

Sistema de Protección Social en Salud



TRES

Evaluación de procesos

Sistema de
Protección Social
en Salud



Evaluación de Procesos del
Seguro Popular de Salud

• 2006 •



Sistema de Protección Social en Salud
Evaluación de Procesos

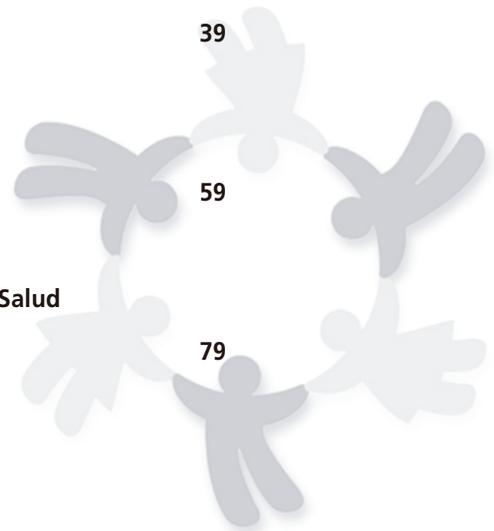
Primera Edición / enero de 2007
ISBN 970-721-383-3

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

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Contenido

Presentación	7
I. Acreditación de los establecimientos públicos que prestan servicios al Seguro Popular de Salud	9
II. Utilización de servicios y trato recibido por los afiliados al Seguro Popular de Salud	39
III. Evaluación del surtimiento de medicamentos a la población afiliada al Seguro Popular de Salud	59
IV. Mapeo político y escenarios de sostenibilidad del Seguro Popular de Salud en dos entidades federativas	79





Presentación



Una manera de garantizar que se cumplan los objetivos de un programa o una política es asegurarse de que los procesos que los alimentan se están llevando a cabo de forma correcta. En el caso del Seguro Popular de Salud (SPS), la *Evaluación de Procesos del SPS* pretende determinar que tan bien se están implantando diversos procesos claves, a saber: i) la clasificación de las familias que se afilian al SPS; ii) la determinación de las contribuciones que esas familias deben hacer al SPS; iii) la acreditación de las unidades que prestan servicios a los afiliados al SPS; iv) el acceso a los servicios que tienen los afiliados al SPS; v) el trato que reciben los usuarios de estos servicios, y vi) el abasto de los medicamentos que se asocian al Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud del SPS.

En este documento se presentan los resultados de la evaluación de los últimos cuatro procesos, ya que los resultados finales de la evaluación del instrumento de clasificación de las familias que se afilian al SPS y del instrumento para la determinación del nivel de contribución de las familias afiliadas al SPS según su decil de ingreso se encontraban todavía en fase de conclusión al momento de publicación de este informe.

En el primer capítulo se muestran los resultados de la evaluación de la acreditación de los establecimientos que prestan servicios al SPS. Esta información se desagrega por tipo de unidad (unidades ambulatorias y hospitales) y entidad federativa. Asimismo, se analizan las dificultades que enfrentan las entidades federativas para cumplir con lo establecido por la norma de acreditación en los tres componentes básicos de este proceso: calidad, capacidad y seguridad. Finalmente, se muestran los resultados de una encuesta de satisfacción con el proceso de acreditación que se aplicó a los directores estatales del SPS.

En el capítulo dos se presentan, por un lado, los resultados de un estudio de utilización de servicios por los afiliados al SPS y, por el otro, los resultados de una encuesta de trato que se aplicó a los usuarios de servicios afiliados al SPS. En el primer caso se presentan datos sobre la magnitud de la utilización de servicios y sobre el tipo de servicio utilizado. En el segundo caso se presenta información sobre el nivel de satisfacción de los usuarios de servicios afiliados al SPS con, entre otros rubros, el grado de respeto con el que se les trató, la comunicación con los proveedores de servicios y la limpieza de las instalaciones.

En el capítulo tres se da cuenta del surtimiento de medicamentos a la población afiliada al SPS. Esta información, producto de encuestas diseñadas *ad hoc*, está desagregada por tipo de unidad (unidades ambulatorias y hospitales) y entidad federativa. También presenta información sobre la eficiencia alcanzada en este rubro, al comparar, por entidad federativa, el nivel de surtimiento completo de recetas con el nivel de gasto per cápita estatal en salud.

El último capítulo se dedica a presentar de los resultados iniciales de un estudio de mapeo político y escenarios de sostenibilidad del SPS en dos entidades federativas. Este estudio hace énfasis en la influencia que tienen, entre otros factores, el fortalecimiento de la oferta de servicios y el conocimiento de los afiliados al SPS de sus derechos en el éxito en la implantación de esta iniciativa.





Capítulo I



Acreditación de los
establecimientos públicos
que prestan servicios al
Seguro Popular de Salud



Mensajes Centrales

1. A finales de 2005 se habían acreditado en el país 1,278 unidades, que representan 30% del total de unidades que prestan servicios al Seguro Popular de Salud (SPS)
2. El proceso de acreditación de unidades que prestan servicios al SPS debe realizarse en menos tiempo y extenderse a un mayor número de unidades. En 2005 siete entidades federativas evaluaron más del 80% de las unidades que prestan servicios al SPS.
3. Para que dicho proceso se institucionalice, garantice su continuidad y se agilice debe contar con el personal necesario para coordinar y realizar las visitas a las 32 entidades federativas, así como con presupuesto propio, que actualmente no posee.
4. Ninguna entidad federativa tiene la totalidad de sus unidades acreditadas. Baja California tiene más del 90% de sus unidades acreditadas y Chiapas 87%. Nuevo León, Baja California Sur, Querétaro, Durango y Quintana Roo presentan porcentajes de acreditación menores de 6%.
5. Aguascalientes, Sonora y Nuevo León tienen los mayores porcentajes de hospitales acreditados (100, 92 y 88% respectivamente), mientras que Campeche, Nayarit, Quintana Roo y Tlaxcala no tienen ninguno. Con respecto a centros de salud, Baja California y Chiapas tienen el 90% acreditados; Durango, Querétaro y Quintana Roo, contrariamente, no tienen ningún centro de salud acreditado.
6. El principal obstáculo para lograr la acreditación se ubica en el componente de calidad, cuya mejora no requiere esfuerzos ni recursos extraordinarios por parte de las entidades.
7. Las principales áreas de oportunidad para mejorar el componente de capacidad de las unidades se ubican en consulta externa y botiquín y farmacia. En el componente de seguridad el desempeño general es correcto.
8. De acuerdo con datos de una encuesta aplicada para evaluar los procesos operativos-financieros del SPS, 64% de los directores estatales del SPS no están satisfechos con el proceso de acreditación.





Los sistemas de salud, además de contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población, deben esforzarse por responder de manera adecuada a las expectativas de los usuarios de los servicios. Esto implica ofrecer servicios de salud efectivos en un marco que respete la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información que se maneja; disponer de servicios básicos dignos en las unidades de atención; esperar tiempos razonables por una consulta o una intervención, y tener acceso a redes de apoyo social.

Bajo esta lógica se ideó la estrategia de acreditación de unidades de atención médica que aspiran a prestar los servicios a los afiliados al Seguro Popular de Salud (SPS).

El diseño y la implantación del proceso de acreditación quedó en manos de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCyES), que elaboró una propuesta de evaluación y se incorporó al Reglamento en Materia de Protección Social en Salud, publicado el 5 de abril de 2004 en el Diario Oficial de la Federación.

Este capítulo tiene como objetivos describir el proceso de acreditación de unidades que prestan servicios a los afiliados al SPS; dimensionar el avance en la acreditación de unidades en el nivel nacional, y proponer algunas estrategias para facilitar la acreditación de las unidades que aún no se han evaluado.

En la sección II se detalla la información y sus fuentes, así como los métodos empleados para el logro de cada uno de los objetivos señalados. En la sección III se describe el proceso de acreditación de unidades, describiendo sus elementos y criterios de evaluación, así como las instancias involucradas. En la sección IV se presentan los resultados de un análisis multifactorial que pretendía detectar las áreas y factores en las que deben enfocarse las unidades no evaluadas para lograr mayores puntajes en la evaluación y así lograr la acreditación. Finalmente, en el apartado V se presentan las conclusiones.

I. Antecedentes





La evaluación del proceso de acreditación comprende un análisis descriptivo usando como indicadores las proporciones de unidades evaluadas, acreditadas, condicionadas y no acreditadas por tipo de unidad. Esta evaluación también incluye un análisis multifactorial con datos a marzo de 2006, sobre los puntajes obtenidos en la evaluación en una muestra representativa de nivel nacional de 225 unidades seleccionadas aleatoriamente de un universo de 1,307 unidades evaluadas que prestan servicios al SPS. Se obtuvieron los puntajes para los componentes de capacidad, seguridad y calidad de las cédulas de dichas unidades. Posteriormente se analizaron los puntajes obtenidos en cada componente para las distintas áreas evaluadas en la unidad. Se compararon dichos puntajes entre las unidades dictaminadas como acreditadas, condicionadas y no acreditadas, detectando así las áreas críticas por componente, es decir, las áreas que permiten que una unidad resulte acreditada. El nivel de confianza requerido para seleccionar la muestra fue de 95% y únicamente se tomaron en consideración unidades que ofrecen servicios de primer nivel.

Finalmente, se aplicó un cuestionario de opinión a los directores estatales del SPS en 32 entidades federativas sobre los procesos operativos-financieros del SPS en el que se incluyó el proceso de acreditación de unidades, recabando así la opinión de dichas autoridades sobre algunos aspectos de este proceso.

Las fuentes de información incluyeron la Ley General de Salud (LGS), el Reglamento de la LGS en Materia de Protección Social en Salud, el Manual para la Acreditación de la Capacidad, Seguridad y Calidad en Establecimientos Públicos para la Prestación de Servicios de Salud, los registros de las unidades de la SS proporcionados por la Dirección General de Información en Salud, los registros administrativos de la DGCyES, entrevistas con autoridades de acreditación de esta última dirección, y encuestas de opinión a los directores de los regímenes estatales de protección social en salud.

La información analizada cubre el periodo de 2005, con la excepción de la usada en el análisis multifactorial. No se presentan cifras de 2006 porque la información relacionada con el número de unidades médicas afiliadas a la red del SPS que proporciona la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), a través de la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud, no se encuentra disponible y, en muchos casos, es contradictoria con aquélla que presenta la DGCyES con relación al número de unidades evaluadas y acreditadas, la cual está disponible hasta noviembre de 2006. Al final se formó una base de datos con el número de unidades médicas afiliadas a la red del SPS que proporciona la CNPSS y el número de unidades evaluadas y acreditadas de la DGCyES al 31 de diciembre de 2005.

II. Material y métodos





La reforma a la LGS establece la necesidad de acreditar la calidad de los servicios de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría y geriatría de acuerdo al nivel de atención.

Para llevar a cabo dicho proceso, la DGCyES generó varias propuestas que fueron analizadas por diversas dependencias normativas de la SS para dar vida así al Manual para la Acreditación de la Capacidad, Seguridad y Calidad en Establecimientos Públicos para la Prestación de Servicios de Salud, el cual, además de contar con la metodología para llevar a cabo el proceso de acreditación de las unidades médicas, contiene los estándares, en formato de cédulas, que permiten evaluar los centros de salud y hospitales, en tres grandes componentes: capacidad, calidad y seguridad del paciente.

El proceso de acreditación comprende dos etapas: la autoevaluación por parte de la unidad a visitar y la visita de evaluación por parte de las autoridades de la DGCyES. En la primera etapa, la DGCyES coloca en Internet la cédula de evaluación; la entidad las aplica en las unidades que tenga planeadas acreditar; se envían estos resultados a la DGCyES, y se solicita la visita de evaluación. En la segunda etapa, la DGCyES visita a la unidad o red de unidades a evaluar, las evalúa, produce un informe de resultados al Comité para la Acreditación y éste emite un dictamen.

En este apartado se describen los componentes a evaluar de las unidades dentro del proceso de acreditación; su mecanismo de calificación de acuerdo a las cédulas de evaluación; los criterios para que una unidad sea calificada como acreditada, acreditada condicionada o no acreditada; los actores involucrados; el proceso de evaluación, y la vigencia que tiene el dictamen emitido por el Comité para la Acreditación.

III. Proceso de acreditación de unidades



● COMPONENTES DE LA EVALUACIÓN EN LAS UNIDADES MÉDICAS QUE PRESTAN SERVICIOS AL SPSS

Capacidad

A través de este componente se garantiza que las unidades cuenten con los recursos mínimos para brindar los servicios relacionados con las intervenciones establecidas en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES). En las cédulas de evaluación se califica, por ejemplo, la existencia de glucómetros, tiras reactivas, cartillas nacionales de salud, refrigeradores, charolas perforadas, vasos contenedores, biológicos para vacunación, equipos de curaciones, antisépticos locales, estuche de diagnóstico, cintas métricas, mesa de exploración, sueros, etc. Vale la pena señalar que no sólo se califica la existencia de material o mobiliario, sino también su funcionalidad y manejo de registros de mantenimiento.

También se evalúa la existencia y correcto registro documental de la capacitación a cuidadores de niños menores de cinco años; la población que requiera consejería sobre tabaquismo, alcoholismo y trastornos por déficit de atención; utilización de los programas preventivos de tuberculosis; prestación del servicio de laboratorio, propio o de referencia, para el control de glucemia, hemoglobina glicosilada, triglicéridos o para el diagnóstico de las infecciones e infestaciones de transmisión sexual, determinación de T3, T4 y TSH para comprobar la sospecha originada en el tamizaje y levotiroxina en farmacia; etc.

Asimismo, y con la ayuda de expedientes clínicos elegidos aleatoriamente, se verifica la prestación de los servicios ofertados en el CAUSES.



Finalmente, en lo correspondiente al surtimiento de medicamentos registrados en el cuadro básico asociado con el CAUSES, se verifica la existencia física, caducidad y registros de surtimiento y abastecimiento a las diferentes áreas de la unidad y población SPS.

Seguridad

A través de este componente se evalúan los principales aspectos de la práctica médica segura, seguridad del paciente durante el proceso de atención médica y su estancia en el establecimiento. Por ejemplo, en las cédulas de evaluación se califica que las unidades cuenten con los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios; que las condiciones generales del mobiliario y baños sean óptimas; la utilización de uniforme y gafetes de identificación por parte del personal de la unidad; que se realicen revisiones de seguridad del equipo y estructura del laboratorio de manera programada; la existencia de registros documentales (en el expediente clínico); que los resultados del tamiz neonatal estén integrados, interpretados y comentados; la referencia de mujeres embarazadas con identificación de factores de riesgo; que el personal profesional odontólogo y paramédico esté adiestrado y cuente con dosímetro personal, y que se tenga control de los Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos.

Al igual que en el caso de la evaluación de la capacidad de las unidades, en la evaluación de la seguridad no sólo se verifica la existencia de mobiliario o material o registros, sino su funcionalidad al interior de la unidad.

Calidad

Este componente evalúa la factibilidad de implantar mínimos de gestión de calidad que faciliten la introducción de procesos de mejora continua y el apego a los principales programas de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS).

En las cédulas de evaluación se califica que las unidades cumplan con la contrarreferencia de usuarios de los servicios; que se cuente con el diagnóstico situacional y el diagnóstico de salud del área de influencia; que se muestren evidencias del desarrollo del sistema de captura manual, procesamiento, análisis e implementación de los indicadores de la CNCSS; que se promueva la participación de la sociedad a través de un grupo organizado para avalar los resultados del monitoreo de indicadores de trato digno en consulta externa (Aval Ciudadano) y que la unidad cuente con información sobre el centro de atención telefónica; que se haga del conocimiento de los usuarios y prestadores de servicio la Carta de Derechos Generales de los Pacientes y la Carta de Derechos de los Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, entre otros documentos relacionados.

En el cuadro I se describen las áreas, dentro de la unidad de salud, que se evalúan por componente para lograr la acreditación (capacidad, seguridad y calidad).

● MECANISMO DE CALIFICACIÓN Y CRITERIOS PARA EMISIÓN DE DICTÁMENES

El mecanismo de calificación es únicamente de cumple (un punto) y no cumple (cero puntos) para cada uno de los criterios señalados en las cédulas de autoevaluación. En el caso de que un concepto no sea requerido para un determinado tipo de establecimiento, existe la opción de “no aplica”. El cumplimiento en la oferta de los servicios del CAUSES representa 60% de la calificación global de la evaluación, lo que



ÁREAS DE EVALUACIÓN	COMPONENTES DE LA EVALUACIÓN		
	CAPACIDAD	SEGURIDAD	CALIDAD
Medicina preventiva	●	●	
Áreas de curaciones y rehidratación	●		
Consulta externa	●	●	
Planificación familiar	●		
Referencia y contrarreferencia	●		●
Odontología	●	●	
Rehabilitación	●		
Laboratorio	●	●	
Imagenología	●	●	
Botiquín y Farmacia	●		
Recursos humanos	●		
Infraestructura (CEyE)	●	●	
Calidad			●

CUADRO I. Áreas de evaluación en unidades de primer nivel por componente de evaluación para la acreditación de la capacidad, seguridad y calidad, Secretaría de Salud, México 2006

determina la capacidad del establecimiento. Los criterios de seguridad y calidad representan, cada uno, 20% de la calificación.

Para que un establecimiento pueda recibir la acreditación debe alcanzar como mínimo 90% del total del puntaje de la cédula correspondiente. Los puntajes entre 70 y 89% permiten la acreditación condicionada del establecimiento. Los puntajes menores de 70% excluyen a la unidad médica de la acreditación.

Para que un establecimiento pueda permanecer en el sistema, deberá contar con el dictamen de acreditación que emite la Subsecretaría de Innovación y Calidad (SIC) como resultado de la aplicación del proceso de evaluación que se establece en el Manual con base en la sección segunda del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. El citado Reglamento, en su artículo 29, determina que en los casos que se genere un dictamen no favorable o condicionado, la unidad será informada acerca de los criterios no cumplidos a efecto de que estos sean resueltos por la instancia correspondiente y sea evaluado nuevamente en un plazo no mayor a 12 meses. A solicitud de la entidad interesada, la DGcyES programará y realizará la visita de evaluación previa información a la entidad.

● INSTANCIAS INVOLUCRADAS EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN

El equipo de evaluación se integra con personal de la SS de nivel federal y personal médico del área de servicios de salud estatal y líderes en calidad en las entidades federativas autorizados para ejercer las funciones en la materia. La responsabilidad del proceso de evaluación recae en el titular de la Subdirección de Calidad de la Atención Médica de la DGcyES. Como un mecanismo de control que garantice la imparcialidad de la evaluación se ha normado que el equipo evaluador no pertenezca al mismo estado en donde se realiza la acreditación.

Su función consiste en i) establecer coordinación con el líder de calidad en los estados o con el representante del SPSS; ii) elaborar un calendario anual de trabajo; iii) coordinar a los evaluadores estatales durante la visita de evaluación; iv) revisar los informes por establecimiento evaluado; v) preparar la documentación para el Comité, y vi) evaluar los establecimientos.

El Comité para la Acreditación es la instancia jerárquica y técnica de carácter funcional integrada por el Subsecretario de Innovación y Calidad (presidente), el Director General de Calidad y Educación en



Salud (secretario) y el Director de Impulso a la Gestión de la Calidad (vocal), cuyas funciones consisten en avalar y emitir los dictámenes y recomendaciones derivados de las visitas de evaluación.

Dicho equipo evaluador también tiene como responsabilidad elaborar informes por establecimiento. Para cada visita se integra un equipo de tres evaluadores dependiendo del tipo o complejidad de establecimiento a evaluar de la manera siguiente: i) un coordinador-evaluador de nivel federal; ii) un evaluador médico del área de primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud (SESA) de un estado diferente al que se evalúa o de la federación; iii) un evaluador médico del área de segundo nivel de atención de los SESA de un estado diferente al que se evalúa o de la federación, y iv) un evaluador (enfermera) del área de servicios de salud de un estado diferente al que se evalúa, o de la federación. Si se requiere, también podrá incorporarse un evaluador (ingeniero biomédico o personal capacitado en equipamiento médico) del área de servicios de salud de un estado diferente al que se evalúa o de la federación, y el líder operativo de la CNCSS y responsable del SPSS del estado que se evalúa. Dichos personajes actúan como observadores. Los evaluadores correspondientes al primero y segundo niveles, se incrementarán conforme al número de establecimientos a evaluar.

