En 2004 Zacatecas fue la entidad que recibió mayor monto transferido por familia, 3,117 pesos, en comparación con 502 pesos para Querétaro. La relación entre el mayor y el menor monto por familia transferido fue de 6 a 1. En 2005 Tabasco fue la entidad con el mayor monto transferido, 2,566 pesos por familia, y Yucatán la entidad con el menor monto por familia transferido, 621 pesos.
9. En 2004 únicamente tres entidades (Coahuila, Oaxaca y Aguascalientes) habían ejercido al final de año el 100% de los recursos. En 2005 fueron ocho entidades (Chihuahua, Aguascalientes Baja California, Oaxaca, Quintana Roo, Tamaulipas, Coahuila y Sinaloa) las que ejercieron todos sus recursos.
10. La mayor parte de los recursos se ejercieron en la compra de medicamentos en ambos años, seguido del pago de honorarios médicos.



- 
11. Las entidades con mejor cumplimiento con la entrega de los reportes requeridos por la CNPSS fueron Aguascalientes, Durango, Hidalgo, San Luís Potosí y Distrito Federal. En contraste, Querétaro, Colima, Chiapas muestran un bajo cumplimiento. Michoacán no entregó reportes ni en 2004 ni en 2005.
  12. En 70% de las entidades encuestadas los directores del SPS no están satisfechos con la meta de afiliación aprobada para 2006 y 44% opinaron que el proceso de definición de metas no fue transparente.
  13. La mayoría de directores del SPS opinaron que el proceso de transferencia de recursos federales es transparente, y que dichas transferencias son oportunas y suficientes. El proceso ha mejorado entre 2004 y 2005.
  14. La mayoría de los directores de SPS opina que el proceso para la asignación de recursos del FPGC es transparente. Sin embargo, el proceso de radicación de dichos recursos es demasiado lento.
  15. Existe un desconocimiento importante en varios estados sobre los lineamientos del FPP.
  16. La mayoría de las entidades calificaron el desempeño general de la CNPSS como aceptable.

Con la implantación de la reforma a la Ley General de Salud (LGS) y la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) ha sido necesario definir las funciones y el papel de las instancias gubernamentales en los distintos órdenes de gobierno, federal y estatal.

En el ámbito federal se creó la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), la cual tiene como objetivo, en su carácter de órgano desconcentrado, ejecutar las tareas establecidas en la LGS para el SPSS. La CNPSS representa la instancia a nivel federal responsable de instrumentar el SPSS y garantizar la coordinación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) bajo una óptica federal.

La LGS también establece la creación del Consejo Nacional de Protección Social en Salud (CONPSS) como órgano colegiado consultivo, presidido por el Secretario de Salud y en él representadas autoridades del Sistema Nacional de Salud, otras dependencias públicas, las entidades federativas y el Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Secretaría de Salud. El CONPSS puede opinar respecto del financiamiento del SPSS y proponer medidas para su mejor funcionamiento.

Por su parte, la Secretaría de Salud (SS) se ha reorganizado internamente y alineado sus recursos financieros para garantizar el desempeño adecuado de las funciones básicas del sistema de salud: i) financiamiento, ii) prestación de servicios de salud a la comunidad, iii) prestación de servicios de salud a la persona, iv) generación y desarrollo de recursos para la salud (infraestructura, recursos humanos) y v) rectoría.

La LGS define al SPSS como el conjunto de acciones que los REPSS realizan en materia de protección social en salud dentro de las entidades federativas.

El SPSS es un instrumento de aseguramiento de las familias no aseguradas de México que cumple con funciones de financiamiento y gestión financiera de los servicios de salud que contratan los REPSS.

Al ámbito federal le corresponde la coordinación, supervisión, evaluación y delimitación de las funciones y facultades sobre las cuales operan los REPSS, es decir, es el ámbito de gobierno que determina la regulación de su espacio de acción. Las autoridades estatales tienen a su cargo la ejecución del SPSS en su entidad federativa, para lo cual es necesario adecuar el marco legal y administrativo en el estado para desarrollar una instancia dependiente de la autoridad sanitaria estatal que ejecute las acciones de afiliación, financiamiento, supervisión y evaluación de servicios de salud a los que tienen acceso los afiliados al Seguro Popular de Salud (SPS).

Existen dos formas legales que puede tomar el REPSS en las entidades: organismo público descentralizado y organismo público desconcentrado.

El organismo público descentralizado es la forma jurídico-administrativa en que la administración centralizada delega en un organismo o institución facultades jurídicas y administrativas con patrimonio y personalidad jurídica propias, para el desarrollo de sus funciones y prestación de servicios.

El organismo público desconcentrado es la forma jurídico-administrativa en que la administración centralizada delega en un organismo o institución facultades técnicas y operativas, otorgándole autonomía presupuestal mas no patrimonial, para el desarrollo de sus funciones y prestación de servicios.

El propósito general de este informe es describir la operación y financiamiento del SPS en las entidades federativas y evaluar el desempeño de las mismas en dichos procesos. Los objetivos específicos del presente informe son los siguientes:

## I. Antecedentes





- describir la estructura financiera del SPSS y su operación;
- evaluar el desempeño de las entidades en términos del avance en la cobertura de afiliación del SPS con respecto al total de familias sin seguridad social;
- identificar a las entidades que están realizando esfuerzos para aportar recursos estatales al financiamiento del SPS y a las entidades que no cuentan con la capacidad necesaria para esto, analizando la forma y monto de las aportaciones estatales;
- contabilizar los montos de recursos federales transferidos a las entidades (“recursos frescos”) y su relación con el número de familias afiliadas;
- describir el ejercicio de los recursos en los distintos rubros y sus principales diferencias por entidad federativa;
- analizar el cumplimiento con la entrega de reportes a la CNPSS del ejercicio del gasto por parte de las entidades federativas, y
- presentar las opiniones de las autoridades de los REPSS sobre el desempeño operativo-financiero de la CNPSS.

En la primera sección de este informe se presentan el material y los métodos utilizados para alcanzar los objetivos señalados, incluyendo una descripción de las fuentes de información y los indicadores utilizados. Posteriormente se describe la estructura financiera del SPSS, señalando las fuentes de los recursos, los fondos en los que estos se concentran, y los mecanismos para la asignación y distribución de los mismos. Finalmente se presentan los resultados de la evaluación del desempeño de las entidades federativas en los procesos operativo-financieros del SPS, incluyendo el avance en la cobertura de afiliación, la forma y monto de la ASE, las transferencias de recursos federales, el ejercicio de los recursos, la entrega de reportes y la opinión de las autoridades de los REPSS sobre el desempeño de la CNPSS en los distintos procesos.

La evaluación de los flujos financieros del SPSS incluye:

- un estudio descriptivo/analítico de la cobertura del SPS por entidad federativa;
- un estudio descriptivo de las transferencias de los recursos federales a los REPS;
- un estudio descriptivo de las aportaciones solidarias estatales, tanto de su monto como de su forma;
- un estudio descriptivo del ejercicio de los recursos por parte de los REPS;
- un análisis de los informes del ejercicio del gasto por parte de las entidades federativas, y
- los resultados de la encuesta de opinión realizada a los directores estatales del SPS sobre los procesos operativos-financieros del mismo SPS.

Las fuentes de información fueron las siguientes: el Decreto de Reforma de la Ley General de Salud del 15 de mayo de 2003; el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud; el Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud; las reglas de Operación del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud; los Acuerdos de coordinación del Sistema de Protección Social en Salud; los Criterios Generales para la Programación del Gasto e Integración de la Información Estatal Relativa al Manejo Financiero del Sistema de Protección Social en Salud; los Lineamientos Generales para el Ejercicio de los Recursos Transferidos a los Estados Participantes en el Programa de Seguro Popular de Salud; los lineamientos para el cálculo de la ASE publicado en el Diario Oficial de la Federación, los Informes de Resultados de la CNPSS para 2004 y 2005. La Dirección General de Planeación y Desarrollo (DGPlaDes) proporcionó información sobre la compra de medicamentos por parte de las entidades.

Se analizó y evaluó el desempeño de las entidades federativas con información de la operación y financiamiento del SPS en las mismas recopilada por la CNPSS en el nivel federal. Se contó con información sobre cobertura, transferencias, aportación solidaria estatal, ejercicio de los recursos y entrega de reportes de gasto.

Se realizaron visitas a seis entidades federativas con distinto grado de avance en la constitución de su REPS y se entrevistó a los Directores Estatales de Protección Social en Salud con el objetivo de complementar la información cuantitativa antes mencionada.

Además se aplicó una encuesta a los Directores Estatales del Seguro Popular en las 31 entidades federativas y el Distrito Federal sobre el avance en la constitución del REPS, la aportación solidaria estatal, la transparencia en los procesos, la oportunidad de las transferencias federales y el destino de los recursos.

En el siguiente cuadro se muestran los indicadores empleados en este análisis.

## II.

## Material y métodos



**CUADRO I.**

Indicadores de desempeño operativo y financiero del Seguro Popular de Salud

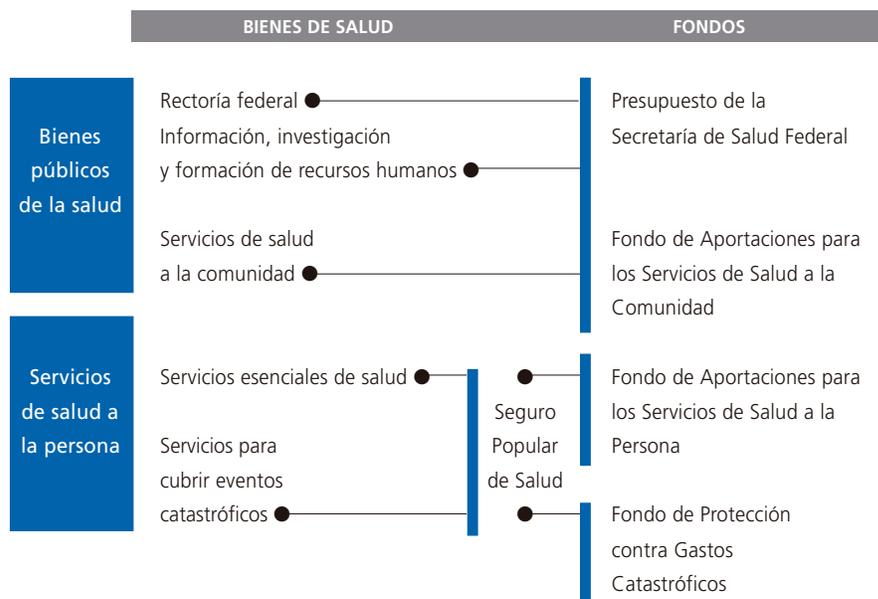
TEMA	INDICADOR
Cobertura	1. Número de familias afiliadas
	2. % de familias sin seguridad social afiliada al SPS
	3. Familias afiliadas en cada entidad como % del total nacional
	4. Antigüedad de la entidad en el SPS
	5. % de familias sin seguridad social en cada entidad del total nacional
	6. % de la población en localidades rurales
	7. % de la población hablante de lengua indígena
Aportación solidaria estatal	8. Forma de aportación solidaria estatal 2004 y 2005
	9. Monto de la aportación estatal 2004 y 2005
Transferencias de recursos federales	10. Montos de las transferencias de los recursos 2004 y 2005
	11. Transferencias por concepto 2004 y 2005
	12. Monto transferido por familia 2004 y 2005
Uso de los recursos	13. % del presupuesto ejercido por entidad federativa 2004 y 2005
	14. Presupuesto ejercido por grandes rubros 2004 y 2005
Reporte del ejercicio de los recursos	15. Número de veces que se entregaron reportes en 2004 y 2005
Encuesta de Satisfacción	16. Opinión sobre proceso de ASE
	17. Opinión sobre proceso de transferencias
	18. Opinión sobre asignación y transferencia de recursos del FPGC
	19. Opinión sobre la asignación y transferencia de recursos del FPP
	20. Opinión sobre el desempeño de la CNPSS
	21. Opinión sobre el proceso de acreditación de unidades

**E**l objetivo de esta sección es describir la estructura financiera del SPSS, en específico las fuentes y fondos de los recursos según la naturaleza de los bienes, y los mecanismos para la asignación de los mismos.

La lógica de la reforma separa el financiamiento en servicios de salud a la persona y bienes públicos relacionados con la salud. Los servicios de salud a la persona incluyen prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Los bienes públicos de salud incluyen rectoría, –generación de información y evidencias, investigación y recursos humanos–, y servicios de salud a la comunidad. Esta separación del financiamiento responde a los problemas de protección de los programas de salud pública en las reformas basadas en subsidios a la demanda.

Los servicios de salud a la comunidad son, por naturaleza, bienes públicos, que se proveen a la población independientemente de su condición de aseguramiento. La prestación de estos bienes puede ser de ámbito federal o estatal. Para el financiamiento de los bienes públicos del ámbito estatal se destinan recursos federales a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASSA (C)), que en el esquema financiero del SPS corresponden a los recursos del FASSA (C). Los bienes públicos de competencia nacional o regional son financiados y coordinados a nivel federal por la Secretaría de Salud. Estos recursos provienen del ramo 12 y son complementarios a los recursos del FASSA (C). Los servicios de salud a la persona comprenden a los servicios de atención médica. Dada la incertidumbre en el riesgo de sufrir una pérdida de la salud, el financiamiento de los servicios de salud a la persona se sustenta en una lógica de aseguramiento público financiado de forma tripartita. La población afiliada al SPSS contribuye al financiamiento mediante el

### III. Estructura financiera del Sistema de Protección Social en Salud\*



**FIGURA 1.** Correspondencia entre tipos de bienes de salud y fondos, Seguro Popular de Salud, México

\* Esta sección es un resumen del capítulo III del libro *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*. México, D.F.: Secretaría de Salud, Unidad de Análisis Económico, 2005.



pago de una cuota familiar de acuerdo a su capacidad de pago por la que recibe un conjunto de servicios explícitamente definidos en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES). A esta contribución familiar se suman una cuota social y aportaciones solidarias federal y estatal. Todas estas contribuciones se agregan en el Fondo de Aportaciones a la Salud de las Personas FASSA (P).

La *cuota social* es cubierta anualmente por el gobierno federal por cada familia afiliada al SPSS y equivale al 15% del salario mínimo general diario para el Distrito Federal vigente al 1 de enero de 2004, es decir, 2,477 pesos anuales por familia. A partir de la entrada en vigor de la reforma se actualiza trimestralmente de acuerdo con la variación en el Índice Nacional de Precios al Consumidor. Los recursos para el financiamiento de la cuota social provienen del ramo 12.

La *aportación solidaria federal* (ASF) por familia es equivalente, en promedio, a una y media veces el monto de la cuota social. El monto definido en la LGS para la ASF por familia en cada entidad se determina mediante la distribución de recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASP) conforme a una fórmula que toma en cuenta los siguientes componentes de asignación:

- i) número de familias beneficiarias;
- ii) necesidades de salud;
- iii) aportaciones adicionales que realicen las entidades, es decir, en adición a lo que la LGS les señala como ASE; este concepto se conoce como “esfuerzo estatal”; y
- iv) desempeño de los servicios de salud.

Para cada uno de estos componentes se define anualmente un porcentaje o ponderador que determina su grado de influencia en el cálculo de la ASF. Durante la fase de transición, mediante la cual se incorporan familias gradualmente al SPSS, se consideró apropiado dar el mayor peso al componente de asignación con base en el número de familias beneficiarias y, en segundo término, al componente de asignación por necesidades de salud. Es de esperarse que en los primeros años de operación del SPSS, los ponderadores de los componentes de asignación por esfuerzo estatal y desempeño tengan un impacto mínimo en la asignación.

Para calcular la ASF aplicable a cada entidad es necesario primero definir el monto anual de recursos que corresponde al FASP. En 2004 este monto se obtuvo multiplicando 3,715 pesos por familia beneficiaria (o 1.5 veces la cuota social) por el número total de familias beneficiarias establecido como meta de afiliación para dicho año a nivel nacional. Una vez estimado el monto total de recursos para el FASP, se utiliza la fórmula a que se refiere el artículo 87 del Reglamento para asignar estos recursos a las entidades federativas.

Ya estimada la asignación para cada uno de los componentes señalados, se suma el monto de recursos correspondiente a cada entidad y se divide entre el número de familias beneficiarias del SPSS en la entidad. El monto por familia resultante representa la aportación solidaria que corresponde a la Federación destinar a cada entidad federativa por Ley.

Una vez que se determina la ASF por familia beneficiaria de acuerdo con la LGS, se contabilizan los recursos existentes, es decir, se consideran los recursos federales que hoy en día se destinan para financiar servicios de salud a la persona como la parte correspondiente del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA de ramo 33), así como de otros recursos (provenientes de ramo 12) que financian la atención médica mediante programas especiales de combate a la pobreza.

Una vez calculados los recursos existentes éstos se restan de los recursos que por ASF corresponden a la entidad. Si este resultado es mayor que cero entonces la cantidad restante es transferida al estado como aportación solidaria federal “complementaria”. En caso contrario no se transfieren recursos al estado por este concepto.

La *aportación solidaria estatal* (ASE) mínima por familia equivale a la mitad de la cuota social. Esta se calcula multiplicando el número total de familias a afiliar en el año en cuestión por la mitad de la cuota social. Una vez calculado este monto, al igual que para la ASF, se contabilizan los recursos estatales



existentes que se destinan para financiar los servicios de salud a la persona como los presupuestos estatales y presupuestos locales para este fin.

La *cuota familiar* (CF) es un monto que paga anualmente cada familia afiliada, y es proporcional a su condición económica (artículo 77 Bis 21 de la LGS). Cabe señalar que la reforma establece claramente que en ningún caso la incapacidad económica para cubrir esta cuota será impedimento para la incorporación al SPS. En respuesta a lo anterior, durante el proceso de afiliación las familias son clasificadas en uno de dos regímenes: contributivo o no contributivo.

El régimen contributivo lo constituyen las familias afiliadas que aportan una cuota familiar anual, anticipada y progresiva de acuerdo a su nivel socioeconómico. El régimen no contributivo lo constituyen las familias que por su situación socioeconómica no pueden aportar la cuota familiar.

De acuerdo con el artículo 77 Bis 4 de la LGS, la unidad de protección es el núcleo familiar, que puede estar integrado por los cónyuges y los hijos menores de 18 años, además de los padres mayores de 64 años. También pueden considerarse a los hijos de hasta 25 años, solteros, que prueben ser estudiantes o discapacitados dependientes. La Ley considera también como núcleo familiar a la familia unipersonal, es decir aquella conformada por individuos solteros mayores de 18 años.

En el caso del régimen contributivo, corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la CNPSS, establecer el esquema de cuotas familiares que deberán cubrir los afiliados al SPSS. A las entidades federativas les corresponde administrar, recibir y ejercer las cuotas familiares del SPSS (artículo 77 Bis 5, inciso A, fracción VI e inciso B, fracción V de la LGS). El esquema de cuotas familiares se define con base en el nivel de ingreso familiar promedio para cada decil de la distribución de ingreso que se estima a nivel nacional. Así, se establece una CF a pagar para cada decil de ingreso.

Por otra parte, para cada familia afiliada se hace una evaluación de su nivel socio-económico a fin de ubicarla en el decil de ingreso que corresponda, y por tanto determinar el monto que le corresponde pagar o en su caso, la sujeción al régimen no contributivo. La verificación del decil de ingreso que corresponde a cada familia afiliada se realiza cada tres años (artículos 124 y 125 del Reglamento).

Por lo que se refiere al régimen no contributivo, el artículo 127 del Reglamento señala que se podrán considerar sujetas de incorporación a este régimen, aquellas familias que cumplan cualquiera de las siguientes condiciones:

- i) tener un nivel de ingreso familiar disponible (una vez descontado el gasto en alimentos) tal que los ubique en los deciles I y II de la distribución del ingreso a nivel nacional;
- ii) ser beneficiario de los programas de combate a la pobreza extrema del Gobierno Federal;
- iii) ser residentes en localidades rurales de muy alta marginación con menos de 250 habitantes; y
- iv) otros supuestos que fije la CNPSS.

La Secretaría, las entidades federativas u otros terceros solidarios podrán realizar aportaciones para cubrir la CF de las familias sujetas al régimen no contributivo. La posibilidad de que el pago de la cuota sea realizado por un tercero solidario busca preservar el concepto de financiamiento tripartito del SPSS.

## ● FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS (FPGC)

El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos se constituye con el 8% de la suma de la CS, ASF, ASE. La creación del FPGC se establece en los artículos 77 Bis 17, 77 Bis 29 y 77 Bis 30 de la LGS. El objetivo de este fondo es apoyar a las entidades federativas en el financiamiento del tratamiento de padecimientos que representan un riesgo asegurable y, en consecuencia, representan un riesgo financiero o gasto catastrófico desde el punto de vista institucional. Este fondo garantizará que la población



afiliada quede cubierta ante la ocurrencia de dichos padecimientos al constituirse como la fuente financiera que permite el acceso y la provisión de tratamientos de alta especialidad y alto costo a los afiliados al SPS.

El artículo 77 Bis 29 de la LGS define al FPGC como un fondo de reserva sin límite de anualidad presupuestal, por medio del cual se promueve un financiamiento más eficiente de los servicios de alta especialidad. Con ello se garantiza la continuidad e integralidad de la atención médica al apoyar una mejor interfase entre los servicios de primer y segundo nivel y aquéllos de alta especialidad mediante la constitución de redes de prestadores de servicios y centros regionales de alta especialidad.

## ● FONDO DE LA PREVISIÓN PRESUPUESTAL ANUAL (FPP)

El artículo 77 Bis 18 de la LGS define al fondo de la previsión presupuestal (FPP) como un fondo con límite anual para su ejercicio. El FPP tiene como objetivo proveer financiamiento para tres conceptos:

- i) el desarrollo de infraestructura médica para atención primaria y de especialidades básicas en zonas de mayor marginación social;
- ii) la cobertura de las diferencias imprevistas en la demanda de servicios esenciales en el nivel estatal;
- iii) el establecimiento de una garantía de pago ante el eventual incumplimiento de pago por la prestación de servicios esenciales entre aquellas entidades federativas que suscriban convenios de colaboración interestatal.

La fuente de ingresos para el FPP está definida en la LGS como el 3% de la suma de la CS, la ASF y la ASE. De estos recursos, dos terceras partes se destinan al financiamiento de infraestructura. La parte restante se destina al financiamiento de las diferencias imprevistas en la demanda y para el establecimiento de la garantía de pago.

La administración de los recursos en el FPP esta a cargo de la CNPSS. El instrumento financiero que permite la administración de los recursos es un fideicomiso público. Para acceder a los recursos del FPP por cualquiera de los tres conceptos, la entidad federativa debe presentar una solicitud a la CNPSS. Dicha solicitud debe cumplir en tiempo y forma con los lineamientos y reglas de operación del fideicomiso.

En este informe solo están considerados los procesos relativos al financiamiento de los servicios de salud que están en el CAUSES. Se incluye la descripción del financiamiento del FPGC y el FPP. Sin embargo no se cuenta con datos para evaluar su funcionamiento, excepto por las opiniones que tienen las autoridades de los procesos de operación de los mismos. Tampoco se incluye el análisis de los procesos para el financiamiento de los bienes públicos de la salud.

**P**ara financiar la operación del SPSS en los estados, las autoridades estatales deben cumplir con los procesos de operación y financiamiento del SPS. En el siguiente apartado se describe la estructura financiera del SPS.

En la figura 2 se muestran los elementos del flujo de recursos del SPS. Los procesos más importantes en relación con este flujo de recursos son: el establecimiento de la meta de afiliación, el envío del padrón de afiliados a la CNPSS y la afiliación de familias; la conformación de la aportación solidaria estatal; las transferencias de recursos federales a las entidades; el ejercicio de recursos, y el reporte del gasto que las entidades deben hacer frente a la CNPSS.

El primer paso en el proceso de operación del SPS es el establecimiento de la meta anual de afiliación en cada entidad federativa. Las autoridades de la entidad deben convenir en un número de familias a afiliarse ese año. Esta decisión debe tomar en cuenta los recursos públicos existentes en el estado, ya que una parte del financiamiento de la atención de las familias debe proceder de dichos recursos.

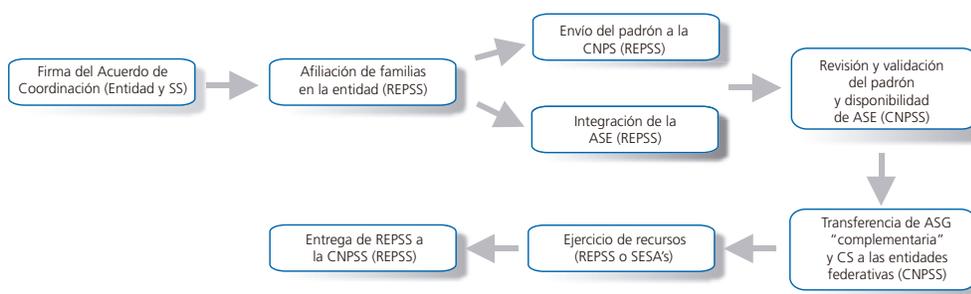
Inicialmente se firma un acuerdo de coordinación entre el estado y la Secretaría de Salud. Por parte del estado debe firmar el gobernador, el secretario de finanzas, el secretario de salud y el secretario de gobierno. En ocasiones se incluyen las firmas de otros funcionarios dependiendo de la organización del gobierno en cada entidad. Por parte de la Secretaría de Salud firma el secretario y el subsecretario de administración y finanzas. En los anexos de este acuerdo se establecen puntualmente cuatro elementos: 1) los servicios de salud que el estado está obligado a proporcionar a los beneficiarios del SPS; 2) la meta anual y metas trimestrales de afiliación de familias, 3) los recursos presupuestales tanto federales como estatales que corresponden a la entidad para la atención de sus familias afiliadas, y 4) los conceptos de gasto a los cuales se podrán destinar los recursos federales transferidos al estado. El acuerdo de coordinación se firma una sola vez y anualmente se actualizan sus anexos.

Una vez firmados los acuerdos o actualizados los anexos, cada entidad federativa inicia su periodo de promoción del SPS y realiza la afiliación según su propia estrategia, dando prioridad a los municipios más marginados. Durante la afiliación se otorga a los beneficiarios una carta de derechos, la credencial TUSALUD y se les clasifica ya sea en el régimen contributivo o no contributivo según su nivel socioeconómico.

Los datos de los afiliados se incorporan al Padrón Nacional de Beneficiarios del Seguro Popular, el cual posteriormente es revisado por las autoridades estatales y enviado a la CNPSS para su revisión en el nivel

## IV.

### Desempeño de las entidades federativas en los procesos operativo-financieros del Seguro Popular de Salud



**FIGURA 2.**  
Flujo de los recursos de SPS



federal. La CNPSS se encarga de revisar que no existan inconsistencias en dicho padrón y hacer las observaciones necesarias al REPSS en la entidad.

Una vez revisado y corregido el padrón, la CNPSS debe revisar que la Aportación Solidaria Estatal correspondiente al total de familias afiliadas durante el trimestre esté disponible para su ejecución en la entidad. Así la CNPSS autoriza la transferencia de los recursos federales por cuota social y aportación solidaria federal “complementaria” correspondientes a la atención de las familias afiliadas hasta el último trimestre transcurrido. Por su parte la entidad debió hacer su aportación solidaria estatal ya sea en forma líquida o acreditando una parte del gasto estatal en salud.

Así, la entidad ejerce los recursos correspondientes al SPS bajo dos esquemas principales. En el primer esquema el REPSS es un organismo descentralizado por lo que cuenta con patrimonio y administración de sus recursos financieros. En este caso, el REPSS contrata los servicios de los proveedores: las unidades hospitalarias y centros de salud de los servicios de salud del estado u otras instituciones tanto públicas como privadas. Estos proveedores están obligados a prestar los servicios correspondientes a los beneficiarios que los requieran. Los proveedores deben comprobar ante el REPSS que prestaron dichos servicios para que éste haga el desembolso correspondiente al pago de dichos servicios. El REPSS revisa que los individuos atendidos estén registrados en el padrón de beneficiarios del SPS y que sus derechos sigan vigentes. Eventualmente el REPSS hace visitas de supervisión a las unidades. Este esquema es muy poco común entre las entidades federativas.

El otro esquema de operación en el nivel estatal es el más común en las entidades federativas es aquel donde el REPSS es un organismo desconcentrado y su función es de revisar y supervisar el proceso de afiliación, de prestación de servicios y de ejecución de los recursos del SPS. En este esquema el proceso para la ejecución de los recursos del SPS es igual que para el resto de los recursos destinados a los servicios de salud de la entidad. En el detalle estos procesos difieren entre entidades dependiendo de su ley de ingresos. En general, existen cuatro tipos distintos de procedimientos clasificados según el capítulo de gasto al que corresponda. La construcción de obra nueva y rehabilitación de unidades llevan un proceso de licitación que generalmente es largo y complicado, lo mismo sucede con las compras grandes de equipamiento. Los medicamentos pueden ser adquiridos bajo diversas modalidades, en algunos casos se realizan las compras por medio de licitación, en otros casos se hacen las compras directas en farmacias. En este caso las farmacias otorgan crédito a los SESA's y mensualmente éstos realizan el pago por los medicamentos adquiridos. El REPSS debe revisar que tanto los medicamentos y materiales adquiridos así como el equipamiento y el resto de los insumos estén contemplados en los cuadros básicos relacionados con las intervenciones incluidas en el catálogo actualizado de servicios ofrecidos por el SPS.

El REPSS debe reportar el ejercicio del gasto a la CNPSS ya sea mensual o trimestralmente de modo que la información del ejercicio esté disponible en el nivel nacional. Con el reporte del ejercicio del gasto termina el proceso de operación del SPS.

## ● COBERTURA DE AFILIACIÓN

Uno de los principales indicadores en la evaluación del SPS tiene que ver con la afiliación de familias en las entidades federativas. La cantidad de recursos con los que cuente el SPS en cada entidad depende de la cantidad de familias que afilie.

El objetivo de este apartado es evaluar el desempeño de las entidades en la afiliación de familias sin seguridad social al SPS. Para evaluar dicho desempeño se consideran dos indicadores básicos: el “avance en cobertura” y la “participación en la afiliación nacional”. La evaluación se complementa usando indicadores de antigüedad del estado en la operación del SPS, la responsabilidad del estado en la afiliación nacional, la dispersión poblacional y la proporción de la población hablante de lengua indígena en la entidad, que son variables que influyen de manera importante en el cumplimiento de las metas de afiliación.



En la primera parte de esta sección se presentan las definiciones de los indicadores y el avance en la afiliación hasta finales de 2005. Posteriormente se presentan las relaciones entre los factores que influyen en la afiliación y el avance de cobertura entre las entidades. Finalmente se clasifica a las entidades según su desempeño.

## Definiciones

Para medir el desempeño de las entidades en términos de cobertura de afiliación se utilizan dos indicadores de cobertura. El primer indicador es el avance en cobertura, que se define como el número de familias afiliadas entre la meta de afiliación al 2010 en un lugar y tiempo determinados. Este cociente relativiza el número de familias afiliadas a la meta de afiliación de cada entidad. El segundo indicador es la participación en la afiliación nacional, que se define como el número de familias afiliadas en una entidad entre el total de familias afiliadas a nivel nacional en un tiempo determinado. El primer indicador da una idea de qué tan avanzado va el estado en el logro de su meta. El segundo indicador da una idea de la cantidad de familias que cada estado ha afiliado en comparación con el total nacional.

## Avance de la afiliación al SPS 2005

A finales de 2005 se habían afiliado al SPS más de 3.5 millones de familias, que representan 30% del total de familias sin seguridad social en el país y 20% del total de la población sin seguridad social.

Guanajuato, Tabasco y el Estado de México son las entidades que han afiliado, en términos absolutos, a la mayor cantidad de familias: 394 mil, 365 mil y 270 mil, respectivamente. Las entidades con el menor número de familias afiliadas son Baja California Sur, Durango y Veracruz, con 15 mil, 20 mil y 21 mil familias, respectivamente. Guanajuato ha afiliado un número de familias 25 veces mayor que Baja California Sur.

Esta heterogeneidad en el número de familias afiliadas entre entidades se debe a las grandes diferencias en el tamaño de población, la responsabilidad de cobertura y diversas características propias de las entidades.

Como puede observarse en el cuadro II, el avance en la cobertura y la participación en la afiliación nacional difieren de manera notable entre entidades. Hasta diciembre del 2005, 10 estados habían afiliado más del 40% de sus familias sin seguridad social. Tabasco, Colima y Aguascalientes ya habían alcanzado la cobertura universal. Baja California, San Luís Potosí, Sinaloa y Sonora presentaban avances de alrededor del 50%. Sin embargo, Michoacán, DF, Guerrero y Durango aún no habían afiliado ni al 15% de las familias sin seguridad social.