Vale la pena mencionar que la estructura con la que cuenta la DGCyES es muy limitada para llevar a cabo estas tareas ya que sólo cuenta con cinco plazas de confianza, cinco plazas de base y ocho elementos contratados por honorarios para estos fines (cuya vigencia de contrato es menor a cinco meses).

● PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS

De manera muy general el proceso de acreditación de unidades se divide en dos fases. La primera de ellas es la de autoevaluación y la persona que coordina a los evaluadores en el nivel federal envía a los SESA los cuadernos de autoevaluación y pone en el portal Web de Acreditación las cédulas correspondientes para su consulta y uso. En seguida, la unidad de salud efectúa la autoevaluación. En caso de no cumplir los requerimientos mínimos solicitados, se debe elaborar un Plan para el Fortalecimiento de la Oferta de los Servicios (PFOS) con el apoyo del nivel federal. Cuando el establecimiento realice una nueva autoevaluación y cubra los mínimos necesarios podrá acceder al paso siguiente, que consiste en enviar al coordinador de evaluadores las autoevaluaciones para ser incluidos en el programa anual de trabajo de la DGCyES.

En la segunda fase del proceso, la fase de evaluación, la DGCyES, con base en el volumen de solicitudes recibidas, se reserva el derecho de determinar las visitas de evaluación a las unidades, independientemente de los resultados obtenidos en la autoevaluación. En seguida, la autoridad estatal solicita formalmente a la DGCyES se efectúe el proceso de evaluación para ese establecimiento. Los SESA y las jurisdicciones sanitarias pueden conformar con su personal un grupo que comprobará y registrará los puntos incumplidos y los resultados que se obtengan durante la evaluación. La DGCyES entrega los cuadernos de autoevaluación enviados por la entidad al equipo evaluador. El equipo evaluador revisa las autoevaluaciones, identifica los establecimientos o la red de servicios candidatas a la acreditación y programa la visita del equipo evaluador al establecimiento o la red de servicios. La DGCyES gira oficio a los SESA acerca de la visita de evaluación a los establecimientos o a la red de servicios, a efecto de que se prepare lo necesario, y comunica el nombre del coordinador del equipo evaluador, los nombres de los evaluadores y el periodo de trabajo.

El coordinador federal inicia sus actividades con una entrevista con el responsable del establecimiento o la red y sus jefes de servicio involucrados para explicar los lineamientos generales. En seguida se levanta un acta de inicio de actividades firmada por el personal directivo involucrado en el proceso. Después se asignan los servicios a evaluar a cada uno de los evaluadores, quienes procederán a revisar los servicios en los diferentes componentes que determina la cédula de evaluación. El equipo califica los criterios contenidos de capacidad, seguridad y calidad que deberán coincidir con lo listado en el CAUSES, y con base en las evidencias disponibles. Al término de la visita de evaluación se cierra el acta con las observaciones o con el acuerdo



del personal directivo en relación con el proceso realizado en su unidad. En ningún caso los evaluadores podrán emitir resultados preliminares a persona alguna del establecimiento, las redes o los SESA.

Una vez terminada la visita de acreditación, el coordinador federal elabora y entrega el informe sintético al responsable de la Subdirección de Calidad de la Atención Médica, quien prepara los documentos que revisará el Comité. El Comité evalúa el informe y los resultados de la evaluación y decide la procedencia, y comunica oficialmente el dictamen a los SESA con copia al establecimiento médico. Si el dictamen es favorable, pero condicionado, los SESA deben presentar un PFOS para gestionarse las necesidades y requerimientos en las áreas correspondientes.

En el caso de la evaluación a una red de servicios, si alguna de las unidades seleccionadas queda como acreditada condicionada o no acredita, la totalidad de la red se considerará condicionada a pesar de que las demás unidades hubieran quedado acreditadas. Si el dictamen no es favorable, se reiniciará el proceso, además de elaborar el PFOS, el cual deberá apegarse a los requerimientos solicitados por las áreas federales. Si el dictamen es favorable sólo se comunica a las instancias involucradas.

En general, el tiempo que tarda la DGCyES para visitar la unidad de salud que solicitó su evaluación oscila entre 15 y 60 días hábiles, mientras que la entrega del dictamen por parte del Comité tarda entre 3 y 5 días hábiles. Por otra parte, el tiempo que se emplea para verificar la cédula de evaluación en las unidades de salud oscila entre una jornada de 8 horas para los centros de salud y de 2 a 3 jornadas para los hospitales.

En el periodo 2004-2006 el peso de la autoevaluación realizada por los estados era mínimo ya que ellos emitían un puntaje diferente al que se encontraba después de la auditoría federal, por tal motivo, sólo era un referente. A partir de 2007, con las nuevas políticas de operación, el líder estatal de calidad requisitará la cédula de autoevaluación, la validará y, en caso de que alcance un puntaje suficiente para acreditar, la enviará al nivel federal, el cual, mediante un voto de confianza, emitirá el dictamen de acreditado en un plazo no mayor de 30 días, reduciéndose así el tiempo promedio de las visitas de evaluación. No obstante, la DGCyES se reserva el derecho de auditar y retirar el dictamen en caso de que los puntajes de la auditoría no correspondan a aquellos enviados en la autoevaluación.

La acreditación de las unidades tiene una vigencia de tres años. La DGCyES se reserva el derecho de realizar una evaluación de seguimiento a fin de constatar que las condiciones que permitieron la acreditación del establecimiento continúan vigentes.



En esta sección se presentan los principales resultados del análisis del proceso de acreditación de las unidades que prestan servicios al SPS. Dichos resultados se dividen en tres secciones. La primera de ellas documenta el avance en la evaluación y acreditación de las unidades médicas. En la segunda parte se muestran las áreas críticas evaluadas en cada componente. Finalmente, se presentan los resultados de cuestionario de opinión a los Directores Estatales del Seguro Popular.

IV. Resultados



● AVANCE EN LA ACREDITACIÓN DE UNIDADES QUE PRESTAN SERVICIOS AL SPSS

La SS y los servicios estatales de salud contaban, hasta agosto de 2006, con 12,091 unidades médicas de consulta externa y 553 unidades hospitalarias pero no todas ellas brindaban servicios al SPS. Hasta finales de 2005 se habían acreditado 1,278 unidades médicas, que representan sólo 30% del total de unidades que prestan servicios al SPS; 134 de estas unidades eran hospitales y 1,144 eran unidades de consulta externa.

La entidad con el mayor porcentaje de unidades acreditadas es Baja California, con 92% de unidades acreditadas, seguida de Chiapas, con 87%, y Nayarit, con 63%. Durango, Querétaro y Quintana Roo tienen acreditadas menos del 2% de sus unidades.

En la figura 1 se presenta el porcentaje de unidades que prestan servicios al SPSS que se habían acreditado a finales del 2005.

Sin embargo, hay dos razones por las que no es conveniente evaluar el desempeño de las entidades con este indicador únicamente. Una de las razones es que la cantidad de unidades que prestan servicios al SPS varía mucho entre entidades federativas. Por ejemplo, como se muestra en el cuadro II, Baja California había acreditado 46 unidades, 92% de las 50 unidades que prestan servicios al SPS. En contraste, Tamaulipas había acreditado 37 unidades, que representaban 11% de sus unidades (331). Aunque el número de unidades acreditadas no difiere mucho, los porcentajes entre estas entidades si lo hacen.

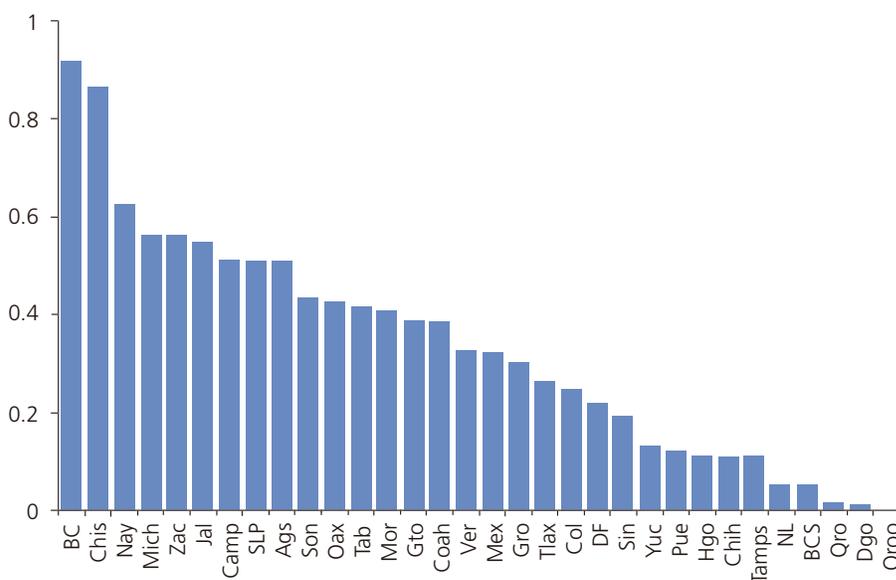


FIGURA 1. Porcentaje de unidades médicas acreditadas que prestan servicios al SPS por entidad federativa, Secretaría de Salud, México 2005

**CUADRO II.**

Total de unidades y porcentajes de acreditación de unidades que prestan servicios al SPS por entidad federativa, SPS, México 2005

ENTIDAD FEDERATIVA	UNIDADES QUE PRESTAN SERVICIOS AL SPS	% DE UNIDADES ACREDITADAS
Baja California	52	92
Chiapas	37	87
Nayarit	62	63
Michoacán	39	56
Zacatecas	96	56
Jalisco	108	55
Campeche	73	51
San Luis Potosí	233	51
Aguascalientes	90	51
Sonora	71	44
Oaxaca	74	43
Tabasco	507	41
Morelos	114	41
Guanajuato	278	39
Coahuila	36	38
Veracruz	197	33
México	163	33
Guerrero	55	30
Nacional	4225	30
Tlaxcala	64	27
Colima	130	25
Distrito Federal	29	22
Sinaloa	205	19
Yucatán	38	13
Puebla	325	12
Hidalgo	148	11
Chihuahua	158	11
Tamaulipas	329	11
Nuevo León	200	5
Baja California Sur	73	5
Querétaro	114	2
Durango	86	1
Quintana Roo	41	0

NOTAS:

1/ Cifras a diciembre de 2005.

2/ El total de unidades que prestan servicios al SPS fue de 4,259 que incluye centros de salud, hospitales y unidades de alta especialidad.

La segunda razón por las cuales no es conveniente usar sólo el porcentaje de unidades acreditadas es que los porcentajes de unidades evaluadas aún son bajos. A finales de 2005 se habían evaluado 1,898 unidades médicas, sólo 44% del total de unidades que prestan servicios al SPSS; 208 de estas unidades eran hospitales y 1,690 eran unidades de consulta externa. Como se muestra en la figura 2, las entidades con mayores porcentajes de unidades evaluadas eran Oaxaca, Nayarit y Baja California. Querétaro, Puebla y Tamaulipas presentaban porcentajes de evaluación menores al 20%.

Del total de centros de salud evaluados, 56% resultaron acreditados. Las entidades con el mayor porcentaje de unidades acreditadas del total evaluadas fueron Chiapas, Sonora y Veracruz, con 100%

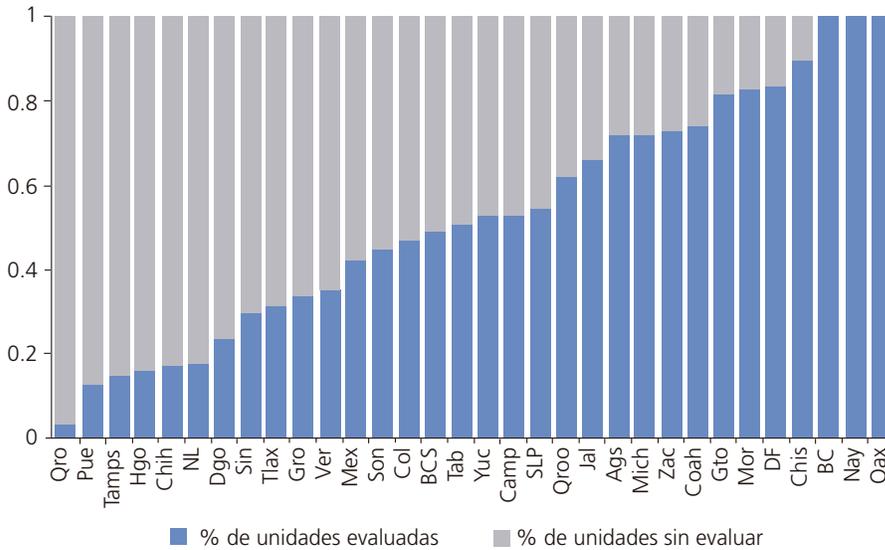


FIGURA 2. Porcentaje de unidades médicas evaluadas que prestan servicios al SPS por entidad federativa, SPS, México 2005

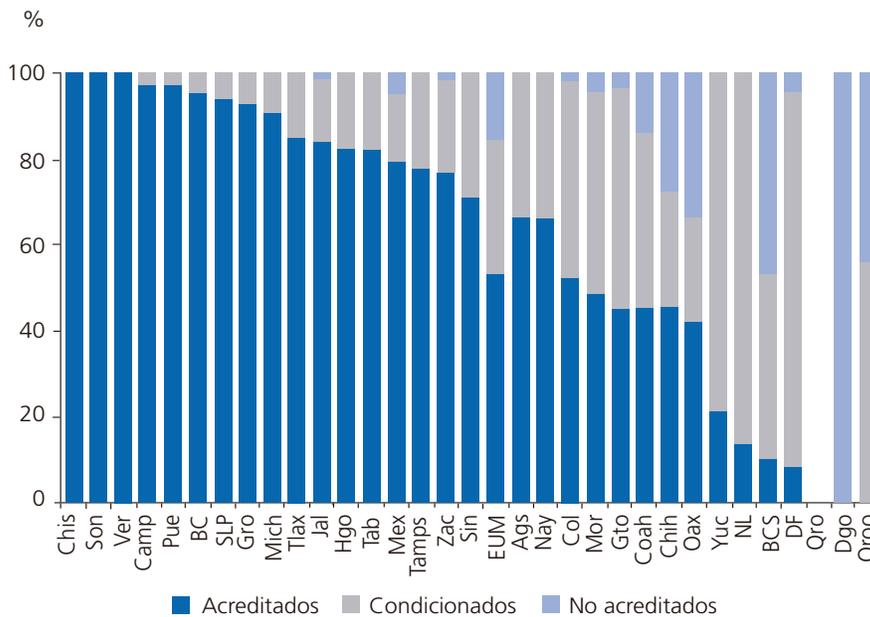


FIGURA 3. Porcentaje de centros de salud acreditados, acreditados condicionados y no acreditados del total de centros de salud evaluados que prestan servicios al SPS por entidad federativa, SPS, México 2005

(figura 3). Durango y Quintana Roo, en contraste, presentan bajos porcentajes de acreditación. Querétaro no presentó ningún centro de salud acreditado, condicionado o no acreditado.

En el caso de los hospitales evaluados, las entidades que presentan mayores porcentajes de acreditación fueron Aguascalientes, Zacatecas y Sonora (figura 4). Campeche y Tlaxcala presentaron ningún hospital acreditado, condicionado o no acreditado.

Si se relaciona el número de familias afiliadas al SPS con el número de unidades evaluadas y acreditadas, se observa un buen desempeño de Tabasco y San Luis Potosí (figuras 5 y 6). Guanajuato ha evaluado un número importante de unidades, pero su porcentaje de acreditación es bajo. El estado de México, dado el número de familias afiliadas al SPS, debiera hacer un esfuerzo por acreditar un mayor número de unidades.



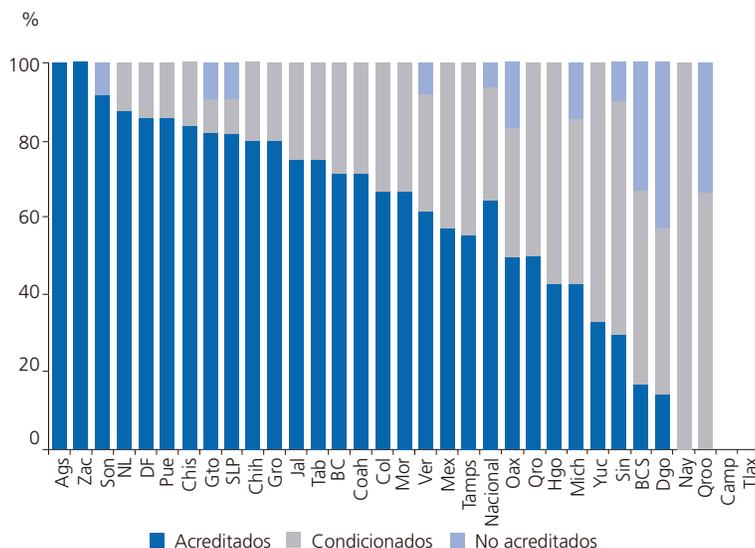
CUADRO III.

Total de centros de salud y porcentajes de acreditación de centros de salud que prestan servicios al SPS por entidad federativa, SPS, México 2005

ENTIDAD FEDERATIVA	CENTROS DE SALUD QUE PRESTAN SERVICIOS AL SPS	% DE CENTROS DE SALUD ACREDITADOS
Durango	79	0
Querétaro	110	0
Quintana Roo	38	0
Nuevo León	192	2
Chihuahua	143	3
Baja California Sur	67	4
Distrito Federal	22	9
Yucatán	32	9
Hidalgo	141	10
Tamaulipas	317	10
Puebla	316	11
Sinaloa	195	19
Colima	126	25
Tlaxcala	62	27
Guerrero	47	28
Nacional	3,977	29
Veracruz	182	32
México	153	33
Sonora	59	34
Coahuila	29	34
Guanajuato	267	37
Morelos	109	41
Tabasco	494	42
Aguascalientes	81	47
Oaxaca	68	50
San Luis Potosí	222	50
Campeche	68	56
Zacatecas	93	57
Jalisco	98	59
Michoacán	32	59
Nayarit	59	66
Chiapas	31	90
Baja California	45	91

FIGURA 4.

Porcentaje de hospitales acreditados, condicionados y no acreditados del total de hospitales evaluados que prestan servicios al SPS por entidad federativa, SPS, México 2005.





ENTIDAD FEDERATIVA	HOSPITALES QUE PRESTAN SERVICIOS AL SPS	% DE HOSPITALES ACREDITADOS
Aguascalientes	9	100
Sonora	12	92
Nuevo León	8	88
Distrito Federal	7	86
Chiapas	6	83
Guanajuato	11	82
San Luis Potosí	11	82
Chihuahua	15	80
Baja California	7	71
Coahuila	7	71
Puebla	9	67
Nacional	248	54
Veracruz	15	53
Colima	4	50
Guerrero	8	50
Oaxaca	6	50
Querétaro	4	50
Hidalgo	7	43
Michoacán	7	43
Tamaulipas	12	42
México	10	40
Morelos	5	40
Yucatán	6	33
Zacatecas	3	33
Jalisco	10	30
Sinaloa	10	30
Tabasco	13	23
Baja California Sur	6	17
Durango	7	14
Campeche	5	0
Nayarit	3	0
Quintana Roo	3	0
Tlaxcala	2	0

CUADRO IV. Porcentajes de acreditación de hospitales que prestan servicios al SPS por entidad federativa. SPS, México 2005

● ÁREAS CRÍTICAS PARA OBTENER LA ACREDITACIÓN DE LAS UNIDADES DE SALUD

Como se mencionó anteriormente, el análisis multivariado consistió en desarrollar gráficas radiales que comparan a las unidades acreditadas, no acreditadas y acreditadas condicionadas para identificar aquellos componentes de la evaluación que pueden ser considerados como factores críticos para la acreditación de unidades.