Los estados con mayor participación en la afiliación nacional en este mismo periodo fueron Guanajuato, Tabasco y Estado de México, con 11, 10 y 7.5%, respectivamente. Baja California Sur, Durango y Quintana Roo mostraban los menores porcentajes de la afiliación nacional, con 0.4, 0.6 y 0.6%, respectivamente.

## Factores relacionados con las diferencias en el avance de la cobertura de afiliación al SPS

El avance en la cobertura está relacionado tanto con características propias de las entidades como con las características de la operación del SPS en ellas. Las características de las entidades que pueden incidir en el avance en cobertura pueden ser geográficas, demográficas, socioeconómicas, culturales o políticas. Las características de la operación podrían provenir del mismo establecimiento de la meta en cada entidad, de la experiencia en la operación del SPS, las capacidades de gestión y operación con las que cuentan las autoridades estatales y la forma legal del REPSS.

**CUADRO II.**

Avance en cobertura y participación en la afiliación nacional, Seguro Popular de Salud, México 2005

Fuente: CNPSS

ENTIDAD	METAS DE AFILIACIÓN (FAMILIAS)	FAMILIAS AFILIADAS DICIEMBRE 2005	AVANCE DE A COBERTURA (%)	PARTICIPACIÓN EN LA AFILIACIÓN NACIONAL (%)
<b>Tabasco</b>	278 140	365 464	131.4	10.3
<b>Aguascalientes</b>	75 187	85 071	113.1	2.4
<b>Colima</b>	61 413	68 979	112.3	1.9
<b>Campeche</b>	84 643	65 000	76.8	1.8
<b>Tamaulipas</b>	281 355	190 000	67.5	5.3
<b>Guanajuato</b>	604 563	394 031	65.2	11.1
<b>Nayarit</b>	126 309	74 974	59.4	2.1
<b>Sinaloa</b>	233 113	126 740	54.4	3.6
<b>Sonora</b>	182 004	98 169	53.9	2.8
<b>San Luis Potosí</b>	290 132	134 964	46.5	3.8
<b>Baja California Sur</b>	37 713	15 555	41.2	0.4
<b>Morelos</b>	224 480	83 384	37.1	2.3
<b>Baja California</b>	229 025	80 000	34.9	2.2
<b>Zacatecas</b>	204 278	63 825	31.2	1.8
<b>Yucatán</b>	177 869	54 537	30.7	1.5
<b>Puebla</b>	781 537	216 651	27.7	6.1
<b>Chiapas</b>	690 396	178 397	25.8	5.0
<b>Hidalgo</b>	347 308	86 815	25.0	2.4
<b>Tlaxcala</b>	129 518	31 817	24.6	0.9
<b>Nuevo León</b>	239 485	58 453	24.4	1.6
<b>Veracruz</b>	1 044 612	235 824	22.6	6.6
<b>Querétaro</b>	145 541	32 565	22.4	0.9
<b>Jalisco</b>	703 727	153 783	21.9	4.3
<b>Quintana Roo</b>	101 109	21 697	21.5	0.6
<b>Coahuila</b>	126 855	25 555	20.1	0.7
<b>Oaxaca</b>	596 086	115 030	19.3	3.2
<b>México</b>	1 486 359	270 975	18.2	7.6
<b>Chihuahua</b>	273 103	40 000	14.6	1.1
<b>Durango</b>	144 477	20 000	13.8	0.6
<b>Guerrero</b>	518 800	52 748	10.2	1.5
<b>Distrito Federal</b>	833 349	65 000	7.8	1.8
<b>Michoacán</b>	645 768	49 974	7.7	1.4
<b>Nacional</b>	11 898 254	3 555 977	29.9	100

En este apartado se relacionan los indicadores ya analizados (avance en cobertura y participación en la afiliación nacional) con cuatro indicadores que influyen en la cobertura de afiliación:

- i) antigüedad en el SPS;
- ii) responsabilidad de afiliación;
- iii) dispersión poblacional, y
- iv) porcentaje de comunidades indígenas.



## Antigüedad de la entidad en el SPS

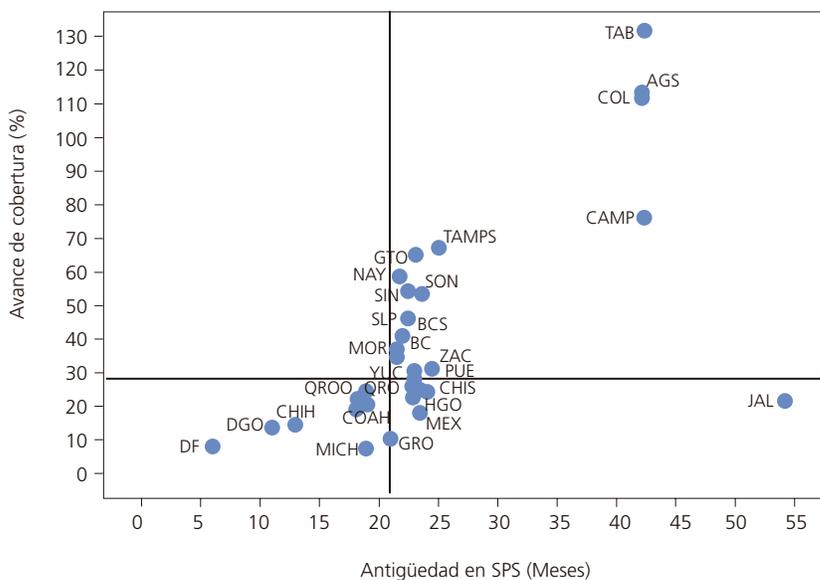
La antigüedad de la entidad en el SPS se refiere al tiempo en el que ha operado el SPS en el estado y se mide con el número de meses desde que la entidad firmó su acuerdo de coordinación por primera vez, incluyendo el tiempo en que el SPS fue un programa piloto. La relación entre la antigüedad y el avance de cobertura es positiva, como se muestra en la figura 3. Tabasco, Aguascalientes, Colima y Campeche cuentan con más antigüedad y muestran un mayor avance. En contraste, Chihuahua, Durango y el Distrito Federal llevan muy poco avance en cobertura debido a que se incorporaron recientemente al SPS. Jalisco muestra muy poco avance en cobertura a pesar de haberse incorporado al SPS en etapas muy tempranas.

## Responsabilidad de afiliación

La responsabilidad de afiliación es otro factor que incide de manera directa en el avance en cobertura. Esta se define como la proporción de familias de la meta nacional que le toca afiliar a cada estado, esto es, el número de familias sin seguridad social en el estado (meta estatal) entre el número de familias sin seguridad social en el país (meta nacional). En general los estados que tienen una menor responsabilidad presentan un mayor avance en cobertura; tal es el caso de Tabasco, Aguascalientes y Colima. En contraste, el Estado de México, Veracruz y el Distrito Federal, que tienen una mayor responsabilidad, presentan un grado de avance menor (figura 4).

## Dispersión poblacional

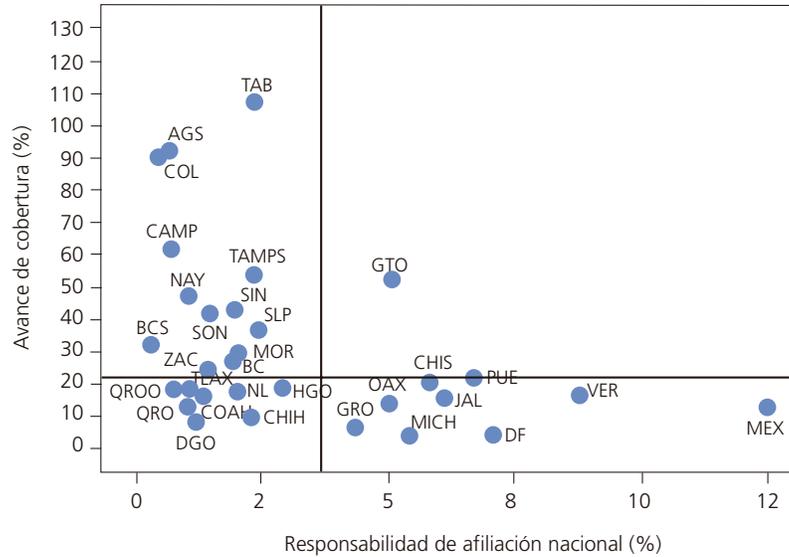
La dispersión poblacional es un factor que incide negativamente -aunque de manera indirecta- en el avance de la cobertura. La dispersión de la población se mide por medio de la proporción de personas que habitan en localidades rurales del total de población en el estado. Mientras mayor dispersión o mayor proporción de personas habitando en localidades rurales tenga la entidad, mayores esfuerzos deberán realizar las autoridades encargadas de afiliar a la población en la entidad para lograr la cobertura universal de familias, ya que deberán llegar a la población de localidades pequeñas y/o lejanas. Colima y Aguascalientes presentan una baja dispersión poblacional que ha facilitado la afiliación al SPS. Oaxaca,



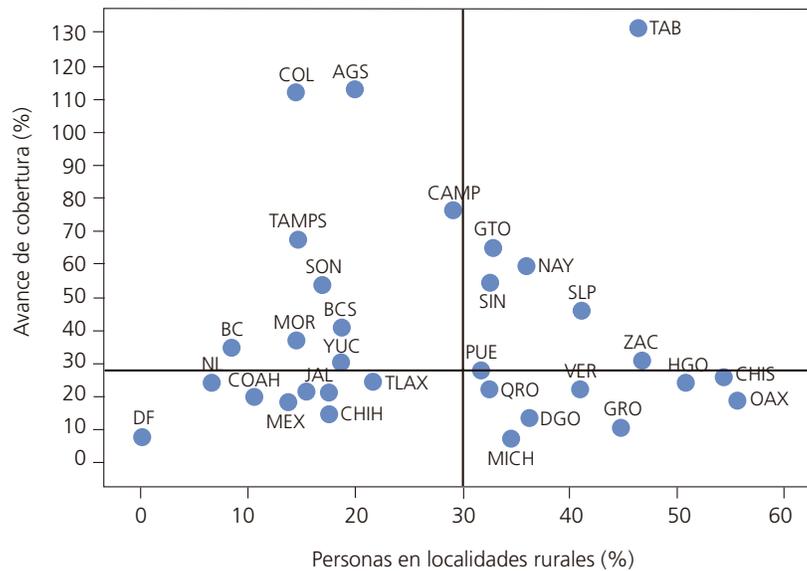
**FIGURA 3.**  
Relación entre avance de cobertura y antigüedad en el SPS, México



**FIGURA 4.**  
Relación entre  
responsabilidad de  
afiliación y avance de  
cobertura de afiliación  
al SPS, México 2005



**FIGURA 5.**  
Relación entre  
dispersión poblacional  
y avance de cobertura  
del SPS, México 2005



Hidalgo y Chiapas muestran un menor avance en parte porque 50% de su población reside en localidades rurales. Sin embargo, Tabasco es una entidad con un porcentaje importante de localidades rurales y presenta un avance considerable (figura 5).

### Porcentaje de población indígena

Otro indicador que podría incidir en el avance de la cobertura es el porcentaje de personas hablantes de lengua indígena de la población total del estado. En teoría esta relación debería ser negativa ya que mientras mayor es este porcentaje mayores serán las barreras culturales para la afiliación. En la figura 6 se muestra que la mayoría de entidades que cuentan con un porcentaje importante de población hablante de lengua indígena muestran una baja cobertura de afiliación, en contraste con entidades como Aguascalientes, Colima y Tabasco que cuentan con pocos hablantes de leguas indígenas. Sin embargo,



existe un número importante de entidades que no tienen un porcentaje alto de población indígena y no presentan un gran avance en cobertura.

## Desempeño en Cobertura de las Entidades Federativas

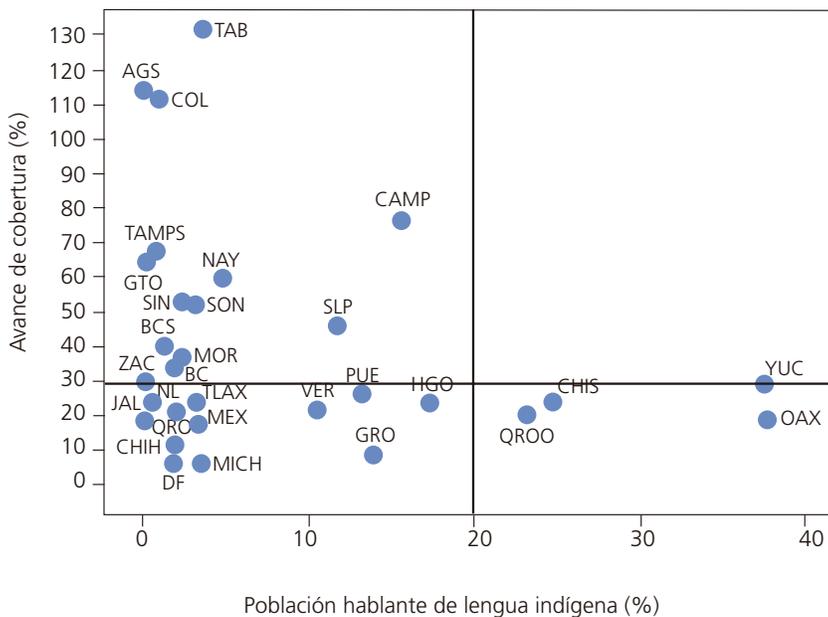
En este apartado se evalúa el desempeño de las entidades en términos de su avance en la cobertura de afiliación al SPS, considerando las cuatro características recién discutidas, así como la participación de las entidades en la afiliación nacional.

Inicialmente se ordenó a las entidades federativas según su avance en cobertura del mayor al menor. Posteriormente se clasificó a las entidades federativas en tres grupos: avance alto, avance medio y avance bajo. Se clasificaron las entidades en función de su antigüedad, su responsabilidad, su dispersión y según su población hablante de lengua indígena en tres grupos para cada indicador: alto, medio y bajo, según el lugar que ocupan en las distribuciones. También se consideró la participación de la afiliación en cada entidad dentro de la afiliación nacional para evaluar el esfuerzo que ha realizado cada entidad con respecto al resto de ellas.

Una vez comparados los indicadores para cada entidad, las entidades se clasificaron en seis grupos:

- i) entidades con cobertura universal;
- ii) entidades con coberturas cercanas a la cobertura universal;
- iii) entidades con nivel medio de cobertura y condiciones desventajosas;
- iv) entidades con nivel medio de cobertura y condiciones ventajosas;
- v) entidades con nivel bajo de cobertura y condiciones desventajosas, y
- vi) entidades con nivel bajo de cobertura y condiciones ventajosas.

Es importante mencionar que el ejercicio de evaluación que se lleva a cabo en este apartado se basa en la comparación de indicadores entre entidades federativas por lo que los resultados para cada entidad son relativos al resto de las entidades.



**FIGURA 6.** Relación entre el porcentaje de población hablante de lengua indígena y el avance de cobertura del SPS, México 2005



### Entidades con cobertura universal

Tabasco está en primer lugar de avance en cobertura. De hecho ha afiliado al 131% de las familias que le corresponden. Además ha afiliado la segunda mayor proporción de familias del total nacional: 10.3%, a pesar de contar con una alta dispersión poblacional (46.3%) (véase cuadro III).

Colima y Aguascalientes ya alcanzaron la cobertura universal (112% y 113%). Sin embargo, su participación en la afiliación nacional es de nivel medio. Estas entidades muestran condiciones ventajosas en términos de dispersión y de porcentaje de población hablante de lengua indígena.

Estas tres entidades ya han superado la meta de afiliación que les correspondía. Este exceso puede deberse a dos razones. La primera es que el número de familias a afiliar posiblemente estaba subestimado. La segunda es que no se haya contemplado a las familias unipersonales que forman parte de otro núcleo familiar.

### Entidades con coberturas cercanas a la cobertura universal

Guanajuato muestra uno de los mejores desempeños en cobertura de afiliación. A pesar de ocupar el sexto lugar en avance de cobertura (véase cuadro III), es la entidad que cuenta con la mayor proporción del total de familias afiliadas a la fecha, 11%. Además presenta condiciones más desventajosas que Tabasco en términos de antigüedad en el SPS y responsabilidad de afiliación.

San Luís Potosí también muestra un buen desempeño. Aunque ocupa el décimo lugar en cobertura (46.5%), su antigüedad es media y menor al promedio nacional (22.5 meses), y aunque tiene una responsabilidad media (2.4%), también ha afiliado una de las proporciones más altas de familias del total nacional (3.8%). Además cuenta con las desventajas de tener alta dispersión y alta proporción de población hablante de lengua indígena.

Campeche y Nayarit presentan niveles medios de cobertura de afiliación. Colima muestra un alto porcentaje de población hablante de lengua indígena. Nayarit una alta dispersión poblacional.

Tamaulipas, Sinaloa y Sonora han afiliado proporciones altas y medias del total de la afiliación nacional; sin embargo, aún no alcanzan su cobertura universal a pesar de contar con condiciones ventajosas sobre otras entidades.

### Entidades con nivel medio de cobertura y condiciones desventajosas

Dentro de este grupo destacan Veracruz y Chiapas por su alta participación en la afiliación nacional – cuarto y quinto lugares– a pesar de que sus condiciones en términos de responsabilidad, dispersión y población hablante de lengua indígena son de las más desventajosas de todo el país.

Puebla ocupa el séptimo lugar en participación en la afiliación nacional. La única diferencia con respecto a Chiapas y Veracruz es que el valor del indicador de dispersión es menos desventajoso.

Hidalgo y Zacatecas son entidades que a pesar de mostrar desventajas relativas en dispersión; su participación en la afiliación nacional es media. Hidalgo, además, muestra alto porcentaje de población hablante de lengua indígena.

Yucatán cuenta con una proporción muy baja de la afiliación nacional, que puede explicarse por el alto porcentaje de población hablante de lengua indígena, 37%. Pero, no muestra ninguna otra desventaja. Sin embargo, en una de las visitas a esta entidad, se observó que no cuentan con las condiciones de infraestructura necesarios para afiliar a un mayor número de familias.

### Estados con nivel medio de cobertura y condiciones ventajosas

Nuevo León ocupa uno de los últimos lugares de participación en la afiliación nacional a pesar de que cuenta con ventajas en términos de responsabilidad de afiliación, dispersión poblacional y población indígena.



ENTIDAD	AVANCE DE COBERTURA	ANTIGÜEDAD EN SPSS	RESPONSABILIDAD DE AFILIACIÓN	DISPERSIÓN DE LA POBLACIÓN	POBLACIÓN HABLANTE DE LENGUA INDÍGENA	PARTICIPACIÓN EN LA AFILIACIÓN NACIONAL
Tabasco	1	2	14	5	12	2
Aguascalientes	2	3	30	18	31	14
Colima	3	4	31	27	27	18
Campeche	4	5	29	16	6	19
Tamaulipas	5	6	13	25	26	6
Guanajuato	6	12	8	12	29	1
Nayarit	7	20	27	10	11	17
Sinaloa	8	17	17	13	19	10
Sonora	9	9	21	23	17	12
San Luis Potosí	10	18	12	7	9	9
Baja California Sur	11	19	32	20	24	32
Morelos	12	21	19	26	18	15
Baja California	13	22	18	30	22	16
Zacatecas	14	7	20	4	30	21
Yucatán	15	13	22	19	1	23
Puebla	16	14	4	15	8	5
Chiapas	17	15	6	2	3	7
Hidalgo	18	10	11	3	5	13
Tlaxcala	19	8	25	17	15	28
Nuevo León	20	24	16	31	28	22
Veracruz	21	16	2	8	10	4
Querétaro	22	28	23	14	20	27
Jalisco	23	1	5	24	25	8
Quintana Roo	24	25	28	22	4	30
Coahuila	25	26	26	29	32	29
Oaxaca	26	29	9	1	2	11
Edo de México	27	11	1	28	14	3
Chihuahua	28	30	15	21	16	26
Durango	29	31	24	9	21	31
Guerrero	30	23	10	6	7	24
Distrito Federal	31	32	3	32	23	20
Michoacán	32	27	7	11	13	25

**CUADRO III.**  
Desempeño en cobertura de afiliación al SPSS por entidad federativa, México 2005

Fuente: CNPSS

Baja California Sur es la entidad que cuenta con el más alto avance en cobertura del grupo de estados con desempeño medio. Sin embargo, también es la entidad que ha afiliado a la menor proporción de familias en todo el país. Dadas sus condiciones de responsabilidad de afiliación, dispersión poblacional y población indígena, debería mostrar un mejor desempeño en cobertura. Esta entidad debe señalarse como área de oportunidad y es posible que su atraso en términos de cobertura se deba a factores distintos a los analizados en este apartado. Por estos motivos es recomendable realizar un análisis detallado de este caso.

Morelos y Baja California, a pesar de que no cuentan con ninguna desventaja en términos de antigüedad en el SPSS, responsabilidad de afiliación, dispersión poblacional y población indígena, muestran un avance de cobertura "medio" con proporciones "medias" de la afiliación nacional.



### **Entidades con nivel bajo de cobertura y condiciones desventajosas**

Guerrero es uno de los estados con menor avance en cobertura además de tener de las menores participaciones en la afiliación nacional. Sin embargo, las condiciones que presenta son desventajosas en todos los aspectos.

Oaxaca, a pesar de contar con un bajo avance en cobertura, presenta una participación en la afiliación nacional media –ocupa el décimo primer lugar–. Las condiciones de esta entidad son de las más desventajosas en todos los aspectos: es el estado con mayor dispersión, ocupa el segundo lugar en población hablante de lengua indígena y fue de los últimos estados en incorporarse al SPS.

El Estado de México y Jalisco, aunque presentan dos de los avances de cobertura más bajos, tienen dos de las más altas responsabilidades de afiliación, primero y quinto lugar, respectivamente. Además son entidades que han afiliado proporciones altas de la afiliación nacional, con el tercer y octavo lugar, respectivamente. Por estos motivos es posible concluir que el bajo avance de cobertura de esta entidad se debe a la gran magnitud de sus poblaciones.

El DF, Durango y Chihuahua fueron las últimas entidades en incorporarse al SPS, por lo que su experiencia es muy limitada y su avance en afiliación muy pobre: 7.8, 13.8 y 14.6%, respectivamente. El DF, además de que entró tardíamente al SPS, tiene una alta responsabilidad de afiliación: 7% de las familias a afiliar en todo el país. Esto lo coloca en el tercer lugar de responsabilidad. Sin embargo, no presenta limitaciones en términos de dispersión poblacional y población indígena. Por su parte, Durango, además de tener poco tiempo en el SPS, tiene al 36% de su población viviendo en localidades rurales, dos obstáculos para el avance en cobertura.

### **Entidades con nivel bajo de cobertura y condiciones ventajosas**

Michoacán ocupa el último lugar en avance en cobertura y uno de los últimos lugares en participación en la afiliación nacional. Esta entidad, aunque cuenta con poca experiencia y ocupa el séptimo lugar en responsabilidad de afiliación, muestra un desempeño que puede calificarse de bajo ya que existen entidades con condiciones más desventajosas que muestran indicadores de desempeño mucho mejores, como Guerrero y Oaxaca.

Coahuila, Querétaro y Quintana Roo tienen una antigüedad mayor que Oaxaca y todas sus condiciones son ventajosas. A pesar de esto su avance en cobertura y participación en la afiliación nacional son bajos.

Tlaxcala cuenta con un avance en cobertura de 24.6%, menor que el promedio nacional, y no presenta condiciones desventajosas, por lo que se puede concluir que su desempeño en cobertura es bajo. Es posible que el atraso en términos de cobertura se deba a factores distintos a los analizados en este apartado. Por estos motivos es recomendable realizar un análisis detallado de este caso.

## **● APORTACIÓN SOLIDARIA ESTATAL**

Una de las obligaciones de los gobiernos estatales en el financiamiento del SPSS es contribuir con la Aportación Solidaria Estatal (ASE). Esta aportación queda establecida anualmente en el Anexo IV del acuerdo de coordinación. La ASE se efectúa en cuatro partes –cada una corresponde a un trimestre del año–. La entidad federativa por medio del REPSS debe dar aviso a la CNPSS sobre la disponibilidad de dichos recursos para que ésta autorice la transferencia de los recursos federales a la entidad. Según los “Lineamiento para la Medición de la ASE”, la aportación solidaria se puede realizar de dos maneras: directa o “líquida” (recursos que no están incluidos en el presupuesto de salud del estado o en el presu-



puesto de otra dependencia) o indirecta (mediante el registro del gasto estatal o de la inversión de años anteriores).

El objetivo de este apartado es analizar la distribución del monto de las aportaciones estatales entre las entidades federativas así como sus distintas formas. Se identifican las entidades que aportan recursos estatales adicionales al financiamiento del SPS y a las entidades que acreditan su ASE mediante el registro del gasto estatal y la inversión en salud de años anteriores.

Los montos y la forma de aportación solidaria estatal realizados por cada entidad federativa dependen principalmente de cuatro factores. El primero es la responsabilidad de la afiliación nacional con la que cuenta cada entidad. A mayor responsabilidad, es decir, mayor cantidad de familias a afiliar, el estado necesitará una cantidad mayor de recursos propios para cumplir con su ASE. El segundo factor es el tamaño de la economía y la capacidad recaudatoria de cada entidad; mientras mayor sean éstas, mayor facilidad tendrá el estado para aportar recursos adicionales y para acreditar inversión en salud. El tercer factor es el nivel de inversión en salud en la entidad; mientras mayor sea éste, la entidad tendrá mayor facilidad para acreditar esta inversión como parte de su aportación. El último factor y posiblemente el más importante, es la voluntad política de las autoridades estatales. Si éstas están de acuerdo y apoyan la implantación del SPS en la entidad, habrá mayor voluntad para canalizar recursos frescos así como para incrementar el gasto estatal en salud.

A continuación se presenta un panorama sobre las aportaciones estatales de las entidades federativas en 2004 y 2005. Posteriormente se explican las distintas modalidades bajo las cuales se puede hacer la aportación estatal y se identifican las entidades que ocuparon cada modalidad en 2004 y 2005.

## Montos de las aportaciones en 2004 y 2005

En 2004 se acreditaron por concepto de ASE 1,285 millones de pesos, de los cuales 18% fueron “líquidos”. En 2005 la ASE ascendió a 3,154 millones de pesos, de los cuales 25% fueron “líquidos” o “frescos” (figura 7).

Las aportaciones de las entidades en 2004 van desde 197 hasta 3 millones de pesos. Las diferencias entre las aportaciones de las entidades se deben a las diferencias en el número de familias afiliadas. Tabasco, Tamaulipas y Sinaloa fueron las entidades que tuvieron las aportaciones más altas. En contraste, Querétaro, Coahuila y Yucatán fueron las entidades con las aportaciones más bajas. Chihuahua, DF y Durango no se habían incorporado al SPS en 2004 por lo que no hicieron aportación (figura 8).

En 2005 Tabasco nuevamente fue la entidad con la mayor aportación, con más de 400 millones de pesos, seguida de Guanajuato, con 338 millones. Las entidades con menor aportación fueron Durango, Quintana Roo y Baja California Sur con 13, 16 y 18 millones de pesos, respectivamente (figura 9).

## Modalidades de las aportaciones solidarias estatales

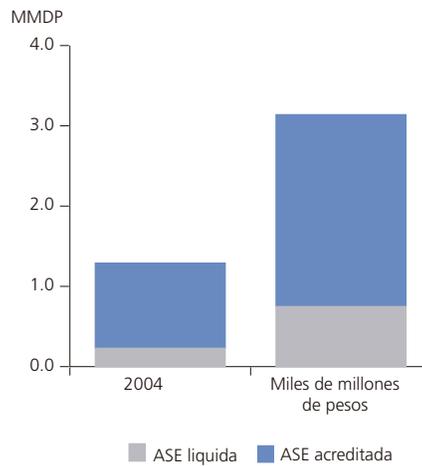
De acuerdo con los lineamientos para la medición de la ASE publicados en el *Diario Oficial de la Federación* (DOF) el 22 de abril de 2005, durante el periodo 2004-2010 se consideran dos procedimientos o la combinación de ambos para la acreditación de la ASE

- i) registro directo de la ASE y
- ii) registro del gasto estatal en el cual se pueden contabilizar los recursos que los gobiernos estatales ejercen para el fortalecimiento de los servicios de salud en el ejercicio fiscal vigente, así como recursos



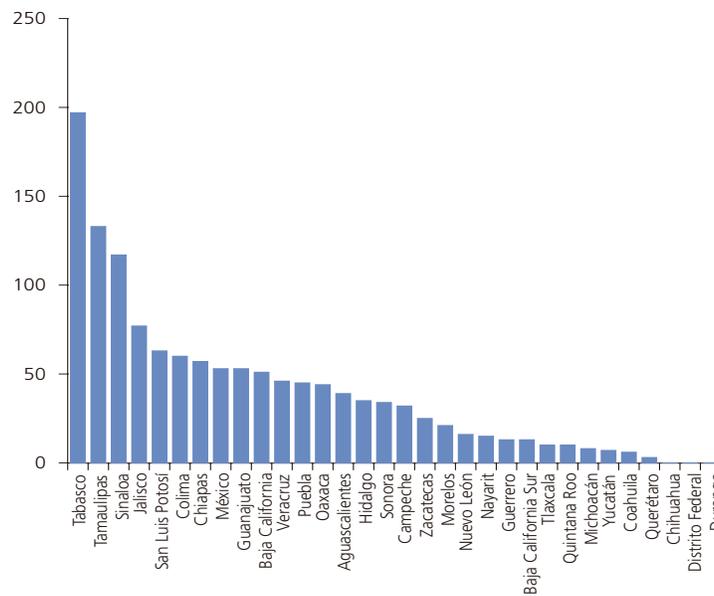
**FIGURA 7.**  
Aportación Solidaria  
Estatad SPS, México  
2004-2005

Fuente: CNPSS



**FIGURA 8.**  
Aportación solidaria  
estatal por entidad  
federativa SPS, México  
2004

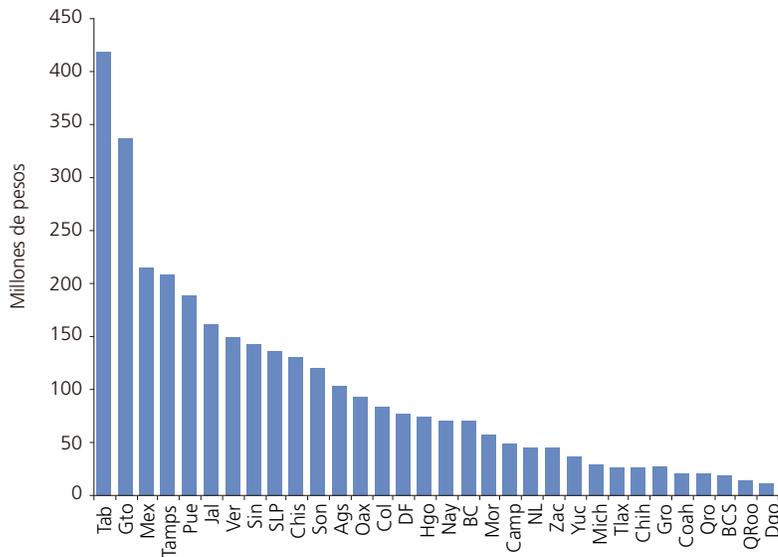
Fuente: CNPSS



que hayan invertido en infraestructura y equipamiento médico de alta especialidad en la entidad como máximo cinco años antes de la incorporación al SPS, con previa autorización de la CNPSS.

El registro del gasto estatal para la acreditación de la ASE considera los siguientes conceptos:

- i) presupuestos extraordinarios;
- ii) gasto en inversión ;
- iii) aportaciones municipales y donaciones, y
- iv) otros presupuestos.



**FIGURA 9.**  
Aportación solidaria estatal por entidad federativa, México 2005

Fuente: CNPSS

Dentro de los recursos que no pueden contabilizarse como ASE se incluyen los recursos de Ramo 12 (SALUD), Ramo 33, aportaciones de los gobiernos estatales para cubrir las cuotas familiares y presupuesto estatal que no esté destinado a la salud.

En 2004, de las 29 entidades que se encontraban incorporadas al SPS, dos (7%) acreditaron la ASE a través de recursos frescos; 18 entidades acreditaron su ASE por medio del registro de su gasto estatal, y 12 de éstas 18, incluyeron el registro de la inversión en infraestructura y equipamiento en años anteriores; nueve entidades acreditaron su ASE por medio del registro de su gasto estatal en salud además de aportar una parte en dinero fresco, y dos de éstas nueve entidades incluyeron inversión en infraestructura y equipamiento (figura 10).

Baja California, Baja California Sur, Zacatecas, Chiapas, Morelos, San Luís Potosí Coahuila, Guerrero, Tamaulipas y Aguascalientes realizaron su aportación solidaria estatal utilizando recursos estatales “frescos”. Las primeras dos entidades de la lista aportaron el 100% de la ASE de manera líquida; las siguientes tres entidades pusieron entre el 40% y el 80% de la ASE con recursos frescos, y las cinco entidades restantes cubrieron su ASE con menos de 40% de recursos frescos.

El resto de las entidades acreditaron su ASE de manera indirecta. Aguascalientes, Campeche, Jalisco, Nuevo León, Sonora y Tabasco acreditaron su ASE con su presupuesto regularizable. Colima, Guanajuato, México, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Sinaloa, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán, además de su presupuesto regularizable, tuvieron que acreditar inversión en infraestructura y equipamiento de años anteriores para cubrir su ASE. Quintana Roo y Tamaulipas también lo hicieron, pero además incluyeron aportación líquida (figura 11).

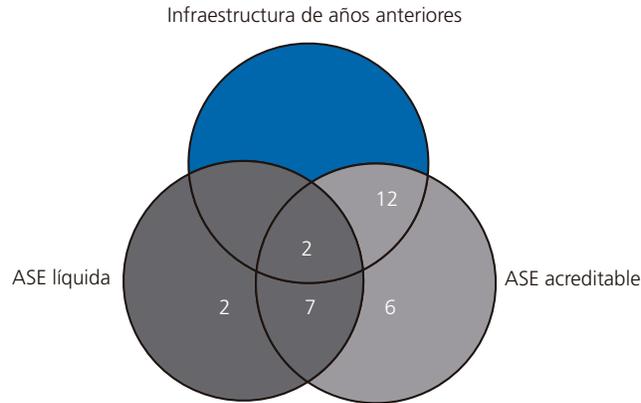
Para 2005 ya se encontraban incorporados al SPS las 31 entidades federativas y el Distrito Federal. En este año fueron cinco las entidades que pudieron hacer su aportación estatal de manera líquida; 19 entidades acreditaron su ASE mediante su registro del gasto en salud; nueve de las 19 incluyeron inversión en infraestructura de años anteriores, y ocho entidades acreditaron la ASE con el presupuesto en salud del estado y a través de recursos frescos, de las cuales dos incluyeron infraestructura (figura 12).

Las entidades que utilizaron recursos frescos para realizar su ASE en este año fueron Tabasco, Baja California, Baja California Sur, Tlaxcala, Guerrero, Chiapas, Zacatecas, Durango, Hidalgo, San Luís Potosí, Morelos, Yucatán y Coahuila. Las cinco primeras aportaron el total de su ASE de manera líquida. Los tres



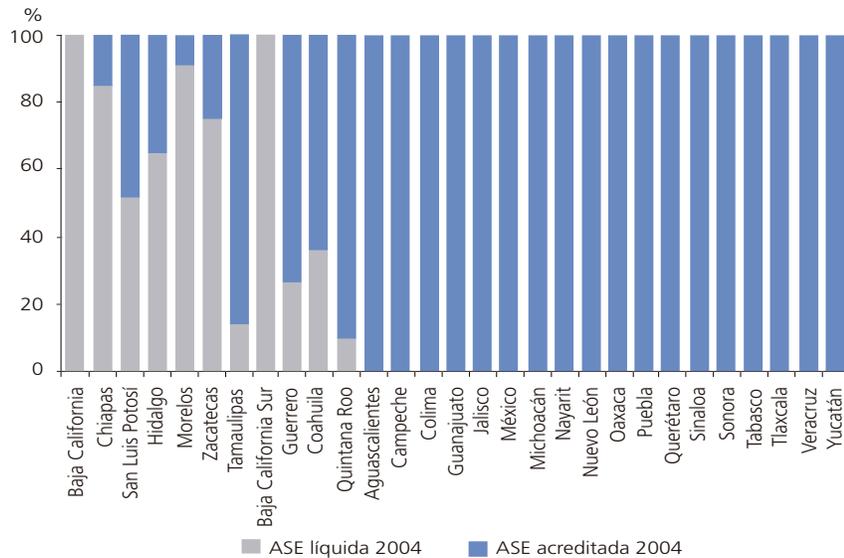
**FIGURA 10.**  
Estructura de la ASE,  
SPS, México 2004

Fuente CNPSS



**FIGURA 11.**  
Aportación solidaria  
estatal por tipo de  
aportación en las  
entidades federativas,  
SPS, México 2004

Fuente CNPSS

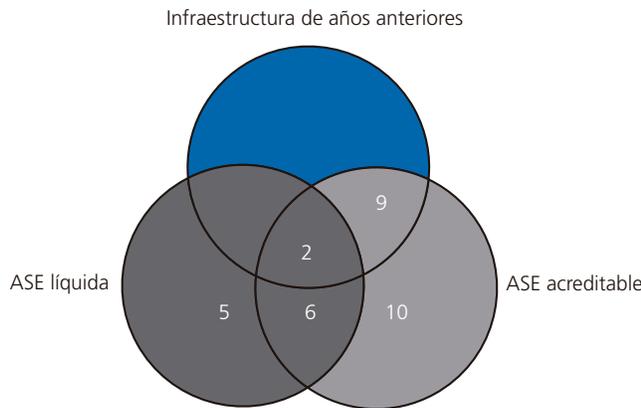


siguientes aportaron más de 70% de su ASE de manera líquida y las últimas cinco aportaron menos del 40% de su ASE de esa misma forma.

El resto de las entidades acreditaron su ASE por medio del registro de su gasto en salud. Aguascalientes, Campeche, Chihuahua, Distrito Federal, Jalisco, Michoacán, Nuevo León, Quintana Roo, Sonora y Tamaulipas acreditaron su ASE por medio de su presupuesto regularizable. Colima, Guanajuato, México, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Sinaloa y Veracruz, requirieron incluir inversión de años anteriores en infraestructura y equipo médico además de su presupuesto en salud, para poder acreditar el total de su ASE. Los estados que combinaron ambas modalidades de acreditación de su aportación, incluyendo infraestructura, fueron Yucatán y Durango (figura 13).

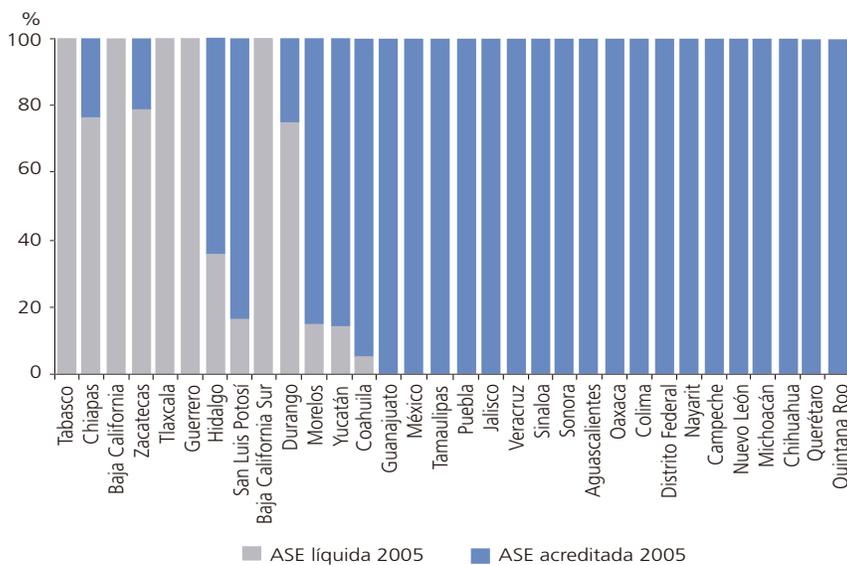
## ● TRANSFERENCIA DE RECURSOS FEDERALES

Como se mencionó anteriormente, los recursos federales son transferidos una vez que se ha validado el padrón de beneficiarios y que se ha demostrado que los recursos estatales están disponibles para su ejecu-



**FIGURA 12.**  
Estructura de la ASE,  
SPS, México 2005

Fuente CNPSS



**FIGURA 13.**  
Aportación solidaria  
estatal por tipo de  
aportación en las  
entidades federativas,  
SPS, México 2005

Fuente CNPSS

ción en la entidad. Los montos transferidos equivalen a la suma de la cuota social transferible, la aportación solidaria federal "complementaria" y los gastos de operación correspondientes a cada entidad.

La cuota social transferible equivale a la cuota social menos el 11% de la suma de CS, ASF y ASE, que se destina al FPGC y FPP. La aportación solidaria federal "complementaria" equivale a la ASF menos los recursos federales que hoy en día se destinan para financiar servicios de salud a la persona como la parte correspondiente del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA de ramo 33), así como de otros recursos (provenientes de ramo 12) que financian la atención médica mediante programas especiales de combate a la pobreza. Los gastos de operación (GO) son los recursos destinados principalmente para la operación de los REPPS en las entidades y representan una proporción relativamente pequeña del monto total transferido a las entidades.

Como consecuencia, los montos transferidos a las entidades están en función de la combinación de tres factores principales: la cantidad de familias afiliadas, la cantidad de recursos federales ya destinados al financiamiento de los servicios de salud a la persona en la entidad y a la proporción de familias incorporadas en el año correspondiente a cada trimestre.



La atención de la salud de una familia que se incorpora al SPS en el primer trimestre del año debe financiarse durante los cuatro trimestres del mismo. En cambio el financiamiento de la atención de una familia que se afilia en el último trimestre dura un solo trimestre. Así mientras mayor sea la proporción de familias incorporadas en el primer trimestre mayor será el monto transferido a la entidad.

El objetivo de este apartado es analizar los montos de recursos federales transferidos (“recursos frescos”) y sus diferencias entre las entidades federativas. Inicialmente se presentan los montos de recursos federales transferidos por entidad federativa para 2004 y para 2005. Posteriormente se lleva a cabo un análisis comparativo de los montos transferidos por entidad federativa entre 2004 y 2005.

## Montos transferidos

El monto total de recursos federales transferidos a las entidades federativas por medio del SPS en 2004 fue de 3,059 millones de pesos. Esto equivale, en promedio, a 1,957 pesos por familia afiliada.

Del total de estos recursos transferidos 1,719 millones (56%) correspondieron al concepto de “cuota social transferible”. Por concepto de aportación solidaria federal se transfirieron 1,245 millones de pesos (41%) y por gastos de operación se transfirieron 95 millones de pesos (3%).

Los montos totales transferidos a cada entidad federativa van de 4.9 millones de pesos a Querétaro hasta 536.6 millones a Tabasco. Así, la relación del monto mayor transferido en el año con el monto menor fue de 109 a 1. La distribución de los montos transferidos entre entidades federativas presenta un coeficiente de variación de 1.05, que indica que existe alta variabilidad en la misma. De hecho, 71% de los recursos transferidos se concentraron en diez entidades: Tabasco, Tamaulipas, Sinaloa, Jalisco, Guanajuato, San Luis Potosí, México, Chiapas, Veracruz y Puebla. Las 11 entidades con menores montos transferidos fueron Campeche, Guerrero, Nuevo León, Nayarit, Tlaxcala, Michoacán, Baja California Sur, Quintana Roo, Yucatán, Coahuila y Querétaro, que concentraron 8% de los recursos transferidos (figura 14).

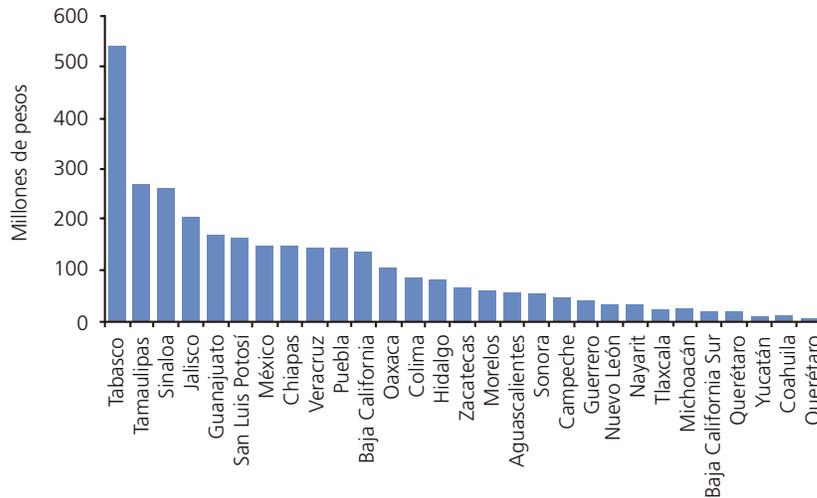
En 2005 se incorporaron al SPSS las últimas entidades: Chihuahua, Distrito Federal y Durango. Los recursos transferidos en ese año a las entidades federativas ascendieron a 6,401 millones de pesos: 59% por concepto de cuota social, 39% por concepto de aportación solidaria federal y 2% para gastos de operación.

La relación entre el monto transferido a Tabasco (el mayor) y el monto transferido a Durango (el menor) fue de 54 a 1. El coeficiente de variación para esta distribución es de 0.9. Además 70% de los recursos transferidos se concentraron en 10 entidades federativas: Tabasco, Guanajuato, México, Puebla, Veracruz, Jalisco, Tamaulipas, San Luis Potosí, Sinaloa y Oaxaca. Las 11 entidades que menos recursos recibieron (7% del total de los recursos) fueron: Guerrero, Chihuahua, Tlaxcala, Nuevo León, Michoacán, Yucatán, Querétaro, Coahuila, Quintana Roo, Baja California Sur y Durango (figura 15).

## Montos transferidos por familia afiliada

En la figura 16 se muestran que la relación entre los montos transferidos y el número de familias afiliadas es positiva y lineal. El coeficiente de Pearson para estas variables fue de 0.91 y 0.96 para 2004 y 2005 respectivamente. Este coeficiente mide el grado de asociación lineal entre dos variables y puede tomar valores entre 0 y 1.

Un indicador más objetivo de la variabilidad de la distribución de transferencias entre entidades es el monto transferido por familia afiliada. Este es el cociente entre el monto total transferido al estado en determinado periodo, y el número total de familias afiliadas en la entidad en el mismo periodo. Este indicador tiene la ventaja de que los montos transferidos están ajustados por el número de familias



**FIGURA 14.**  
Distribución de los recursos federales de SPS por entidad federativa, México 2004

Fuente: CNPSS

afiliadas, por lo que se espera que muestre menor variabilidad y represente un mejor indicador para medir las desigualdades en las transferencias entre entidades.

La entidad que mayor cantidad de recursos por familia recibió en 2004 fue Zacatecas, con 3,117 pesos por familia, seguido de San Luis Potosí con 3,111 pesos y Guerrero con 3,076 pesos. Querétaro, Nayarit y Aguascalientes recibieron los menores montos por familia: 502, 851 y 867 pesos por familia respectivamente.

La relación del monto por familia transferido a Zacatecas (el mayor) al monto transferido a Querétaro (el menor) es de 6.2 veces. La variabilidad de esta distribución es de 0.4, cifra bastante menor que para la distribución de los montos absolutos transferidos (1.05). Seis entidades se ubican por arriba del promedio nacional (figura 17).

En 2005 la entidad que mayor monto por familia recibió fue Tabasco con 2,666 pesos, seguido de Puebla con 2,379 y Baja California 2,204 pesos por familia. Yucatán, Durango y Querétaro recibieron los menores montos por familia transferidos con, 621, 899 y 940 pesos por familia respectivamente. La relación del monto por familia transferido a Tabasco (el mayor) y el monto transferido a Yucatán (el menor) fue de 4.3 veces. La variabilidad de esta distribución es de 0.3.

Por arriba del promedio nacional hay 10 entidades federativas: Tabasco, Puebla, Baja California, San Luis Potosí, Sinaloa, Jalisco, Oaxaca, Estado de México, Tlaxcala y Guanajuato (figura 18).

Se puede concluir que a pesar de que las diferencias entre montos transferidos por entidad son considerables, estas diferencias son atribuibles a las diferencias de variabilidad en el número de familias afiliadas entre las entidades. Al ajustar el indicador con el número de familias afiliadas, la distribución resulta mucho menos heterogénea.

Cabe mencionar que las diferencias aún existentes entre entidades en los montos transferidos por familia se deben principalmente a la cantidad de recursos del FASSA ramo 33 recibidos por la entidad y a la proporción de familias incorporadas en el año correspondiente a cada trimestre.

En el cuadro IV se muestra una lista de entidades que no recibieron recursos por concepto de ASF complementaria debido a que la magnitud de sus recursos de FASSA ramo 33 rebasó el monto que por ASF debía recibir el estado.

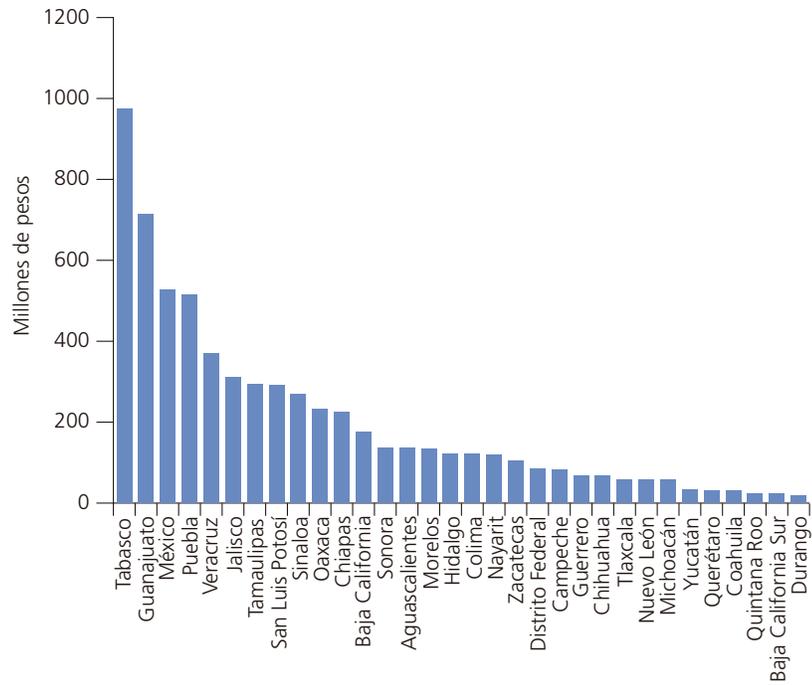
Yucatán, Durango, Querétaro y Nuevo León son entidades que no recibieron ASF "complementaria" en 2005, además de que muestran los menores montos por familia transferidos.

Para ilustrar la relación entre los montos por familia transferidos y la proporción de familias incorporadas en el año correspondiente a cada trimestre se comparan dos casos: Tabasco y Guanajuato. En 2005

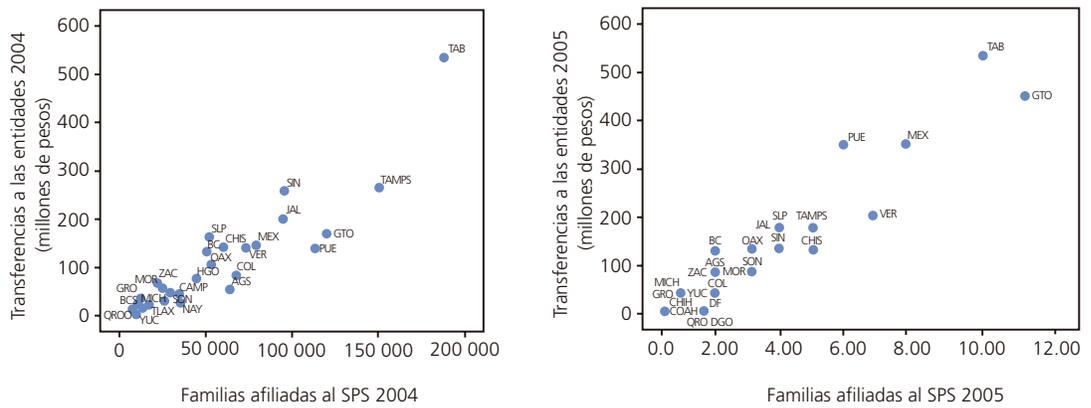


**FIGURA 15.**  
Distribución de los recursos federales de SPS por entidad federativa, México 2005

Fuente: CNPSS



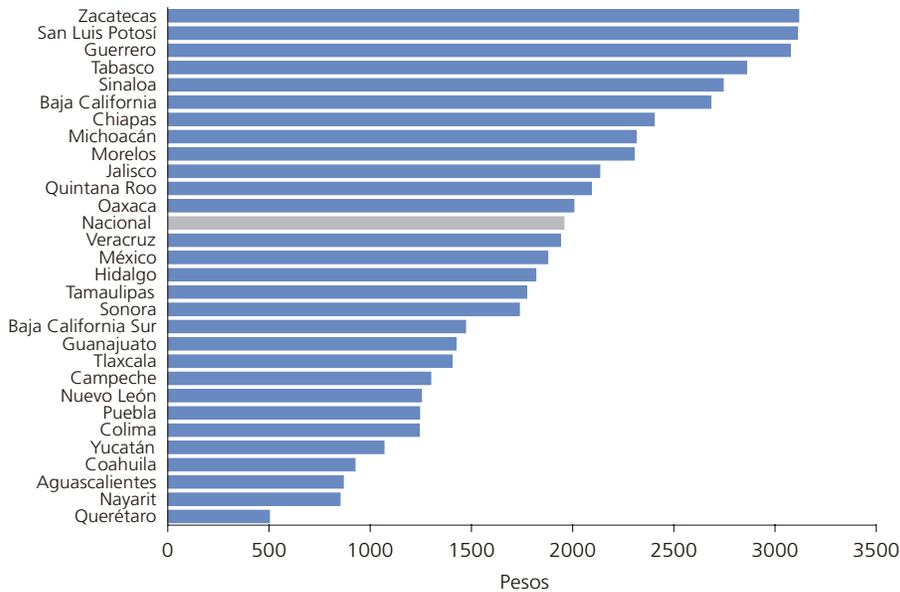
**FIGURA 16.**  
Relación entre los montos transferidos y el número de familias afiliadas por entidad federativa, SPS, México 2004-2005



ambas entidades recibieron ASF "complementaria" y Guanajuato afilió una proporción mayor de familias que Tabasco, sin embargo Tabasco incorporó la mayor parte de las familias en el tercer trimestre y Guanajuato lo hizo en el cuarto trimestre. Por este motivo, Tabasco presenta un monto mayor por familia que Guanajuato para ese año.

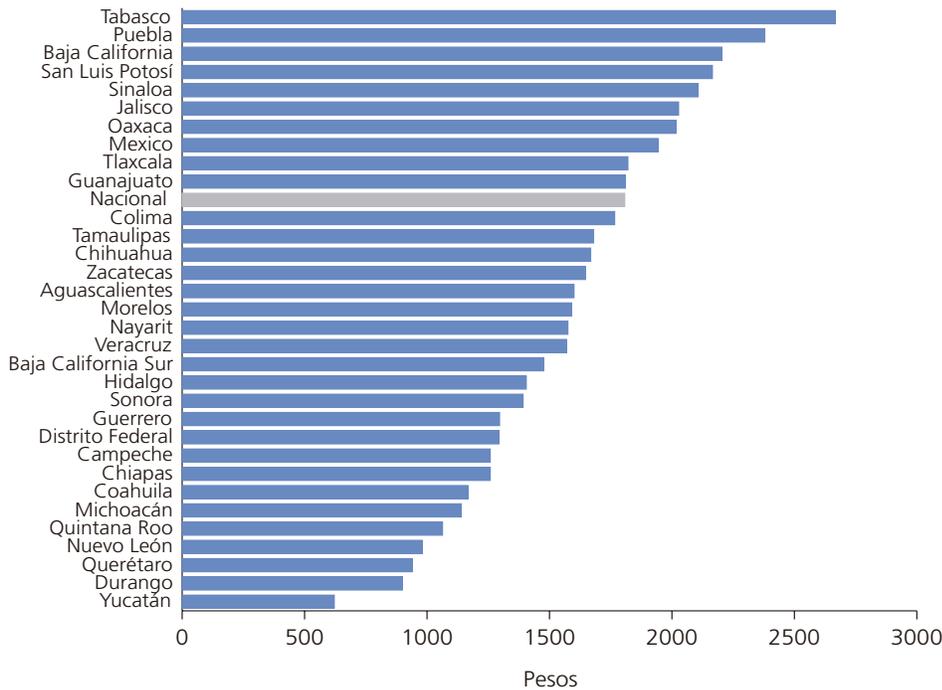
### Comparativo 2004-2005

Entre 2004 y 2005 la distribución de los montos transferidos muestran una mejoría notoria. Con respecto a los montos absolutos transferidos, la relación entre las entidades que mayores y menores recursos recibieron pasó de 109 a 1 a 54 a 1. Con respecto a los montos transferidos por familia afiliada, entre



**FIGURA 17.** Distribución de los recursos federales transferidos por familia entre las entidades federativas, SPS, México 2004

Fuente: CNPSS



**FIGURA 18.** Distribución de los montos transferidos por familia entre las entidades federativas, SPS, México 2005

Fuente: CNPSS

2004 y 2005 la relación entre la entidad que mayores recursos recibió y la entidad que menos recursos recibió pasó de 6.2 a 1 en 2004 a 4.3 a 1 en 2005.

La variación en las transferencias absolutas entre entidades de un año a otro dependió de la cantidad de familias afiliadas. Al hacer el comparativo entre la cantidad de recursos que recibieron las entidades entre un año y otro, se observa que Tabasco fue al que más recursos se le transfirieron en ambos años, seguido por Tamaulipas en 2004 y Guanajuato en 2005.

**CUADRO IV.**

Entidades federativas que no recibieron recursos por concepto de ASF “complementaria” en 2004 y 2005, SPS, México

Fuente: Dirección General de Financiamiento y Operación. CNPSS. SS

ENTIDAD FEDERATIVA	2004	2005
<b>Aguascalientes</b>	X	X
<b>Baja California Sur</b>	X	X
<b>Campeche</b>	X	X
<b>Coahuila</b>	X	X
<b>Colima</b>	X	X
<b>Durango</b>		X
<b>Nuevo León</b>		X
<b>Querétaro</b>	X	X
<b>Sonora</b>		X
<b>Yucatán</b>	X	X

Por lo que se refiere a los montos por familia, estos varían considerablemente de un año a otro. La entidad que mayores recursos por familia recibió en 2004 fue Zacatecas. En 2005 la entidad que mayores recursos por familia recibió fue Tabasco.

La entidad que mostró un incremento mayor en el monto transferido por familia entre 2004 y 2005 fue Querétaro con un incremento de seis veces en términos reales. En Guanajuato el incremento fue de cuatro veces en términos reales. Sinaloa tuvo un decremento de 1% de sus recursos transferidos en términos reales entre 2004 y 2005.

## ● EJERCICIO DE RECURSOS FEDERALES

En el apartado anterior se analizaron las transferencias de recursos federales a las entidades. Como se menciona en el primer apartado de este informe, estas transferencias se realizan de forma trimestral, de acuerdo con el número de familias afiliadas. Los reportes administrativos de la CNPSS –organismo encargado de realizar las transferencias– muestran que la afiliación de familias generalmente es de mayor magnitud en el último trimestre del año. Esto implica que en general, la mayor cantidad de recursos se transfiere en ese trimestre.

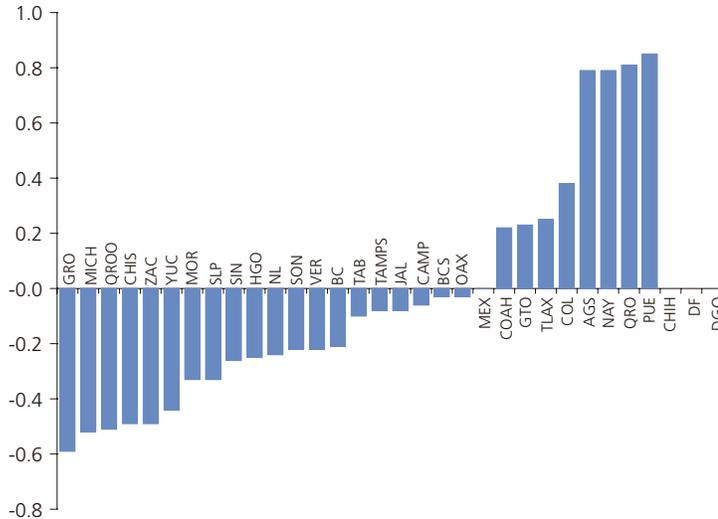
Esto hace que las entidades tengan una gran cantidad de recursos a finales del año, mismos que sería imposible ejercer antes del final del año fiscal. Por este motivo, a las entidades se les permite seguir ejerciendo los recursos hasta seis meses después del cierre del ejercicio presupuestal normal. Así, las entidades tienen hasta la mitad del siguiente año para ejercer los recursos correspondientes al año en cuestión.

El objetivo de este apartado es describir el ejercicio de los recursos federales (CS y ASF “complementaria”) transferidos a los estados al 31 de diciembre, de 2004 y 2005. Este análisis incluye tanto los tiempos de ejercicio de los recursos como su destino, así como una sección sobre precios de compra de algunos medicamentos.

Aquí no se incluye el análisis del ejercicio de los recursos que provienen de las cuotas familiares (CF) y la aportación solidaria estatal (ASE), de modo que el término “recursos transferidos” se referirá exclusivamente a los recursos federales transferidos.

Una vez transferidos los recursos a las entidades, estos se pueden ejercer en cinco conceptos establecidos en el Anexo IV de los Acuerdos de Coordinación de los estados, como lo marcan los Criterios Generales para la Programación del Gasto e Integración de la Información Estatal Relativa al Manejo Financiero del SPSS:

- i) remuneraciones de personal directamente involucrado en la prestación de servicios de atención médica en el SPSS (médicos, enfermeras, técnicos, ect).



**FIGURA 19.**  
Crecimiento de los recursos federales por familia recibidos, SPS, México 2004 y 2005

Fuente: CNPSS

2004				2005			
RANKING DE TRANSFERENCIAS	ESTADO	TRANSFERENCIAS	FAMILIAS	RANKING DE TRANSFERENCIAS	ESTADO	TRANSFERENCIAS	FAMILIAS
1	TAB	536 626 038	187 726	1	TAB	974 371 963	365 464
2	TAMPS	265 855 557	150 000	2	GTO	713 230 407	394 031
3	SIN	260 706 897	95 000	3	MEX	526 430 125	270 975
4	JAL	202 387 434	94 825	4	PUE	515 472 519	216 651
5	GTO	170 763 690	119 888	5	VER	369 971 491	235 824
6	SLP	162 412 002	52 211	6	TAMPS	319 256 044	190 000
7	MEX	147 171 611	78 425	7	JAL	311 733 324	153 783
8	CHIS	144 203 861	60 000	8	SLP	292 250 949	134 964
9	VER	143 276 700	73 836	9	SIN	266 903 645	126 740
10	PUE	140 469 385	112 912	10	OAX	231 881 961	115 030
11	BC	134 147 685	50 000	11	CHIS	224 351 899	178 397
12	OAX	105 385 540	52 530	12	BC	176 283 718	80 000
13	COL	83 842 366	67 479	13	SON	136 656 623	98 169
14	HGO	79 689 359	43 838	14	AGS	136 085 763	85 071
15	ZAC	67 441 468	21 636	15	MOR	132 595 008	83 384
16	MOR	57 562 058	24 997	16	HGO	121 957 650	86 815
17	AGS	55 700 360	64 234	17	COL	121 829 425	68 979
18	SON	50 435 952	29 038	18	NAY	118 080 350	74 974
19	CAMP	45 474 267	35 000	19	ZAC	105 121 076	63 825
20	GRO	36 907 758	12 000	20	DF	84 022 695	65 000
21	NL	32 573 626	26 000	21	CAMP	81 787 661	65 000
22	NAY	29 759 000	34 974	22	GRO	68 383 489	52 748
23	TLAX	23 668 522	16 855	23	CHIH	66 712 270	40 000
24	MICH	23 131 109	10 000	24	TLAX	57 894 098	31 817
25	BCS	18 643 604	12 674	25	NL	57 295 130	58 453
26	QROO	16 693 906	7 976	26	MICH	56 911 930	49 974
27	YUC	10 680 370	10 000	27	YUC	33 864 196	54 537
28	COAH	9 034 796	9 769	28	QRO	30 611 856	32 565
29	QRO	4 889 886	9 749	29	COAH	29 835 028	25 555
NA	CHIH	NA	NA	30	QROO	23 060 620	21 697
NA	DF	NA	NA	31	BCS	22 953 295	15 555
NA	DGO	NA	NA	32	DGO	17 986 164	20 000

**CUADRO V.**  
Montos transferidos a las entidades federativas vía Seguro Popular, México 2004 y 2005

Fuente: CNPSS



- ii) adquisición de medicamentos contemplados en el CAUSES y otros insumos necesarios para la prestación de dichos servicios a los afiliados del SPSS.
- iii) adquisición de equipo médico, instrumental, mobiliario médico, de laboratorio y gabinete; incluyendo vehículos destinados a la prestación de servicios (ambulancias, unidades móviles),
- iv) rehabilitación y mantenimiento de unidades médicas, y
- v) construcción de nuevos espacios para la provisión de servicios médicos incluidos en el Plan Maestro de Infraestructura (PMI).