Para ello se consideraron los puntajes obtenidos en cada elemento a evaluar y las variables se agruparon en tres módulos: seguridad, calidad y capacidad. Para encontrar una medida resumen se utilizó el método de componentes principales.

En la figura 7 se muestra la gráfica de radial que permite comparar los valores promedio que obtuvieron las unidades en los diferentes estatus de acreditación identificando así las diferencias significativas para cada módulo que interviene en la evaluación.



FIGURA 5.

Relación entre el total de familias afiliadas y total de unidades evaluadas que prestan servicios al SPS por entidad federativa. SPS, México 2005

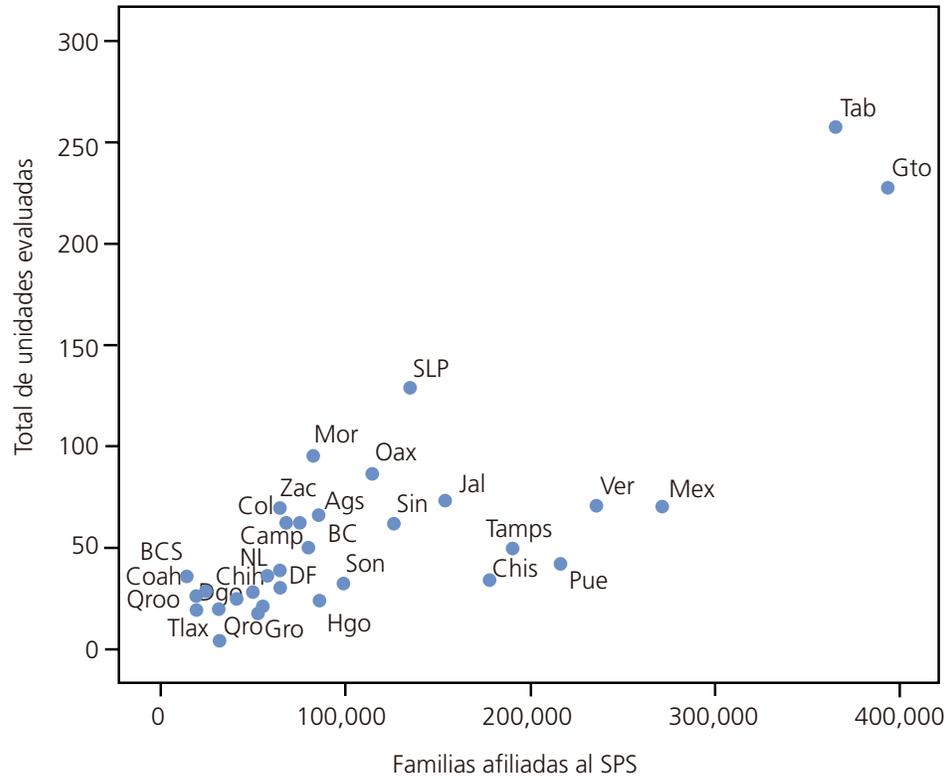
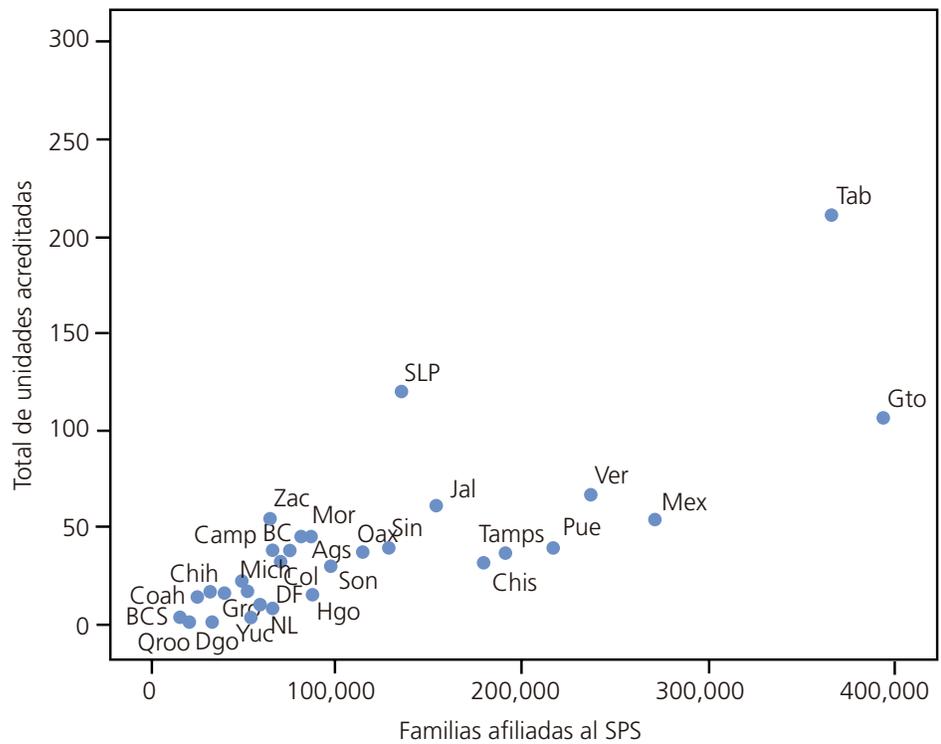


FIGURA 6.

Relación entre el total de familias afiliadas y total de unidades acreditadas que prestan servicios al SPS por entidad federativa. SPS, México 2005



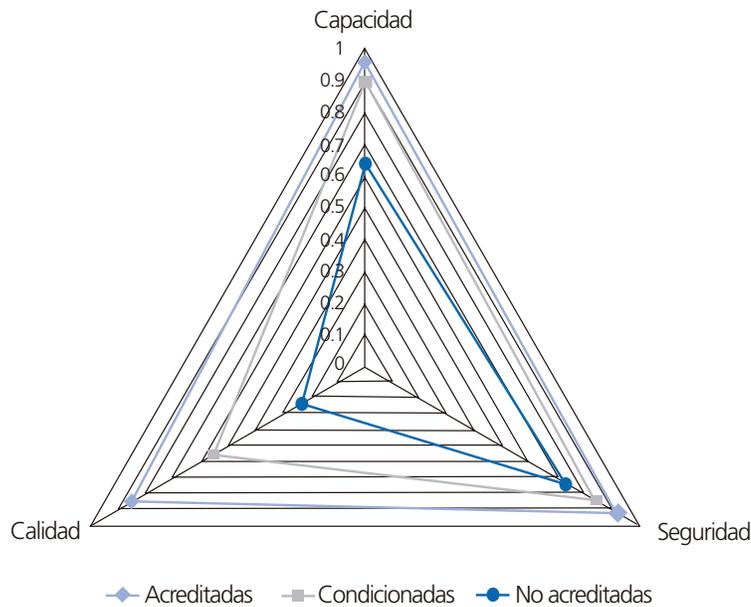


FIGURA 7. Gráfica radial con un componente principal para cada módulo por modalidad de acreditación de las unidades médicas, SPS, México 2006

La gráfica muestra que el módulo que tiene mayores problemas es el de calidad, ya que en dicho componente se presenta la mayor diferencia entre las unidades acreditadas y las no acreditadas y las acreditadas condicionadas. Es decir, este módulo es un área de oportunidad para que los centros de salud no acreditados puedan conseguir la acreditación, además que su mejora está ligada a acciones que no representan desembolsos considerables ni esfuerzos más allá de la competencia de la unidad.

Otra área de oportunidad es la capacidad, la cual muestra mayores deficiencias. En este caso, el mejoramiento depende de muchas instancias y áreas que no necesariamente maneja la misma unidad. La responsabilidad se ubica en el nivel de los secretarios de salud estatales, jefes jurisdiccionales y responsables de las unidades médicas.

● ÁREAS A REFORZAR POR COMPONENTE DE EVALUACIÓN

Capacidad

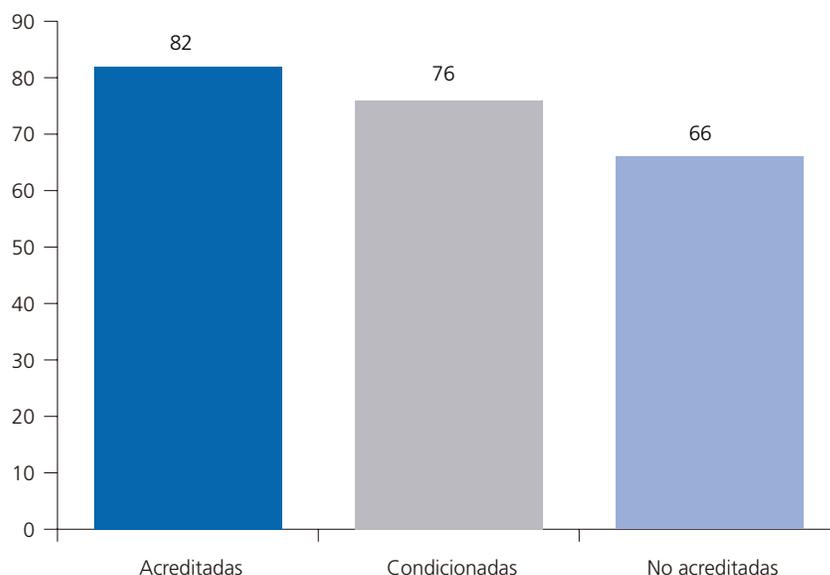
En el componente de capacidad, aquellas unidades que resultaron condicionadas o no acreditadas presentaron fallas sobretodo en las áreas de consulta externa, y botiquín y farmacia.

En el área de consulta externa, la diferencia de las unidades acreditadas condicionadas y no acreditadas fueron de 6 y 16 puntos, respectivamente con respecto de las unidades acreditadas (82 puntos para las unidades acreditadas, 76 puntos para las condicionadas y 66 para las no acreditadas, figura 8). Dicha diferencia es aún más dramática en la evaluación del área de botiquín y farmacia. Las diferencias en promedio en este caso fueron de 11 y 70 puntos, respectivamente, con respecto a las unidades que sí lograron la acreditación.

Las figuras 8 y 9 muestran el promedio de puntos obtenidos en el proceso de acreditación por las unidades acreditadas y acreditadas condicionadas y no acreditadas en el componente de capacidad. En la



FIGURA 8.
Puntuaciones promedio obtenidas en el área de consulta externa para la evaluación del componente de capacidad por modalidad de acreditación de las unidades médicas, SPS, México 2006



CUADRO V.
Valores promedio por área calificada en el componente de capacidad por tipo de resultado en el proceso de acreditación de unidades, SPS, México 2006

ÁREA EVALUADA	ACREDITADAS		
	ACREDITADAS	CONDICIONADAS	NO ACREDITADAS
Medicina preventiva	14	13	11
Curaciones y rehidratación	11	9	7
Consulta externa	82	76	66
Planificación familiar	5	5	4
Clínicas displasias	3	3	2
Trabajo social	2	2	1
Odontología	8	7	6
Rehabilitación	3	3	2
Laboratorio	6	6	5
Imagenología	9	9	10
Botiquín y farmacia	153	142	83
Recursos humanos	2	2	2
Infraestructura (CEYE)	6	5	4

figura 9 se muestra que, en promedio, aquellas unidades que resultaron no acreditadas obtuvieron 83 puntos, contra 153 puntos obtenidos por aquellas unidades que sí lograron acreditarse. Esto habla de una importante área de oportunidad para aquellas unidades no acreditadas.

El componente de capacidad es el de mayor peso en la acreditación y por ello los esfuerzos que en este componente pongan los directores de unidades, secretarios de salud y autoridades de la federación son de vital importancia para lograr no sólo la acreditación de la unidad sino para promover la reafiliación de las familias al SPS.

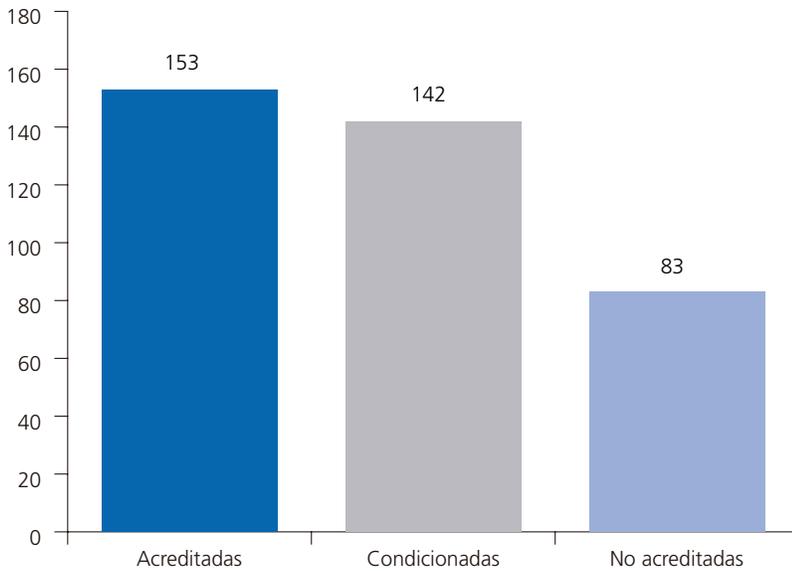


FIGURA 9. Puntuaciones promedio obtenidas en el área de botiquín y farmacia para la evaluación del componente de capacidad por modalidad de acreditación de las unidades médicas. México, 2006.

ÁREA EVALUADA	ACREDITADAS		
	ACREDITADAS	CONDICIONADAS	NO ACREDITADAS
Medicina preventiva	8	7	6
Consulta externa	8	7	5
Odontología	3	3	2
Laboratorio	5	5	4
Imagenología	6	6	6
Infraestructura (CEYE)	2	1	1

CUADRO VI. Valores promedio por área calificada en el componente de seguridad por tipo de resultado en el proceso de acreditación de unidades, SPS, México 2006

Seguridad

En este aspecto en realidad no se encontraron diferencias muy notables entre aquellas unidades que lograron la acreditación y las que la consiguieron condicionada o no la consiguieron. Estos resultados sugieren que las unidades, de manera general, se desempeñan bien en este componente de la evaluación (cuadro VI).

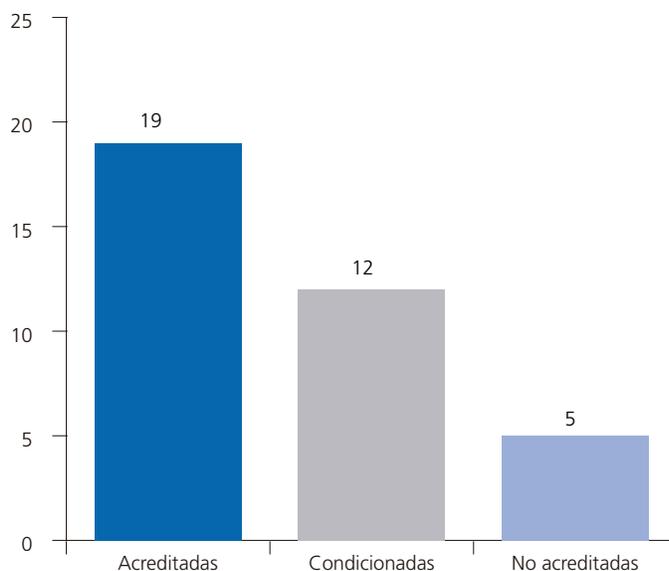
Calidad

Finalmente, en el componente de calidad los resultados del análisis nos indican que, el único componente (de dos muy amplios) en los cuales hay gran diferencia entre las unidades que lograron acreditarse y las que no es el de calidad, ya que la diferencia promedio entre unas y otras es de 14 puntos. Dicha diferencia es menor, pero no menos importante, entre las unidades acreditadas y las condicionadas (7 puntos).

Dicho componente incluye los apartados de difusión de los códigos ético-conductuales, la incorporación de los indicadores de trato digno y atención médica efectiva al sistema INDICA, Aval Ciudadano e información al público sobre el sistema de atención a quejas CALIDATEL, entre los más importantes (figura 10 y cuadro VII).



FIGURA 10.
Puntuaciones promedio obtenidas en el área calidad para la evaluación del componente de calidad por modalidad de acreditación de las unidades médicas, SPS, México 2006



CUADRO VII.
Valores promedio por área calificada en el componente de calidad por tipo de resultado en el proceso de acreditación de unidades, SPS, México 2006

ÁREA EVALUADA	ACREDITADAS		
	ACREDITADAS	CONDICIONADAS	NO ACREDITADAS
Trabajo social	0	0	0
Calidad	19	12	5

Finalmente, a continuación se presentan gráficamente los resultados del análisis descriptivo por componente de la evaluación, que reafirman los resultados presentados en la gráfica radial. En las figuras 11, 12 y 13 se pueden observar los puntos obtenidos en las unidades de primer nivel en cada componente de evaluación (capacidad, seguridad y calidad). Las diferencias son muy dramáticas. Por ejemplo, en el componente de capacidad la diferencia promedio entre aquellas unidades acreditadas y las que no lo están fue de 99 puntos; de 6 puntos en el componente de seguridad, y de 15 puntos en el de calidad.

● OPINIÓN DE LAS AUTORIDADES ESTATALES SOBRE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN

Enseguida se muestran los resultados del Cuestionario para la Evaluación del Desempeño de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, cuyo objetivo fue captar las opiniones y comentarios de los responsables del manejo operativo del SPS en cada entidad federativa sobre el desempeño de la CNPSS en relación a los procesos financieros en los que toman parte así como el proceso de acreditación de unidades médicas.

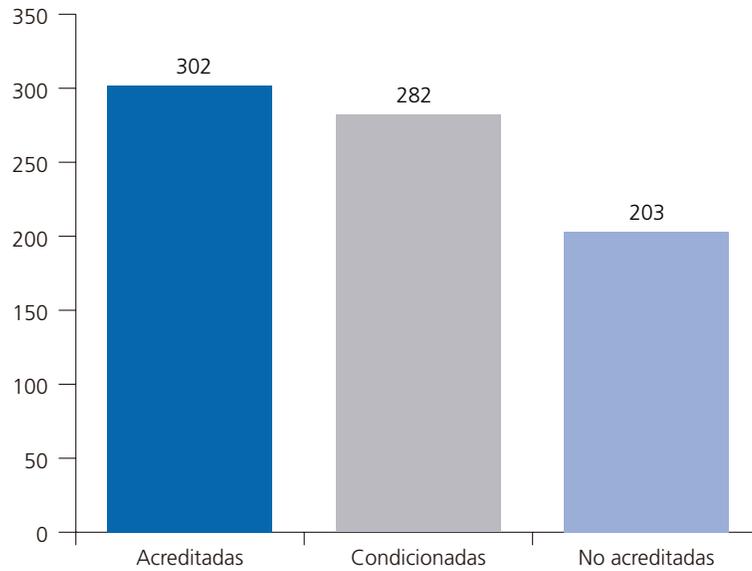


FIGURA 11. Puntuaciones promedio por unidad médica por modalidad de acreditación para la evaluación del componente de capacidad, SPS, México 2006

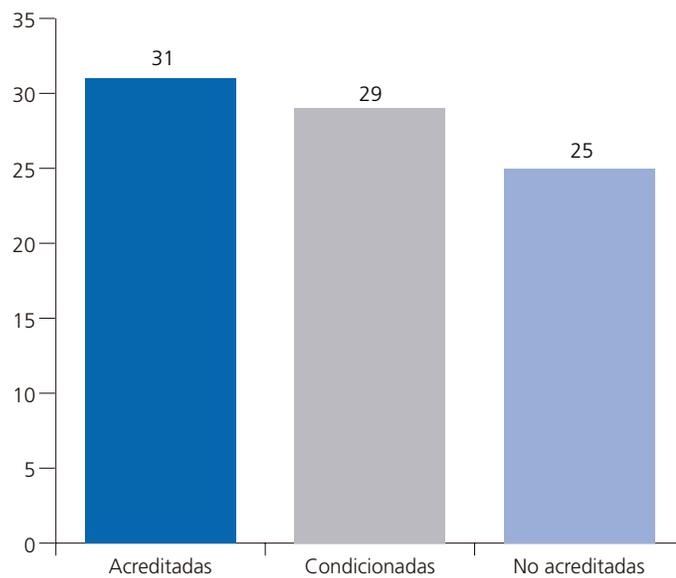
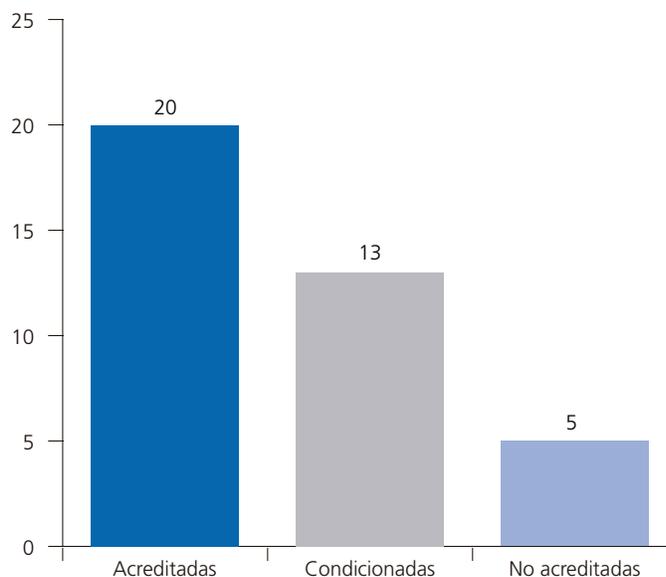


FIGURA 12. Puntuaciones promedio por unidad médica por modalidad de acreditación para la evaluación del componente de seguridad, SPS, México 2006



FIGURA 13.
Puntuaciones promedio por unidad médica por modalidad de acreditación para la evaluación del componente de calidad, SPS, México, 2006



Se enviaron los cuestionarios a las 32 entidades federativas por correo electrónico. Se recibieron respuestas de 28 estados, que representan 88%. El porcentaje de no respuesta fue del 12%.