## Ejercicio de los recursos 2004

Al 31 de diciembre de 2004 se habían ejercido 1,960 millones de pesos que representaron 66% del total de recursos transferidos a las entidades federativas. Algunos estados como Coahuila, Oaxaca y Aguascalientes ejercieron el 100% de los recursos transferidos. Sin embargo, Chiapas y Michoacán no ejercieron recursos en ese año, y Jalisco, Guanajuato, Nuevo León, Puebla y Querétaro ejercieron menos del 50% de sus recursos (véase figura 20).

La mayor parte de los recursos se ejerció en la compra de medicamentos (45%) y pago de honorarios a médicos y enfermeras que prestan servicio a familias de SPS (29%). Los recursos ejercidos en la compra de equipo básico representaron 16% del total de recursos ejercidos y los recursos que se utilizaron para mantenimiento y obra nueva representaron 7% y 3%, respectivamente (figura 21).

Muchos estados ejercieron gran parte de sus recursos en la compra de medicamentos. Tal es el caso de Coahuila que ejerció el total de sus recursos en este rubro. Tlaxcala, Baja California, Baja California Sur, Nayarit, Tamaulipas, Sonora, Colima, Quintana Roo, San Luís Potosí y Sinaloa ejercieron más del 50% en compra de medicamentos.

Guanajuato (80%), Querétaro (70%), Hidalgo (68%) ejercieron más del 50% de sus recursos en pago a honorarios médicos, de enfermeras y otros. Morelos ejerció 55% de los recursos en la adquisición de equipo médico, instrumental, mobiliario médico y laboratorio.

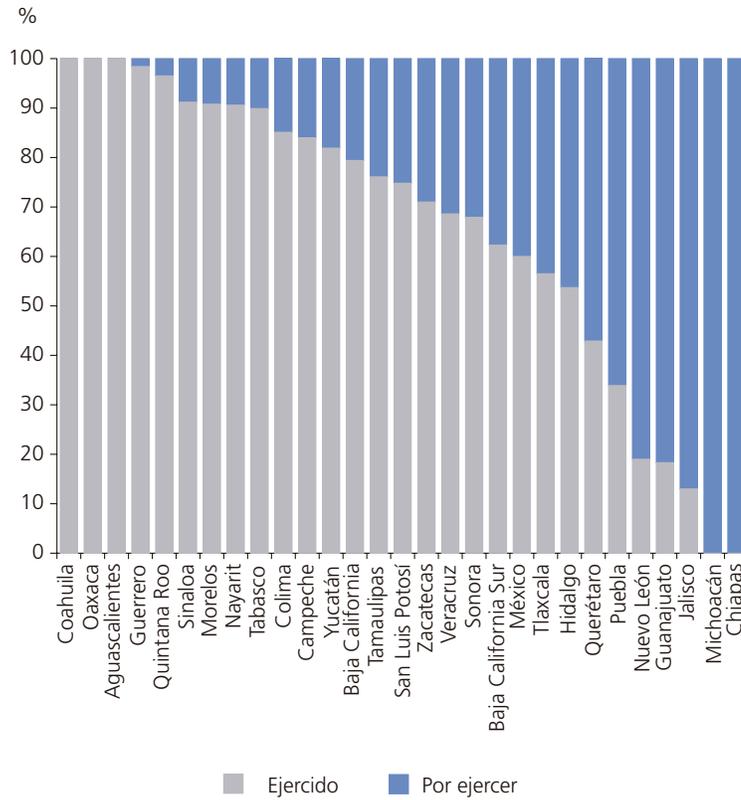
Zacatecas (41%), San Luís Potosí (14%) Sinaloa (4%), Tabasco (3%) y Tamaulipas (1%) ejercieron recursos para la construcción de nuevos espacios incluidos en el Plan Maestro de Infraestructura (PMI).

## Ejercicio de los recursos 2005

En 2005 se ejercieron 4,500 millones de pesos, que representan 67% de los recursos transferidos. En este año fueron ocho las entidades que ejercieron el 100% de los recursos transferidos: Chihuahua, Aguascalientes Baja California, Oaxaca, Quintana Roo, Tamaulipas, Coahuila y Sinaloa. Sin embargo algunos estados ejercieron porcentajes muy bajos de sus recursos transferidos. Tal es el caso de Michoacán, que ejerció 1%, Sonora 3%, Tlaxcala (17%), Querétaro (21%) y Campeche (21%) (figura 23).

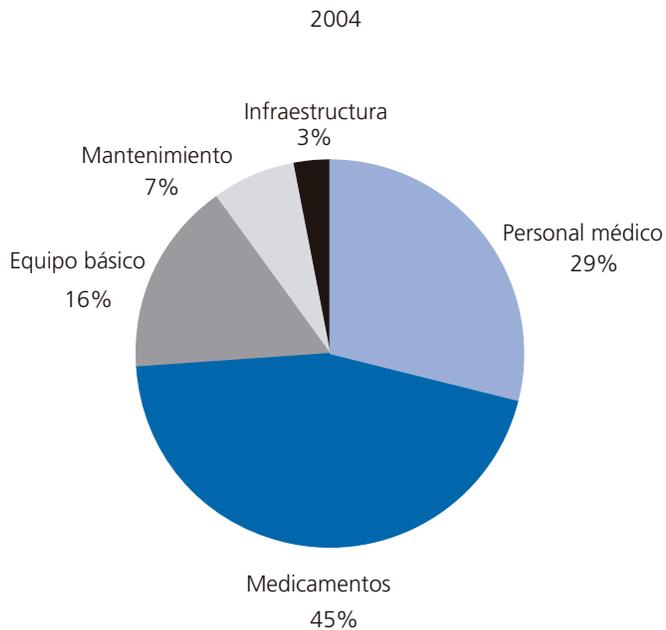
Del total de recursos transferidos a todas las entidades, 42% se destinaron a la compra de medicamentos, 31% al pago de honorarios médicos, 15% a la compra de equipo básico, 10% para mantenimiento y rehabilitación de unidades médicas y 2% para construcción de espacios nuevos (figura 24).

Como se muestra en la figura 25, la mayor parte de los estados ejercieron sus recursos en la compra de medicamentos y/o la contratación de personal. Chihuahua, Durango, Baja California ejercieron más del 80% de sus recursos en la compra de medicamentos. El único estado que no ejerció recursos en este rubro fue Michoacán, que destinó el total de sus recursos a la contratación de personal médico. Jalisco (66%), Tlaxcala (65%), Aguascalientes (63%), Chiapas (58%) y Quintana Roo (58%) fueron otras entidades con altos porcentajes de recursos ejercidos en este rubro.



**FIGURA 20.** Porcentaje de recursos del SPS ejercidos al 31 de diciembre de 2004, México

Fuente: CNPSS



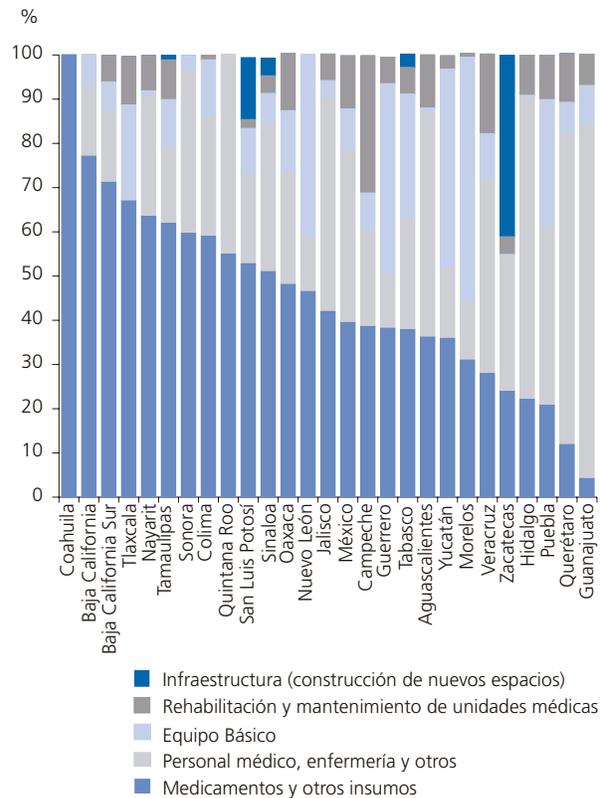
**FIGURA 21.** Ejercicio de los recursos del SPS, México 2004

Fuente: CNPSS



**FIGURA 22.**  
Distribución de los recursos del SPS, México 2004

Fuente: CNPSS



Guanajuato, Nuevo León y el DF destinaron más del 30% de sus recursos a la compra de equipo médico y de laboratorio. Guanajuato de hecho destinó 53% de los recursos ejercidos a este rubro, convirtiéndose en la entidad que más gasta en equipo médico y de laboratorio en términos porcentuales. En el rubro de rehabilitación y mantenimiento de unidades médicas, las entidades que mayor proporción de sus recursos ejercieron fueron Puebla, que destino 38%, Estado de México, 28%, y Oaxaca, 27%.

Zacatecas y Sonora ejercieron 17% de sus recursos en construcción de obra nueva. Otras entidades que ejercieron recursos en este rubro fueron San Luis Potosí (8%), Nuevo León (7%) y Tabasco (5%).

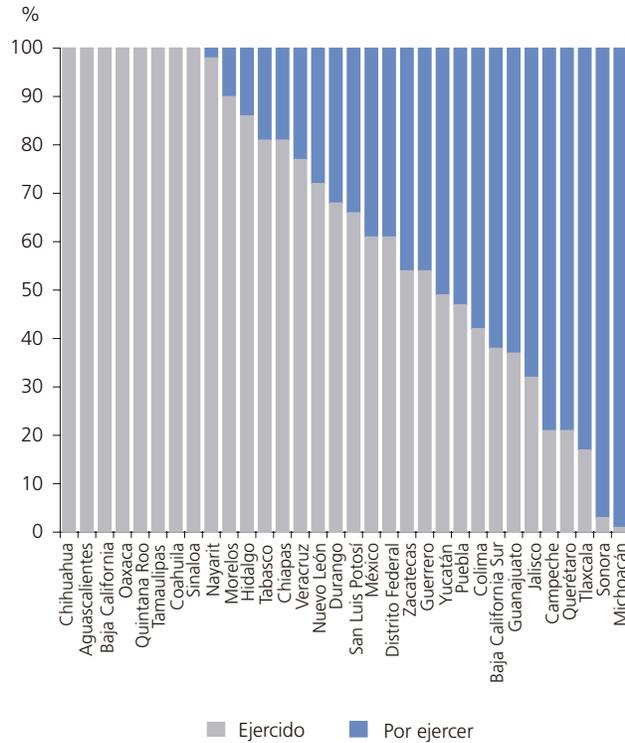
## Comparativo 2004-2005

En el ejercicio de los recursos de 2004 sólo dos entidades ejercieron el 100% de los recursos. En 2005 el número de entidades que ejercieron todos sus recursos aumentó a ocho. Cabe destacar que las entidades de Aguascalientes y Oaxaca ejercieron el 100% de sus recursos en ambos años. El número de entidades que ejercieron menos del 20% de los recursos transferidos pasaron de 5 a 3 entre 2004 y 2005. Michoacán se mantuvo con un bajo nivel de ejercicio de recursos en ambos años.

En el ejercicio de recursos por rubro en las entidades federativas se puede observar la gran variedad de necesidades y capacidades. Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Colima, Jalisco, Nayarit, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco, Tamaulipas y Veracruz mostraron consistencia en su ejercicio por rubros en ambos años. Sin embargo también se identificaron entidades cuyo ejercicio por rubro se modificó en gran medida de un periodo a otro. Tal es el caso de Guanajuato que en 2004 ejerció la mayor parte de los recursos en el pago a honorarios médicos (80%). En 2005 este rubro representó 1%, la mayor parte de los recursos se ejerció en adquisición de equipo médico y de laboratorio (52%). Otro caso es Tlaxcala, que

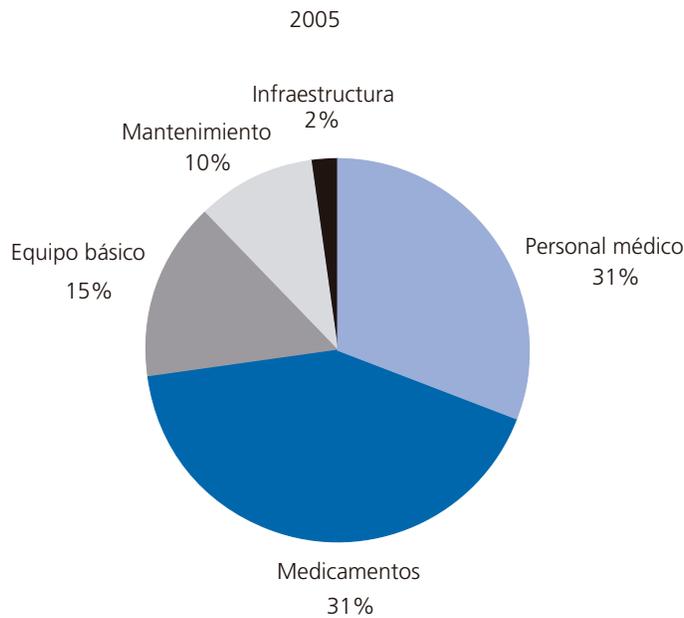


en 2004 ejerció la mayoría de sus recursos en la compra de medicamentos (77%). En 2005 la mayoría de los recursos se ejercieron en el pago de honorarios (65%). Zacatecas destinó en 2004 la mayor parte de los recursos para la construcción de obra nueva (40%). En 2005 dedicó 45% de sus recursos al pago de honorarios médicos.



**FIGURA 23.** Porcentaje de recursos del SPS ejercidos al 31 de diciembre de 2005, México

Fuente: CNPSS



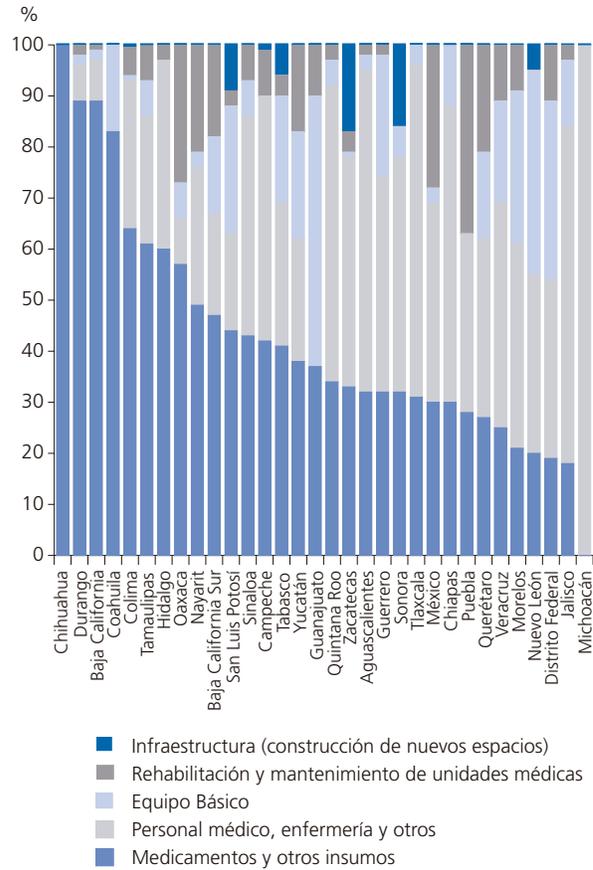
**FIGURA 24.** Distribución de los recursos del SPS, México 2004

Fuente: CNPSS



**FIGURA 25.**  
Distribución de los recursos del SPS, México 2005

Fuente: CNPSS



## Compra de medicamentos\*

Como se mencionó, la mayor parte de los recursos transferidos a las entidades (45% en 2004 y 42% en 2005) se destinó a la compra de medicamentos que se emplean en las intervenciones incluidas en el catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES), vigente para esos años.

Once entidades en 2004 y ocho en 2005 destinaron más del 50% de sus recursos transferidos a este rubro; sin embargo, algunas entidades ejercieron menos del 20% en dicho concepto.

El monto total de recursos destinado a la compra de medicamentos ascendió a 1,900 millones de pesos. Las entidades que ejercieron la mayor cantidad de recursos fueron: Tabasco, Tamaulipas, Baja California, Oaxaca y Sinaloa, que ejercieron más de 100 millones de pesos cada una.

Los montos ejercidos por cada entidad en este rubro dependen de los medicamentos que se adquieran, el volumen de compra de cada uno de ellos y su precio unitario. En este apartado se analiza el precio de algunos medicamentos y sus diferencias entre entidades federativas, mencionando los posibles ahorros para algunas entidades en este rubro.

\* Esta sección fue elaborada con información proporcionada por la DGPLADES para 17 entidades federativas: Aguascalientes, Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua, Guanajuato, Jalisco, Estado de México, Morelos, Nayarit, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco, Tlaxcala y Zacatecas.



Se analizaron los precios de tres claves de medicamentos: electrolitos orales, ácido fólico, diclofenaco e Irbesartán/hidroclorotiazida. Esta selección obedeció a tres criterios: el mayor volumen de compra; la adquisición en el mayor número de entidades, y la mayor variación en el precio.

Los *electrolitos orales* se emplean para el tratamiento de la diarrea aguda y gastroenteritis infecciosa. Este medicamento se adjudicó en la mayor cantidad (más de tres millones de unidades) a un precio promedio por unidad de 0.88 pesos. Tres entidades adquirieron el medicamento al menor precio, 0.77 pesos por unidad, en tanto que una lo adquirió al mayor precio: 1.20 pesos por unidad. Si esta última hubiese adquirido los electrolitos orales al precio al que los adquirieron las tres primeras hubiese ahorrado el 35% de sus recursos.

El diclofenaco es un analgésico y desinflamatorio. Este se adquirió en 16 entidades federativas en su presentación en capsulas de 20 de 10 mg. El precio promedio de dicho medicamento fue de 4.2 pesos por unidad. Sin embargo, una entidad lo compró a 3 pesos por unidad (el menor precio) y otra a de 5.5 pesos por unidad (el mayor precio). Si esta última lo hubiese adquirido al mismo precio que la primera, hubiera ahorrado 45% de su compra.

El Irbesartán/hidroclorotiazida para el tratamiento de hipertensión que se adjudicó únicamente en dos entidades federativas, una lo compró a 336 pesos por unidad y otra a 175 pesos por unidad. La primera se hubiera ahorrado 48% en su compra si hubiera adquirido el medicamento al mismo precio que la segunda.

## ● ENTREGA DE REPORTES DEL EJERCICIO

De acuerdo con el artículo 77 Bis 5 fracción B-VIII de la Ley General de Salud y la cláusula Décima Sexta del Acuerdo de Coordinación, las entidades federativas, a través de los REPSS, deben proporcionar información sobre ejercicio de los recursos transferidos para la operación del SPSS. El retraso en la entrega de dicha información es motivo de suspensión de la transferencia de recursos federales a las entidades federativas, como lo establece el artículo 81 del Reglamento de la Ley. En este apartado se analiza el cumplimiento con la entrega de reportes por los diferentes tipos de reporte del ejercicio del gasto por parte de las entidades federativas.

Las entidades federativas deben de elaborar cinco tipos de reportes del gasto y enviarlos a la Dirección General de Financiamiento de la CNPSS: el programa anual de gasto, el reporte de avance del ejercicio del presupuesto federal, el reporte del ejercicio de la aportación solidaria estatal, la conciliación de las cuotas familiares y el reporte del ejercicio de las cuotas familiares (cuadro VI).

El programa anual de gasto contiene información sobre la programación de los recursos federales por rubros de gasto en base a la meta de afiliación establecida para cada entidad. Este programa se envía a la Dirección General de Financiamiento de la CNPSS una vez al año.

El avance del ejercicio del presupuesto federal se refiere al ejercicio de los recursos que se transfieren por concepto de cuota social y/o aportación solidaria federal complementaria por rubro de gasto. Este reporte se envía mensualmente dentro de los 10 días siguientes al mes que se reporta.

TIPO DE REPORTE	PERIODICIDAD
Programa de Gasto	Anual
Cuota Social y Aportación Solidaria Federal	Mensual
Conciliación Cuotas Familiares	Trimestral
Ejercicio de las cuotas familiares	Mensual
Aportación Solidaria Estatal	Trimestral

**CUADRO VI.**

Tipo de informes que las entidades federativas entregan a la CNPSS y su periodicidad, SPS, México



El reporte de conciliación de las cuotas familiares informa sobre los recursos captados por cuotas familiares de acuerdo a la clasificación de las familias en deciles de ingreso y en el régimen contributivo y no contributivo. Este reporte debe entregarse trimestralmente.

El reporte de ejercicio de las cuotas familiares informa sobre el avance del ejercicio de dichos recursos por rubro de gasto. Estos reportes deben enviarse mensualmente.

El avance en el ejercicio de la ASE se reporta también de manera trimestral e incluye la información sobre el destino de los recursos por rubros de gasto por ese concepto.

Es obligación de las entidades federativas entregar sus informes, aunque en el periodo reportado no hayan ejercido recursos. El incumplimiento de reportes puede ser causa de suspensión de transferencia de recursos federales a aquellas entidades que dejen de entregar en tiempo y forma.

La información que se muestra a continuación, que corresponde a 2004 y 2005, la proporciona la Dirección General de Financiamiento de la CNPSS para 2004 y 2005. La última actualización corresponde al mes de julio de 2006. También se cuenta con información sobre el programa anual, entrega de reportes de CS y ASF, Cuota Familiar y Conciliación de la Cuota Familiar para ambos años. En este análisis no se incluye la información sobre los reportes del ejercicio de la ASE.

Cabe mencionar que la información sobre la entrega de los reportes del ejercicio del gasto en 2004 y 2005 corresponde a la última actualización realizada en julio de 2006.

## Cumplimiento de las entidades federativas

### Programa Anual de Gasto

El programa anual se entrega una sola vez al año. En 2004 todas las entidades cumplieron con la entrega del programa anual de gasto, excepto Jalisco y Michoacán. En 2005 fueron seis las entidades que no entregaron dicho programa: Baja California Sur, Michoacán, Puebla, Quintana Roo, Tamaulipas y Yucatán.

### Reporte del ejercicio de la cuota social y aportación solidaria federal

En la revisión de la información sobre el reporte del ejercicio de las transferencias federales (cuota social y aportación solidaria federal) se observó que en general las entidades no cumplen en tiempo con la entrega de este reporte. Algunas posibles explicaciones a este hecho se presentan a continuación:

- i) la transferencia de los recursos a las entidades federativas a veces se retrasa y debido a este desfase también se desfasa la entrega de los reportes del ejercicio de los recursos transferidos;
- ii) los rubros de gasto en los que debe reportarse el ejercicio de los recursos federales no corresponden exactamente a las partidas presupuestales correspondientes a la administración de los gobiernos estatales, por lo que el proceso de reporte puede requerir de mayor tiempo y capacidades del personal del REPS;
- iii) operativamente para algunas entidades es más sencillo entregar únicamente un reporte acumulado.

En promedio, en 2004, las entidades federativas realizaron cinco reportes en el año. Las entidades que reportaron de forma más continua fueron México, Sinaloa y San Luis Potosí, que presentan 11 reportes. Aguascalientes y Baja California Sur enviaron siete reportes del ejercicio del gasto. Sin embargo, existen entidades que generan solo dos reportes: Campeche, Chiapas y Querétaro. Baja California y Sonora, generaron un reporte. La única entidad que no cuenta con ningún reporte realizado es Michoacán.

Para 2005 el promedio de reportes enviados a la CNPSS por el ejercicio del gasto federal disminuyó de cinco a cuatro reportes. Las entidades que reportaron de manera continua a la CNPSS (11 reportes)



fueron San Luís Potosí y Tabasco, seguidas de Distrito Federal y México (10 reportes). Sin embargo, el número de entidades que realizan reportes acumulados (1 ó 2 reportes en el año) aumentó de cinco entidades en 2004 a 13 entidades en 2005. Estas entidades son Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chihuahua, Colima, Sonora y Tlaxcala con dos reportes acumulados; y Chiapas, Guanajuato, Oaxaca, Querétaro, Quintana Roo y Tamaulipas con un reporte acumulado. Para 2005 Michoacán no realizó la entrega de reportes de ejercicio del gasto.

### **Reporte de la conciliación de cuota familiar**

En el 2004, la mayoría de las entidades entregaron a la CNPSS el reporte de los cuatro trimestres, con excepción de Coahuila, Jalisco y Michoacán. Sin embargo, hay que señalar que 85% de las entidades elaboraron únicamente un reporte acumulado sobre la conciliación de las cuotas familiares y solo dos entidades, Quintana Roo y Veracruz, enviaron cuatro reportes en el año –el total requerido– sobre la conciliación de las cuotas familiares.

Para 2005 el número de entidades que no entregaron dicho reporte pasó de tres a 10 entidades; estas fueron: Baja California, Campeche, Chiapas, Colima, Guanajuato, Michoacán, Puebla, Querétaro, Sonora y Tabasco. Solo 17 de las 32 entidades entregaron todos sus reportes de conciliación de las cuotas familiares. Otras nueve entidades enviaron un reporte acumulado: Durango, Guerrero, Jalisco, Estado de México, Nayarit, Quintana Roo, San Luís Potosí, Sinaloa y Tamaulipas. El resto de las entidades enviaron el informe en dos reportes acumulados.

### **Reporte del ejercicio de las cuotas familiares**

En 2004 hubo seis entidades federativas –Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Coahuila y Veracruz– que reportaron, junto con los informes de la cuota social y la aportación federal, el ejercicio de las cuotas familiares.

Baja California, Hidalgo, Morelos, Nuevo León, Puebla y Querétaro prefirieron elaborar un reporte acumulado para este concepto. Campeche y Zacatecas elaboraron dos reportes acumulados. Jalisco, Michoacán y Tamaulipas no cuentan con ningún reporte elaborado para este concepto.

En 2005, el número de entidades que no tienen registrado el reporte del ejercicio de las cuotas familiares ascendió a 10: Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Colima, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Sonora, Tabasco y Tamaulipas. Chihuahua, Distrito Federal, Durango, Morelos, Nuevo León, Puebla, Querétaro y Yucatán enviaron un reporte acumulado de cuotas familiares. Las entidades que reportaron de forma más continua fueron Aguascalientes y San Luís Potosí, que elaboraron siete reportes del ejercicio de las cuotas correspondientes a 2005.

## **SATISFACCIÓN CON LOS PROCESOS OPERATIVOS Y FINANCIEROS DEL SEGURO POPULAR DE SALUD**

Este apartado, a diferencia del resto de esta sección, no evalúa a las entidades federativas, sino que recoge y presenta las opiniones de los funcionarios estatales que encabezan los REPSS sobre los procesos operativo-financieros del SPS, específicamente sobre el desempeño de la CNPSS en la conducción de dichos procesos. Con esta finalidad se diseñó y aplicó un cuestionario al director del SPS de cada entidad federativa. Este instrumento contiene temas relacionados con el establecimiento de la meta de afiliación; la transferencia de recursos; la aportación solidaria estatal; la entrega de reportes y el sistema SP-SIF (Sistema de Información Financiera del Seguro Popular); el Fondo de Gastos Catastróficos; el Fondo de



Previsión Presupuestal; el desempeño de la CNPSS, y la acreditación de unidades. El instrumento para la recolección de la información se presenta en el anexo B.

Se obtuvo respuesta de 29 entidades federativas; 19 contestaron por correo electrónico y 10 contestaron en reuniones nacionales de directores de SPS. El porcentaje de no respuesta fue de 9%.

Los cuestionarios fueron contestados por 28 directores o coordinadores de SPS y un subdirector. El tiempo promedio que tenían los directores del SPS en el cargo era de un año y nueve meses. El director con el menor tiempo en el cargo tenía 4 meses y el director con el mayor tiempo en el cargo tenía 5 años.

A continuación se presentan los resultados de de la encuesta con respecto a los temas tratados.

## Meta de Afiliación

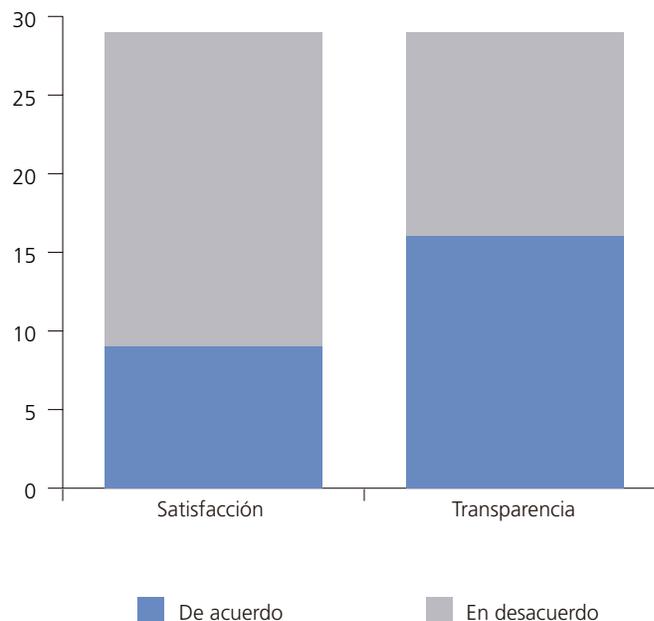
En la mayor parte de las entidades, las autoridades del SPS (19 de 29) se manifestaron insatisfechos con la meta de afiliación que se les asignó en 2006 y 12 entidades opinaron que el proceso de definición de la meta de afiliación en el 2006 no había sido transparente (figura 26).

## Transferencias de recursos federales

### Requisitos para la transferencia

En 22 entidades las autoridades del SPS manifestaron su acuerdo con los requisitos que pide la CNPSS para la transferencia de recursos federales a la entidad. En 18 entidades las autoridades piensan que el proceso de revisión y validación del padrón de beneficiarios es transparente, pero también piensan que el tiempo que toma este procedimiento no es el adecuado.

**FIGURA 26.**  
Opinión de las entidades federativas con la satisfacción y transparencia del establecimiento de la meta de afiliación.





## Transparencia

En 27 entidades las autoridades estatales del SPS calificaron el proceso de transferencia de los recursos federales como transparente. (Figura 27)

## Oportunidad

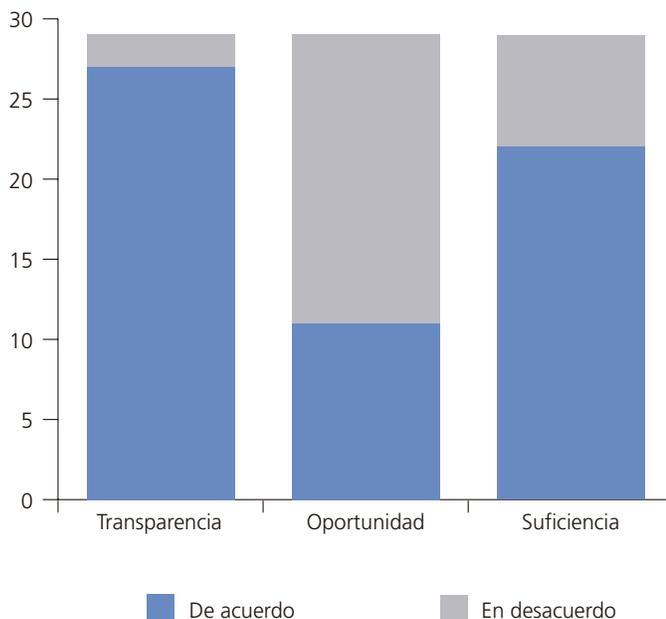
18 entidades se manifestaron en desacuerdo con la oportunidad de las transferencias federales a las entidades, pero 22 opinaron que la oportunidad en las transferencias ha mejorado a lo largo del tiempo. Al momento de la aplicación del cuestionario todos los estados habían recibido alguna transferencia de recursos federales correspondientes a 2006. (Figura 27).

## Suficiencia

Las autoridades del SPS en 22 entidades manifestaron su acuerdo con los montos de recursos federales transferidos. (Figura 27).

## Relación oportunidad de transferencias – entrega de reportes

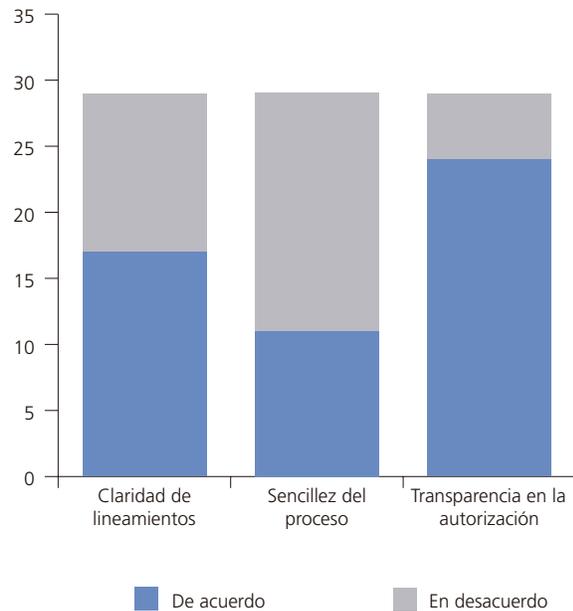
Una de las hipótesis que se tenía después de pláticas con las autoridades de la CNPSS es que los retrasos en las transferencias de recursos federales se debían a que los estados no entregaban a tiempo sus reportes (sobre todo en el último año). Sin embargo, de los 7 estados que manifestaron no estar de acuerdo con los montos enviados de recursos federales, tres estuvieron de acuerdo con la frecuencia en la entrega de reportes y cuatro manifestaron estar en desacuerdo.