67% de las entidades (18) piensan que el proceso de acreditación es complicado. 68% piensan que este proceso es responsabilidad tanto de las entidades como del nivel federal. Finalmente, 63% de las entidades se declararon insatisfechas con la manera en que se está implementando este proceso.

A continuación se presentan las conclusiones que se desprenden de la evaluación del proceso de acreditación de las unidades que prestan servicios al SPS.

1. El proceso de acreditación ha generado mejoras en la efectividad y seguridad de la atención, y en el trato a los usuarios.
2. Los avances en la acreditación, como sucede con casi todos los procesos relacionados con la atención a la salud, varían considerablemente entre entidades. Hay estados que se han comprometido con este proceso (Tabasco, San Luís Potosí) pero hay otras que tiene un largo camino que recorrer (Quintana Roo, Baja California Sur).
3. Los esfuerzos en el componente de calidad podrían incrementar considerablemente los porcentajes de acreditación, con la ventaja adicional de que no exigen una amplia movilización de recursos, en contraste con lo que sucede con los componentes de capacidad y seguridad.
4. Los cambios constantes en el CAUSES han obligado a ajustar los criterios de acreditación y han complicado el proceso de fortalecimiento de la oferta de las unidades en el nivel local. En pocas palabras, los estados se preparan para acreditarse con determinados criterios y de pronto se ven obligados a cumplir con requisitos que no tenían previstos.
5. Hay entidades federativas que no han realizado los esfuerzos necesarios para acreditarse argumentando que no reciben a tiempo los recursos federales para el fortalecimiento de la oferta, a pesar de que han realizado los procedimientos para justificar dichas erogaciones, como el llenado y solicitud de aprobación de la cédula de identificación de necesidades.
6. Aunque los recursos federales para el fortalecimiento de la oferta son muy importantes, las entidades federativas tiene que entender que parte de los recursos que reciben para la afiliación de familias al SPS deben utilizarse para mejorar y ampliar la oferta de servicios.
7. Los altos porcentajes de insatisfacción con la acreditación de las unidades que prestan servicios al SPS obligan a mejorar la comunicación entre los actores federales y estatales, y a hacer más explícitos los compromisos de ambas partes.

V. Conclusiones





Recomendaciones

1. Intensificar las actividades de evaluación de las unidades que prestan servicios de salud al SPS para así alcanzar su pronta acreditación.
2. Fortalecer presupuestalmente el área de la DGCyES encargada de la evaluación de las unidades que prestan servicios al SPS para así poder responder oportunamente a las demandas de las entidades federativas. Esta ampliación presupuestal no tendría porque ir acompañada de una ampliación de la estructura de esta área, que, al igual que lo hace el Consejo de Salubridad General para la certificación de unidades, debería funcionar bajo un esquema de contratación externa de los servicios de evaluación.
3. Mejorar la coordinación de los esfuerzos federales y estatales de fortalecimiento de la oferta, bajo el supuesto de que se trata de una responsabilidad compartida.
4. Revisar periódicamente en el pleno del Consejo Nacional de Salud y en las reuniones nacionales de los directores estatales del SPS los avances por entidad del proceso de acreditación de las unidades de salud.
5. Hacer conscientes a las entidades federativas que un mayor esfuerzo en el componente de calidad, que no requiere de la movilización de grandes cantidades de recursos, podría mejorar considerablemente los porcentajes de acreditación de las unidades que prestan servicios al SPS.
6. Revisar, en colaboración con los responsables estatales de calidad, el proceso de acreditación de unidades, definiendo de manera explícita las responsabilidades de todas las partes para así mejorar los niveles de satisfacción con este proceso.

Bibliografía



- 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>).
- Gómez-Dantés O. Seguro Popular de Salud. Siete perspectivas. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
- Poblano O, Ruelas E, Rodríguez A. El contexto internacional: ámbitos, modelos y tendencias. En: Ruelas E, Poblano O ed. Certificación y acreditación en los servicios de salud. Modelos, estrategias y logros en México y Latinoamérica. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2005.
- 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. 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. (disponible en: <http://www.salud.gob.mx/>)
- Secretaría de Salud. Manual para la Acreditación de la Capacidad, Seguridad y Calidad en Establecimientos Públicos para la Prestación de Servicios de Salud. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2006 (disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgces/index.html>)
- Secretaría de Salud. Cédulas de Autoevaluación para la Atención Médica Ambulatoria. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2006 (disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgces/index.html>)
- Secretaría de Salud. Cédulas de Autoevaluación para la Atención Médica Hospitalaria. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2006 (disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgces/index.html>)





Capítulo 2



Utilización de servicios y trato
recibido por los afiliados al
Seguro Popular de Salud



Mensajes Centrales

1. Los afiliados al Seguro Popular de Salud (SPS) presentan una mayor necesidad percibida de salud que los no afiliados. Con base en esta necesidad percibida, la utilización de servicios por los afiliados es mayor que la de los no afiliados.
2. La mayor utilización de servicios por los afiliados al SPS puede indicar que las personas que requieren atención médica se están afiliando al SPS con mayor frecuencia. También es posible que el proceso de afiliación y el conocimiento de los derechos que se adquieren con el aseguramiento modifique la percepción de las necesidades de salud de las personas o los impulse a utilizar los servicios con mayor frecuencia.
3. Los afiliados al SPS presentan una probabilidad mayor que los no afiliados de utilizar los servicios de hospitalización por cirugías programadas, diabetes mellitus, hipertensión arterial y problemas cardíacos.
4. El efecto del SPS en la utilización de servicios es mayor en la leucemia infantil debido a que es uno de los padecimientos cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.
5. Como era de esperarse, la utilización de servicios por los afiliados al SPS se incrementa conforme aumenta el porcentaje de familias afiliadas por entidad federativa.
6. Aun cuando las diferencias en la utilización de servicios para la atención del parto, entre afiliados y no afiliados al SPS son pequeñas, éstas son estadísticamente significativas, por lo que se está demostrando uno de los efectos esperados del SPS, que es fortalecer el acceso a los servicios de salud reproductiva.
7. En los dominios de trato adecuado, los afiliados al SPS presentaron una mayor probabilidad de haber sido tratados con respeto y privacidad por los médicos que los no afiliados. De igual forma, reportaron haber recibido con mayor frecuencia indicaciones sobre los cuidados al egreso.
8. Los afiliados al SPS mostraron una mayor disposición que los no afiliados a regresar y recomendar los hospitales donde fueron atendidos.
9. Las diferencias encontradas entre afiliados y no afiliados al SPS en algunos dominios de trato adecuado, pueden estar indicando diferencias en la calidad interpersonal a favor de los afiliados. Aunque también es posible que la percepción sobre el trato en los afiliados sea mejor que en los no afiliados. Este hallazgo debe ser corroborado en estudios adicionales.





El proceso de atención médica puede concebirse como dos cadenas de actividades en las que participan en forma paralela, pero no inconexa, el proveedor de servicios de salud, por una parte, y el usuario de estos servicios, por la otra. La atención a la salud constituye una respuesta a una necesidad que generalmente se percibe como una alteración de la salud o del bienestar. En algunos casos el profesional de la salud es el primero en detectar esta alteración y esto puede desencadenar el proceso que lleva a la atención médica. En la mayoría de los casos es la persona afectada la que percibe esta alteración, que la lleva a establecer contacto con el proveedor de servicios de salud. Una vez establecido este contacto se fijan una serie de actividades que incluyen, de manera prominente, el establecimiento del diagnóstico y el proceso terapéutico.

Los dos ejes principales del proceso de atención médica son el comportamiento del usuario de los servicios y el comportamiento del proveedor, que convergen en la utilización de los servicios, que debería aliviar, en diferente grado, la necesidad que desencadena originalmente el proceso. Por ello se puede decir, además, que el proceso de atención médica tiene la propiedad de ser circular: comienza con la necesidad y termina con una modificación de ésta, ya sea aliviándola parcialmente o neutralizándola en una forma más completa. También es posible que no se logre aliviar la necesidad por la naturaleza misma de la alteración o porque se aplica mal la terapia. También es posible que se intensifique o se cree una nueva necesidad.

En un enfoque ampliado, la utilización de servicios y sus determinantes tienen mucho que ver con el estudio de la accesibilidad. Es más, algunos autores afirman que "el estudio de la accesibilidad es idéntico al estudio de los determinantes de la utilización de los servicios". Dentro de los determinantes de la utilización se incluyen, entre otros factores, el deseo de atención, las creencias relativas a la salud, la confianza en el sistema de atención médica y la tolerancia al dolor.

Esta sucesión esquemática de acontecimientos es la que ha permitido el estudio de la utilización desde diferentes enfoques, lo que a su vez ha dado lugar al diseño de diversos modelos que han intentado explicar el motivo por el cual la población hace uso o no de los servicios. De esta manera, encontramos un modelo epidemiológico que intenta abordar el problema enfocándolo en el estudio de las necesidades de salud; un modelo psico-social y otro social que intentan abordarlo desde la perspectiva del deseo y la búsqueda de la atención, y, finalmente, un modelo económico que lo aborda desde la etapa del inicio y continuación de la atención.

Este estudio combina los diversos modelos de estudio de la utilización de servicios con el fin de documentar el impacto del Seguro Popular de Salud (SPS) en diversos componentes del proceso de utilización de servicios de salud.

I. Antecedentes





Para la elaboración del presente informe se usaron tres fuentes de información: i) los cuadros de resultados agregados sobre utilización de servicios que genera la Dirección General de Información en Salud (DGIS); ii) los datos de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado (ENSATA-2006), y iii) diversos documentos que presentan resultados preliminares sobre la utilización de servicios de salud por los afiliados al SPS.

La DGIS elabora periódicamente tabulaciones con resultados agregados del número de consultas externas, consultas de especialidad, egresos hospitalarios y defunciones en las instituciones públicas de salud. Con esta información, en este estudio se generaron los porcentajes de afiliados al SPS que demandaron servicios por entidad federativa.

En el segundo trimestre de 2006 se realizó la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado (ENSATA-2006) en pacientes que egresaron de los hospitales de los servicios estatales de salud (SESA). En cada entidad federativa se seleccionaron entre dos y cuatro hospitales en los que se entrevistaron a 200 usuarios en promedio. La muestra final fue de 74 hospitales y 14,822 usuarios. Para fines de análisis, los hospitales se distribuyeron en los siguientes grupos: i) ≤ 30 camas (8.1%); ii) 31- 60 camas (24.3%); iii) 61- 99 camas (20.3%), y iv) ≥ 100 camas (47.3%).

En la encuesta se empleó un cuestionario, validado en estudios previos, para obtener datos sociodemográficos de los pacientes, información sobre los tiempos de traslado y espera, e información sobre los motivos de la hospitalización, servicios utilizados y los ocho dominios de trato adecuado (trato digno, autonomía, comunicación, confidencialidad, atención pronta, elección del proveedor de servicios, comodidades básicas y acceso a redes de apoyo durante la hospitalización).

II. Material y métodos





● CONSULTAS EXTERNAS

En 2005 se registraron más de 82 millones de consultas externas en las unidades de atención ambulatoria de los SESA. Poco más de 12 millones de consultas (14.8%) las recibieron afiliados al SPS. El porcentaje de usuarios que estaban afiliados al SPS varió significativamente entre entidades federativas. Los factores que pueden explicar esta variación son, en primer lugar, la cobertura del SPS, que muestra amplias diferencias entre entidades; la necesidad percibida de salud de las personas; la estructura por edad de la población, y la oferta de servicios, entre muchos otros. En la figura 1 se muestran los porcentajes de consultas externas que concentran los afiliados al SPS respecto del total de consultas en los SESA. Las entidades con los mayores porcentajes de consulta a los afiliados al SPS fueron Colima (64.7%), Tamaulipas (61%) y Aguascalientes (50.4%). Colima y Aguascalientes presentan altos índices de afiliación al SPS. Por el contrario, el Estado de México, Michoacán y Guerrero son entidades que presentan bajos porcentajes de afiliación al SPS y, por lo mismo, bajos porcentajes de utilización de servicios por los afiliados a este seguro.

Aun cuando la proporción de consultas que concentran los afiliados al SPS es todavía baja, este indicador se está incrementando conforme pasa el tiempo y se afilia un mayor número de familias. En el primer trimestre de 2006, el porcentaje de consultas de primer nivel que concentraron los afiliados al SPS se incrementó de 14.8 a 21.1%.

En el primer trimestre de 2006 se presentó un incremento de 6.4% en el porcentaje de consultas externas que concentraron los afiliados al SPS (figura 2). La entidad con el mayor incremento fue Guanajuato, con poco más de 30%, seguido de Chihuahua y Campeche, con 17.1 y 13.4%, respectiva-

III. Resultados

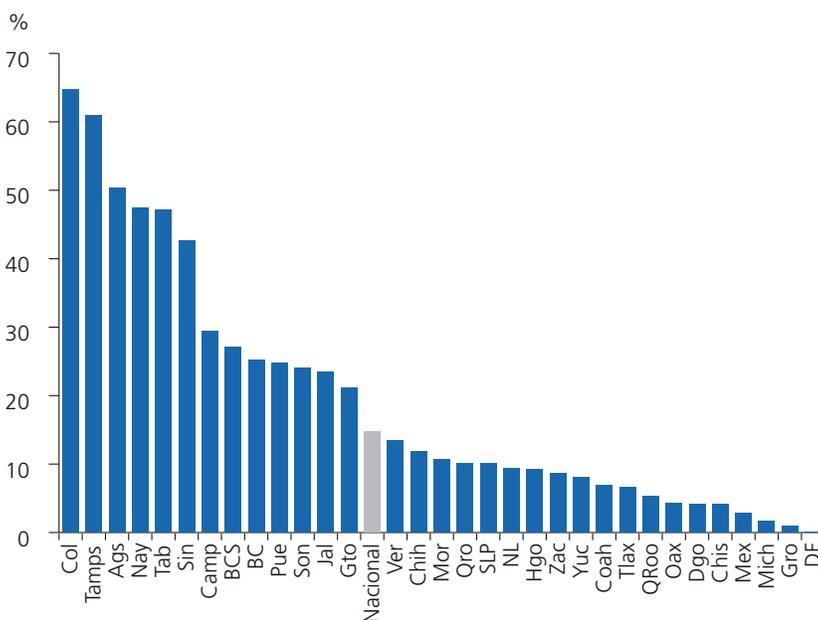


FIGURA 1. Porcentaje de las consultas externas de los SESA que concentran los afiliados al SPS por entidad federativa, México 2005



mente. Los estados con los menores incrementos fueron Baja California, Guerrero y el Distrito Federal, con 1.5, 1.2 y 0.6%, respectivamente.

● CONSULTAS DE ESPECIALIDAD

Del total de consultas de especialidad otorgadas en 2005 a los usuarios de los SESA, 12% correspondieron a personas afiliadas al SPS. Las entidades con mayores porcentajes de consultas de especialidad a los afiliados al SPS fueron Sinaloa, Colima y Nayarit, con 61, 51 y 39%, respectivamente (figura 3). Michoacán, Chihuahua y el D.F. presentaron los porcentajes más bajos, con 1.4, 1.3 y 0%, respectivamente.

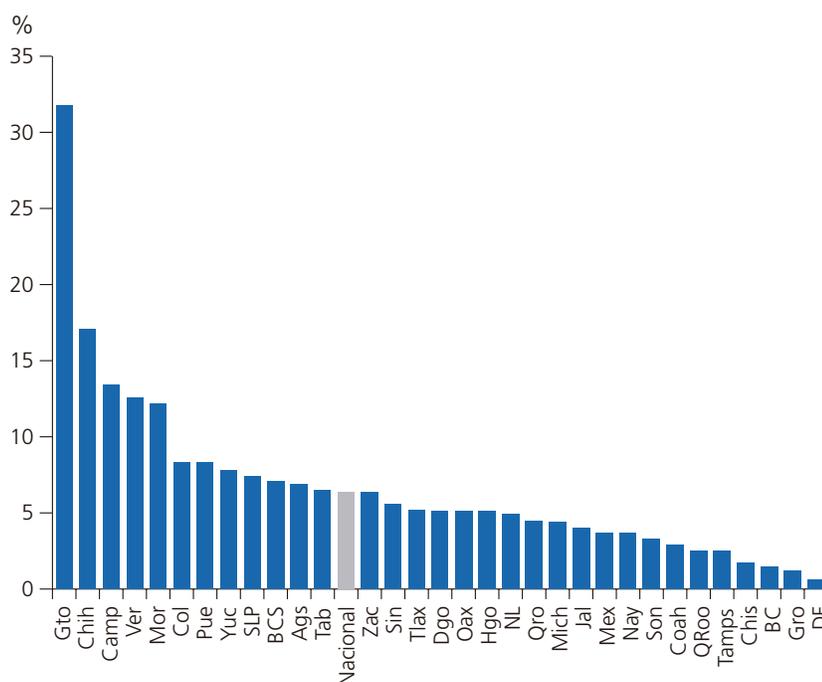
Estos porcentajes se incrementaron en el primer trimestre de 2006. A nivel nacional el incremento fue de 6.4%. Guanajuato presentó el mayor incremento, con 32%, seguido por Chihuahua, Campeche y Veracruz, con 17, 13 y 13%, respectivamente (figura 4). Colima y Sinaloa presentaron los porcentajes más bajos de incremento, con 1 y 0.5%, respectivamente.

● CONSULTAS DE URGENCIA

En 2005 se atendieron casi siete millones de urgencias en las unidades de los SESA, de las cuales el 9% correspondieron a pacientes afiliados al SPS. La entidad con el mayor porcentaje de urgencias atendidas en afiliados al SPS fue Sinaloa (45%), seguida de Colima (41.7%) y Nayarit (33%) (figura 5). Michoacán y Guerrero presentaron los porcentajes más bajos en este rubro.