**FIGURA 27.** Opinión de las entidades federativas sobre la transparencia, la oportunidad y la suficiencia de las transferencias federales.



**FIGURA 28.**  
Opinión de las entidades sobre la integración y autorización de la ASE.



## Aportación Solidaria Estatal

En 27 entidades, las autoridades calificaron como claros los lineamientos para la integración de la ASE en las entidades. Sin embargo, como se muestra en la figura 28, 18 entidades expresaron que dicho proceso es complicado. 24 entidades estuvieron de acuerdo en que el proceso de autorización de la ASE por parte de la CNPSS es transparente.

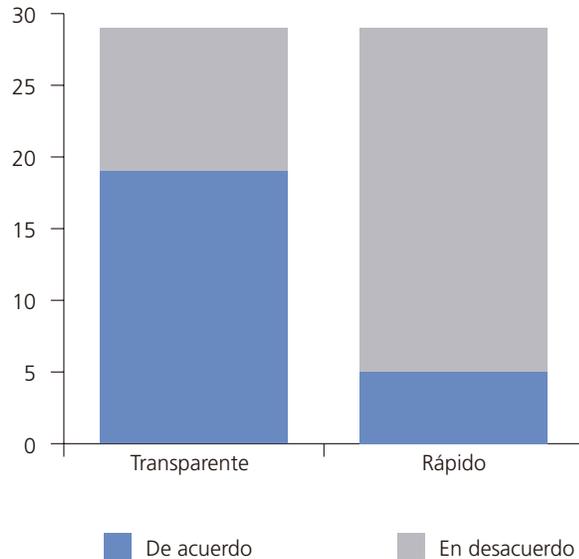
## Reporte del gasto

En 17 entidades las autoridades estatales del SPS opinaron que la frecuencia con la que deben entregarse los reportes es la adecuada. 28 de las 29 entidades dijeron contar con el Sistema de Información Financiera del Seguro Popular (SP-SIF). Las autoridades del SPS de 25 entidades manifestaron que el reporte es más rápido y más sencillo por medio del SP-SIF. En algunas entidades se sugirió la incorporación del reporte de la ASE y gastos de operación al SP-SIF, así como la reducción de la frecuencia en la entrega de los reportes y la ampliación de los conceptos y partidas de ejercicio.

## Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

En 23 entidades, las autoridades conocían los lineamientos para la solicitud de recursos del FPGC. También en 23 entidades se percibe que el procedimiento de solicitud de los recursos del FPGC es transparente, y en 19 están de acuerdo en que la asignación de los recursos también lo es. Sin embargo, 22 están en desacuerdo con que es un procedimiento rápido. Estos resultados se presentan en la figura 29.

Algunas de las sugerencias de las entidades federativas para mejorar el proceso de solicitud y asignación de recursos del FPGC son poner a disposición de las entidades los manuales de operación para la integración de expedientes y la validación de los mismos para los casos de cáncer infantil y cataratas; poner a disposición con



**FIGURA 29.** Opinión de las entidades sobre la transparencia y la rapidez del proceso de asignación de los recursos del FPGC.

lineamientos para la solicitud de recursos, estableciendo plazos y tiempos de transferencia; y una mayor participación en la definición de criterios, guías terapéuticas y definición de costos de las intervenciones.

## Fondo de Previsión Presupuestal

### Conocimiento de los lineamientos para la solicitud de recursos del FPP

En 19 entidades las autoridades entrevistadas del SPS no conocían los lineamientos para la solicitud de recursos del FPP y tres de ellas habían solicitado recursos del mismo. Por Otro lado, un total de 9 entidades manifestaron conocer los lineamientos, de éstas, ocho solicitaron recursos.

En la figura 30 se muestran los resultados de la opinión de las entidades sobre la transparencia en la solicitud de recursos del FPP, la sencillez de este procedimiento, la rapidez o agilidad en la respuesta a las solicitudes, y la transparencia en la asignación de los recursos de dicho fondo.

### Transparencia en la solicitud de recursos

11 entidades dijeron estar de acuerdo con la afirmación de que el procedimiento de solicitud de los recursos del FPP es transparente y otras 11 dijeron no estar de acuerdo con dicha afirmación. No hubo respuesta de 8 entidades en este rubro.

### Sencillez en la solicitud de recursos

De las 29 entidades entrevistadas, 14 opinaron que el procedimiento de solicitud de recursos del FPP no es sencillo y 8 entidades opinaron que sí lo es; 3 entidades no contestaron.



### Rapidez en la respuesta a las solicitudes

En 16 entidades, las autoridades del SPS estuvieron en desacuerdo con el tiempo de respuesta a la solicitud de recursos del FPP: 10 de ellos no solicitaron recursos y seis si lo hicieron.

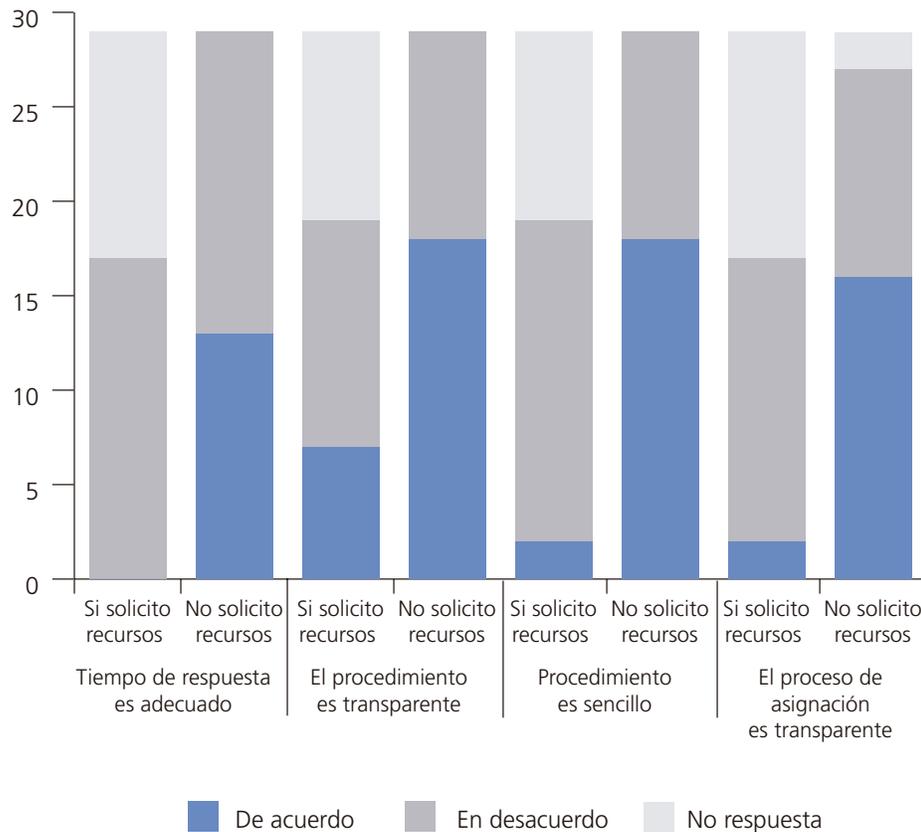
### Transparencia en la asignación de recursos

La mayor parte de las entidades entrevistadas (13) manifestaron que proceso de asignación de los recursos del FPP a las entidades no es transparente, 9 de ellas no solicitaron recursos y 4 si lo hicieron. 8 entidades no respondieron.

Estos resultados difieren entre aquellas entidades que solicitaron recursos y aquellas que no lo hicieron. Se encontró una relación positiva entre la solicitud de los recursos del FPP y la opinión que se tiene del procedimiento. En las entidades donde se solicitaron recursos del FPP predominaron las buenas opiniones sobre el procedimiento, y en los estados que no solicitaron recursos predominan las malas opiniones del proceso.

Las principales sugerencias por parte de las entidades para mejorar los procesos de solicitud y asignación de recursos del FPP son la entrega de información y asesoría a los REPSS sobre los lineamientos para la solicitud de recursos del FPP y la notificación oportuna a las entidades federativas sobre el estatus de los proyectos a autorizar.

**FIGURA 30.** Opinión de las entidades sobre la rapidez en la respuesta, sencillez y transparencia en el proceso de solicitud y transparencia de asignación de recursos del FPGC





## Desempeño de la CNPSS

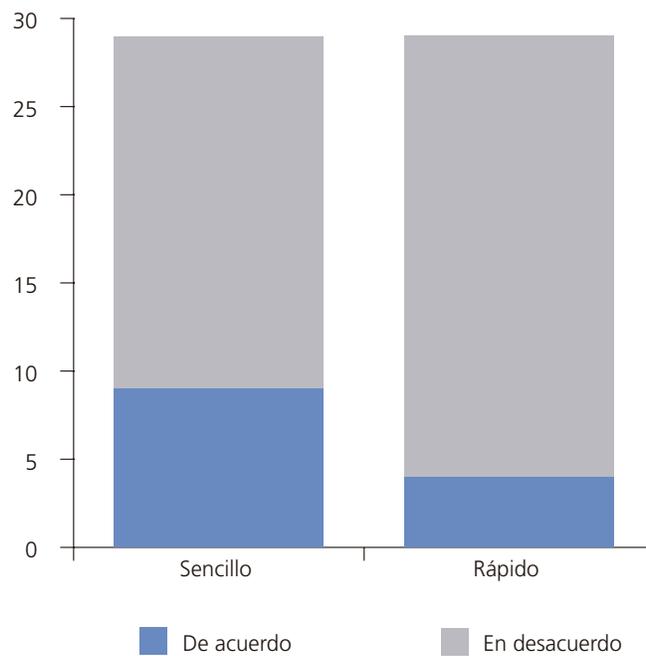
En general, el desempeño de la CNPSS es aceptable para 21 de las 29 entidades entrevistadas. Una sola entidad se manifestó totalmente satisfecha con el desempeño de la CNPSS; 20 se manifestaron satisfechas y 7 insatisfechas. Una entidad no respondió.

Una sugerencia de algunas entidades para la mejora del desempeño de la CNPSS es la mejora en tiempo para la radicación de los recursos.

## Acreditación

En 19 entidades las autoridades del SPS calificaron el proceso de acreditación de unidades como complicado y 24 como un proceso lento, como se muestra en la figura 31. 20 entidades opinaron que la acreditación es responsabilidad tanto del estado como de la federación.

De las 29 entidades entrevistadas, 18 no estuvieron satisfechas con el proceso de acreditación y 10 si estuvieron satisfechas con el mismo. Algunas de las razones de insatisfacción fueron las modificaciones frecuentes de las cédulas con las que se evalúan las unidades y la insuficiencia los recursos necesarios en las unidades para lograr la acreditación de las unidades.



**FIGURA 31.** Opinión de las entidades sobre la sencillez y rapidez del proceso de acreditación de unidades.



1. Hasta diciembre de 2005 se habían afiliado al SPS más de 3.5 millones de familias.
2. Guanajuato y Tabasco son las entidades que más familias habían afiliado, con 394 mil y 365 mil, respectivamente.
3. A finales de 2005, Tabasco, Aguascalientes y Colima ya tenían cobertura universal. Michoacán, el Distrito Federal y Guerrero mostraban los menores avances en términos de cobertura.
4. Guanajuato muestra uno de los mejores desempeños, ya que aunque no ha alcanzado la cobertura universal tiene la mayor proporción de familias afiliadas del total nacional a pesar de contar con condiciones más desventajosas que Tabasco.
5. A pesar de presentar desventajas en términos de dispersión poblacional y población indígena, Veracruz y Chiapas presentan un excelente desempeño en términos de cobertura de afiliación.
6. El número de entidades federativas que hicieron su aportación estatal de manera líquida se incrementó de dos a cinco entre 2004 y 2005. El número de entidades que hicieron su aportación incluyendo construcción de infraestructura en años anteriores disminuyó de 14 a nueve. Esto refleja el incremento en el compromiso estatal para el financiamiento del SPS con recursos frescos por parte de las entidades federativas.
7. Las transferencias de recursos a las entidades federativas dependen principalmente del número de familias afiliadas. Aunque los indicadores muestran distribuciones bastante equitativas de montos transferidos por familia, esta distribución ha mejorado en términos de equidad entre 2004 y 2005.
8. En 2004 Zacatecas fue la entidad que recibió mayor monto transferido por familia: 3,117 pesos, en comparación con 502 pesos para Querétaro. La relación entre el mayor y el menor monto por familia transferido fue de 6 a 1. En 2005 Tabasco fue la entidad con el mayor monto transferido: 2,566 pesos, y Yucatán, con 621 pesos, fue la entidad con el menor monto por familia transferido.
9. En 2004 únicamente tres entidades (Coahuila, Oaxaca y Aguascalientes) habían ejercido el 100% de los recursos y para el 2005 fueron ocho entidades (Chihuahua, Aguascalientes Baja California, Oaxaca, Quintana Roo, Tamaulipas, Coahuila y Sinaloa) las que ejercieron todos sus recursos. Entre 66 y 67% de los recursos fueron ejercidos en ambos años.
10. La mayor parte de los recursos se ejercieron en la compra de medicamentos para ambos años, seguido del pago de honorarios médicos.
11. Las entidades que presentan mayor cumplimiento en la entrega de sus reportes a la CNPSS son Aguascalientes, Durango, Hidalgo, San Luis Potosí y DF. Querétaro, Colima, Chiapas muestran un bajo cumplimiento. Michoacán no entregó reportes ni en 2004 ni en 2005.
12. En 70% de las entidades encuestadas, los directores estatales del SPS no están satisfechos con su meta de afiliación para el 2006 y 44% opinaron que este proceso no fue transparente.
13. La mayoría de directores del SPS opinaron que el proceso de transferencia de recursos federales es transparente, y que dichas transferencias son oportunas y suficientes. El proceso ha mejorado entre 2004 y 2005.
14. La mayoría de los directores estatales del SPS opinan que el proceso para la asignación de recursos del FPGC es transparente. Sin embargo, el proceso de radicación de dichos recursos es demasiado lento.
15. Existe un desconocimiento importante en varios estados sobre los lineamientos del FPP.
16. El desempeño general de la CNPSS se calificó de aceptable en la mayor parte de las entidades, en contraste con el proceso de acreditación de unidades.

## V.

## Conclusiones





## Recomendaciones

1. Incentivar a las entidades federativas a afiliar a las familias que residen en zonas marginadas y fortalecer la oferta de servicios de salud en las zonas más marginadas.
2. Ofrecer incentivos que promuevan el cumplimiento de la ASE con recursos "frescos" a las entidades que cuentan con un alto nivel de inversión en salud e incentivar la inversión en infraestructura por medio de la ASE en las entidades con bajos niveles de inversión.
3. Revisar la situación de aquellas entidades federales cuyo nivel de financiamiento actual de la atención en salud dificulta el cumplimiento de la ASE en 2010, como es el caso de Guerrero, Durango y Estado de México.
4. Hacer las modificaciones pertinentes para mejorar los tiempos de radicación de los recursos a las entidades federativas por parte de la federación, de modo que las entidades reciban recursos desde el primer trimestre del año.
5. Promover una entrega puntual por parte de las entidades federativas de los informes requeridos por la CNPSS.
6. Capacitar a los REPS en los lineamientos del FPP, así como notificar oportunamente a las entidades federativas sobre el estatus de los proyectos a autorizar.
7. Hacer más ágil la validación del FPGC, mejorando la comunicación sobre el número de casos que han sido aprobados por la CNPSS y el tiempo de radicación de recursos.





## Bibliografía



- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Informe de resultados. Primer semestre 2004. México, DF.: CNPSS, 2004 (disponible en: <http://www.salud.gob.mx>).
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Informe de resultados. Segundo semestre 2004. México, DF.: CNPSS, 2004 (disponible en: <http://www.salud.gob.mx>).
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Informe de resultados. Primer semestre 2005. México, DF.: CNPSS, 2005 (disponible en: <http://www.salud.gob.mx>).
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Informe de resultados. Segundo semestre 2005. México, DF.: CNPSS, 2005 (disponible en: <http://www.salud.gob.mx>).
- Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. México DF: Secretaría de Salud, 2005.
- Secretaría de Salud. Lineamientos para la medición de la aportación solidaria estatal (ASE) del sistema de protección social en salud. México, DF.: Secretaría de Salud, 2005 (disponible en: <http://www.salud.gob.mx/> ).
- Secretaría de Salud. Ley General de Salud. (disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgaj/archivos/archivos/legislacionvigente/pdf/lgs.pdf> ).
- Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. México, DF. (disponible en: <http://www.salud.gob.mx/> )
- Secretaría de Salud. Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. México, DF. (disponible en: <http://www.salud.gob.mx/> )
- Secretaría de Salud. Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud (DOF: 15/04/05) (disponible en: <http://www.salud.gob.mx/> )
- Secretaría de Salud. Sistema de Gestión de gastos catastróficos. (disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgpfs/sisgc/> )





## Capítulo 3



Evaluación del Padrón Nacional  
de Beneficiarios del Seguro Popular de Salud



## Mensajes Centrales

1. En su mayoría, las familias que integran el Padrón de Beneficiarios del SPS se localizaron en su lugar de residencia y la información contenida en dicho padrón (nombre, datos del afiliado y miembros de su familia) resultó correcta.
2. Un porcentaje importante de los hogares que aparecen en el padrón (5%) no están afiliados al SPS.
3. Es necesario hacer ajustes en los mecanismos de registro para poder dar seguimiento a las familias que cambian de domicilios.
4. Un porcentaje de familias afiliadas al SPS (21%) no cuentan con credencial TUSALUD.
5. Las familias afiliadas al SPS que tienen un conocimiento limitado de sus derechos han desarrollado poco sentido de pertenencia a este seguro.
6. La utilización de los servicios es un factor clave para desarrollar sentido de pertenencia al SPS.
7. La satisfacción de los usuarios de servicios afiliados al SPS está fuertemente relacionada con el surtimiento de recetas, área que es importante fortalecer y mantener vigilada.





La afiliación al Seguro Popular de Salud (SPS) y la integración del Padrón Nacional de Beneficiarios (PNB) del SPS se han ido consolidando paulatinamente desde el año 2002 hasta la fecha. En 2002 dicho padrón incluía alrededor de 295 mil familias; al cierre del primer semestre de 2006 alcanzó una cifra superior a las 3.7 millones familias. Este crecimiento ha ido vinculado a ajustes normativos, administrativos y técnicos.

El propósito de este trabajo es evaluar el PNB del SPS para asegurarnos que las familias que están en dicho padrón efectivamente existen, tienen conocimiento de su estatus de afiliados y conocen los derechos que les otorga la afiliación a este seguro.

La evaluación externa de este padrón se realiza de acuerdo con lo establecido en los "Lineamientos para la Afiliación, Operación e Integración del Padrón Nacional de Beneficiarios", "Determinación de la Cuota Familiar del Sistema de Protección Social en Salud", en su capítulo VII, apartado Evaluación del Padrón, numeral 16, donde se establece que:

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) tendrá la facultad de ordenar las evaluaciones que considere pertinentes a los padrones de beneficiarios de los Regímenes Estatales para verificar el cumplimiento de lo dispuesto en la Ley, en su Reglamento y en estos Lineamientos, así como para establecer estrategias y líneas de acción para mejorar la integración, protección y calidad de la información. Los Regímenes Estatales deberán adoptar las recomendaciones y líneas estratégicas que emanen de la evaluación que ordene la Comisión y cumplirlas en los tiempos que se establezcan de común acuerdo en las minutas de trabajo.

## I. Introducción





**E**l Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud señala en su artículo 50 que el PNB del SPS es la relación nominal de las familias afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud e incluye la siguiente información sobre el afiliado:

- nombre y apellidos;
- fecha de nacimiento;
- sexo;
- clave única de registro de población (CURP);
- domicilio;
- posición en el hogar;
- clave única de identificación por familia asignada por la CNPSS;
- vigencia de derechos;
- nivel de cuota familiar, y
- el establecimiento para la atención médica de adscripción.

En los Lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del Sistema de Protección Social en Salud se establece que dicha información se recopila en los Módulos de Atención y Orientación (MAO) instalados por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) a los cuales acuden los titulares de las familias a manifestar su voluntad de afiliarse al SPS. En estos módulos se aplica la Cédula de Características Sociodemográficas del Hogar (CECASOEH) a través de la cual se determina el nivel socioeconómico de la familia y se le ubica en el régimen contributivo (deciles de ingreso III a X) o en el régimen no contributivo (deciles de ingreso I y II).

Estos padrones estatales, previa verificación y validación, eventualmente se envían a la CNPSS para la integración del padrón nacional. La base de datos del padrón nacional es nuevamente validada por la CNPSS y, en el caso de detectar inconsistencias, se vuelve a remitir para su corrección a los REPSS.

La CNPSS, desde la implantación del SPS, ha llevado a cabo anualmente tareas de supervisión que buscan garantizar que los procesos de promoción, afiliación e integración del padrón se realicen apegados a la normatividad. Dentro de los principales objetivos de estas supervisiones, llevadas a cabo en diferentes estados cada año, se incluyen la verificación de la integración de los expedientes, la verificación de la existencia de las familias y la medición de la percepción de la calidad de los servicios por parte de los miembros de las familias afiliadas.

Los resultados de la supervisión que se llevó a cabo en 2005 señalan que más del 95% de los expedientes estaban integrados y que 76.4% de las familias afiliadas pertenecían a *Oportunidades*. Las visitas domiciliarias (que se hicieron sobre una submuestra de 20 casos por estado), detectaron problemas de insuficiencia de medicamentos en algunas unidades médicas como uno de los principales problemas de la atención. Más allá de esto, la mayoría de las familias reportó estar satisfecha con los servicios recibidos.

En 2003 se llevó a cabo una Auditoría Técnica del Padrón de Familias Beneficiarias del SPS cuyo objetivo fue verificar la consistencia de la información de la población afiliada al seguro. Esta auditoría incluyó la revisión de una muestra de expedientes y una visita domiciliaria para confrontar los datos proporcionados por las autoridades. La auditoría fue realizada por una agencia externa y se llevó a cabo en tres etapas: i) selección y verificación de expedientes físicos en los MAO y/o en las Coordinaciones Estatales; ii) revisión del padrón o lista de beneficiarios del sistema, y iii) verificación del domicilio y entrevista a los titulares seleccionados.

Dentro de los resultados de esta auditoría técnica destacan los siguientes:

## II. Antecedentes





- sólo 37.8% de los expedientes revisados estaban completos;
- del total de domicilios verificados, se localizaron 97.3%;
- del total de domicilios localizados, 51.1% de los beneficiarios declararon tener credencial del SPS y mostraron el documento correspondiente; 17.3% manifestaron contar identificación de afiliación al programa, pero no tenerla a la mano;
- 21.4% de los entrevistados no contaron con credencial aunque mencionaron haber realizado el trámite para obtenerla;
- 10.2% de los beneficiarios manifestaron no contar con credencial ni otro documento que acredite su inscripción al seguro;
- 73.7% de los titulares localizados declararon no recibir apoyo de *Oportunidades*.

Dado lo anterior el presente estudio se propuso no sólo verificar la existencia de las familias sino evaluar el “sentido de pertenencia al SPS”, que se ha definido como:

El proceso de involucramiento de una persona en un sistema o medio ambiente. Implica la experiencia personal de sentirse valorado, requerido y aceptado en el medio ambiente en el cual la persona se desarrolla, así como la percepción de que sus características se ajustan o complementan con el sistema o medio ambiente.

El sentido de pertenencia se refiere a la membresía de las personas a grupos, organizaciones o sistemas y puede ser descrito a través de referentes conductuales que funcionan como signos de pertenencia.

Uno de estos referentes conductuales es lo que, en el marco de este trabajo, denominamos fidelidad a este esquema de aseguramiento. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2005 (ENSANUT 2005) ha investigado sobre este aspecto al preguntarles a todos los hogares entrevistados que manifestaron tener SPS, lo siguiente: “Si los servicios de atención fueran gratuitos en qué institución preferirían atenderse.” 32% de los afiliados al SPS respondieron que preferirían atenderse en estos servicios, 22% respondieron que preferirían atenderse en el sector privado, 15% respondieron que preferirían atenderse en el en IMSS y otro 15% en la Secretaría de Salud.

Otra dimensión a través de la cual se evaluó el sentido de pertenencia fue la intención de reafiliarse al SPS. Los datos de la ENSANUT 2005 señalan que 88% de los encuestados piensan volver a afiliarse al SPS cuando termine su periodo de cobertura, reportándose como principal motivo de esta intención de reafiliación el no contar con otro seguro médico (35%), seguido de la gratuidad del servicio (16%).

La satisfacción, por su parte, capta la percepción de los usuarios sobre la calidad de los servicios otorgados por los proveedores de salud o del sistema de salud en su conjunto. Es un concepto complejo formado por dimensiones tales como necesidad percibida, expectativas individuales y experiencias previas.

Una forma de medir la satisfacción con los servicios es preguntando a los usuarios si volverían a usar esos servicios y si los recomendarían a familiares o amigos. Otro buen indicador de la satisfacción con los servicios es la satisfacción con el surtimiento de medicamentos para el tratamiento de las enfermedades incluidas en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES). En los estudios realizados antes de la implantación del SPS, el acceso a medicamentos fue una de las expectativas más sobresalientes de la población sin seguridad social.

Los datos de la ENSANUT 2005 indican que 87% de las personas afiliadas al SPS que fueron hospitalizadas regresarían al mismo lugar a hospitalizarse; 84% opinaron que la calidad de la atención fue buena o muy buena, y 37% de los afiliados al SPS que recibieron atención reportaron haber recibido todos los medicamentos en el lugar donde los atendieron.

En la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado 2005 (ENSATA 2005), 86.3% de los afiliados al SPS calificaron la atención que recibieron en el servicio de urgencias como muy buena o buena; 95.1%



calificaron el trato como respetuoso y amable; 94% reportaron que regresarían al mismo hospital; 92.5% afirmaron que lo recomendarían a un familiar o amigo, y 44% reportaron que recibieron todos los medicamentos en la farmacia del hospital.



**P**ara dar cumplimiento a los objetivos de este estudio se llevó a cabo una encuesta nacional probabilística de familias que integran la base de datos del PNB del SPS, a las cuales se les realizó una visita en sus domicilios y se les aplicó un cuestionario para verificar que efectivamente estaban afiliadas y que sus datos eran correctos. Adicionalmente se indagó sobre su sentido de pertenencia al SPS y sobre la satisfacción de los usuarios con los servicios otorgados.

### III.

## Material y métodos



### Selección y tamaño de la muestra

La selección de la muestra se realizó en tres etapas y se utilizaron como referencia las cinco grandes meso-regiones que abarcan la totalidad del territorio nacional determinadas por el Gobierno de la República: Baja California, Baja California Sur, Sonora, Chihuahua, Sinaloa, Durango y Zacatecas conforman la región noroeste. Los estados de Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas y San Luis Potosí conforman la región noreste. Nayarit, Jalisco, Aguascalientes, Colima, Michoacán, Guanajuato y Estado de México conforman la región occidental. Guerrero, Morelos, Distrito Federal, Tlaxcala, Puebla, Querétaro e Hidalgo conforman la región centro. Finalmente la región sur está conformada por Oaxaca, Chiapas, Veracruz, Tabasco, Campeche, Yucatán y Quintana Roo.

La muestra se extrajo de un total de 13 entidades federativas y se calculó con probabilidad proporcional al tamaño de cada una de ellas. Las entidades federativas seleccionadas fueron Aguascalientes, Baja California, Colima, Chiapas, Guanajuato, Hidalgo, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sonora, Tabasco, Tamaulipas y Veracruz. El tamaño de cada entidad federativa se determinó en función de la cobertura alcanzada hasta el primer trimestre de 2006 por el SPS, con respecto a la población objetivo establecida por la Dirección General de Información en Salud. Se seleccionaron tres entidades por región, excepto en las regiones noreste y noroeste en las que se seleccionaron solo dos entidades federativas.

En una segunda etapa se seleccionaron 20 centros de salud por entidad federativa con probabilidad proporcional al número de familias afiliadas, sin reemplazo.

Finalmente, se seleccionaron 20 familias por cada centro de salud de manera aleatoria. En los centros de salud con un número de familias afiliadas menor a 20 se incluyó al total de las familias.

La selección de la muestra se realizó con información del PNB primer trimestre de 2006. En total, por entidad federativa, se obtuvo información de 400 hogares, con excepción de Querétaro, que debido a un error de diseño en la muestra solo contó con 374 hogares, debido a que un centro de salud no contaba con las 20 familias afiliadas. El tamaño final de la muestra fue de 5174 hogares.

### Operativo de campo

El levantamiento de la información en campo se realizó en dos fases. En la primera fase se identificaron y ubicaron los centros de salud. En la segunda fase se identificaron y ubicaron las familias de la muestra y se aplicaron los cuestionarios. Primero se preguntó por la persona indicada en la carátula como persona seleccionada. En caso de que no se encontrara, se preguntaba por algún otro miembro del hogar relacionado en la carátula. De no encontrarse nadie del listado, se realizaba una segunda visita o hasta tres



visitas a cada hogar. En caso de no encontrar a la persona indicada en la tercera visita se anotaba en el cuestionario como ausencia de ocupantes.

Una vez identificado el informante se aplicaba la entrevista, que iniciaba solicitándole enlistar a todos los residentes del hogar. Una vez completado el listado, se preguntaba, miembro por miembro, si estaba o no afiliado al SPS. En caso afirmativo de por lo menos un miembro del hogar afiliado, se procedía al llenado del cuestionario (véase Anexo B). En caso contrario, se concluía la misma, identificando a la vivienda como no incorporada. El levantamiento de la información en campo se llevó a cabo entre el 24 de julio y el 4 de agosto del 2006.

## Análisis de la información

La información se analizó en dos grandes apartados: evaluación del padrón, sentido de pertenencia y satisfacción de los usuarios.

### Auditoría de padrón

El análisis de los datos para cotejar la información contenida en el PNB del SPS con lo hallado en el domicilio de las viviendas se llevó a cabo en dos fases. En la primera de fase se identificaron a los hogares como SPS y no SPS. Un “hogar SPS” es aquel en el que al menos una de las personas que se encuentra en la relación de la carátula que lleva el entrevistador reporta estar afiliada al SPS. Un “hogar no SPS” es aquel en el que se reporta que ninguna de las personas que aparecen en la carátula están afiliadas al SPS. En esta fase se reporta también la proporción de no respuestas, viviendas y domicilios no localizados.