Entre los estados con el mayor porcentaje de consultas de urgencia en pacientes afiliados al SPS están Colima, Tabasco y Aguascalientes, que presentan los más altos niveles de avance en la afiliación de familias al SPS. Guerrero, Michoacán y el D.F., además de mostrar los menores avances en afiliación de familias, muestran los menores porcentajes de consultas de urgencia en pacientes afiliados al SPS. Sinaloa

FIGURA 2. Incremento en el porcentaje de consultas externas que concentran los afiliados al SPS en el primer trimestre de 2006, México



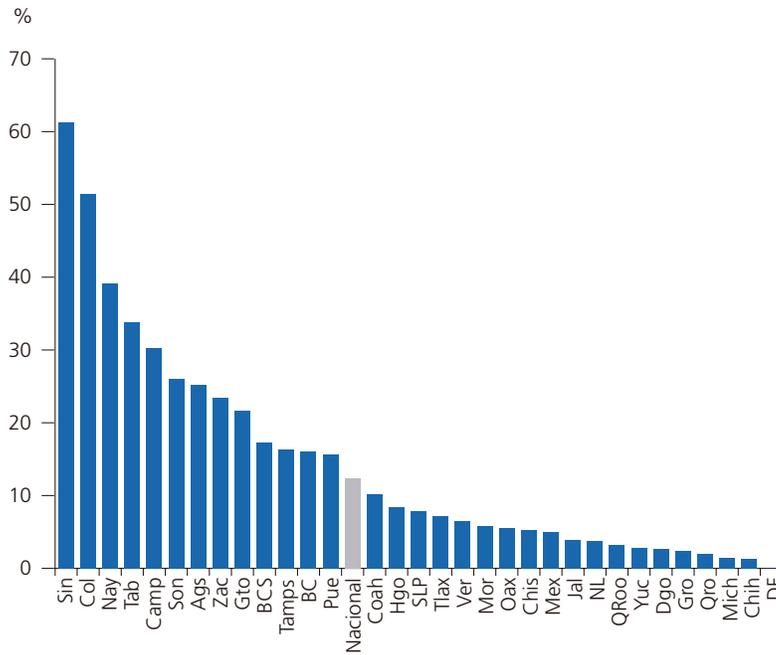


FIGURA 3. Porcentaje de consultas de especialidad en los SESA que concentran los afiliados al SPS por entidad federativa, México 2005

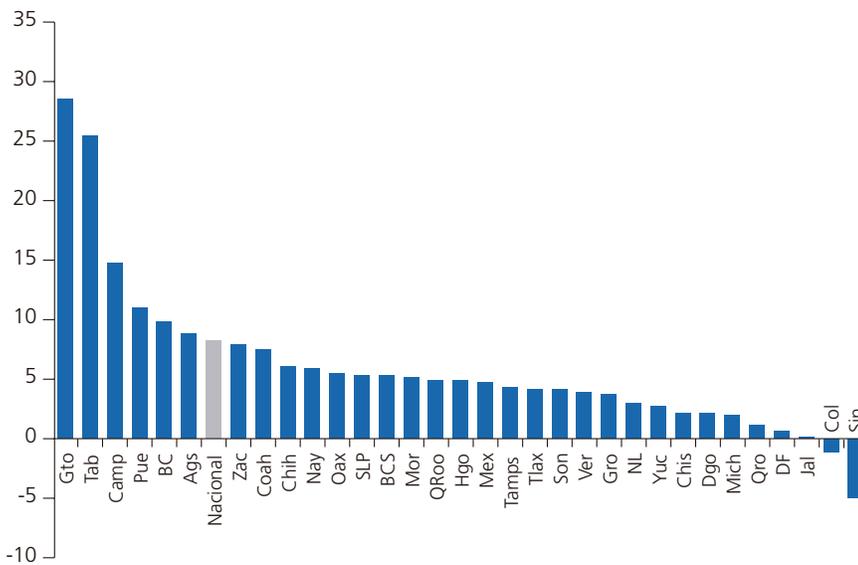


FIGURA 4. Incremento en el porcentaje de consultas de especialidad que concentran los afiliados al SPS en el primer trimestre de 2006, México

y Nayarit destacan en este rubro, ya que a pesar de mostrar avances en afiliación menores que Tabasco y Aguascalientes, presentan porcentaje de consultas de urgencia atendidas en pacientes SPS mayores que los de estos dos estados (figura 6).

En el primer trimestre de 2006 el porcentaje de consultas de urgencia que concentraron los pacientes afiliados al SPS se incrementó en todas las entidades, con excepción de Colima, San Luis Potosí y Querétaro, donde disminuyó ligeramente (0.8, 0.2 y 0.1%, respectivamente). La entidad con el mayor incremento fue Guanajuato, con 23%, seguido de Sinaloa (13%) y Campeche (9%). Es importante enfatizar que se están comparando las urgencias de un año entero con sólo un trimestre de otro año, por lo que es de



FIGURA 5.
Porcentaje de consultas de urgencia que concentran los afiliados al SPS por entidad federativa, México 2005

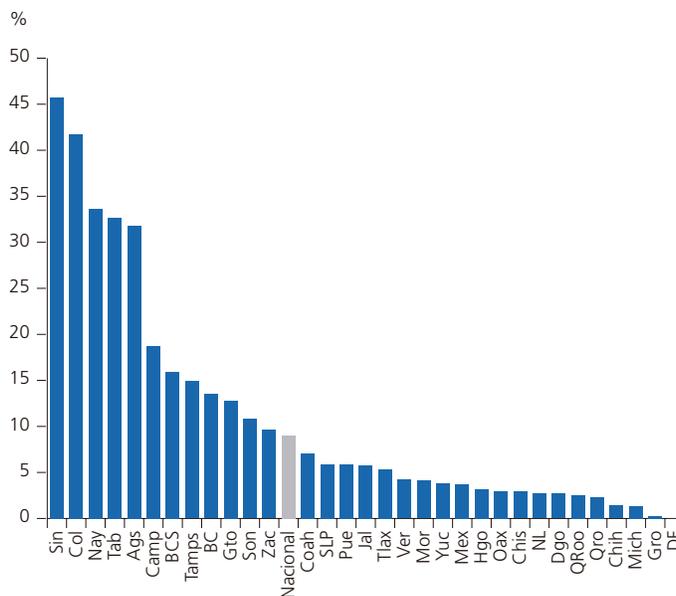
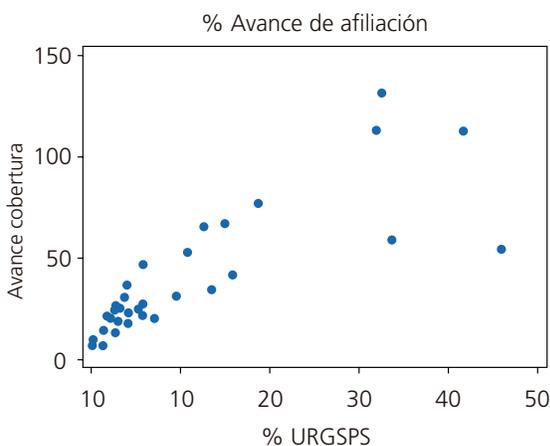


FIGURA 6.
Relación entre avance de afiliación y el porcentaje de consultas de urgencia que concentran los afiliados al SPS, México 2005



esperarse que los porcentajes de consultas de urgencia proporcionadas a los pacientes afiliados al SPS aumenten en una mayor magnitud para finales de 2006.

EGRESOS HOSPITALARIOS

En 2005 los pacientes afiliados al SPS concentraron 10% del total de los egresos de los SESA. Sin embargo, entre las entidades federativas se observan diferencias notables. En Tabasco los afiliados al SPS concentraron 46% de los egresos hospitalarios totales (figura 8). En Sinaloa, Aguascalientes y Colima este porcentaje fue de a 34, 33 y 31%, respectivamente. En Guerrero y Durango los afiliados al SPS concentraron menos del 1% de los egresos hospitalarios totales.

La utilización de servicios hospitalarios difiere significativamente entre hombres y mujeres. En el total de egresos de pacientes, 74% correspondieron a mujeres. En prácticamente todas las entidades federativas,

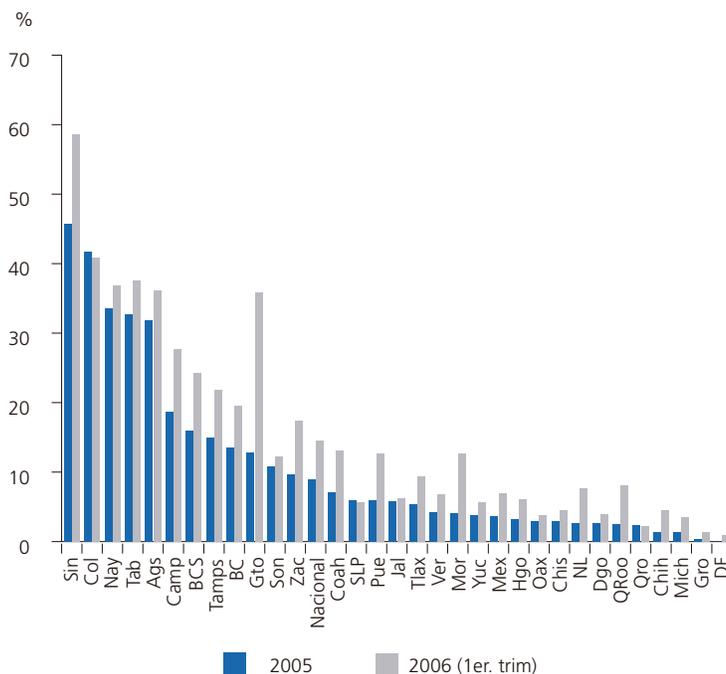


FIGURA 7. Incremento en el porcentaje de consultas de urgencia que concentran los pacientes afiliados al SPS en el primer trimestre de 2006 por entidad federativa, México

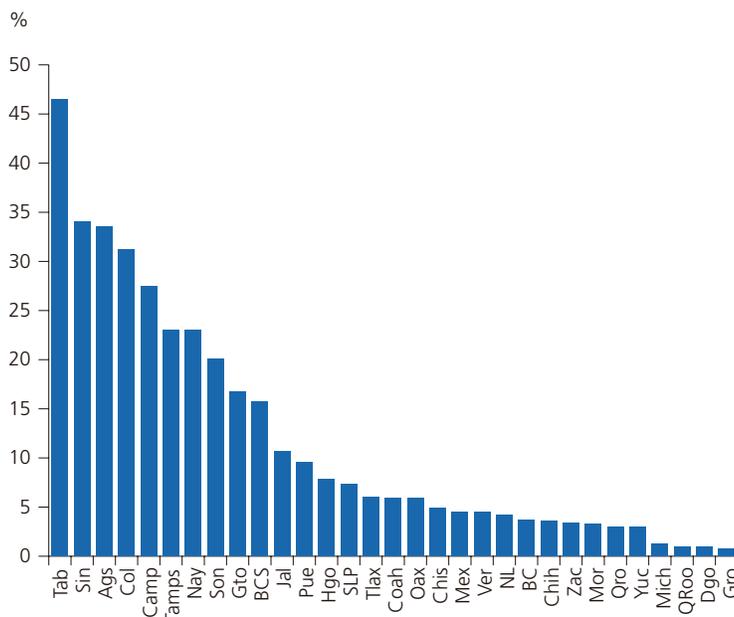


FIGURA 8. Porcentaje de egresos hospitalarios en afiliados al SPS, México 2005

con la excepción de Baja California y Querétaro, los egresos de pacientes afiliados al SPS siguieron este mismo patrón. Las entidades con mayores diferencias entre hombres y mujeres fueron Aguascalientes (31 puntos porcentuales), Tabasco (17 puntos porcentuales) y Sonora (14 puntos porcentuales).



Del total de egresos de mujeres, 11% correspondieron a afiliadas al SPS. Los estados con mayores porcentajes de egresos de mujeres afiliadas al SPS fueron Tabasco (52%), Aguascalientes (43%) y Sinaloa (38%). Las entidades con los menores porcentajes fueron Guerrero y Durango, con menos de 1%. En el D.F. no se registraron egresos de pacientes afiliados al SPS.

Del total de egresos en hombres, 7% correspondieron a pacientes afiliados al SPS. Tabasco (30%), Campeche (23%) y Sinaloa (23%) presentaron los mayores porcentajes de egresos en afiliados al SPS. Guerrero (0.6%), Quintana Roo (0.5%) y Durango (0.4%) fueron las entidades que menores porcentajes presentaron.

Los datos de la ENSATA-2006 indican que los afiliados al SPS presentan una mayor probabilidad que los no afiliados de utilizar los servicios hospitalarios por cirugías programadas (OR= 1.27, IC95% 1.13-1.43), diabetes mellitus (OR= 1.70, IC95% 1.37-2.10), hipertensión arterial (OR= 1.35 IC95% 1.01-1.80) y problemas cardíacos (OR= 1.49, IC95% 1.12-1.99).

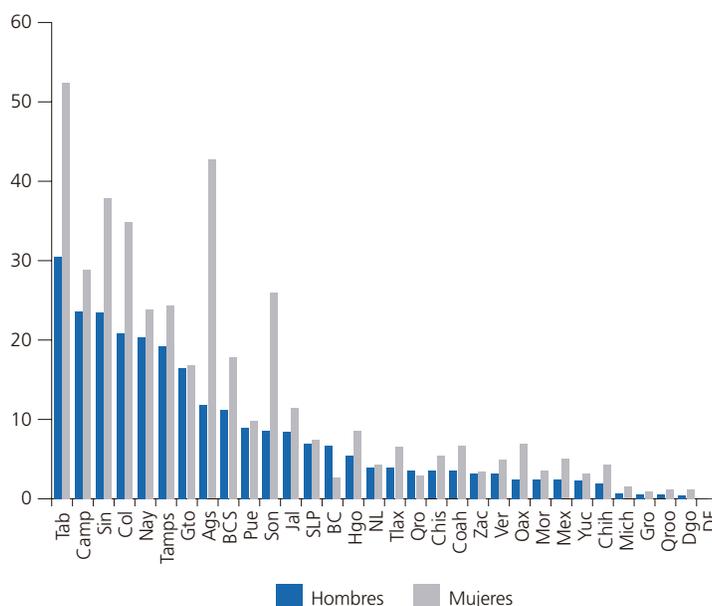
Un informe preliminar con datos de las Encuestas Nacionales de Salud 2000 y 2005 señala que la necesidad de salud percibida por la población ha disminuido en el periodo de las dos encuestas. Sin embargo, en 2005 los afiliados al SPS manifestaron una necesidad de salud percibida mayor que los no afiliados. De hecho, la utilización de servicios, condicionada por la necesidad percibida, es significativamente mayor en los afiliados al SPS que en los no afiliados (63.8 contra 58.3%). Este efecto es independiente de vivir en una comunidad con alto índice de afiliación al SPS: la utilización aumenta del 58 al 64% cuando la afiliación varía de 0 a 20% y los demás factores se mantienen iguales.

Por otra parte, el efecto del SPS es mayor en la leucemia infantil, que es uno de los padecimientos cubiertos por el fondo de gastos catastróficos.

El efecto del SPS sobre los egresos por nacimientos es mucho menor, pero las diferencias entre afiliados y no afiliados es estadísticamente significativa.

También hay un gran efecto del SPS sobre los egresos por hernias y apendicitis, lo que sugiere que en comunidades con alta afiliación las personas con problemas médicos agudos utilizan más frecuentemente los servicios que en las comunidades sin SPS. Una interpretación de este hallazgo sería que el SPS derriba el obstáculo financiero para la atención médica en casos de eventos médicos inesperados.

FIGURA 9.
Porcentaje de egresos hospitalarios en hombres y mujeres afiliados al SPS, México 2005





PROMEDIO DE DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA

El promedio de días de estancia a nivel nacional para los afiliados al SPS es de 2.4 días, mientras que para la población no afiliada es de 5 días. En la figura 10 se muestran las diferencias en el promedio de días de estancia hospitalaria entre los afiliados al SPS y los no afiliados por entidad federativa. Como se puede observar, en todas las entidades, excepto Baja California y San Luis Potosí, el promedio de días de estancia para los afiliados al SPS es menor que para los no afiliados. En los caso de Baja California y San Luis Potosí, las diferencias son de 0.6 y 0.02 días. Las entidades con las mayores diferencias son el Estado de México, con cinco días, Jalisco, con una diferencia de tres días, y Yucatán, con una diferencia de dos días más para los no afiliados.

En las mujeres, el promedio nacional de días estancia para las afiliadas al SPS es de dos días, mientras que para las no afiliadas es de 3.3 días. Cabe señalar que este indicador para el total de la población atendida por los SESA es de 3.2 días. Sin embargo, hay tres entidades que muestran la situación contraria: Baja California, con 1.4 días menos para la población no afiliada, San Luis Potosí, con 0.15 días menos, y Campeche, con 0.09 días menos (figura 11).

En los hombres, en todos los casos las diferencias son positivas, es decir, en ningún estado el promedio de días de estancia es más alto en la población afiliada al SPS que en la población no afiliada, como se muestra en la figura 12.

Las entidades con mayores diferencias son el Estado de México (8.3 días), Jalisco (8.1) y Distrito Federal (6.7 días). Esto significa que en estas entidades la población de hombres no afiliados al SPS tiene en promedio 8.3, 8.1 y 6.7 días de estancia hospitalaria más que en la población de hombres afiliados al SPS, respectivamente. Las entidades con las menores diferencias son Campeche, San Luis Potosí y Tamaulipas.

Estas diferencias pueden deberse a las diferencias en el número de afiliados entre las entidades, así como a la estructura por edades y sexo de los afiliados, las causas de hospitalización y la presencia de comorbilidad entre los grupos. Sin embargo, será necesario indagar más a fondo en dichas causas utilizando datos que permitan análisis más detallados.

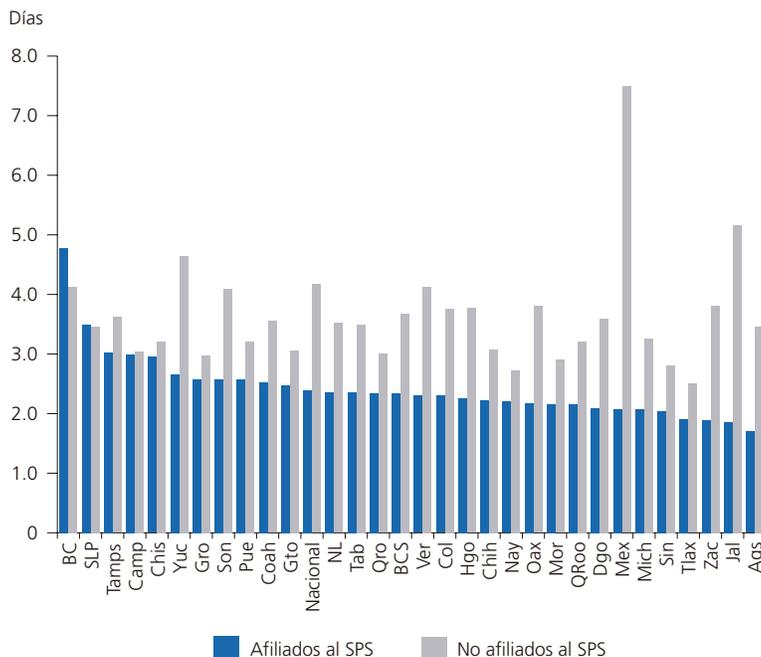


FIGURA 10. Promedio de días de estancia para los pacientes afiliados al SPS y para los pacientes no afiliados por entidad federativa, México 2005



● PARTOS ATENDIDOS

El total de partos atendidos en los SESA en 2005 fue de 480,000, de los cuales 12% fueron en afiliadas al SPS. Sin embargo, hay diferencias importantes entre estados que dependen, en lo fundamental del nivel de cobertura del SPS. En Aguascalientes y Tabasco más del 50% de los partos corresponden a afiliadas al SPS. En Sinaloa, Colima y Sonora más de la tercera parte de los partos atendidos corresponden a afiliadas al SPS. En contraste, en Guerrero, Quintana Roo, Baja California, Durango, Michoacán, Yucatán, Zacatecas, Morelos, Querétaro y Nuevo León, menos del 5% de los partos atendidos corresponden a afiliadas al SPS (figura 13).