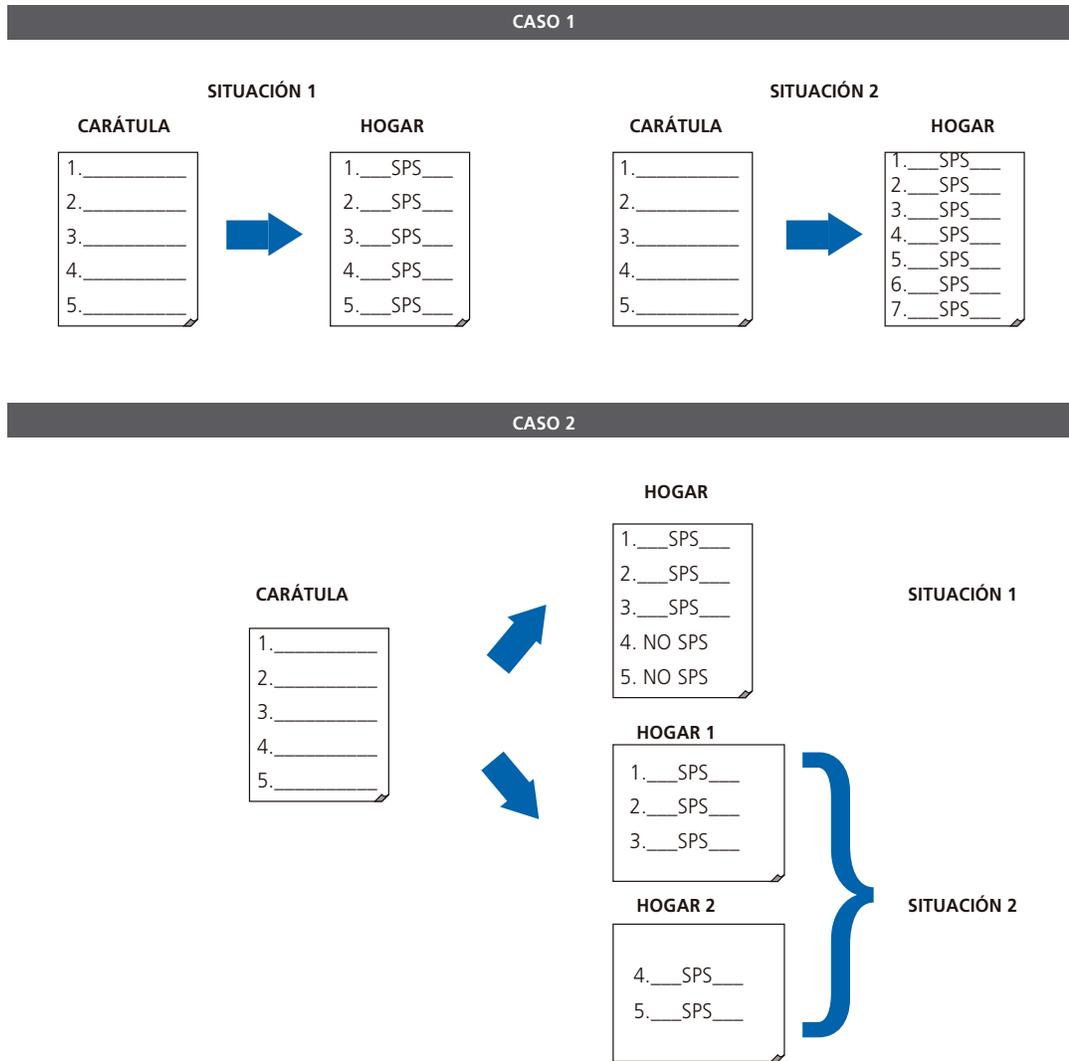
En la segunda fase se analizó la información correspondiente a los integrantes de las familias afiliadas en los hogares SPS, que puede dar lugar en el primero de ellos, a dos tipos de situaciones: i) que exista una total congruencia entre lo reportado en el hogar y la información de la carátula en lo que respecta a la afiliación de las personas (figura 1, caso 1) y ii) que la información de los miembros de una familia SPS de la carátula no concuerde con lo reportado en el hogar y presente un mayor número de personas afiliadas al SPS (figura 1, caso 1). Ambas situaciones, como se explicará en el apartado de resultados, no representan errores en la integración del padrón.

El segundo caso se trata de incongruencias entre la información de la carátula con lo reportado en el hogar, de tal forma que hay personas incluidas en el padrón que reportan no estar afiliadas al SPS, o que no aparecen en el listado de las personas que viven en el hogar. En este caso el reporte de la vivienda es menor que lo relacionado en la carátula (figura 1, caso 2).

Como información adicional, en este apartado se presentan algunos hallazgos generales acerca de otros datos de afiliación de los hogares y sus integrantes al SPS como son: contar con la credencial TUSALUD (credencial expedida por los MAO y que sirve como instrumento de identificación para la atención de las personas en las unidades de salud), pertenencia al programa *Oportunidades*, año de afiliación y pago por la afiliación.

### Sentido de pertenencia y satisfacción de los usuarios

El sentido de pertenencia al SPS se midió utilizando de un índice de cinco puntos compuesto por dimensiones con igual ponderación cada una. Cada dimensión recibe una calificación máxima de un punto en los siguientes casos:



**FIGURA 1.** Cotejo entre la información de la carátula (padrón de beneficiarios del SPS) y del hogar, SPS, México

**Protección en salud.** El punto se aplica cuando la persona responde que se afilió porque sentía que estaría protegido tanto en su salud como en su economía ante una enfermedad. Las demás opciones reciben una puntuación de cero.

**Fidelidad.** El punto se aplica cuando la persona responde que, ante otras alternativas de aseguramiento, elegiría el SPS. Las demás opciones reciben una puntuación de cero.

**Cumplimiento de expectativas.** El punto se aplica cuando la persona responde que el SPS cumple con sus expectativas en cuanto a protección de su salud y su economía ante una enfermedad suya o de algún miembro de su familia. Las demás opciones reciben una puntuación de cero.

**Realifiliación.** El punto se aplica si la persona responde que sí piensa volver a afiliarse al SPS. Las demás opciones reciben una puntuación de cero.

**Recomendación.** El punto se aplica si la persona responde afirmativamente que ha recomendado el SPS. Las demás opciones reciben una puntuación de cero.



Al sumar las calificaciones se obtienen totales que dan origen a tres niveles de sentido de pertenencia: bajo o nulo (puntuaciones de 0 o 1), medio (puntuaciones de 2 o 3) y alto (puntuaciones de 4 o 5).

Una vez obtenido el índice se llevaron a cabo análisis simples para obtener medidas de comparación y asociación entre el sentido de pertenencia y las siguientes variables: año de afiliación, nivel de información, utilización de servicios, surtimiento de recetas y satisfacción. Asimismo se determinó la significancia de las diferencias entre las proporciones correspondientes a cada categoría.

La satisfacción se midió en aquellas personas que habían hecho uso de los servicios de salud que ofrece el SPS. Para ello se les preguntó por su nivel de satisfacción, los beneficios que han notado y el surtimiento de recetas.

## AUDITORÍA DEL PADRÓN

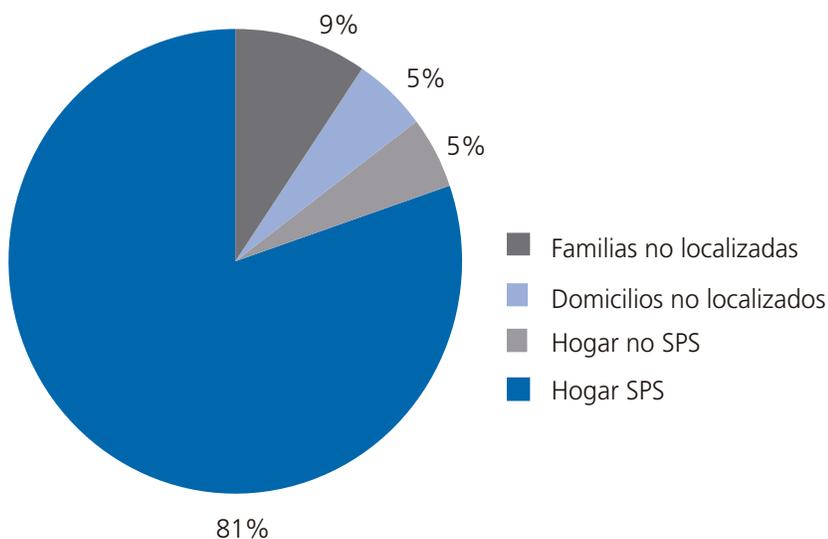
En total se visitaron 5174 hogares; en 9% de ellos no se obtuvo respuesta, lo que arrojó un total de 4730 hogares entrevistados. En 9% de viviendas no se localizó a las personas que según información del padrón allí habitaban (familias no localizadas). En la mayoría de los casos se trataba de familias que se habían mudado a otro domicilio, situación que genera problemas de integración y actualización del padrón. Esta falla en la actualización de la información del padrón se presenta sobre todo en familias que pertenecen al régimen no contributivo y que se reafilian de forma automática al SPS cada año durante tres años. Los cambios domiciliarios de las familias no se registran sino hasta que se hace una nueva aplicación de la CECASOEH. En el caso de las familias que pertenecen al régimen contributivo, los cambios de domicilio suelen registrarse cuando la familia va a realizar su pago. Cabe destacar que dentro de las obligaciones que las personas asumen al afiliarse al SPS se incluye el reportar este tipo de cambios de domicilio.

En otro 5% de las familias de la muestra no se localizó el domicilio, lo cual también responde a fallas en la integración del padrón, que se deben a errores en la captura de los datos de los beneficiarios o errores en el reporte que dan las familias de su domicilio.

Finalmente, en 5% de los hogares visitados se le informó al encuestador que ninguna de las personas de la carátula estaban afiliadas al SPS. Como se mencionó en el apartado de análisis de datos, a este tipo de hogares se les denominó "hogar no SPS".

Con la finalidad de identificar posibles explicaciones a esta falla en la integración del padrón, exploramos la pertenencia de estos hogares al programa *Oportunidades*. La hipótesis era que los estados afiliaban de manera "automática" a las familias de este programa sin su conocimiento. Sin embargo, sólo 21% de los "hogares no SPS" estaban incorporados a este programa.

81% de las viviendas visitadas fueron "hogares SPS", es decir, al menos una de las personas del hogar incluida en la carátula que lleva el entrevistador reportó estar afiliada al SPS.



## IV. Resultados



**FIGURA 2.**  
Resultados de la auditoría por tipo de hogar, SPS, México 2006



Al contrastar la información del padrón con la proporcionada en los hogares, se encontró que en 85% de los “hogares SPS” la información del padrón sobre el nombre de los beneficiarios y su pertenencia al SPS fue consistente (Caso 1). En 15% de los hogares visitados el número de personas afiliadas al SPS fue menor al número de personas registradas en el PNB (caso 2).

En el caso 2 se encontraron dos tipos de situaciones: i) algunas personas de la familia que forman parte del hogar reportaron no estar afiliados al SPS y ii) algunos integrantes de la familia que están incluidos en el padrón no residían en el hogar visitado.

46% de los hogares se encontraron en el primer caso. Una posible explicación es que fueron incorporadas al SPS por algún miembro de su familia y no lo sabían o bien la información no fue proporcionada por el titular de la familia y por lo tanto estaba incompleta. 54% restante se ubicaron en el segundo caso, es decir, que estuvieran afiliados miembros de la familia que no habitaban en el domicilio. Esto sería una falla en el padrón, que no es posible controlar dentro del proceso de afiliación.

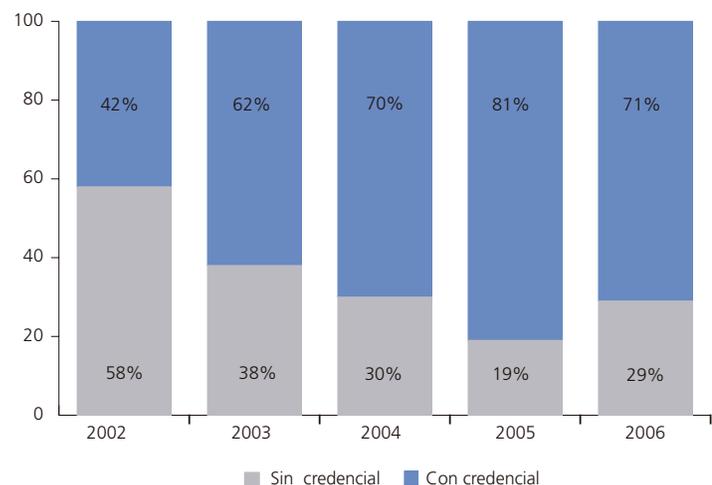
8% de los “hogares SPS” reportaron haber realizado algún tipo de pago al momento de su afiliación. Sin embargo, 68% de estos hogares pertenecen al régimen no contributivo (deciles 1 y 2). Lamentablemente no se cuenta con información confiable para estimar el promedio de pago que realizaron estas familias. En contraste, 3% de los hogares contributivos reportaron no haber pagado monto alguno al momento de la afiliación.

Por lo que respecta a contar con la credencial TUSALUD, encontramos que en 71% los “hogares SPS” todas las personas contaban con credencial y en 21% ninguno de los miembros afiliados contaba con credencial. En los hogares restantes (8%), solo algunos de los miembros contaba con credencial.

En relación a la pertenencia al programa *Oportunidades*, observamos que del total de hogares SPS, 43% pertenecía a dicho programa.

Si nos adentramos en un análisis por integrantes de los hogares SPS, encontramos que 87% de éstos reportaron estar afiliados al SPS; 73% contaban con credencial TUSALUD y la mayoría se había incorporado en el 2005. También resulta relevante mencionar que el mayor porcentaje de personas que contaban con dicha credencial correspondía a las personas incorporadas al SPS en los últimos años, como se muestra en la figura 3.

**FIGURA 3.**  
Porcentaje de personas con y sin credencial por año de afiliación, SPS, México 2002-2006





Con respecto a esto último hecho, se pueden generar dos tipos de hipótesis: o bien el proceso de credencialización ha mejorado con los años o es más posible que las personas tengan su credencial a la mano cuanto más reciente ha sido su incorporación al SPS.

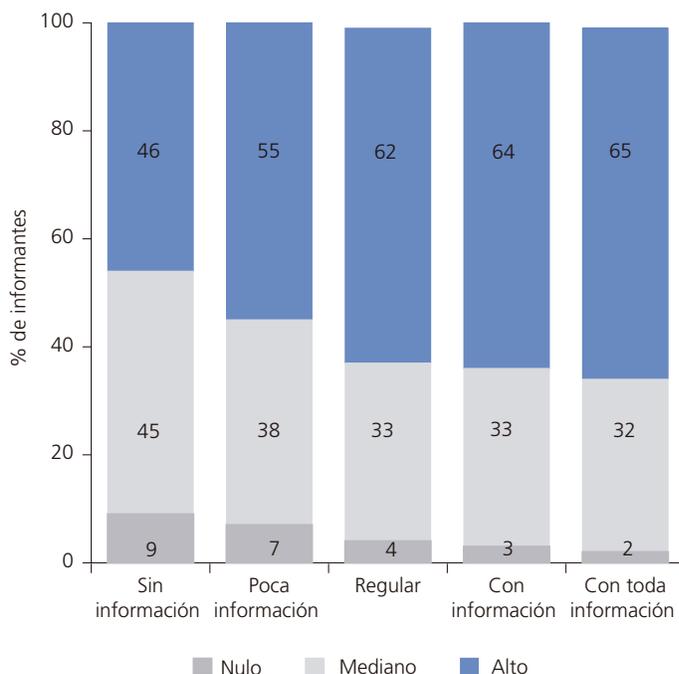
## ● SENTIDO DE PERTENENCIA AL SPS

La segunda parte del cuestionario se aplicó a una persona representante de cada hogar identificado como “hogar SPS” (un total de 3789).

Del total de personas entrevistadas, 62% mostraron un alto sentido de pertenencia al SPS, más de una tercera parte mostraron un nivel medio y 4% un nivel bajo o nulo. Cabe destacar que no se observaron diferencias entre hombres y mujeres ni entre grupos de edad. Sin embargo, al analizar los niveles de sentido de pertenencia según otras variables de interés, se obtuvieron hallazgos interesantes.

Los afiliados sienten mayor pertenencia al SPS mientras mayor es la información sobre: las enfermedades que cubre el SPS, las unidades a las que pueden acudir por estar afiliado, sus derechos y sus obligaciones. De tal forma que 65% de los que contaban con información completa, mostraron un alto sentido de pertenencia, contra 46% entre los que no manejan información (figura 4).

Con respecto a este hallazgo es posible pensar en dos posibles explicaciones; i) la gente que reporta contar con mayor información sobre el SPS y sus beneficios son personas activas que han buscado dicha información y por lo tanto tienen un mayor grado de motivación y en consecuencia un alto sentido de pertenencia; ii) se trata de personas que han sido correctamente informadas sobre todos los aspectos del SPS al momento de su afiliación o en las unidades de salud al momento de su visita, lo cual funciona como aliciente en cuanto al sentido de pertenencia de estas personas.



**FIGURA 4.**  
Relación entre el sentido de pertenencia al SPS y el nivel de información del informante, México 2006



Otro dato de interés se observa al analizar los niveles de sentido de pertenencia según el año de afiliación al SPS. Mientras mayor es el número de años de afiliación al SPS, mayor es la proporción de personas con un alto de sentido de pertenencia. Es posible que esta relación esté mediada por la utilización de servicios. Los hallazgos de este estudio indican que a mayor tiempo de afiliación, mayor es la probabilidad de uso de servicios, de tal manera que aquellos que se afiliaron en el año 2002, tienen cuatro veces más probabilidades de haber usado los servicios que los que se afiliaron en el 2005 (IC 95% 7-3) (figura 5).

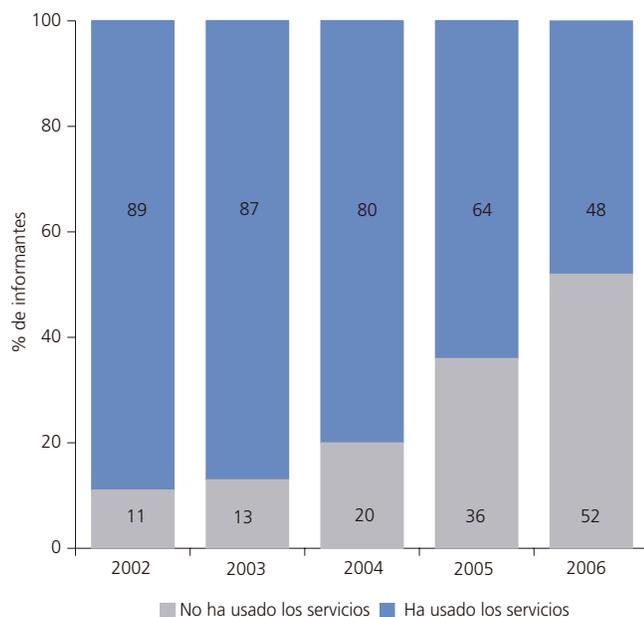
Si analizamos la asociación entre el uso de servicios y el nivel de sentido de pertenencia, encontramos, de igual manera, que ambas variables se encuentran relacionadas, de tal forma que aquellos que han usado los servicios, tienen tres veces más probabilidades de puntuar alto en su sentido de pertenencia, en contraste con aquellos que no los han utilizado (IC 95% 2-5) (figura 6).

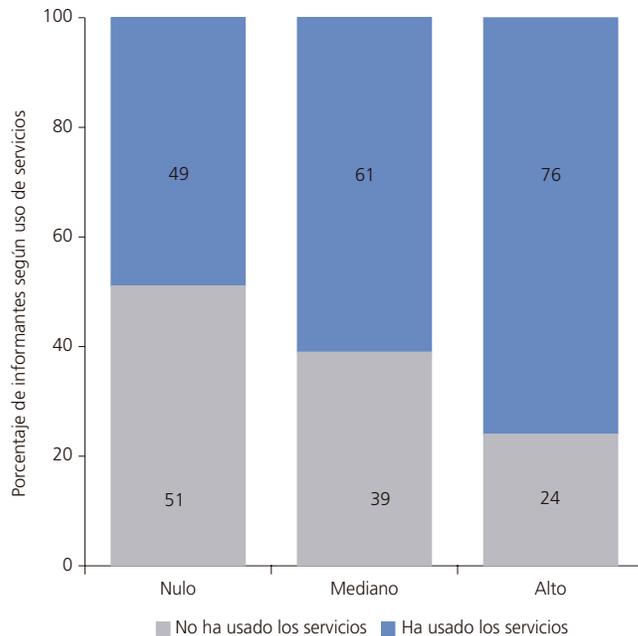
También la satisfacción de los usuarios es un factor que pesa en el sentido de pertenencia, ya que a mayor satisfacción mayor el sentido de pertenencia. Del total de los informantes que manifestaron estar muy satisfechos o satisfechos, 76% mostraron un alto sentido de pertenencia al SPS. En contraste, dentro de los que manifestaron estar muy insatisfechos o insatisfechos, sólo 28% mostraron un alto sentido de pertenencia. Sin embargo, es destacable entre este último grupo que el mayor porcentaje de personas (54%) se ubica en el nivel medio de sentido de pertenencia y no como se esperaría, en el nivel más bajo (figura 7).

## ● SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD RECIBIDOS

El apartado de satisfacción se aplicó únicamente a aquellas personas que habían usado los servicios de salud de los hogares identificados como “hogar SPS” (un total de 2674). Del total de personas que

**FIGURA 5.**  
Relación entre la  
utilización de servicios y el  
año de afiliación al SPS,  
México 2002-2006





**FIGURA 6.**  
Relación entre el sentido de pertenencia al SPS y la utilización de servicios, México 2006

usaron los servicios de salud, 83% manifestaron estar satisfechos o muy satisfechos, 15% dijeron no estar ni satisfechos, ni insatisfechos y 2% se manifestaron insatisfechos o muy insatisfechos.

95% de las personas entrevistadas que manifestaron estar satisfechas o muy satisfechas con los servicios recibidos detectaron cambios positivos en los servicios, en contraste con 70% de los afiliados insatisfechos o muy insatisfechos, que no detectaron cambios positivos (figura 8).

Por lo que respecta al tipo de mejoras observadas en los servicios de salud, en primer lugar se ubica el otorgamiento de medicinas de forma gratuita, seguido de mayor amabilidad por parte de los médicos y mejorías en las unidades de salud (figura 9).

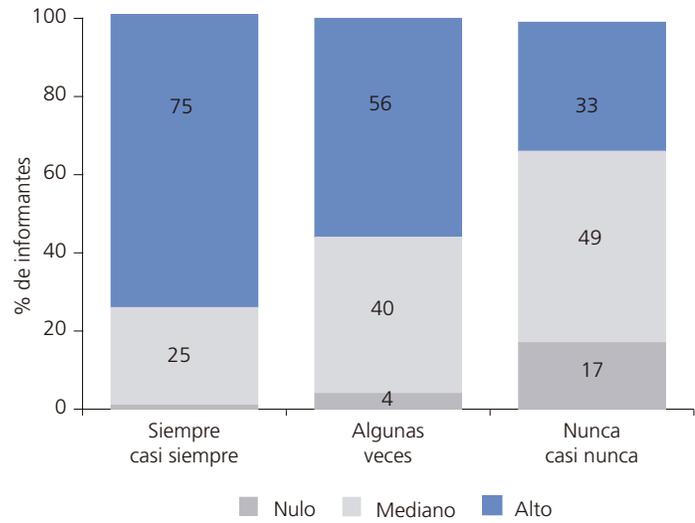
El surtimiento de medicamentos se considera uno de los beneficios más apreciados por los afiliados, y por lo mismo influye en la satisfacción con la calidad de los servicios que ofrece el SPS, ya que 77% de los informantes satisfechos y muy satisfechos reportaron que siempre o casi siempre recibieron sus medicamentos. Por el contrario, 63% de los informantes insatisfechos o muy insatisfechos nunca o casi nunca recibieron sus medicamentos (figura 10).

87% de los entrevistados afirmaron que se han cumplido sus expectativas sobre protección social en salud y economía ante una enfermedad. Sin embargo, de aquellos que respondieron negativamente, 34% señalaron como principal motivo la carencia de medicamentos en las unidades de salud y/o el cobro por los mismos, seguido de percepción de mala calidad en los servicios (17%). Estos hallazgos nos permiten confirmar que la provisión de medicamentos es un indicador sumamente sensible en la evaluación que los afiliados hacen del SPS cuando han usado sus servicios.

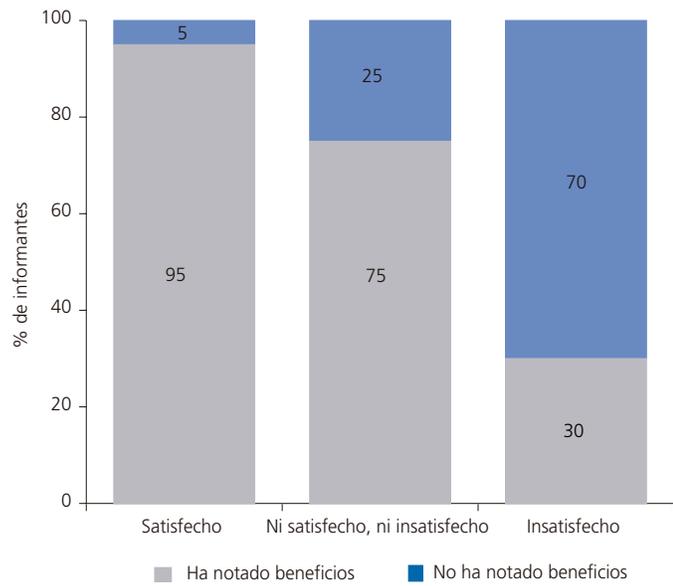
Dado que el surtimiento de medicamentos es un indicador relevante para la satisfacción de las personas afiliadas, se analizó el sentido de pertenencia en relación con el surtimiento de medicamentos y se encontró que 75% de las personas que recibieron siempre o casi siempre sus medicamentos mostraron un alto sentido de pertenencia al SPS, en contraste con sólo 33% de los que no los recibieron nunca o

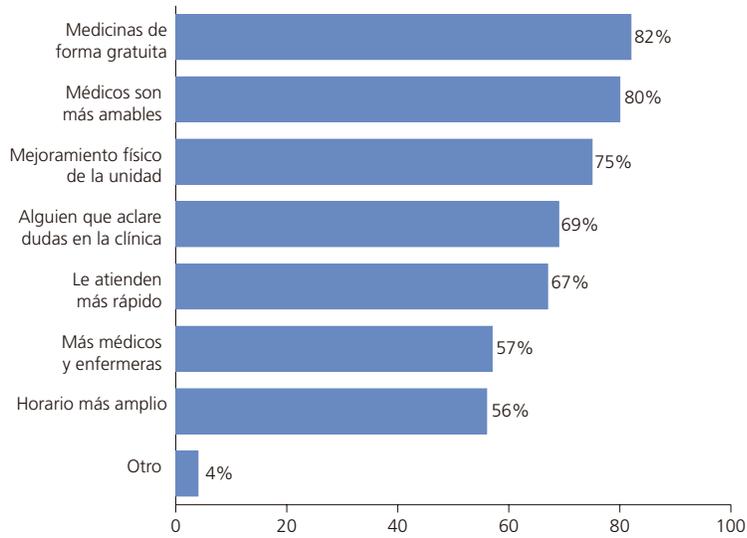


**FIGURA 7.**  
Relación entre el sentido de pertenencia al SPS y la satisfacción con los servicios recibidos, México 2006

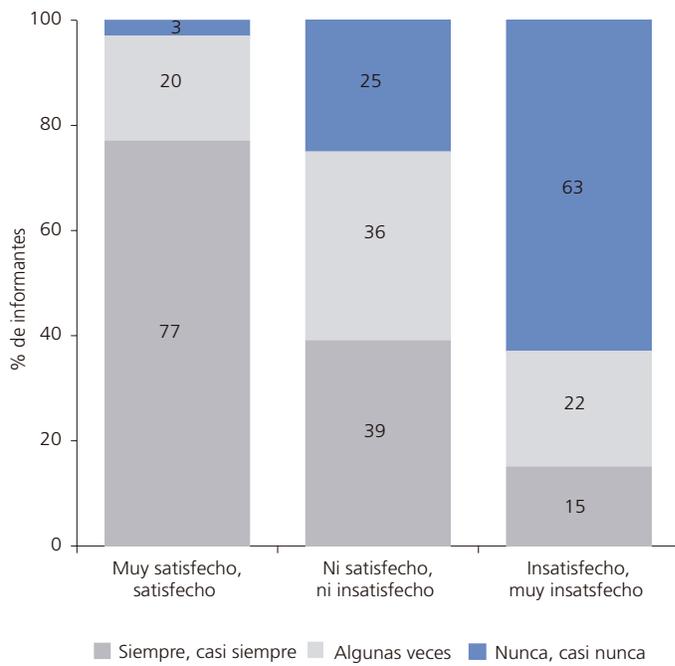


**FIGURA 8.**  
Relación de afiliados que notaron o no mejoras y la satisfacción en la calidad de los servicios del SPS, México 2006





**FIGURA 9.** Mejoras observadas en los servicios por los afiliados de SPS, México 2006

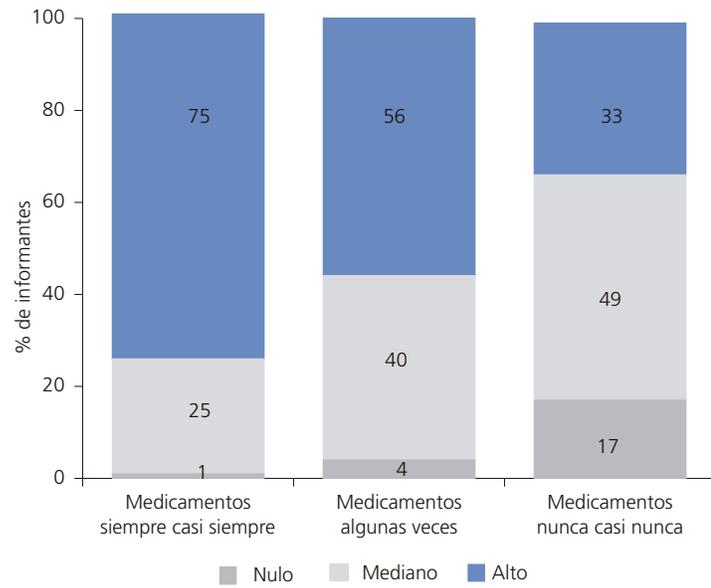


**FIGURA 10.** Relación entre la satisfacción con la calidad de los servicios y el surtimiento de recetas a los afiliados de SPS, México 2006



casi nunca. Alrededor de 17% de los afiliados que respondieron que nunca o casi nunca se les proporcionaron medicamentos presentaron un bajo o nulo sentido de pertenencia. Sin embargo, en este último grupo, el mayor porcentaje de personas (49%) se ubicó en el nivel medio de sentido de pertenencia y no, como se esperaría, en el nivel más bajo (figura 11).

**FIGURA 11.**  
Relación entre el surtimiento de medicamentos y el sentido de pertenencia al SPS, México 2006



**E**n términos generales, PNB refleja de manera objetiva la afiliación al SPS. Se requiere, sin embargo, fortalecer sobretudo la información a los afiliados para que puedan ejercer de manera efectiva sus derechos. A continuación se presentan algunas conclusiones específicas.

- Más del 80% de los hogares de la muestra del PNB visitados efectivamente estaban afiliados al SPS.
- 5% de los hogares registrados en el PNB no sabían que estaban afiliados al SPS y menos de la cuarta parte de este total pertenecían a *Oportunidades*.
- 9% de los hogares visitados no fueron localizados en sus viviendas debido a cambios de domicilio.
- En 8% de los “hogares SPS” había familiares afiliados que no residían en el hogar.
- Del total de hogares que reportaron contribuir al SPS, 68% pertenecían al régimen no contributivo (deciles I y II).
- Existe una asociación positiva entre el nivel de información y el sentido de pertenencia al SPS.
- Existe una asociación entre la utilización de servicios y el sentido de pertenencia al SPS, de manera que a medida que se incrementa el uso, aumenta el sentido de pertenencia.
- En general los hogares afiliados al SPS manifestaron estar satisfechos con los servicios recibidos.
- Los niveles de satisfacción de los usuarios están fuertemente relacionados con el acceso a medicamentos.

## V. Conclusiones





## Recomendaciones

1. Reforzar los mecanismos de información a los afiliados al SPS en el momento de la afiliación con la finalidad de crear condiciones que ayuden a mejorar el conocimiento de sus derechos.
2. Mejorar el registro del domicilio de las personas en el momento de afiliarse y crear mecanismos e incentivos para que las personas reporten los cambios de domicilio.
3. Fortalecer el proceso de credencialización de los afiliados al SPS.
4. Realizar un examen médico al momento de afiliación para incrementar el grado de conocimiento de los afiliados de sus derechos y su sentido de pertenencia.
5. Mejorar el surtimiento de medicamentos a los afiliados al SPS ya que es un factor muy valorado por los afiliados que usan los servicios.





## Bibliografía

- Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Dirección General de Afiliación y Operación. Resultados generales de la asistencia para la validación de la integración del padrón en las unidades estatales 2005. México, D.F.: CNPSS, 2005.
- Berumen E. Auditoría técnica del padrón de familias beneficiarias del Seguro Popular de Salud. México, D.F.: CNPSS, 2003.
- Hagerty B, Linch-Sauer J, Patusky, K, Bousema M, Collier P. Sense of belonging: a vital mental health concept. Arch Psych Nursing 1992; VI (3): 172-177.
- Murray, C Evans D. Health systems performance assessment. Debates, methods and empiricism. Geneva: WHO, 2003.
- Hernández Llamas H, Delint T, Gómez Dantés O. Surtimiento de recetas en los Servicios Estatales de Salud y en los Servicios de Salud del DF. México D.F.: Dirección General de Evaluación del Desempeño, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Secretaría de Salud, 2006.







▲  
**Anexo A**



**P**ara el análisis de la evolución de los desequilibrios financieros que dieron origen a la reforma del sistema de salud se realizaron proyecciones del gasto público y privado en base a la afiliación de familias al SPS, modelando algunos de los posibles efectos en ambos tipos de gasto.

La decisión de generar proyecciones obedece a la necesidad de dibujar un panorama de largo plazo -cuando la afiliación tenga un mayor avance- del impacto del SPS en la estructura financiera del sistema de salud, ya que el tiempo transcurrido, desde el inicio de operación oficial del SPS hasta la fecha de evaluación, es muy corto como para que este seguro haya generado un impacto significativo en la misma.

Este anexo metodológico empieza presentando el modelo teórico sobre el cual se desarrollaron las distintas proyecciones. En este modelo se definen las variables involucradas en el análisis de desequilibrios y los supuestos de comportamiento que se establecen sobre cada una de éstas. Posteriormente presenta la información y sus fuentes, y finalmente la metodología empleada para la estimación y proyección de las variables definidas en el modelo, así como los resultados obtenidos.

## Proyecciones del gasto en salud y de su estructura (público/privado)



### ● EL MODELO

El **gasto en salud** se compone de todas las erogaciones de las actividades cuyo objetivo esencial es el restablecimiento, el mantenimiento, el mejoramiento y la protección de la salud en un país o entidad federativa durante un periodo de tiempo definido. El gasto en salud, según sus fuentes de financiamiento, se puede dividir en **gasto público** (o gasto gubernamental) y **gasto privado**. De este modo:

(1)  $G_S = G_g + G_p$ , en donde  $G_g$  es el gasto del gubernamental o público y  $G_p$  es el gasto de los agentes privados.

### Gasto público

El **gasto público en salud** incluye tanto los recursos públicos o presupuestos gubernamentales como las contribuciones a la seguridad social. Los recursos públicos o gubernamentales ingresan por medio del cobro de los impuestos generales y específicos. Los recursos provenientes de las contribuciones a la seguridad social ingresan a través de impuestos a la nómina donde participan tanto empleadores como trabajadores.

El gasto público está constituido por los presupuestos ejercidos en atención a la salud de las instituciones de seguridad así como el total del gasto de la Secretaría de Salud (SS).

Las instituciones de seguridad social son: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Petróleos Mexicanos (PEMEX) y Secretaría de Marina (SEMAR). Sin embargo, según los criterios de "umbral 2 %" y de "relevancia política", además de la disponibilidad de información, en el presente informe se descartó el gasto ejercido por la SEDENA y la SEMAR. De esta forma, tenemos:

(2)  $G_{g_t} = SS_t + IMSS_t + ISSSTE_t + PEMEX_t$



donde:

- $SS_t$  es el presupuesto ejercido de la Secretaría de Salud en el año t
- $IMSS_t$  es el presupuesto ejercido en salud del IMSS en el año t
- $ISSSTE_t$  es el presupuesto ejercido en salud del ISSSTE en el año t
- $PEMEX_t$  es el presupuesto ejercido en salud de PEMEX en el año t

### El gasto de la seguridad social

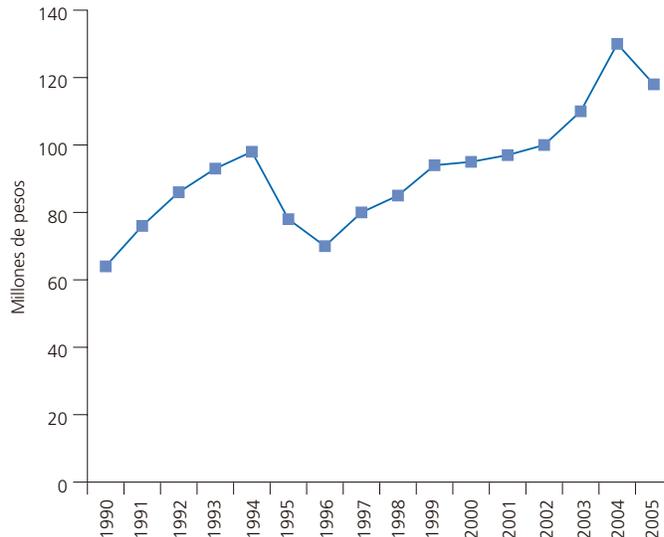
Suponemos que el IMSS, el ISSSTE y PEMEX siguen una tendencia lineal en el tiempo por lo que:

$$\begin{aligned}\hat{y}_{IMSS} &= \alpha_0 + \alpha_1 t \\ \hat{y}_{ISSSTE} &= \beta_0 + \beta_1 t \\ \hat{y}_{PEMEX} &= \varphi_0 + \varphi_1 t\end{aligned}$$

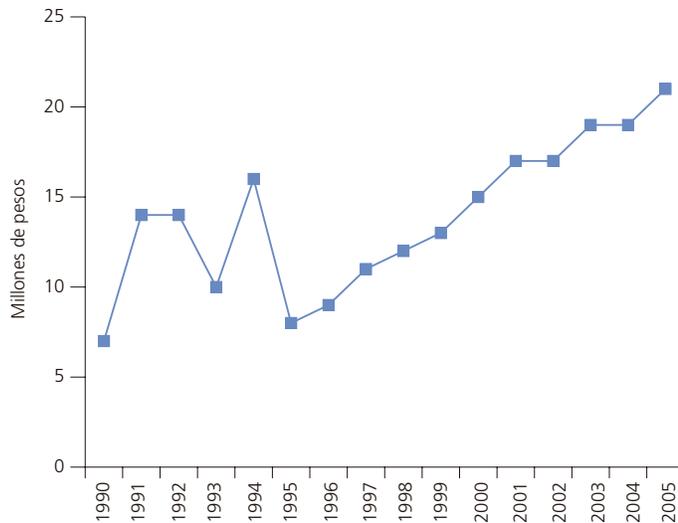
Donde:  $\hat{y}_{IMSS}$ ,  $\hat{y}_{ISSSTE}$ ,  $\hat{y}_{PEMEX}$ , son las estimaciones del gasto del IMSS, ISSSTE y PEMEX en el año t.  $\alpha_0$ ,  $\beta_0$  y  $\varphi_0$  son las ordenadas al origen, y  $\alpha_1$ ,  $\beta_1$  y  $\varphi_1$  son las pendientes de cada una de las rectas

El supuesto de linealidad en el tiempo de los gastos de las instituciones de seguridad social se deriva del análisis en términos reales de los datos de gasto en salud de dichas instituciones. En las figuras 1, 2 y 3 se muestra el comportamiento del gasto en salud de cada una de estas instituciones.

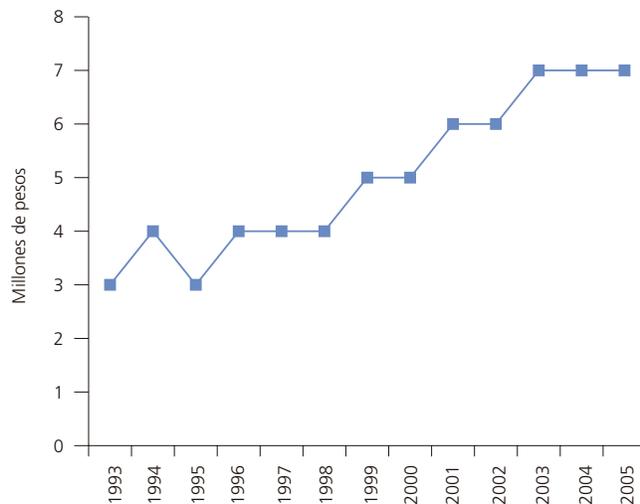
**FIGURA A1.**  
Gasto real\* en salud  
del IMSS, México  
1990-2005



\* Se usa el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) como deflactor del gasto con año base 2004.



**FIGURA A2.**  
Gasto real en salud del ISSSTE, México 1990-2005



**FIGURA A3.**  
Gasto real en salud de PEMEX, México 1993-2005

### Gasto de la Secretaría de Salud

El gasto de la SS se compone del gasto federal y del gasto estatal. El **gasto federal** corresponde al presupuesto ejercido del ramo 12 y del ramo 33 (FASSA). El **gasto estatal** corresponde al presupuesto integrado con recursos estatales que es ejercido en los servicios de salud de la SS en las entidades federativas.

$$(3) SS_t = SSFed_t + SSEst_t$$

Donde:

SSFed<sub>t</sub> es el gasto federal de la secretaría de salud en el año t y

SSEst<sub>t</sub> es el gasto estatal de la secretaría de salud en el año t

Suponemos que el único factor de cambio en el gasto de la SS es el cambio en el gasto del SPS, el cual a su vez depende del número de familias afiliadas en el tiempo, manteniendo el resto de los factores constantes. Dado que la SS es la institución que brinda servicios de salud a población abierta que no tiene



seguridad social, este supuesto implica que el gasto en salud de la SS se mantiene constante para la población sin seguridad social, y que el gasto gubernamental crecerá únicamente en función de las familias afiliadas a través de las Aportaciones Solidarias Federales, las erogaciones provenientes de la Cuota Social así como las Aportaciones Solidarias Estatales. Otra implicación de este supuesto es que los costos de la provisión de los servicios no crecerán más rápido que los recursos provenientes del SPS, por lo que no será necesario inyectar recursos extras, o que en su defecto, este crecimiento en costos es compensado a través de la mancomunación de riesgos.

Podemos por tanto establecer:  $SS_t = f(t, n_t)$ ; donde  $n_t$  es el número de familias afiliadas en el año  $t$ .

Derivado de los supuestos anteriores, podemos descomponer los gastos federales y estatales como sigue:

$$(3.1) SSFed_t = SSFED_{t-1} + \Delta(CS+ASF)_t + IMSSOp_t$$

$$(3.2) SSEst_t = SSEst_t + \Delta ASE_t, \text{ donde}$$

$SSFed_t$  es el gasto federal de la SS en el año  $t$

$SSFED_{t-1}$  es el gasto federal de la SS en el año  $t-1$

$CS$  es el total de recursos que por concepto de Cuota Social aporta la federación al SPS

$ASF$  es el total de recursos que por concepto de Aportación Solidaria Federal aporta la federación al SPS

$SSEst_t$  es el gasto estatal de la SS en el año  $t$

$SSEst_t$  es el gasto estatal de la SS en  $t-1$

$ASE_t$  es el total de recursos que por concepto de aportación Solidaria Estatal aportan todas las entidades federativas al SPS. También se denomina ASE líquida

$IMSSOp_t$  es el total de recursos que gasta la federación en el programa IMSS Oportunidades en el año  $t$

El último componente del gasto de la SS es el ejercido a través del programa IMSS -Oportunidades. El gasto de este programa se contemplaba dentro del ramo 12, pero a partir del 2004 este presupuesto se transfirió al ramo 19, sin embargo sigue considerándose gasto en salud.

Ahora bien, los recursos del SPS se determinan a partir de las aportaciones por cada familia afiliada, la cual se integra de la siguiente manera:

$$(4) SPS_{jt} = CS_{jt} + ASF_{jt} + ASE_{jt}$$

Donde  $SPS_{jt}$  son los recursos de Seguro Popular que le tocan a la familia  $j$  en el año  $t$ .

Cada una de estas aportaciones se establecen de la siguiente forma:

$CS$  es el 15% del SMVDF en 2004

$ASF = 1.5 CS$

$ASE = 0.5 CS$

Por lo tanto el total de recursos en el año  $t$  para el SPS se puede escribir así:

$$(4.1) SPS_t = \sum_{j=1}^n SPS_j;$$

Donde:  $SPS_j$  son los recursos de SPS correspondientes a la familia  $j$  en el año  $t$ , y  $SPS_t$  es el total de recursos del SPS en el año  $t$ .



Como las aportaciones son iguales para cada familia a nivel nacional entonces:

$$(4.2) SPS_t = n * SPS_t = f(n, t)$$

Así, la magnitud de recursos del SP es función del número de familias afiliadas y las metas de afiliación en el tiempo.

Recapitulando tenemos, de la ecuación (2), que:

$$(5) Gg_t = SS(n, t) + IMSS(t) + ISSSTE(t) + PEMEX(t)$$

Por lo tanto

$$(6) Gg_t = f(n, t)$$

## Gasto Privado

*El gasto privado en salud* se define como la suma de todas las erogaciones directas e indirectas que realiza cada una de las familias para la atención de la salud de sus miembros. El gasto privado se compone del gasto de bolsillo y del gasto en seguros médicos voluntarios y de las cuotas de recuperación.\* Así:

$$(7) Gp_t = GB_t + PP_t + CR_t, \text{ donde}$$

$Gp_t$  es el gasto privado en salud en el año  $t$

$GB_t$  es el gasto de bolsillo en salud en el año  $t$

$PP_t$  es el pago de primas de seguros médicos voluntarios en el año  $t$  y suponemos que sigue una tendencia lineal en el tiempo de modo que  $PP_t = \delta_0 + \delta_1 t$   $CR_t$  cuotas de recuperación en el año  $t$ <sup>†</sup>

*El gasto de bolsillo* se define como las cantidades desembolsadas directamente por los hogares, incluidas gratificaciones y pagos en especie a los profesionales de la salud y los proveedores de productos farmacéuticos, dispositivos terapéuticos y otros bienes y servicios cuya finalidad principal sea favorecer el restablecimiento o la mejora de la salud de individuos o grupos de población. Se incluyen los pagos de los hogares a servicios públicos, instituciones no lucrativas y organizaciones no gubernamentales. No están comprendidos los pagos realizados por empresas que prestan servicios médicos y paramédicos, lo exija o no la legislación a sus empleados.

El gasto de bolsillo se puede clasificar en aquél que realiza la población asegurada y aquél que realiza la población o las familias no aseguradas. Una *familia asegurada* es aquel hogar en el cual el jefe de familia, cónyuge o un mayor de 18 años cuenta con seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX). Una *familia no asegurada* es aquella en que ninguno de sus miembros cuenta con derecho a la seguridad social. Dentro de las familias no aseguradas están las que ya se afiliaron al SPS, y a las cuales se les denominará familias afiliadas o familias SPS, y las que no están afiliadas, a las que se les seguirá llamando familias no aseguradas.

Por lo anterior podemos dividir el gasto de bolsillo en aquel que realiza la población asegurada, el que realizan las familias afiliadas al SPS y las familias no aseguradas. De este modo podemos escribir:

\* No se dispone de información sobre recursos externos proporcionados a través de donaciones a las ONG.

† Las cuotas de recuperación no se incluyeron ya que representan menos del 2% del gasto privado total en salud. Y nada más se contaba con información de 2001 a 2004.



$$(8) GB_t = GBPA_t + GBSPS_t + GBPNA_t$$

Donde:

$GBPA_t$  es el gasto de bolsillo en salud de la población asegurada en el año  $t$ , el cual no depende de la afiliación de familias al SPS y suponemos que sigue una tendencia lineal en el tiempo, la misma que seguiría el gasto de bolsillo de no existir el SPS. Así  $GBPA_t = \eta_0 + \eta_1 t$

$GBSPS_t$  es el gasto de bolsillo en salud de la población no asegurada que se afilió al SPS en el año  $t$

$GBPNA_t$  es el gasto de bolsillo en salud de la población no asegurada y que no se afilió al SPS en el año  $t$

El gasto de bolsillo de una familia afiliada al SPS depende de varios factores. Uno de ellos es la contribución de su gasto de bolsillo en salud a su gasto total. Una familia de los primeros deciles de ingreso tiene menos poder adquisitivo que una familia de los últimos deciles de ingreso y por lo tanto su gasto en salud como porcentaje de su gasto total es más pequeño que el de una familia de los deciles más altos. Así tenemos que:

$$(9) SPS_t = \sum_{i=1}^{10} \theta_i * GB_t \quad i = 1, \dots, 10$$

Donde  $\theta_i$  es la contribución al gasto de bolsillo de la población que pertenece al decil de ingreso  $i$ .

Suponemos que el gasto de bolsillo de una familia afiliada disminuye al afiliarse al SPS y que el gasto de bolsillo de una familia no asegurada que no se afilió, se mantiene constante. Sin embargo en el agregado, como hay menos familias en este último grupo el gasto de bolsillo del total de esta población sí cambia. Aplicando (9) a la población no asegurada afiliada y no afiliada al SPS tenemos que:

$$(10) GBSPS_t = \sum_{i=1}^{10} \theta_i * GB_t * \alpha_{it} * \beta_i \quad y$$

$$(11) GBPNA_t = \sum_{i=1}^{10} \theta_i * GB_t * (1 - \alpha_{it})$$

Donde:

$\alpha_{it}$  es la proporción de familias afiliadas al SPS del decil  $i$  en el año  $t$ .  $0 < \alpha_{it} < 1$

$(1 - \alpha_{it})$  es la proporción de familias no aseguradas en ningún régimen en el decil  $i$  en el año  $t$

$\beta_i$  es la reducción de gasto en salud derivada de la afiliación al SPS de la población del decil  $i$ ,  $y 0 < \beta_i < 1$ . Se supone constante en el tiempo

$\theta_i$  es la contribución del decil  $i$  al gasto de bolsillo. Se supone constante en el tiempo

$GBSPS_t$  es el gasto de bolsillo en salud del total de familias afiliadas al SPS del decil  $i$  en el periodo  $t$

$GBPNA_t$  es el total del gasto de bolsillo en salud de la población no asegurada ni afiliada al SPS del decil  $i$  en el periodo  $t$

De (7) y (8) tenemos que:  $Gp_t = GBPA_t + GBSPS_t + GBPNA_t + PP_t$

Combinando ésta con (10), (11):

$$(12) Gp_t = GBPA_t + \sum_{i=1}^{10} \theta_i * GB_t * \alpha_{it} * \beta_i + \sum_{i=1}^{10} \theta_i * GB_t * (1 - \alpha_{it}) + PP_t$$

$$(13) Gp = f(\theta_i, \alpha_{it}, \beta_i, t)$$



Pero como  $\alpha_{it} = f(n_{it}, t)$ , entonces los cambios en el gasto privado en salud dependen de la magnitud de las contribuciones al gasto de bolsillo de cada decil de la población no asegurada, de la proporción de familias afiliadas del total de la población no asegurada, de la magnitud de la reducción del gasto de bolsillo resultante de la afiliación al SPS y del tiempo.

Finalmente de 6 y 13 sabemos que el gasto público como el gasto privado y por lo tanto el gasto en salud dependen del número de familias afiliadas y del tiempo, así como los parámetros  $\theta_i$  y  $\beta_i$ .

$$(14) GS_t = f(t, n_{it}, \theta_i, \beta_i)$$

## Fuentes de información

Para realizar las proyecciones se contó con la siguiente información:

VARIABLE	ABREVIACIÓN	PERIODO	FUENTE
<b>Gasto Público</b>			
Gasto en salud del IMSS	IMSS <sub>t</sub>	1990-2005	SICUENTAS
Gasto en salud del ISSSTE	ISSSTE <sub>t</sub>	1990-2005	SICUENTAS
Gasto en salud de PEMEX	PEMEX <sub>t</sub>	1993-2005	SICUENTAS
Gasto del Ramo 12 Salud	-	1990-2005	SICUENTAS
Gasto del Ramo 33	-	1990-2005	SICUENTAS
Gasto estatal en salud	SSEst <sub>t</sub>	1999-2005	SICUENTAS
Gasto en salud de IMSS Oport.	IMSS-Op <sub>t</sub>	2000-2006	SICUENTAS
Meta de afiliación (estimación) <sup>3</sup>	N	2010	DGIS
Aportación Solidaria Estatal (líquida y acreditada)	ASE <sub>t</sub>	2004 y 2005	CNPSS
<b>Gasto privado</b>			
Gasto de bolsillo	GB <sub>t</sub>	1988	SICUENTAS
Gasto en pago de primas de seguros médicos privados	PP <sub>t</sub>	1989	SICUENTAS
Estructura del gasto de bolsillo entre población asegurada y no asegurada (promedio)	-	2000, 2002, 2004	ENIGH
Contribución del gasto de bolsillo en salud al gasto total por decil de ingreso	$\theta_i$	(promedio) 2000, 2002, 2004	ENIGH
Número de hogares	-	2000-2010	Proyección de hogares al 2050 CONAPO
Estructura de hogares según su condición de aseguramiento	-	(promedio) 2000, 2002, 2004	ENIGH
Estructura de hogares no asegurados por decil de ingreso	-	(promedio) 2000, 2002, 2004	ENIGH
Reducción del gasto de bolsillo derivada de la afiliación al SPS (Escenario I)	$\beta_i$	2005-2006	DGED a partir de ENSANUT 2006
Reducción del gasto de bolsillo derivada de la afiliación al SPS (Escenario II)	$\beta_i$	2004	CIDE a partir de "Modulo de Programas Sociales" en ENIGH 2004



## ● RESULTADOS

### Estimación del número de familias a afiliar 2006-2010 ( $n_t$ )

Según el Artículo Octavo Transitorio de la Ley General de Salud, la meta del Seguro Popular en 2010 es afiliar al 100% de las familias "susceptibles de incorporación", es decir a las familias que no cuentan con seguridad social. En el 2004 esta meta equivalía a 11.9 millones de familias.\* A partir de la entrada en vigor de la ley, cada año y de manera acumulativa se podrán incorporar al Sistema de Protección Social en Salud el equivalente a 14.3% de esta meta para completar los 11.9 millones al 2010, es decir 1.7 millones de familias por año.

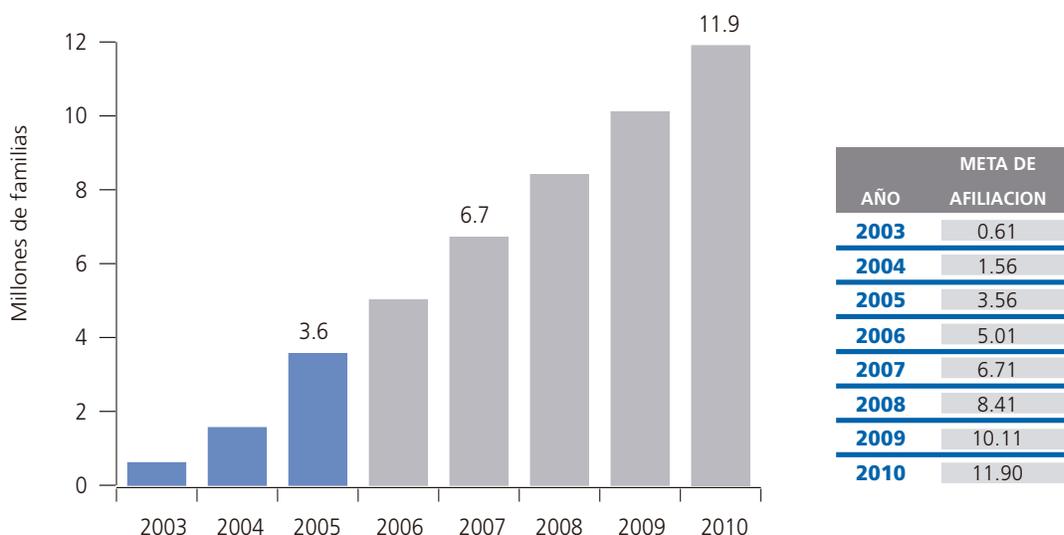
En el figura A4 se presentan las metas de afiliación calculadas para cada año sobre las cuales se basa el análisis en este estudio. Los datos correspondientes a los años 2003, 2004 y 2005 se tomaron de la CNPSS así como la proyección de familias afiliadas para 2006. Para los años subsiguientes se aumentó 1.7 millones de familias.

### Cálculo de los recursos del Seguro Popular de Salud

Como se muestra en el modelo, se calcularon las aportaciones tanto federal como estatal y la cuota social correspondiente a la afiliación del número de familias proyectado para cada año.

Se hicieron tres estimaciones: la estimación media se hizo suponiendo que el total de familias se afiliará a la mitad de cada año por lo que la aportación correspondiente es de 3,715.5 pesos por familia. La cota superior se calculó suponiendo que el total de familias se afiliará en el primer trimestre de cada

**FIGURA A4.**  
Familias afiliadas y  
metas de afiliación al  
2010, SPS



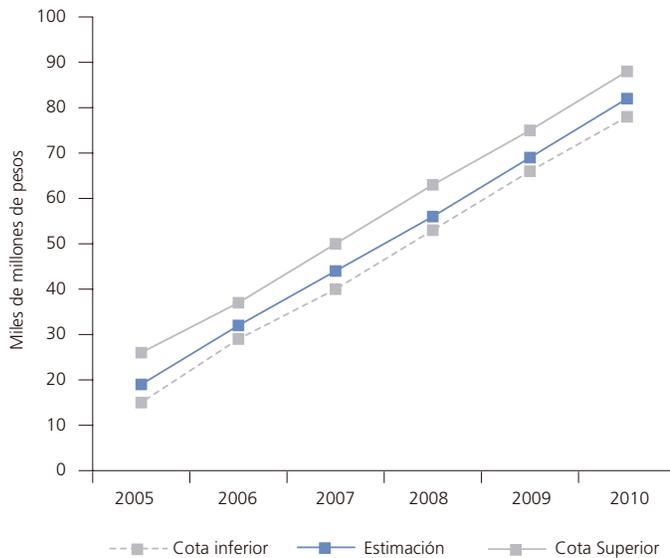
\* Esta meta fue calculada por la DGIS a partir del XII Censo de Población y Vivienda, de donde se estimaron la estructura de la población según condición de aseguramiento, así como el total de núcleos familiares sujetos a afiliación al SPSS



año, resultando una aportación de 7,431 pesos por familia. Para el cálculo de la cota inferior se supuso que todas las familias se afiliarán en el último trimestre de cada año, resultando una aportación de 1,858 pesos por familia. En la siguiente tabla se muestran los distintos esquemas de aportaciones.

MONTO DE LA CS+ASF+ASE POR FAMILIA*					
TRIMESTRE DE AFILIACIÓN	APORTACIONES TRIMESTRALES DE LA CNPSS				TOTAL ANUAL
1°	1 858	1 858	1 858	1 858	7 431
2°		1 858	1 858	1 858	5 573
3°			1 858	1 858	3 715
4°				1 858	1 858

\* Cifras en pesos de 2004



AÑO	COTA	ESTIMACIÓN	COTA
	INFERIOR	MEDIA	SUPERIOR
2005	15 320	19 021	26 423
2006	29 121	31 819	37 215
2007	40 376	43 537	49 858
2008	53 019	56 180	62 501
2009	65 662	68 823	75 144
2010	78 461	81 778	88 412

\*Cifras en mdp

**FIGURA A5.** Estimación de recursos canalizados al SPS, México 2005-2010

Estas aportaciones por familia se multiplicaron por la meta de afiliación proyectada para cada año, obteniendo una estimación media, una superior y una inferior, de los recursos necesarios para la atención de las familias afiliadas según la Ley.

## Gasto de la Secretaría de Salud

El gasto estatal de la SS para 2006-2009 se estimó en dos etapas; inicialmente se calculó el ASE mínimo necesario para financiar la atención de las familias al 2010; luego se aplicó el 14.3% a ésta y se obtuvo el crecimiento anual del ASE para los años de 2006-2009. Finalmente, para obtener el gasto estatal 2006 se sumó el crecimiento del ASE al gasto estatal en 2005 (excluyendo el ASE líquido registrado en ese año), para 2007 se sumó al gasto estatal 2006 el crecimiento anual del ASE y así progresivamente hasta 2010 como se especifica en la ecuación (3.2). Con la información disponible y utilizando la ecuación (3.1) se calculó el gasto federal de la SS.



## Gasto del IMSS Oportunidades

Se supone en este estudio que el comportamiento de este gasto es lineal con el tiempo, debido sobre todo a que la disponibilidad de datos es únicamente del 2000 al 2006 lo que dificulta emplear algún otro método. Se esta forma,  $IMSSOP_t = \delta_0 + \delta_1 t$ , donde  $\delta_0$  y  $\delta_1$  son el intercepto y la pendiente de la ecuación respectivamente.

## Proyección del gasto de las instituciones de seguridad social

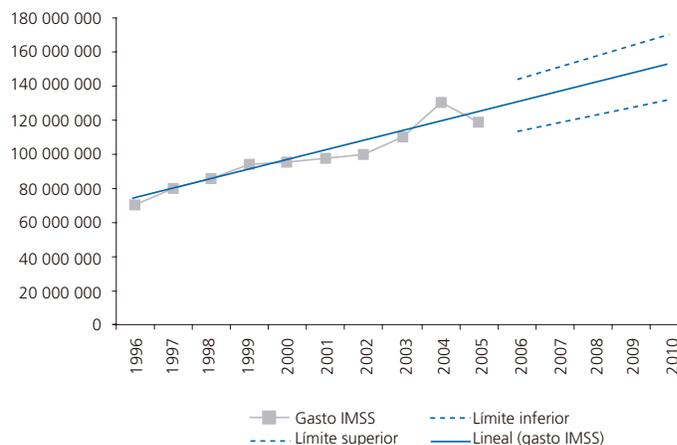
De acuerdo con lo expuesto en el apartado del gasto de la seguridad social, se estimaron los gastos de las instituciones de Seguridad Social de acuerdo a la tendencia lineal de cada una de las series de gasto en salud de las instituciones entre 1996 y 2004 con el método de mínimos cuadrados ordinarios, con intervalos al 95% de confianza. Los resultados se muestran en las figuras A6, A7 y A8 por institución.

Una vez proyectados los gastos por institución de seguridad social y el gasto de la Secretaría se aplicó la ecuación (2) para calcular el gasto público de 2006 a 2010.

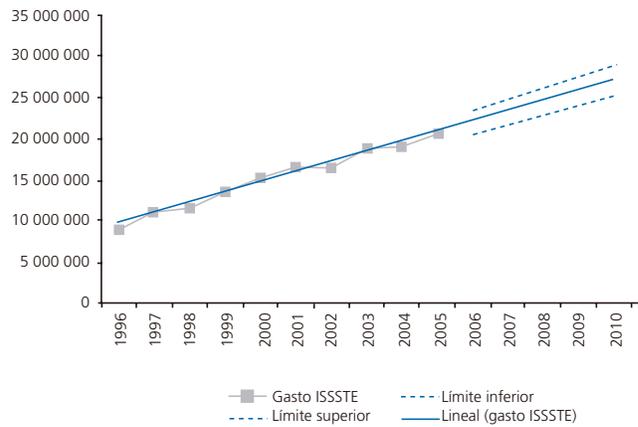
## Proyección del gasto de bolsillo

El gasto de bolsillo se proyecta a futuro usando una regresión lineal con respecto al tiempo con datos de 1996 a 2004. El supuesto de linealidad en el tiempo se basa en la tendencia de los datos reales de gasto de bolsillo que se muestra en la figura A9. Como se puede observar ente 1988 y 1994 el gasto de bolsillo sigue una tendencia creciente con tasas de crecimiento anuales similares. Entre 1994 y 1995 se muestra una marcada reducción del gasto de bolsillo real, al igual que para las series de gasto en salud de las instituciones de seguridad social. Después de 1996 el gasto de bolsillo vuelve a crecer: inicialmente a un ritmo bajo entre 1996 a 1998, y después a un ritmo mayor. Dada esta situación se decidió correr la regresión con los datos de 1996 a 2004.

**FIGURA A6.**  
Resultados de la  
proyección del gasto  
del IMSS

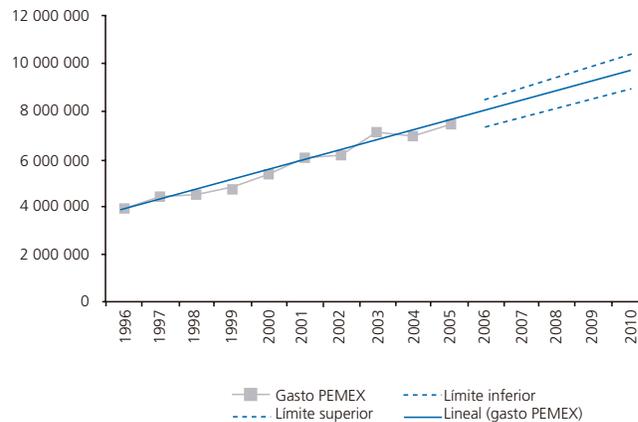


	COEFICIENTES	ESTADÍSTICO T	PROBABILIDAD
Intercepción	72 787 589	2 181 378 035	0.00000
t	5 597 091	8 954 851 679	0.00002



**FIGURA A7.**  
Resultados de la  
Proyección del gasto  
del ISSSTE

	COEFICIENTES	ESTADÍSTICO T	PROBABILIDAD
Intercepción	9 539 978 545	2 975 395 806	0.000000
Variable X 1	1 247 512 632	2 077 135 032	0.000000



**FIGURA A8.**  
Resultados de la  
proyección del gasto  
de PEMEX

	COEFICIENTES	ESTADÍSTICO T	PROBABILIDAD
Intercepción	3 769 430	3 015 326 496	0.000000
Variable X 1	417 294	1 782 063 579	0.000000

Así, después de hacer la estimación por tendencia lineal del gasto de bolsillo, se estimó su composición por tipo de población: asegurados, no asegurados afiliados al SPS y no asegurados sin afiliación al SPS

## Proyección del pago de primas

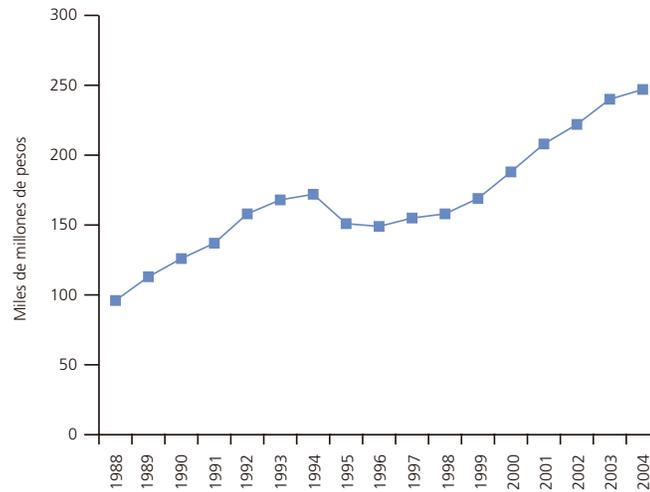
Como se definió en (6) el pago de primas ( $PP_t$ ) es lineal con respecto al tiempo de modo que  $\hat{y}_{PP} = \delta_0 + \delta_1 t$ . Las ecuaciones se estimaron por el método de mínimos cuadrados ordinarios, del mismo modo que se hizo para el gasto de las instituciones de seguridad social y para el gasto de bolsillo.