FIGURA 11.
Diferencias en el promedio de días de estancia hospitalaria entre la población de mujeres no afiliadas al SPS y mujeres afiliadas al SPS, México 2005

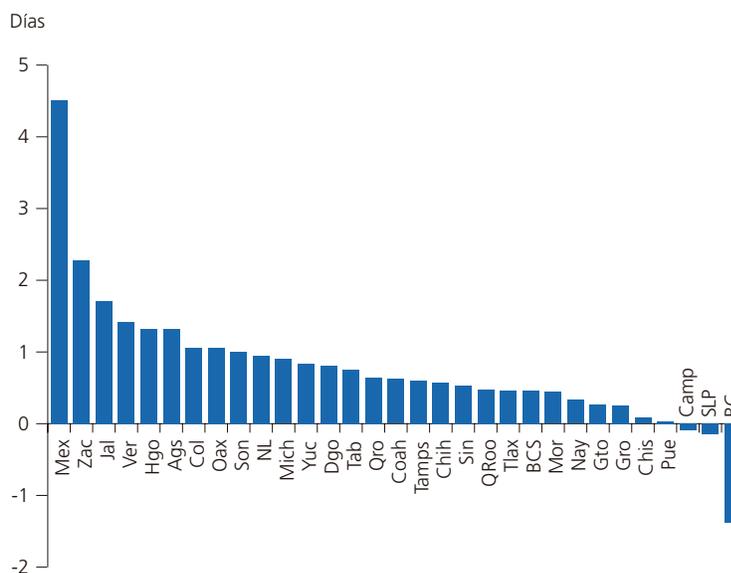
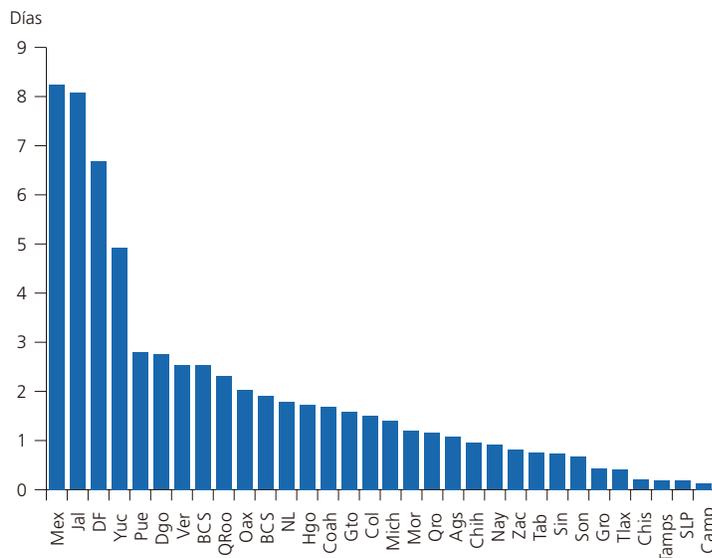


FIGURA 12.
Diferencias en el promedio de días de estancia hospitalaria entre la población de hombres no afiliados al SPS y hombres afiliados al SPS, México 2005





TRATO ADECUADO

Uno de los tres objetivos básicos de los sistemas de salud es responder a las expectativas no médicas de los usuarios. A este objetivo se le ha llamado “trato adecuado” y comprende los siguientes dominios: comunicación, autonomía, trato digno, confidencialidad, atención pronta, elección del proveedor de servicios, comodidades básicas y acceso a redes de apoyo social durante la hospitalización.

Las personas que interactúan con los prestadores de servicios de salud tienen preocupaciones y expectativas legítimas que esperan satisfacer de manera plena durante la interacción con el proveedor de servicios. Es indudable que la mayor preocupación de los enfermos al solicitar atención médica es recuperar su salud. Sin embargo, este objetivo de la atención médica no puede conseguirse conculcando los derechos legítimos de los pacientes. Entre los derechos que deben respetarse y promoverse se encuentra el derecho de los pacientes a participar, si así lo desean, en las decisiones que atañen a su salud. A este dominio se le ha llamado autonomía e incluye, entre otros componentes, el consentimiento informado del paciente para aceptar al plan diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación propuesto por el médico. De igual forma, los pacientes tienen derecho a recibir toda la información sobre su salud, así como a formular preguntas cuyas respuestas sean comprendidas por el enfermo de tal forma que modifiquen los niveles de incertidumbre provocados por su condición de salud. Estos dominios, más los restantes señalados anteriormente, constituyen el objetivo de trato adecuado, los cuales contribuyen considerablemente al bienestar de los enfermos.

Del total de usuarios entrevistados en la ENSATA-2006, 4844 (33%) estaban afiliados al SPS. La mayor parte de ellos se había afiliado en el último año y un tercio tenía entre 1.5 y 2 años de antigüedad en el SPS. La distribución de la población afiliada y no afiliada al SPS fue similar por sexo y estado civil. Sin embargo, los asegurados tuvieron una probabilidad mayor de presentar un nivel de escolaridad igual o menor de primaria (OR= 1.37, IC95% 1.28-1.47). Este resultado es consistente con los datos de afiliación que nos hablan de un esfuerzo de los servicios por afiliar a las personas de menores recursos.

Todos los dominios del trato recibieron, de parte de los afiliados al SPS, calificaciones de “bueno” y “muy bueno” superiores a 80% (figura 14), con la excepción del dominio de autonomía, que recibió la

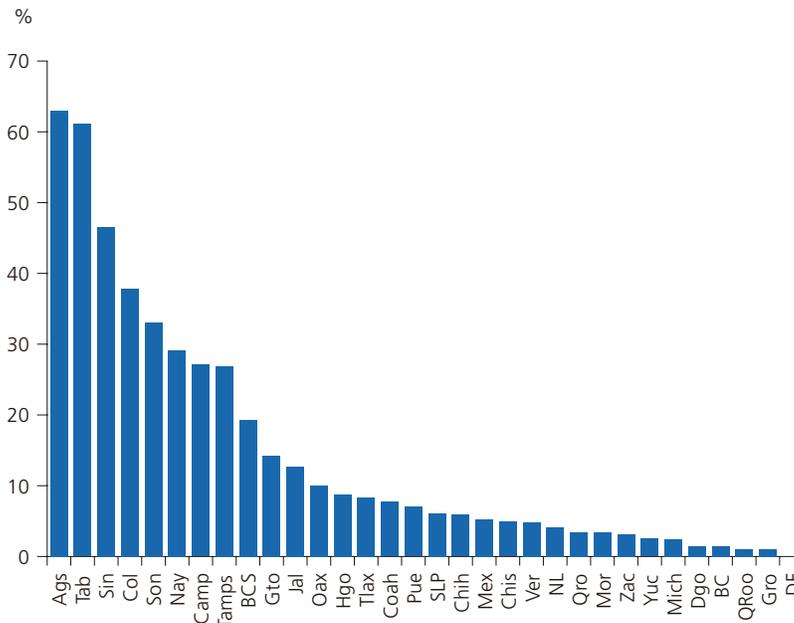


FIGURA 13. Porcentaje de partos atendidos en los SESA que corresponden a afiliadas al SPS por entidad federativa, México 2005



calificación más baja (79%). Los únicos dominios de trato adecuado que mostraron diferencias entre asegurados y no asegurados fueron el trato digno, la confidencialidad, la comunicación y uno de los componentes del dominio de comodidades básicas. Los afiliados al SPS percibieron un trato digno por los médicos más frecuentemente que los no asegurados (OR= 1.27, IC95% 1.13-1.43). De igual forma calificaron como "bueno" o "muy bueno" el trato respetuoso de los médicos (OR= 1.11, IC95% 1.03-1.19) y la privacidad durante las revisiones médicas (OR= 1.12, IC95% 1.04-1.22). En el dominio de comunicación, los asegurados presentaron una mayor probabilidad de recibir información sobre los cuidados al egreso que los no asegurados (OR= 1.13, IC95% 1.03-1.23). Finalmente, los no asegurados tuvieron una mayor probabilidad de calificar la limpieza del hospital como "buena" y "muy buena" (OR= 1.12, IC95% 1.00-1.25).

FIGURA 14.
Trato bueno y muy bueno de los médicos

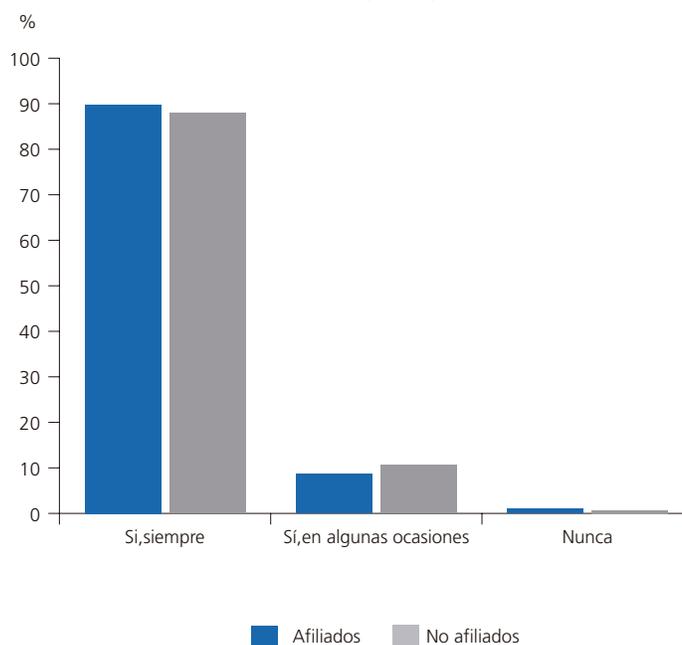
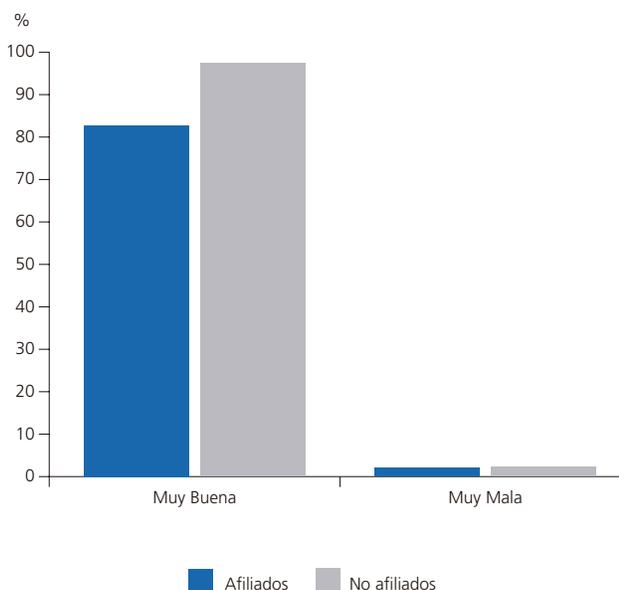


FIGURA 15.
Limpieza general del hospital, México 2006



Recomendaciones

1. Darle seguimiento puntual por entidad federativa a los patrones de utilización de servicios de los afiliados al SPS, en particular de las intervenciones incluidas en el CAUSES.
2. Estudiar el efecto de la acreditación de unidades sobre los patrones de utilización de servicios.
3. Estudiar los patrones de utilización de los servicios relacionados con las intervenciones financiadas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.
4. Fortalecer el conocimiento por parte de los afiliados al SPS de los derechos que otorga su pertenencia a este seguro.







Capítulo 3



Evaluación del surtimiento
de medicamentos a la población
afiliada al Seguro Popular de Salud



Mensajes Centrales

1. El Seguro Popular de Salud (SPS) ha mejorado el surtimiento completo de recetas en las unidades de atención ambulatoria de los Servicios Estatales de Salud (SESA). Sin embargo, los niveles actuales de surtimiento son inferiores a los observados en las unidades de la seguridad social.
2. Entre 2005 y 2006 el surtimiento completo de recetas a los afiliados al SPS se incrementó 6.9%, pasando de 83.3% en 2005 a 89.05% en 2006.
3. La diferencia en el surtimiento completo de recetas entre la seguridad social y los afiliados al SPS es de alrededor de 4.45 puntos porcentuales.
4. En la población no afiliada al SPS también mejoró el surtimiento completo de recetas en el mismo periodo. El incremento fue de 7.5%, ubicándose en niveles actuales de 79.45%.
5. En 2006, 50% de las entidades federativas presentaron altos niveles de surtimiento completo de recetas ($\geq 90\%$) entre los afiliados al SPS, comparados con 29% en 2005. Muy pocos estados (4) continúan presentando niveles de surtimiento considerados como muy bajos ($\leq 69\%$).
6. Entre 2005 y 2006 también se observaron mejoras en el surtimiento completo de recetas en las unidades de la red de servicios del SPS. Actualmente 88% de las unidades incorporadas al SPS surten de manera completa las recetas de sus afiliados, comparado con 81% en 2005.
7. Los afiliados al SPS tienen una mayor probabilidad de recibir una prescripción respecto de los no afiliados, tanto en la atención ambulatoria como hospitalaria. Sin embargo, no se observaron diferencias en el promedio de medicamentos por receta en ambas poblaciones.
8. El mayor problema en el surtimiento completo de recetas a los afiliados al SPS se encuentra en los hospitales. En una muestra de usuarios que egresaron de los hospitales, sólo 44% de los que recibieron una prescripción obtuvieron el surtimiento completo de sus recetas. Entre los no afiliados este porcentaje fue considerablemente más bajo (18.5%).





9. Un porcentaje bajo de afiliados que recibieron una prescripción (2.1%) debieron pagar por los medicamentos adquiridos en las unidades de salud, mientras que la cifra en los no afiliados fue de 5.8%. No se encontraron diferencias en el gasto de bolsillo entre ambas poblaciones por la compra de medicamentos en las unidades.
10. El nivel de eficiencia en la provisión de medicamentos varió de manera importante entre estados. Hay entidades, como Baja California, Tlaxcala, San Luis Potosí y Guanajuato que con un bajo gasto per capita en salud en población sin seguridad social alcanzan altos niveles de surtimiento. En contraste, hay entidades como Baja California Sur, Distrito Federal, Durango, Aguascalientes, Jalisco, Nayarit, Sonora y Zacatecas que con alto gasto en salud en población sin seguridad social presentan bajos niveles de surtimiento completo de recetas.
11. En la atención ambulatoria el mayor número de prescripciones se concentra en cinco grupos de medicamentos: antibióticos, analgésicos, anti-inflamatorios no esteroideos, antihipertensivos y antidiabéticos.
12. En el grupo de antibióticos cinco medicamentos concentran más del 70% de las prescripciones de ese grupo: ampicilina, amoxicilina, bencilpenicilina, dicloxacilina y eritromicina. En analgésicos el paracetamol y el ácido acetil salicílico concentran casi el 100% de las prescripciones. Poco más del 50% de las prescripciones a pacientes hipertensos incluyen el captopril o metoprolol, y en pacientes diabéticos, 90% de los casos reciben glibenclamida o metformina.

La disponibilidad de medicamentos en cantidades y variedades adecuadas en las unidades de salud, junto con patrones de prescripción basados en evidencias científicas, representan factores imprescindibles para asegurar una atención médica efectiva.

Los medicamentos constituyen uno de los principales insumos para la atención de los enfermos, tanto en la atención ambulatoria como hospitalaria. La falta parcial o total de estos insumos en las unidades de salud dificulta las opciones terapéuticas para los médicos, y muchas veces los pacientes deben asumir los costos de su adquisición. Por otra parte, estas carencias se asocian con las quejas más frecuentes de los usuarios de algunas instituciones públicas. Por esta razón, el surtimiento completo de recetas y la satisfacción de los usuarios con el acceso a los medicamentos se ha convertido en una prioridad para el gobierno de la República.

Previo a las reformas y adiciones a la Ley General de Salud (LGS), las cuales entraron en vigor el primero de enero de 2004, la Secretaría de Salud (SS) no tenía la obligación de ofrecer los medicamentos a sus usuarios: la oferta de estos insumos era un compromiso solidario de las entidades federativas con su población, la cual estaba sujeto a las variaciones financieras de las entidades. A partir del primero de enero de 2004, las unidades de salud que ofrezcan servicios a la población afiliada al Seguro Popular de Salud (SPS) tienen la obligación de entregar, sin desembolso para los asegurados al momento de la utilización, los medicamentos necesarios para el tratamiento de todas aquellas condiciones de salud comprendidas en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES).

En la evaluación del SPS se identificaron tres grandes componentes: a) financiero, b) procesos, y c) de efectos o resultados. En la evaluación del componente de procesos destaca la medición del abasto de medicamentos, cuyos resultados, bajo esta nueva modalidad financiera, se exponen en el presente documento.

I. Introducción





Las hipótesis con las que se trabajó en esta evaluación fueron las siguientes:

1. La población derechohabiente del SPS recibe, en mayor proporción que los no afiliados, el surtimiento completo de sus recetas en la atención ambulatoria y hospitalaria y, por consiguiente, la población afiliada al SPS incurre en menores gastos de bolsillo por la compra de medicamentos.
2. Las unidades de salud incorporadas a la red de servicios del SPS presentan un desempeño mejor en el surtimiento completo de recetas que las unidades no incorporadas al SPS.
3. Los Servicios Estatales de Salud (SESA) con buen desempeño en el surtimiento completo de recetas a los afiliados al SPS, presentan también un buen desempeño en el surtimiento de recetas a la población no afiliada, bajo el supuesto de que han establecido arreglos gerenciales que facilitan la disponibilidad de medicamentos en las unidades de salud y los prestadores de servicios asumen una conducta no “discriminatoria”.

Los objetivos de esta evaluación fueron los siguientes:

1. Medir y comparar el porcentaje de recetas surtidas completamente a los usuarios del primer nivel de atención de los SESA según condición de aseguramiento.
2. Medir y comparar el porcentaje de recetas surtidas completamente a los usuarios del segundo nivel de atención en los SESA según condición de aseguramiento.
3. Medir y comparar el gasto privado promedio en medicamentos entre la población afiliada y no afiliada al SPS según el nivel de atención.
4. Medir y comparar el promedio de medicamentos prescritos por receta en la población usuaria de los SESA según condición de aseguramiento.
5. Medir la satisfacción de los usuarios con el acceso a los medicamentos.
6. Explorar los patrones de prescripción de medicamentos en los servicios ambulatorios según condición de aseguramiento.

II.

Hipótesis y objetivos





Los resultados que se presentan provienen de tres fuentes de datos: a) la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado [ENSATA 2004 y 2005]; b) el Estudio de Medición Externa del Abasto de Medicamentos en los SESA, contratado por la Dirección General de Planeación y Desarrollo (DGPlaDeS 2005 y 2006), y c) los registros del monitoreo interno del surtimiento de recetas coordinado por la DGPlaDes.

La ENSATA 2004 es una encuesta con representación nacional de unidades de atención ambulatoria del sector público (IMSS, ISSSTE, SESA e IMSS-Oportunidades). En el caso de los SESA se seleccionaron 30 centros de salud y se entrevistaron de 30 a 70 usuarios por unidad. El total de usuarios entrevistados fue de 2253, de los cuales 520 eran afiliados al SPS. La encuesta de 2005 se realizó exclusivamente con pacientes que egresaron de una muestra de 74 hospitales de los SESA. En cada entidad federativa se seleccionaron de dos a tres hospitales para un total de 14, 484 usuarios, de los cuales 4,844 (32.7%) estaban afiliados al SPS.

La primera Medición Externa del Abasto de Medicamentos se levantó a finales de 2005 y la segunda se realizó a mediados de 2006. Aunque con algunas variantes metodológicas entre la primera y segunda medición, se trató de encuestas probabilísticas con representatividad estatal, seleccionando la muestra de unidades y de usuarios mediante estratificación por nivel de atención y por condición de pertenencia a la red de servicios del SPS.

El monitoreo trimestral del surtimiento de recetas en las unidades de salud es una estrategia coordinada por la DGPlaDeS y forma parte de los indicadores de calidad (INDICA) promovidos en el marco de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS). Para conocer el nivel de surtimiento de recetas, las unidades de salud que voluntariamente se adhirieron a esta estrategia, realizaban mediciones trimestrales a través de encuestas de usuarios seleccionados por el propio personal de las unidades.

III.

Material y métodos





● SURTIMIENTO COMPLETO DE RECETAS

Dado que el monitoreo del surtimiento de recetas en las unidades de salud incorporadas a la CNCSS no diferenciaba por la condición de aseguramiento de los pacientes, sus resultados sólo proporcionan una imagen general del comportamiento del abasto de medicamentos en dichas unidades. Con este sistema de registro se observó un incremento progresivo del surtimiento completo de recetas, alcanzando cifras iguales o mayores de 80 por ciento a partir del último trimestre de 2004. Estas cifras se mantuvieron estables hasta el tercer trimestre de 2006, con variaciones ligeras entre 80 y 83 por ciento (figura 1).

En cuanto a los resultados obtenidos con las mediciones externas, entre 2005 y 2006 se observó un incremento de 6.9 por ciento en el surtimiento de recetas completas a los usuarios de los SESEA afiliados al SPS, al pasar de 83.3 por ciento de recetas surtidas completamente en 2005 a 89.05 por ciento en 2006. Un aumento ligeramente mayor (7.5%) se encontró en la población no afiliada al SPS. Sin embargo, la diferencia a favor de los asegurados por el SPS se mantuvo en alrededor de 11 puntos porcentuales (figura 2).

Los datos de la ENSATA 2005, levantados cinco meses antes de la primera Medición Externa, señalaban que 80.6 por ciento de los usuarios de los servicios ambulatorios de los SESEA afiliados al SPS habían recibido el surtimiento completo de sus recetas, mientras que en la población no afiliada este porcentaje fue de 61.2 por ciento. Estos datos también muestran que el surtimiento completo de recetas en las unidades de atención ambulatoria de la seguridad social, en promedio, fue 13 puntos porcentuales más alto que el observado en los usuarios del SPS (figura 3).

Si tomamos como referencia los datos de la ENSATA 2005, podemos afirmar que la diferencia entre el surtimiento completo de recetas entre los derechohabientes del IMSS, asumiendo que la cifra de éste se mantuvo constante, y los afiliados al SPS se ha reducido entre 2005 y 2006 en casi seis puntos porcentuales, al pasar de una diferencia de 10.2 puntos en 2005 a 4.45 en 2006.

Los cambios observados entre los SESEA, en las dos mediciones externas, han sido notables: en 2006 casi se duplicó el número de entidades federativas que alcanzaron surtimientos por arriba del 90 por ciento

IV. Principales resultados

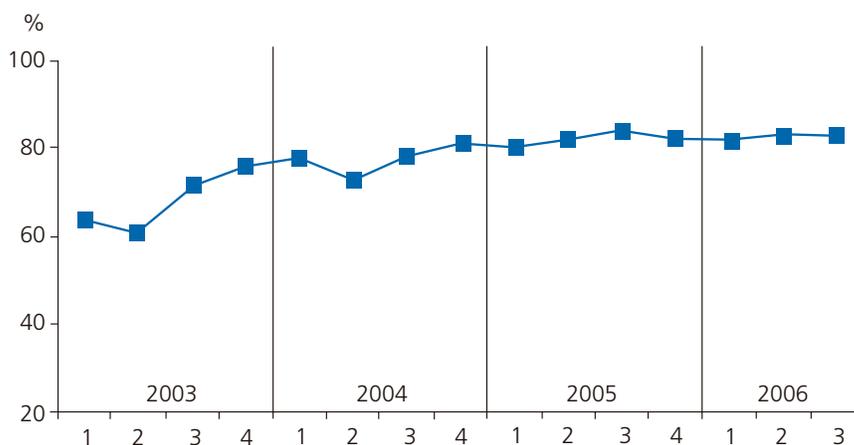


FIGURA 1.
Recetas surtidas al 100% en los SESEA por trimestre y año, México 2003-2006

Fuente: DGPlaDes, Medición Interna 2003-2006



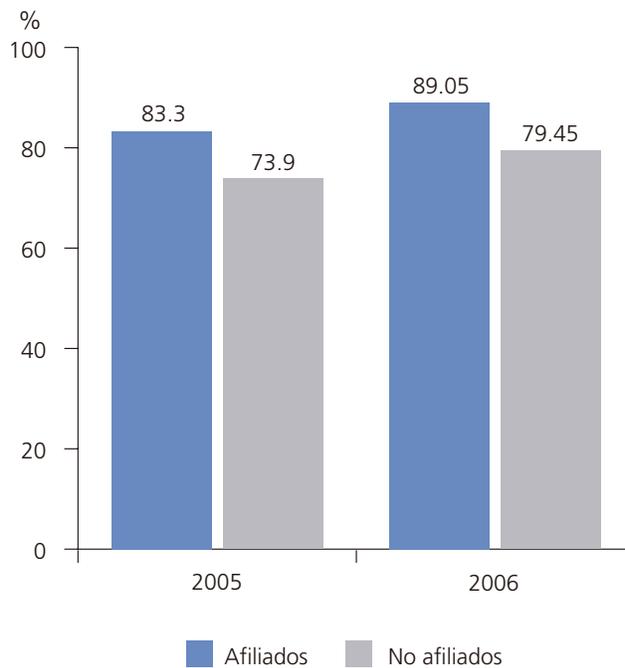
respecto de 2005. De igual forma, mejoró el número de estados con surtimiento intermedio (80-89%) y disminuyó la cifra de entidades con surtimientos muy bajos ($\leq 69\%$), como lo muestra el cuadro I.

Por entidad federativa, Tabasco es el estado que mejor se ha desempeñado en el surtimiento completo de recetas a los afiliados al SPS entre 2005 y 2006. En ambas mediciones sus cifras han sido superiores a 97 por ciento, para un promedio de 98.6 por ciento en los últimos dos años. Asimismo, estados como Baja California, Tlaxcala, Chihuahua, Tamaulipas y Campeche también han tenido desempeños altos en este rubro al mantener surtimientos completos por arriba del 90 por ciento en el mismo periodo (cuadro III).

El abasto de medicamentos en las unidades de salud y su posterior provisión a los usuarios, es un fenómeno dinámico que responde a procesos de planeación, compra y distribución de los insumos modulados por las necesidades de salud de la población. Por este motivo, cualquier desequilibrio observado en estos procesos puede modificar el acceso de los usuarios a los medicamentos en ciertas unidades de salud y en momentos específicos del tiempo. Esto es probablemente lo que ha ocurrido en algunos servicios estatales de salud respecto de los cambios observados entre 2005 y 2006. El estado de Querétaro, por ejemplo: en 2005 presentó un porcentaje de surtimiento completo de recetas a los afiliados al SPS del

FIGURA 2.
Porcentaje de recetas surtidas completamente por afiliación al SPS, México 2005-2006

Fuente: DGPlaDeS, Medición Externa del Abasto de Medicamentos en las SESSA, 2005-2006



93 por ciento, mientras que en 2006 esta cifra bajó a 67.4, para una disminución relativa del 27.5%. Otros estados, como Morelos, Nuevo León, Sinaloa, Jalisco, Guerrero y el Estado de México, presentaron decrementos variables, destacando el Estado de México y Morelos, donde la disminución fue de 57.8 y 21.4 por ciento, respectivamente. La situación del Estado de México llama la atención porque en 2005 presentó un surtimiento completo de recetas clasificado como bajo (71.4%), mientras que en 2006 sólo alcanzó la cifra de 30.1%. Sin embargo, habría que señalar que en esta entidad federativa el surtimiento parcial fue de casi 77%.

De las 12 entidades federativas que en 2005 presentaron un nivel de surtimiento completo de recetas bajo o muy bajo (<79%), 10 de ellas aumentaron considerablemente el acceso a los medicamentos por parte de los afiliados al SPS. Destacan Hidalgo, Puebla, Aguascalientes y Veracruz, que en 2006 alcanza-

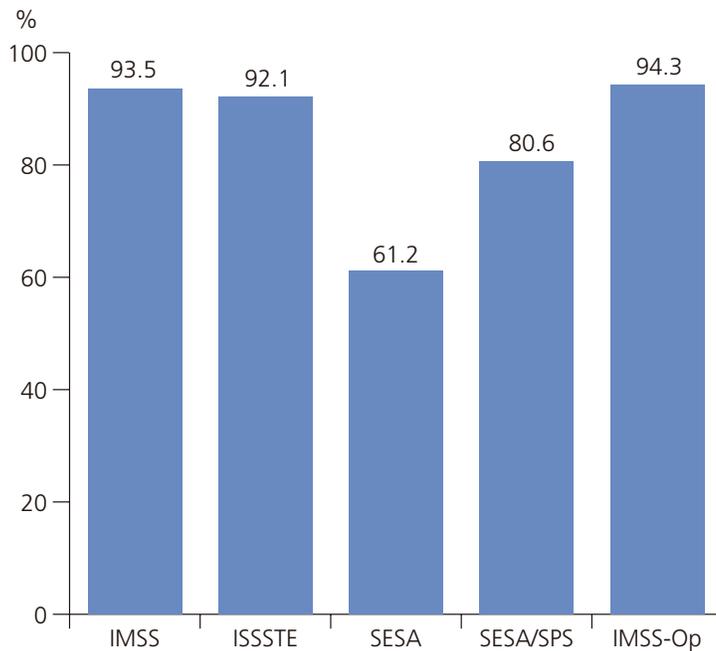


FIGURA 3.
Porcentaje de recetas surtidas completamente por institución y afiliación al SPS, México 2005

Fuente: Dirección General de Evaluación del Desempeño, ENSATA 2005

PORCENTAJE DE SURTIMIENTO	NÚMERO DE ENTIDADES FEDERATIVAS			
	2005	%	2006	%
90-100	9	29.0	16	50.0
80-89	10	32.3	12	37.5
70-79	7	22.6	---	0.0
≤ 69	5	16.1	4	12.5
Total	31*	100	32	100

CUADRO I.
Porcentaje de surtimiento completo de recetas a población afiliada al SPS por entidad federativa, México 2005-2006

*En la medición 2005, el D. F. no tenía población afiliada al SPS

Fuente: DGPlaDeS.
Medición Externa del Abasto de Medicamentos en los SESA, 2005-2006

ron la categoría de alto surtimiento con cifras superiores a 90 por ciento (cuadro III). Los incrementos alcanzados por estos estados variaron entre 28 y 36 puntos porcentuales. Los estados de Zacatecas, Chiapas, Oaxaca, Michoacán y Durango, lograron en 2006 ubicarse en la categoría de desempeño intermedio (80-89% de surtimiento) con incrementos de 9 a 29 puntos porcentuales respecto de sus cifras de 2005. El estado de Nayarit, a pesar de alcanzar un incremento de 17 puntos porcentuales, se mantuvo como una de las entidades con bajo surtimiento de recetas completas en 2006 (68%). En sentido contrario al comportamiento de los estados mencionados, Morelos y el Estado de México disminuyeron sus cifras en 2006 respecto de la medición realizada en 2005, situación que los sigue ubicando como entidades con bajo o muy bajo desempeño (cuadro III).

Se esperaría que la población afiliada al SPS presentara, en todos los servicios estatales de salud, un porcentaje mayor de surtimiento de recetas completas en comparación con la población no afiliada. Sin embargo, este patrón no se cumple de manera uniforme: en los estados de Chiapas, Nuevo León, Zacatecas y Querétaro



la población no afiliada al SPS presentó un surtimiento de recetas mayor que la población afiliada (datos 2006) (cuadro IV). En poco más de un tercio de las entidades federativas se cumplió la hipótesis de que a mayor surtimiento de recetas en población afiliada, mayor surtimiento en población no afiliada. En este grupo se incluyen los estados de Aguascalientes, BCS, Campeche, Colima, Guanajuato, SLP, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán (surtimiento $\geq 90\%$). En el mismo sentido, aunque con niveles de surtimiento inferiores (80-89%), el surtimiento entre ambas poblaciones fue similar en los estados de Coahuila, Distrito Federal, Guerrero, Oaxaca y Sinaloa. Finalmente, el Estado de México y Morelos presentaron niveles bajos de surtimiento de recetas tanto en la población afiliada al SPS como en la no afiliada ($\leq 69\%$).

● SURTIMIENTO DE RECETAS POR INCORPORACIÓN A LA RED DE SERVICIOS DEL SPS

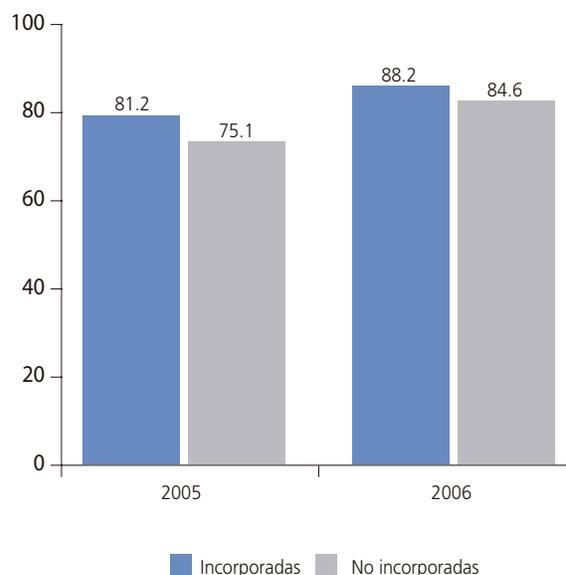
Entre 2005 y 2006 también se observaron incrementos en el nivel general de surtimiento de recetas entre las unidades incorporadas a la red de proveedores del SPS y en aquellas todavía no incorporadas (figura 4). En las primeras, el aumento relativo fue de 8.6 por ciento y en las segundas de 12.6 por ciento, respectivamente. En ambos tipos de unidades, las mejoras observadas en 2006 ubican el surtimiento general de recetas en un nivel medio (80-89%).

En 2006, 26 entidades federativas (81%) con unidades incorporadas a la red de servicios del SPS presentaron un surtimiento completo de recetas clasificado como medio y alto (80-100%), mientras que esta cifra en 2005 fue cercana a 52 por ciento (cuadro II). Los estados que más se destacaron en este rubro, con porcentajes mayores de 97 por ciento de surtimiento, fueron Tabasco, Tlaxcala, Yucatán, Veracruz, Tamaulipas, Hidalgo, y Colima. Por el contrario, la red de servicios incorporada al SPS de los estados de Guerrero, Morelos y México se ubicó en la categoría de surtimiento muy bajo ($\leq 69\%$).

En el caso de las entidades federativas con unidades no incorporadas a la red de servicios también se registraron incrementos significativos entre 2005 y 2006 (cuadro II). En el último año, 21 estados (72.4%) presentaron porcentajes de surtimiento de recetas considerado de medio a alto. En este grupo de unidades, repiten con buenos desempeños los estados de Tabasco, Tamaulipas, Veracruz y Yucatán. Se agregan a la lista los estados de Baja California, Baja California Sur, Chiapas y Durango, con surtimientos superiores de 90%. De igual forma, repiten con muy bajo desempeño el Estado de México y Nayarit.

FIGURA 4.
Porcentaje de recetas surtidas completamente por incorporación a la red de proveedores del SPS, México 2005-2006

Fuente: DGPlaDeS, medición externa del abasto de medicamentos en los SESA, 2005-2006





PORCENTAJE DE SURTIMIENTO	ESTADOS CON UNIDADES INCORPORADAS A LA RED DE PROVEEDORES DEL SPS		ESTADOS CON UNIDADES NO INCORPORADAS A LA RED DE PROVEEDORES DEL SPS	
	2005	2006	2005	2006
	90-100	6 (19.4)	16 (50.0)	5 (20.0)
80-89	10 (32.3)	10 (31.2)	6 (24.0)	10 (34.5)
70-79	8 (25.8)	3 (9.4)	7 (28.0)	4 (13.8)
≤ 69	7 (22.5)	3 (9.4)	7 (28.0)	4 (13.8)
Total	31*	32	25**	29**

*En la medición 2005 el D. F. no tenía unidades incorporadas al SPS

**En 2005 hubo siete entidades con unidades de salud no incorporadas y en 2006 la cifra se redujo a tres

CUADRO II.

Surtimiento de recetas por entidad federativa y por incorporación a la red de proveedores del SPS, México 2005-2006

RECETAS SURTIDAS EN HOSPITALES

En la ENSATA 2005 se usó una lista de verificación de 30 medicamentos que, a juicio de un grupo de expertos, no debieran faltar en ningún hospital. El criterio de medición fue tener en existencia una o más de las presentaciones de los medicamentos seleccionados. En los hospitales de los SESA se encontró que

ESTADO	2005	2006	DIFERENCIA PORCENTUAL
Tabasco	97.8	99.4	1.6
Yucatán	90.6	99.1	9.4
Puebla	70.0	98.8	41.1
Hidalgo	61.4	97.8	59.3
Tlaxcala	92.9	97.6	5.1
Veracruz	73.7	97.4	32.2
Tamaulipas	90.9	97.2	6.9
Quintana Roo	81.0	96.6	19.3
Colima	83.0	96.2	15.9
San Luis Potosí	81.8	96.1	17.5
Campeche	90.7	95.9	5.7
Baja California	92.0	94.0	2.2
Guanajuato	82.0	92.3	12.6
Chihuahua	92.3	91.4	-1.0
Aguascalientes	67.5	91.4	35.4
BCS	84.4	90.4	7.1
Durango	76.6	89.5	16.8
Michoacán	60.3	89.2	47.9
Chiapas	75.4	88.9	17.9
Distrito Federal*	--	88.5	--
Jalisco	91.9	87.2	-5.1
Coahuila	89.4	87.1	-2.6
Zacatecas	77.2	86.2	11.7
Sonora	81.4	85.0	4.4
Sinaloa	88.5	81.4	-8.0
Oaxaca	65.7	81.0	23.3
Guerrero	85.0	80.7	-5.1
Nuevo León	87.2	80.0	-8.3
Nayarit	58.1	68.0	17.0
Querétaro	93.0	67.4	-27.5
Morelos	78.6	61.8	-21.4
México	71.4	30.1	-57.8
Total	83.3	89.05	5.7

CUADRO III.

Porcentaje de recetas surtidas completamente en población afiliada al Seguro Popular de Salud, México 2005-2006

* En la medición 2005 el Distrito Federal no contaba con población afiliada al SPS

**CUADRO IV.**

Porcentaje de recetas surtidas completamente en población no afiliada al Seguro Popular de Salud, México 2005-2006

ESTADO	2005	2006	DIFERENCIA PORCENTUAL
Sinaloa	96.3	86.7	- 9.6
Tabasco	94.7	100	5.3
Yucatán	93.6	100	6.4
Baja California	92.6	89.8	- 2.8
Colima	91.3	100	8.7
Tamaulipas	85.7	98.7	13.0
Nuevo León	84.4	98.6	14.2
Querétaro	82.8	94.4	11.6
San Luis Potosí	81.3	91.8	10.5
Chihuahua	81.0	80.5	- 0.5
Tlaxcala	80.9	94.8	13.9
Campeche	79.5	98.7	19.2
Coahuila	77.6	86.4	8.8
Zacatecas	77.3	94.2	16.9
Puebla	75.6	73.8	- 1.8
Guanajuato	74.3	91.0	16.7
Quintana Roo	73.8	81.3	7.5
Oaxaca	72.8	84.3	11.5
Michoacán	71.6	72.2	0.6
Morelos	71.0	65.1	- 5.9
Veracruz	70.8	96.4	25.6
Chiapas	69.7	94.6	24.9
Nayarit	67.7	89.2	21.5
México	65.2	49.1	- 16.1
Durango	64.4	74.9	10.5
Distrito Federal	63.8	85.3	21.5
Guerrero	63.5	80.2	16.7
Sonora	62.9	56.8	- 6.1
Aguascalientes	57.6	92.0	34.4
Jalisco	56.7	76.9	20.2
Hidalgo	55.1	77.6	22.5
BCS	34.0	100.0	66.0
Total	73.9	79.4	5.5

70.4 por ciento de las unidades contaban con la totalidad de los medicamentos. La menor disponibilidad afectó principalmente a la ergonovina, ketorolaco, lidocaína y furosemida, los cuales no se encontraban disponibles entre 30 y 60 por ciento de las unidades hospitalarias. Al comparar los datos de disponibilidad entre los SESA y la seguridad social, se encontró que el abastecimiento de medicamentos en los SESA fue inferior en cerca de 20 puntos porcentuales.