## Estimación del gasto de bolsillo de la población afiliada y no afiliada al SPS ( $GBSPS_t$ y $GBPNA_t$ )

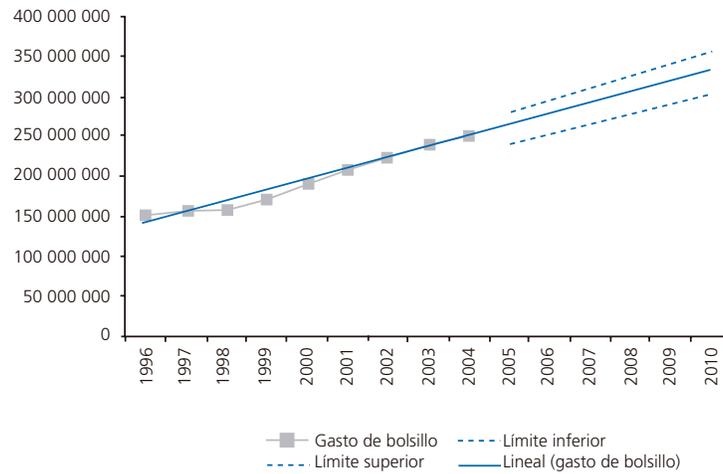
El gasto de bolsillo de la población sin seguridad social (tanto afiliada como no afiliada), es decir:  $GBSPS_t$  y  $GBPNA_t$  se modifican en relación a la proporción de familias afiliadas al SPS del total de familias sin seguridad social.



**FIGURA A9.**  
Gasto de bolsillo en salud,  
México 1988-2004

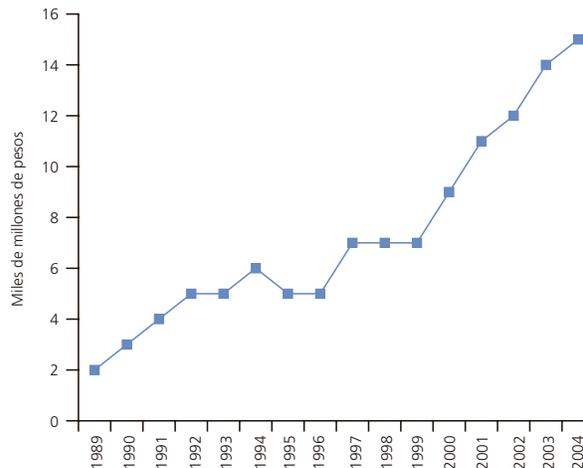


**FIGURA A10.**  
Proyección del gasto  
de bolsillo, México  
1996-2010



	COEFICIENTES	ESTADÍSTICO T	PROBABILIDAD
Intercepción	13 854 694 332	319 488 789	0.000000
Variable X 1	1 355 956 570	1 488 669 474	0.000001

**FIGURA A11.**  
Proyección del gasto  
en pago de primas,  
México 1989-2004



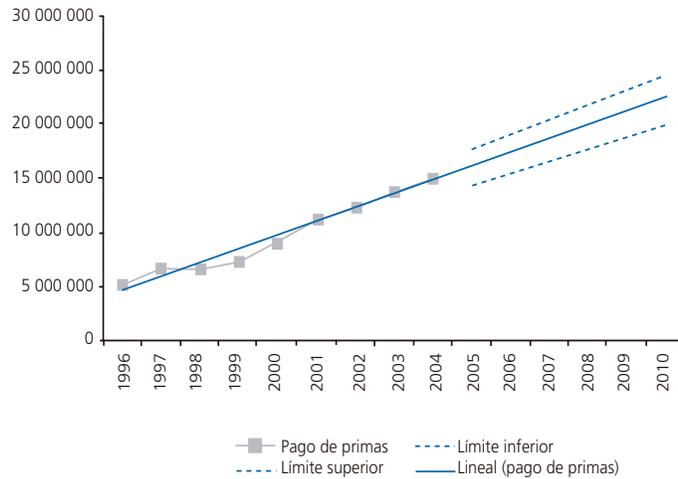


FIGURA A12.

	COEFICIENTES	ESTADÍSTICO T	PROBABILIDAD
Intercepción	461 523 923	126 825 305	0.000004
Variable X 1	125 563 305	1 642 737 858	0.000001

Según las ecuaciones (9) y (10), para la estimación de  $Gp_r$ , es necesario conocer tanto el gasto de bolsillo de la población no asegurada: afiliados ( $GBSPS_r$ ) y no afiliados al SPS ( $GBPNA_r$ ), como los parámetros  $\alpha_r$ ,  $\beta_i$  y  $\theta_i$ .

Para obtener el gasto de bolsillo para la población no asegurada se aplicó inicialmente el promedio de la estructura del gasto de bolsillo entre la población asegurada y la población no asegurada de las ENIGH de 2000, 2002 y 2004, al gasto de bolsillo proyectado anteriormente.

Posteriormente al total del gasto de bolsillo de la población no asegurada, ya calculado, se le aplicó la estructura de contribución por deciles de ingreso:  $\theta_r$ , obteniendo así el gasto de bolsillo para la población no asegurada por decil de ingreso.

### Simulación de $\theta_i$

La contribución del decil i al gasto de bolsillo de la población sin seguridad social:  $\theta_r$ , se obtuvo de los datos de la ENIGH, promediando los valores para cada decil de ingreso de las encuestas 2000, 2002 y 2004. Los resultados se muestran a continuación.

### Simulación de $\alpha_i$

Ahora, el total del gasto de bolsillo de la población sin seguridad social (ya sea afiliada o no al SPSS) por decil depende de la proporción de familias que se afilien al SPS en cada año. Debido a que no se conocen los patrones de afiliación en el tiempo de las familias fue necesario simular estas proporciones en cada año a partir de algunos criterios consistentes con las reglas de afiliación al SPS.

De las ENIGH 2000, 2002 y 2004 se obtiene el promedio de los pesos relativos de los hogares con seguridad social y los hogares sin seguridad social del total de hogares para cada año. Suponemos que un hogar es igual que una familia y también suponemos que la estructura por condición de aseguramiento permanece constante en el tiempo. Esta estructura promedio se aplica a la proyección de hogares de CONAPO de 2004 a 2010. De este modo obtenemos un total de hogares asegurados y otro para hogares no asegurados.

**CUADRO A1.**

Contribución al gasto de bolsillo por tipo de población y por decil de ingreso

DECIL	CONTRIBUCIÓN AL GASTO DE BOLSILLO	
	LA POBLACIÓN SIN SEGURIDAD SOCIAL	DE LA POBLACIÓN ASEGURADA POR DECIL DE INGRESO
I	2.5%	0.1%
II	4.4%	0.4%
III	5.3%	1.3%
IV	7.1%	1.9%
V	6.7%	3.6%
VI	7.5%	4.8%
VII	9.0%	7.2%
VIII	11.4%	10.4%
IX	16.5%	19.2%
X	29.5%	51.1%

Del mismo modo se aplica la estructura por decil de ingreso de las familias obtenida de los promedios de las ENIGH 2000,2002 y 2004 al total de hogares sin seguridad social por decil de ingreso.

Por otro lado, con los datos de la CNPSS sobre cierre de afiliación de familias 2004 y 2005 por “decil de ingreso” (estimado por la CNPSS) y el total de hogares sin seguridad social por decil ya calculados, se obtiene el porcentaje de la población afiliada al SPS del total de la población sin seguridad social en para 2004 y 2005 que son  $\alpha_{i,2004}$  y  $\alpha_{i,2005}$ .

Estas se utilizan para generar una simulación de afiliación por deciles en el tiempo de 2006 al 2010, mediante la herramienta Solver de Excell que utiliza el método Simplex.

Los *supuestos* empleados para realizar esta simulación fueron los siguientes:

- La estructura de familias por decil de ingreso no cambia en el tiempo, ni para la población no asegurada ni para la población asegurada. Esto es que las familias permanecen en el decil al que pertenecen en 2004 y 2005.
- Las familias de deciles más bajos se afilian en los primeros años y las familias de deciles más altos se van afiliando conforme se incrementa la promoción y la cantidad de intervenciones cubiertas por el SPS en el tiempo.

Los *criterios* empleados para la simulación de la afiliación de familias fueron los siguientes:

$$a) \lambda_{1t} \geq \lambda_{2t} \geq \lambda_{3t} \dots \dots \dots \geq \lambda_{10t}$$

$$\text{donde: } \lambda_{it} = \frac{n_{it}}{N_t}, \sum_{i=1}^n \lambda_{it} = 1$$

- $\lambda_{it}$  es la proporción de familias afiliadas en el decil i del total de familias afiliadas en el año t  
 $n_{it}$  es el número de familias afiliadas en el decil i en el año t  
 $N_t$  es el número total de familias afiliadas en el año t

- El total de familias afiliadas en el decil i es menor o igual al total de familias sin seguridad social en el decil i
- El número de familias afiliadas del decil i es mayor que el número de familias afiliadas en el decil  $i+1$



d) El número de familias afiliadas en el decil  $i$  es menor o igual que el número de familias afiliadas en el decil  $i-1$

De este modo, se obtienen las proporciones de familias afiliadas al SPS del total de familias no aseguradas para cada decil de ingreso en cada año.

*Limitante para la estimación de alfa:* El supuesto aquí es que la decilización que hace la se hizo con la misma metodología tanto para todos los hogares obtenidos a partir de la ENIGH como para las familias afiliadas realizada por la CNPSS. Se ha comprobado que esto no se cumple y que la metodología de categorización de familias tiende a colocar a las familias en deciles más bajos a los que en realidad estarían usando la decilización de la ENIGH. Esto representa una de las mayores limitantes de las proyecciones para el gasto privado. Es posible que se estén subestimando la reducción del gasto de bolsillo en los deciles 3, 4, 5 y 6 y sobreestimando el gasto de bolsillo de los deciles 1 y 2. Porque se sobreestima el número de personas en estos deciles y se subestima el número de personas en deciles más altos. Además la contribución es proporcionalmente mayor en deciles más altos que en los dos más bajos.

DECIL	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>I</b>	44%	90%	91%	100%	100%	100%	100%
<b>II</b>	20%	51%	85%	100%	100%	100%	100%
<b>III</b>	4%	7%	12%	29%	71%	100%	100%
<b>IV</b>	1%	2%	9%	25%	37%	62%	100%
<b>V</b>	0%	1%	11%	25%	41%	55%	73%
<b>VI</b>	0%	0%	13%	25%	40%	54%	74%
<b>VII</b>	0%	0%	0%	1%	1%	3%	10%
<b>VIII</b>	0%	0%	0%	1%	1%	2%	7%
<b>IX</b>	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
<b>X</b>	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
<b>Total</b>	11%	24%	33%	43%	52%	62%	71%

**CUADRO A2.**  
Peso relativo de familias afiliadas respecto al total de la población no asegurada

### Simulación de $\beta_i$

**La reducción del gasto de bolsillo en salud derivada de la afiliación de las familias al SPS** se calculó por quintil de ingreso a partir de datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2005-2006 en un primer escenario. Un segundo escenario consiste en estimaciones realizadas por el CIDE con base en los datos del Módulo de Programas Sociales de la ENIGH 2004, como se muestra en el cuadro 2.

Se hizo una estimación en un escenario adicional (Escenario 3) en el que se supone que no existe el SPSS y en el que no hay reducción en ningún decil de ingreso.

Una vez obtenidas  $\alpha_i$ ,  $\beta_i$  y  $\theta_i$  es posible calcular el  $GBPNA_t$  Y  $GBSPS_t$  usando (9) y (10) para cada año hasta 2010, al igual que para  $Gp_t$ .

Así es posible calcular el gasto privado, gasto público y por lo tanto el gasto total en salud. Para obtener el gasto en salud como porcentaje del PIB se usaron las estimaciones que hace Bancomer en 2006 para el PIB al 2010.

**CUADRO A3.**

Escenarios de reducción promedio del gasto de bolsillo de las familias que se afilian al SPS por quintil

QUINTIL	ESCENARIO I	ESCENARIO II
<b>I</b>	39%	7%
<b>II</b>	30%	5%
<b>III</b>	24%	8%
<b>IV</b>	32%	34%
<b>V</b>	43%	61%

FUENTE: Para escenario I DGED a partir de la ENSANUT 2005-2006 y para Escenario II cálculos del CIDE a partir del Modulo de Programas Sociales de la ENIGH 2004.



  
**Anexo B**





## Encuesta de revisión del padrón del Seguro Popular

### 1. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

ENTIDAD FEDERATIVA .....	_ _ _
MUNICIPIO O DELEGACIÓN .....	_ _ _ _
LOCALIDAD .....	_ _ _ _
CLAVE DE AGEB .....	_ _ _ _ _
MANZANA .....	_ _ _ _
ESTRATO .....	_
NÚMERO DE UPM .....	_ _ _
CIUDAD .....	_ _ _ _

### 3. FOLIO DE LA VIVIENDA

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
---------------------------------

### 4. CONTROL DE CUESTIONARIO

NÚMERO PROGRESIVO DE VIVIENDA .....	_ _ _ _
-------------------------------------	---------

### 5. CONTROL DE PAQUETE

FOLIO DE PAQUETE .....	_ _
CONSECUTIVO DEL CUESTIONARIO EN EL PAQUETE .....	_ _

### 2. DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA

_____ <small>(CALLE, AVENIDA, CALLEJÓN, CARRETERA, CAMINO, BOULEVARD, KM.)</small>			
NÚMERO EXTERIOR	NÚMERO INTERIOR	(COLONIA, FRACCIONAMIENTO, BARRIO, UNIDAD HABITACIONAL)	_ _ _ _ _
			CÓDIGO POSTAL

### 6. RESULTADO DE LA VISITA

NÚMERO DE VISITA	1a.	2a.	3a.
NOMBRE Y CLAVE DEL ENTREVISTADOR	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
FECHA (dd mm aa)	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
RESULTADO (*)	_ _	_ _	_ _
HORA DE INICIO	_ _ : _ _	_ _ : _ _	_ _ : _ _
HORA DE TÉRMINO	_ _ : _ _	_ _ : _ _	_ _ : _ _

(\*) CÓDIGO PARA EL RESULTADO DE LA VISITA

- |                                     |   |  |
|-------------------------------------|---|--|
| 01 ENTREVISTA COMPLETA              | 05 AUSENCIA DE OCUPANTES EN EL MOMENTO DE LA VISITA | 08 VIVIENDA DE USO TEMPORAL            |
| 02 ENTREVISTA INCOMPLETA            | 06 SE NEGÓ A DAR INFORMACIÓN                        | 09 NO HABLA ESPAÑOL                    |
| 03 INFORMANTE INADECUADO            | 07 VIVIENDA DESHABITADA                             | 10 DOMICILIO NO LOCALIZADO             |
| 04 ENTREVISTA APLAZADA (HACER CITA) |   | 11 VIVIENDA NO LOCALIZADA              |
|                                     |   | 12 OTRO (ESPECIFIQUE EN OBSERVACIONES) |



PARA TODAS LAS PERSONAS							
1 N Ú M E R O  D E R E N G L Ó N	2	SEXO		EDAD	AFILIACIÓN		
	2	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?		4 ¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?  MENOR DE 1 AÑO ...00  98 AÑOS O MÁS .....98  NO SABE ... 99	5 ¿Podría decirme si (NOMBRE) está inscrito(a) o afiliado(a) al Seguro Popular?  SÍ ..... 1  NO ..... 2  NO SABE ... 9		
	ANOTE TODOS LOS NOMBRES DE LOS RESIDENTES QUE NORMALMENTE VIVEN AQUI EMPEZANDO POR EL JEFE DE FAMILIA Y DESPUÉS DEL MAYOR AL MENOR, NO OLVIDE A LOS ANCianos Y NIÑOS CHIQUITOS						
	↓	↓	↓				
	NOMBRE	HOMBRE	MUJER	AÑOS	SÍ	NO	NO SABE
01		1	2	____	1	2	9
02		1	2	____	1	2	9
03		1	2	____	1	2	9
04		1	2	____	1	2	9
05		1	2	____	1	2	9
06		1	2	____	1	2	9
07		1	2	____	1	2	9
08		1	2	____	1	2	9
09		1	2	____	1	2	9
10		1	2	____	1	2	9

AGRADEZCA Y TERMINE ENTREVISTA

SI EN EL HOGAR HABITAN MÁS DE 10 PERSONAS, UTILICE OTRO CUESTIONARIO CON LA MISMA IDENTIFICACIÓN EN LA CARÁTULA.



PARA TODAS LAS PERSONAS						
		NÚMERO DE CREDENCIAL	SIN CREDENCIAL	PERTENENCIA A OTROS PROGRAMAS		
1 N Ú M E R O D E R E N G L Ó N	6		7		8	
	Tiene (NOMBRE) número de credencial.		¿Porqué (NOMBRE) no tiene su número de credencial?		¿(NOMBRE) es beneficiario de alguno de los siguientes programas?	
	Sí ..... 1 →				NINGUNO ..... 0	
	NO ..... 2				Oportunidades ..... 1	
	NO SABE ... 9				Procampo ..... 2	
					Liconsa ..... 3	
					Otro ..... 4	
	OPCIÓN	NÚMERO DE CREDENCIAL	ESPECIFIQUE	OPCIÓN	NÚMERO DE CREDENCIAL	
01	[ ]			[ ]		
02	[ ]			[ ]		
03	[ ]			[ ]		
04	[ ]			[ ]		
05	[ ]			[ ]		
06	[ ]			[ ]		
07	[ ]			[ ]		
08	[ ]			[ ]		
09	[ ]			[ ]		
10	[ ]			[ ]		

ANOTE  
NÚMERO  
Y PASE  
A 8



PARA TODAS LAS PERSONAS AFILIADAS						
1	TIEMPO DE AFILIACIÓN					
	9					
N Ú M E R O D E R E N G L Ó N	¿Cuándo se afilió (NOMBRE) al Seguro Popular por primera vez?					
				↓		
	ESTE AÑO	EL AÑO PASADO	HACE DOS AÑOS	HACE TRES AÑOS	HACE CUATRO AÑOS	NS / NC
01	1	2	3	4	5	9
02	1	2	3	4	5	9
03	1	2	3	4	5	9
04	1	2	3	4	5	9
05	1	2	3	4	5	9
06	1	2	3	4	5	9
07	1	2	3	4	5	9
08	1	2	3	4	5	9
09	1	2	3	4	5	9
10	1	2	3	4	5	9



**10** ¿Pagó usted o las personas afiliadas al Seguro Popular, alguna cuota por su afiliación al Seguro Popular?

---

**11** ¿Cuánto se pagó por la afiliación?

---

**12** ¿Cuándo se afiliaron al Seguro Popular, les explicaron cuales servicios tienen derecho a recibir?

---

**13** ¿Qué tipo de información tiene sobre el Seguro Popular?

**a** Enfermedades que atiende el Seguro Popular

**b** Centros de Salud y Hospitales donde puede ir por estar afiliado

**c** Derechos por estar afiliado

**d** Obligaciones por estar afiliado

---

**14** Usted se afilió al Seguro Popular porque ...

---

**15** Actualmente, ¿siente que el Seguro Popular cumple con sus expectativas en cuanto a la protección de su salud y su economía ante una enfermedad suya o de algún miembro de su familia?

---

**16** Si usted no tuviera ningún seguro médico y pudiera elegir entre varias opciones gratuitas, ¿cuál sería su opción?

Sí ..... 1

NO ..... 2

NO SABE/NO CONTESTÓ ..... 9

→ PASE A 12

MONTO ..... | | | | | . | | | |

Sí ..... 1

NO ..... 2

NO SABE/NO CONTESTÓ ..... 9

	LEA LAS OPCIONES		
	SÍ	NO	NO SABE / NO CONTESTÓ
a	1	2	9
b	1	2	9
c	1	2	9
d	1	2	9

En ese momento sentía que estaría protegido en su salud como en su economía ante una enfermedad suya o de algún miembro de su familia ..... 1

Fue la opción que estaba al alcance de su mano ..... 2

Porque lo afiliaron en su casa, trabajo o en algún otro lugar donde usted estaba en ese momento, o porque tiene Oportunidades ..... 3

Otro (ESPECIFIQUE) ..... 4

Sí ..... 1

NO (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 2

IMSS ..... 1

ISSSTE ..... 2

Seguro Popular ..... 3

Ninguno ..... 4

OTRA (Especifique) \_\_\_\_\_ 5

NO SABE/NO CONTESTÓ ..... 9



17 Usted o alguna persona de las que están afiliadas al Seguro Popular, ¿ha usado los servicios de salud que brinda el Seguro Popular?

18 Tomando en cuenta a todos los miembros de este hogar que están afiliados al Seguro Popular, ¿cuántas veces han usado los servicios que le ofrecen, en el último año?

19 En general y según su opinión o lo que ha escuchado de las personas que están afiliadas al Seguro Popular en este hogar, ¿qué tan satisfecho diría que están con la calidad de los servicios que ofrece el Seguro Popular?

20 Desde que está afiliado al Seguro Popular y dado que ha usado los servicios, ¿ha notado beneficios?

21 ¿Qué tipo de beneficios ha notado?

a Le atienden más rápido

b Le dan las medicinas de forma gratuita

c Los médicos son más amables

d La unidad de salud está mejor: pintura, mejores espacios, baños limpios, etc.

e Hay más médicos y/o enfermeras

f El horario es más amplio

g Hay alguien que le aclare dudas en el centro de salud

h Otro (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

22 ¿Tiene quejas o recomendaciones con respecto a algún aspecto del Seguro Popular?

23 ¿Ha expresado estas quejas o recomendaciones?

24 ¿Por qué no ha expresado su queja o recomendación?

Sí ..... 1  
 NO ..... 2  
 NO SABE/NO CONTESTÓ ..... 9

→ PASE A 27

VECES ..... [ ][ ]  
 NO SABE/NO CONTESTÓ ..... 99

Muy satisfecho ..... 1  
 Satisfecho ..... 2  
 Ni satisfecho, ni insatisfecho ..... 3  
 Insatisfecho ..... 4  
 Muy insatisfecho ..... 5  
 NO SABE/NO CONTESTÓ ..... 9

Sí ..... 1  
 NO ..... 2

→ PASE A 22

	SÍ	NO	NO SABE / NO CONTESTÓ
a	1	2	9
b	1	2	9
c	1	2	9
d	1	2	9
e	1	2	9
f	1	2	9
g	1	2	9
h	1	2	9

Sí ..... 1  
 NO ..... 2

→ PASE A 25

Sí ..... 1  
 NO ..... 2

→ PASE A 25

Porque no sabe cómo ..... 1  
 Porque no siente que serán escuchadas ..... 2  
 Porque no le interesa ..... 3  
 OTRA (Especifique) ..... 4



<p><b>25</b> Usted o algún miembro de este hogar, ¿han podido obtener los medicamentos que los doctores recetaron en forma gratuita?</p>	<p>Siempre ..... 1</p> <p>Casi siempre ..... 2</p> <p>Algunas veces ..... 3</p> <p>Casi nunca ..... 4</p> <p>Nunca ..... 5</p> <p>NO SABE/NO CONTESTÓ ..... 9</p>
<p><b>26</b> ¿Dónde ha recibido los medicamentos?</p>	<p>En la unidad de Salud ..... 1</p> <p>Fuera de la unidad de Salud ..... 2</p>
<p><b>27</b> Desde que se afiliaron usted o alguno de los miembros de este hogar, ¿han tenido que acudir a otro tipo de servicio de salud como hospitales, consultorios o en los que tenga que pagar por la atención?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NO SABE/NO CONTESTÓ ..... 9</p> <p style="text-align: right;">→ PASE A 29</p>
<p><b>28</b> ¿A qué tipo de institución?</p>	<p>Privado ..... 1</p> <p>IMSS ..... 2</p> <p>ISSSTE ..... 3</p> <p>SEDENA ..... 4</p> <p>PEMEX ..... 5</p> <p>OTRA (Especifique) ..... 6</p> <p>NO SABE/NO CONTESTÓ ..... 9</p>
<p><b>29</b> ¿Piensa volver a afiliarse al Seguro Popular?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>NO (ESPECIFIQUE) _____</p> <p>_____ 2</p>
<p><b>30</b> ¿Recomendó a alguien de su familia o amigos que se afilien al Seguro Popular?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NO SABE/NO CONTESTÓ ..... 9</p> <p style="text-align: right;">→ AGRADEZCA Y TERMINE</p>
<p><b>31</b> Esa persona a la que le recomendó el Seguro Popular, ¿se afilió?</p>	<p>Sí ..... 1</p> <p>NO ..... 2</p> <p>NO SABE/NO CONTESTÓ ..... 9</p>





**Dirección General de Evaluación del Desempeño  
Evaluación del Seguro Popular  
Evaluación de los Flujos Financieros  
Cuestionario para la Evaluación del Desempeño de la Comisión  
Nacional de Protección social en Salud**



El objetivo de este instrumento es el de captar las opiniones y comentarios de los responsables del manejo operativo del Seguro Popular en cada entidad federativa sobre el desempeño de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) en relación a los procesos financieros en los que toma parte así como el proceso acreditación de unidades. La información que nos proporcione será empleada para el análisis a nivel nacional por lo que su opinión será confidencial.

1.- Año de incorporación de la entidad al Seguro Popular (contando los años en que fue un programa piloto) \_\_\_\_\_

**I. Datos Generales del Informante**

2.- Puesto \_\_\_\_\_

3.- Antigüedad en el Puesto \_\_\_\_\_

4.- Antigüedad en la Secretaría de Salud \_\_\_\_\_

**II. Procesos para la transferencia de recursos federales**

¿Está de acuerdo con las siguientes afirmaciones? (Favor de tachar la opción que le parezca más adecuada )	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	En total desacuerdo
5.- Estoy satisfecho con la meta de afiliación de 2006, en mi estado				
6.- Este año fue transparente la aprobación de la meta de afiliación				
7.- El cumplimiento de los requisitos que pide la CNPSS para la transferencia de recursos federales a la entidad es sencillo				
8.- Las transferencias de los recursos federales por concepto de Cuota Social (CS), Aportación Solidaria Federal (ASF) y Gastos de Operación (GO) a la entidad han sido oportunas				
9.- Ha mejorado la oportunidad de las transferencias de recursos a lo largo del tiempo de operación del SPS				
10.- El proceso de transferencia de los recursos federales por concepto de CS, ASF y GO a la entidad es transparente				
11.- Los recursos correspondientes a CS, ASF y GO se han enviado a la entidad en la cantidad acordada				
12.- Los lineamientos para la integración de la Aportación Solidaria Estatal (ASE) en las entidades son claros				
13.- El proceso que se lleva a cabo en la entidad para la integración de la ASE es complicado				
14.- El proceso de autorización de la ASE por parte de la CNPSS es transparente				

15.- En su opinión, ¿Qué aspectos cambiaría del proceso de la integración de la ASE?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

16.- ¿En lo que va de este año ha recibido alguna transferencia de recursos federales por concepto de CS, ASF y GO ?

Si  No

**En caso de responder "Si", conteste la siguiente pregunta, en caso contrario pase a la pregunta 18**

17.- ¿Estos han llegado en la cantidad acordada?

Si  No

¿Está de acuerdo con las siguientes afirmaciones? (Favor de tachar la opción que le parezca más adecuada )	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	En total desacuerdo
18.- El proceso de revisión y validación del padrón de beneficiarios es transparente				
19.- El tiempo que toma el procedimiento de revisión y validación del padrón es adecuado				
20.- La frecuencia con la que se deben entregar los reportes es la adecuada				



21.- ¿Cuenta con la aplicación del Sistema de Información Financiera del Seguro Popular (SP-SIF) para el reporte del ejercicio del gasto

Si

No

**En caso de responder "Si", conteste la siguiente pregunta, en caso contrario pase a la pregunta 26**

22.- ¿Utiliza la aplicación SP-SIF para reportar el ejercicio del gasto?

Si

No

¿Está de acuerdo con las siguientes afirmaciones? (Favor de tachar la opción que le parezca más adecuada )	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	En total desacuerdo
23.- El reporte de ejercicio del gasto es más sencillo por medio de la aplicación SP-SIF				
24.- El reporte del ejercicio del gasto es más rápido por medio de la aplicación SP-SIF				

25.- En su opinión ¿Qué cambiaría del proceso de reporte del ejercicio a la CNPSS?

---

---

**III. Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos**

26.- ¿Conoce los lineamientos para la solicitud de recursos del Fondo contra Gastos Catastróficos (FGC) ?

Si

No

¿Está de acuerdo con las siguientes afirmaciones? (Favor de tachar la opción que le parezca más adecuada )	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	En total desacuerdo
27.- El procedimiento de solicitud de los recursos del FGC por parte de la CNPSS es transparente				
28.- El procedimiento de asignación de los recursos del FGC por parte de la CNPSS es transparente				
29.- El procedimiento es rápido				

30.- ¿Qué cambiaría del procedimiento de solicitud de recursos FGC ?

---

---

---

31.- ¿Qué cambiaría del procedimiento de asignación de recursos FGC ?

---

---

---

**III. Fondo de Previsión Presupuestal**

32.- ¿Conoce los lineamientos para la solicitud de recursos del Fondo de Previsión Presupuestal (FPP) ?

Si

No

33.- ¿Ha solicitado recursos del FPP?

Si

No

---

---



¿Está de acuerdo con las siguientes afirmaciones? (Favor de tachar la opción que le parezca más adecuada )	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	En total desacuerdo
34.- El procedimiento para solicitar los recursos del FPP es transparente				
35.- El procedimiento de solicitud de los recursos del FPP es sencillo				
36.- El tiempo de respuesta a esta solicitud es adecuado				
37.- El proceso de asignación de los recursos del FPP a las entidades federativas es transparente				

38.- ¿Qué cambiaría del procedimiento de solicitud de recursos del FPP?

---



---



---

39.- ¿Qué cambiaría del proceso de asignación de recursos del FPP?

---



---



---

**IV. Opinión general sobre el desempeño de la CNPSS**

Favor de tachar la opción que le parezca más adecuada	Totalmente satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Totalmente insatisfecho
40.-¿Qué tan satisfecho está, con respecto al desempeño de la CNPSS en general?				

41.- ¿Qué opina sobre el desempeño de la CNPSS como agente financiador?

---



---



---

**V. Acreditación**

¿Está de acuerdo con las siguientes afirmaciones? (Favor de tachar la opción que le parezca más adecuada )	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	En total desacuerdo
42.- La acreditación de las unidades es un proceso sencillo				
43.- La acreditación de las unidades es un proceso rápido				
44.- La responsabilidad de acreditar unidades es solamente del estado				
45.- La responsabilidad de acreditar unidades es solamente de la federación				
¿Está de acuerdo con las siguientes afirmaciones? (Favor de tachar la opción que le parezca más adecuada )	Totalmente satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Totalmente insatisfecho
46.-¿Qué tan satisfecho está, con respecto al proceso de acreditación de unidades ?				

47.- En su opinión ¿Cómo mejoraría el proceso de acreditación de las unidades ?

---



---



---



## Agradecimientos

La elaboración de este documento no habría sido posible sin la participación de la Mtra. Vanessa M. Vázquez y el Mtro. Carlos Gracia Nava.

El grupo que elaboró este documento también agradece a:

- Raquel Mendoza
- Alejandro Kelly
- Emilio Herrera
- Teodoro Delint
- Beatriz Escobedo
- Armando Pérez Cabrera
- Juan Caudillo
- Regimen Estatal de Protección Social en Salud de Baja California
- Regimen Estatal de Protección Social en Salud de Michoacán
- Regimen Estatal de Protección Social en Salud de Morelos
- Regimen Estatal de Protección Social en Salud de Veracruz
- Regimen Estatal de Protección Social en Salud de Yucatán



**Sistema de Protección Social en Salud**  
Evaluación Financiera



Se terminó de imprimir en noviembre de 2006.  
La edición consta de 500 ejemplares  
y estuvo al cuidado de la Subdirección  
de Comunicación Científica y Publicaciones  
del Instituto Nacional de Salud Pública