Los datos de la ENSATA 2006 demostraron que la proporción de pacientes que recibió el surtimiento completo de sus recetas, al momento de egresar del hospital, fue de 44.4 por ciento para los afiliados al SPS y de 18.5 por ciento para los no afiliados. Estos resultados muestran una gran diferencia en el surtimiento de recetas entre los ámbitos hospitalarios y ambulatorios: mientras que el acceso a los medicamentos en el primer nivel de atención está prácticamente asegurado en una gran parte de las entidades federativas, la brecha en hospitales es todavía considerable. Una explicación posible a estas diferencias es, todavía, la baja incorporación de los hospitales a la red de servicios del SPS.

● GASTO DE BOLSILLO

2.1 por ciento de los afiliados al SPS que obtuvieron los medicamentos en las unidades ambulatorias de los SESA tuvieron que pagar por ellos; la cifra en los no afiliados fue de 5.8 por ciento ($p < 0.002$). El gasto de bolsillo por la compra de medicamentos fue de \$21.6 y de \$27.4 en asegurados por el SPS y no asegurados



($p=0.84$). Dado que la ENSATA 2005 fue una “encuesta de salida”, en el análisis del gasto de bolsillo sólo se incluyeron los costos en la compra de medicamentos adquiridos en las unidades de salud. El grupo de usuarios que no obtuvo el surtimiento completo de sus recetas, señaló mayoritariamente que los compraría en una farmacia privada, mientras que una fracción menor de ellos volvería a buscarlos en la unidad o bien en una farmacia subrogada (13.4 por ciento asegurados y 5.7 por ciento no asegurados). 2.4 por ciento de los usuarios no afiliados al SPS y que no recibieron los medicamentos en la unidad de salud señalaron que no los comprarían.

La ENSATA 2006 incluyó solamente a pacientes que egresaron de los hospitales de los SESA. En esta población, los pacientes afiliados al SPS, respecto de los no afiliados, tuvieron una mayor probabilidad de recibir una prescripción (85 contra 82%, $p<0.001$). Al igual que en la atención ambulatoria, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el gasto de bolsillo por la compra de medicamentos entre ambas poblaciones.

● EFICIENCIA EN EL SURTIMIENTO DE RECETAS

En términos de eficiencia en el surtimiento, en la figura 5 se presenta la relación que existe entre el gasto per capita en salud en población sin seguridad social y el surtimiento completo de recetas en las unidades de los SESA. Como puede observarse en esta figura, hay estados, como Baja California, Nuevo León, Querétaro, San Luis Potosí, Tlaxcala y Guanajuato, que con bajo gasto per capita en salud en población sin seguridad social alcanzan altos niveles de surtimiento. En contraste, hay entidades como Baja California Sur, Aguascalientes, Distrito Federal y Sonora, entre otros, que con alto gasto per capita en población sin seguridad social presentan muy bajos niveles de surtimiento completo de recetas.

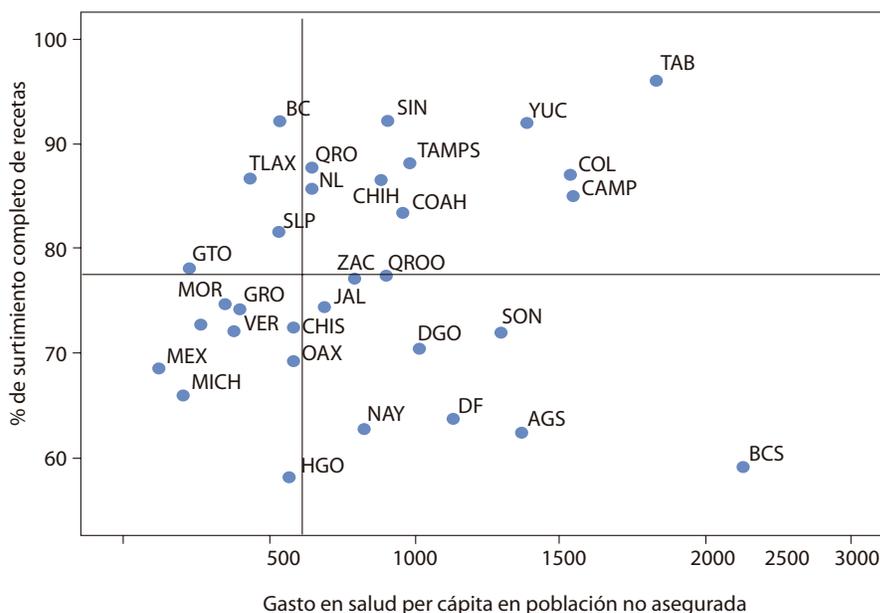


FIGURA 5.
Gasto en salud per capita en población sin seguridad social y surtimiento de recetas, México 2005



● PROMEDIO DE MEDICAMENTOS POR RECETA

Tanto en la atención ambulatoria como en la hospitalaria, los afiliados al SPS tuvieron una probabilidad mayor de recibir una prescripción respecto de los no afiliados (ENSATA 2005 $p < 0.008$ y ENSATA 2006 $p < 0.001$).

Por otra parte, los resultados de las ENSATA y de las Mediciones Externas, muestran resultados similares en cuanto al promedio de medicamentos por receta, los cuales variaron de 2.0 a 2.28 medicamentos por receta entre afiliados y no afiliados al SPS. El mismo patrón se observó entre unidades de salud incorporadas y no incorporadas al SPS, en las cuales el promedio de medicamentos fue de 2.5 en cada una de ellas.

Con estos resultados se puede afirmar que, en lo general, la población afiliada al SPS que demanda servicios tiene una mayor probabilidad de recibir una prescripción respecto de los no afiliados, sin embargo, no se observa una sobre prescripción al considerar el promedio de medicamentos por receta entre ambas poblaciones.

● PATRONES DE PRESCRIPCIÓN

En los servicios ambulatorios de los SESA, el 50 por ciento del total de prescripciones se concentra en cinco grupos de medicamentos: antibióticos, analgésicos, anti-inflamatorios no esteroideos, antihipertensivos y antidiabéticos. En el grupo de antibióticos cinco medicamentos concentran poco más del 70 por ciento de las prescripciones de este tipo (ampicilina, amoxicilina, bencilpenicilina, dicloxacilina y eritromicina), por parte de los analgésicos casi el 100 por ciento de las prescripciones corresponden a paracetamol y ácido acetil salicílico. Entre los medicamentos anti-inflamatorios no esteroideos el diclofenaco y naproxeno comprenden poco más del 70 por ciento de las prescripciones. En el grupo de antihipertensivos, poco más del 50% de las prescripciones son de captopril y metoprolol, le siguen en importancia enalapril y nifedipino con los cuales se alcanza el 80 por ciento de las prescripciones, finalmente los hipoglucemiantes glibenclamida y metformina se prescribieron en casi el 90 por ciento de los casos de diabetes mellitus.

En la medición externa solicitada por la DGPLADES, se registraron 487 claves prescritas, de las cuales 56 representaron el 80 por ciento del total de medicamentos recetados. El mayor desabastecimiento de medicamentos se relacionó con 50 claves, las que no son necesariamente las mismas que se prescriben con mayor frecuencia.

Considerando los medicamentos prescritos con mayor frecuencia, resulta necesario revisar la política de medicamentos con relación a los siguientes criterios: cantidades y costos de transacción, costo efectividad y gasto de bolsillo.

● SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON EL SURTIMIENTO DE RECETAS

La satisfacción de los usuarios con el surtimiento completo de recetas debiera ser alta cuando mayor sea el porcentaje de surtimiento. Esta situación no se cumple perfectamente en varias entidades federativas. Los estados de Durango, Guerrero, Michoacán, Morelos, Sonora, y Zacatecas presentaron, en 2005, un surtimiento bajo de recetas completas y, sin embargo, los niveles de satisfacción de sus usuarios se ubicaron por arriba del promedio nacional. La situación inversa: baja satisfacción y alto surtimiento, se observó en Campeche, Guanajuato y Sinaloa. En el resto de los estados hubo congruencia entre los niveles de surtimiento y la satisfacción de sus usuarios (Figura 6).



Los hallazgos anteriores pueden tener varias explicaciones. En primer lugar, el concepto mismo de satisfacción es ambiguo y el cual puede estar influido por experiencias previas de los pacientes tanto en su interacción con los servicios como en el acceso a los medicamentos: si en ocasiones anteriores los pacientes no recibían los medicamentos y ahora los reciben completa o parcialmente, las opiniones pueden ser más favorables. Por otra parte, algunos de los resultados apuntan que en estados donde se iniciaron los estudios piloto del SPS como Guanajuato y Sinaloa, donde hubo alto surtimiento y baja satisfacción, podrían estar sugiriendo que las exigencias de la población se elevan con el tiempo y con la ampliación del seguro. Lo contrario puede estar ocurriendo en estados como Durango y Michoacán, entidades de reciente incorporación al SPS y con alta satisfacción pero bajo surtimiento.

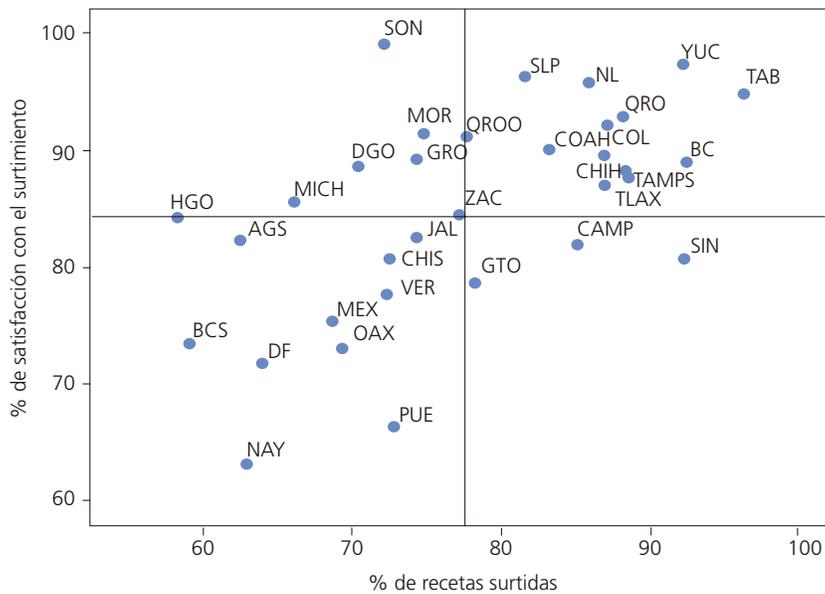


FIGURA 6. Surtimiento de recetas completas en los SESA y satisfacción de los usuarios con el surtimiento, México 2005



Recomendaciones

1. Seguir fortaleciendo el surtimiento completo de recetas, dado que los medicamentos constituyen un insumo esencial del proceso de atención y un elemento clave de la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos.
2. Fijar como estándar mínimo de surtimiento completo de recetas en los servicios ambulatorios 95% y en los servicios hospitalarios de por lo menos 80%. En el mediano plazo el porcentaje de surtimiento completo de recetas en ambos tipos de unidades para afiliados al SPS deberá ser de 100%.
3. Monitorear periódicamente el porcentaje de usuarios que pagan por los medicamentos adquiridos en las unidades de salud y los montos de pago.
4. En el proceso de evaluación del surtimiento de recetas, avanzar hacia la evaluación de los patrones de prescripción.



Capítulo 4



Mapeo político y escenarios de sostenibilidad del Seguro Popular de Salud en dos entidades federativas



Mensajes Centrales

1. La gradualidad en la implementación del Seguro Popular de Salud (SPS) ha influido en el desarrollo local de habilidades de conducción de este seguro.
2. El fortalecimiento de la oferta de servicios tiende a verse favorecido cuando se establecen sinergias con otros programas y otros instrumentos de reforma (Oportunidades, Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud).
3. La acreditación y la construcción de redes de prestadores se ha facilitado cuando el apoyo federal se ha visto complementado por iniciativas estatales.
4. Este estudio deja de manifiesto la necesidad de fortalecer la comprensión de la política federal de protección social en salud por parte de las legislaturas estatales.
5. Los afiliados al SPS tiene poco conocimiento de los derechos que otorga la afiliación de este seguro.





En la administración federal 2001-2006 se creó el Sistema Nacional de Protección Social en Salud (SNPSS) para la atención del reto de la protección financiera definido en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PRONASA 2001-2007). Este sistema busca el aseguramiento público, voluntario, de la población sin seguridad social, así como la reducción de los gastos de bolsillo y catastróficos asociados al gasto privado en salud. La instancia pública de aseguramiento del SNPSS es el Seguro Popular de Salud (SPS), cuya operación formal inició en enero de 2004.

El SPS se ha implementado gradualmente proponiéndose cobertura universal de la población sin seguridad social en 2010. Para ello, el PRONASA 2001-2006 planteó fortalecer el federalismo cooperativo, se reformó la Ley General de Salud en mayo de 2003 y se emprendió un gran esfuerzo nacional dirigido a mejorar el financiamiento de los servicios estatales de salud.

La implementación del SPS en los estados ha tenido tres etapas: el plan piloto, la incorporación gradual de las entidades federativas y la implementación en todos los estados del SNPSS mediante la firma de acuerdos de colaboración entre los niveles federal y estatal. Este proceso se ha acompañado de evaluaciones sistemáticas que han permitido documentar diversas dimensiones organizacionales y políticas de la implementación del SPS en estados selectos.

I. Introducción





En este estudio se presentan los resultados del tercer y último estudio de mapeo político que forma parte del proyecto: “Mapeo político y escenarios de sostenibilidad del Seguro Popular de Salud”. Este ejercicio se realizó en octubre de 2006 en los estados de Guerrero y Campeche, buscándose caracterizar escenarios de sostenibilidad.

El primer mapeo político del SPS se realizó en los estados de Campeche y Colima en octubre de 2002. En ese primer abordaje se documentaron dimensiones sociológicas y organizacionales de los procesos de promoción, afiliación y provisión de servicios. En 2005 se realizó un segundo ejercicio en Campeche y Yucatán agregándose al estudio de procesos el análisis de actores clave en el fortalecimiento de la oferta de servicios de salud. En 2006 se indagaron adicionalmente aspectos de la protección contra gastos catastróficos en población vulnerable (Cuadro I).

Los análisis contaron con el apoyo de la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud. Del Instituto Nacional de Salud Pública y la Universidad de Harvard. La orientación de los análisis realizados fue de índole académica, habiéndose contado con amplia autonomía para la definición de las preguntas y objetivos de investigación. Con ello se logró una importante vinculación que favoreció el fortalecimiento del análisis político de las políticas de salud en México.

El objetivo de este estudio es definir escenarios de sostenibilidad para el SPSS en dos estados de México mediante el análisis de estrategias y rol de actores clave en el proceso de implementación del SPS.

Los objetivos específicos son los siguientes:

1. analizar las interacciones entre actores clave federales y estatales vinculados a la conducción de sistemas estatales de protección social en salud;
2. caracterizar ‘lecciones aprendidas’ e innovaciones realizadas en los estados que derivaron en mejoras importantes en la conducción del SPS, y
3. establecer escenarios de sostenibilidad para la provisión de servicios del SPS.

Para lograr dichos objetivos se establecieron las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Qué factores han favorecido la implementación del SPSS en estados selectos para favorecer escenarios de conducción eficiente del SPS?

MAPEO POLÍTICO DEL SPS		
AÑO	ESTADOS	TEMAS
2002	Campeche y Colima	Promoción, afiliación y provisión de servicios
2005	Campeche y Yucatán	Promoción, afiliación y provisión de servicios. Actores clave y acreditación
2006	Campeche y Guerrero	Promoción, afiliación y provisión de servicios. Actores clave y acreditación. Dimensiones del gasto catastrófico en salud

CUADRO I.
Mapeos políticos
2002-2006 de Seguro
Popular de Salud

II. Antecedentes





2. ¿Qué iniciativas locales han demostrado su eficacia y, por tanto, representan oportunidades de innovación en los sistemas estatales de salud para favorecer la operación del SPS?
3. ¿De qué manera se puede vincular una implementación exitosa del SPS con el mejoramiento del desempeño de los sistemas estatales de salud?

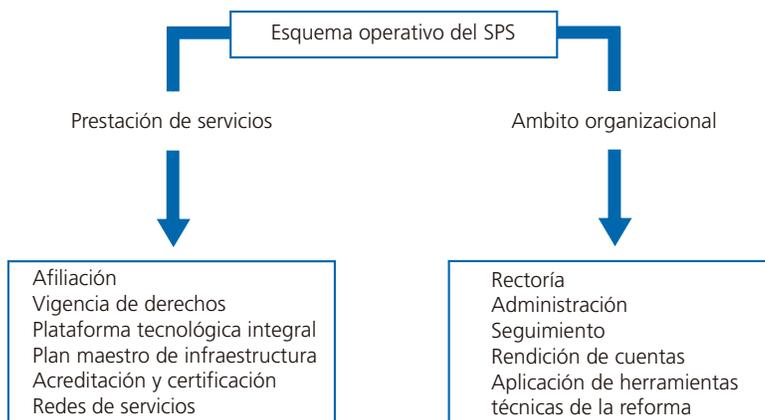
Se combinaron el diagnóstico rápido y el mapeo político. En el diagnóstico rápido se aplican técnicas de investigación etnográfica para la recopilación de información en campo en períodos cortos de tiempo, mediante la elaboración de guías temáticas. El mapeo político documenta el rol de actores políticos alrededor de estrategias de políticas de salud y su influencia en la factibilidad de tales políticas.

Se realizó trabajo de campo en las entidades federativas seleccionadas. Se aplicaron entrevistas a profundidad con actores clave y se visitaron oficinas gubernamentales así como unidades de primer y segundo niveles de atención. El análisis de la información estuvo dirigido a la identificación de fortalezas y retos del SPS en el nivel estatal e incluyó la documentación de procesos estratégicos conforme éstos se implementaron.

La información recopilada fue triangulada con procedimientos formales de la implementación del SPS descritos en documentos normativos, tales como reglas de operación, esquemas operativos y manuales técnicos. Se contó también con la retroalimentación de los propios actores, con lo que se enriquecieron sustancialmente los ejercicios realizados. Las dimensiones analizadas se describen en la figura 1.

La selección de los estados combinó retos de aseguramiento y capacidad de respuesta de los sistemas estatales de salud, como lo muestra la figura 2. Bajo este principio las entidades seleccionadas presentan altos retos de aseguramiento de población sin seguridad social, si bien la capacidad de respuesta del sistema estatal de salud de Campeche es mayor que la de Guerrero.

Ambos estados presentan altos índices de marginación, coberturas de seguridad social menores a la media nacional y comunidades con predominio de población indígena. Guerrero en general presenta valores más problemáticos tanto en los indicadores de infraestructura sanitaria y recursos, como en los indicadores de condiciones de salud.



		Desempeño	
		+	-
Retos	+	Campeche	Guerrero
	-		

III. Material y métodos



FIGURA 1. Marco analítico del estudio de mapeo político de implementación del SPS

FIGURA 2. Entidades según el reto y el desempeño esperado en la implementación del SPS



La información de este capítulo se centra en la instalación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), la promoción, la afiliación, la implementación de mecanismos de fortalecimiento de la oferta y una exploración acerca de los gastos catastróficos de los usuarios. Con fines descriptivos, la situación observada en campo se presenta en cuadros que utilizan una escala de color desarrollada a partir del grado de cumplimiento de criterios establecidos en el marco operativo del SPS: azul oscuro, óptimo; gris, regular; azul claro, bajo.

IV. Resultados



● INSTALACIÓN DEL REPSS

El esquema operativo del SPS establece la necesidad de crear, en los estados, la instancia financiadora y coordinadora de su implementación, a la que se denomina REPSS. Esta entidad es de carácter estatal y sus actividades se relacionan con la formación de brigadas de promoción, la instalación de módulos de afiliación, la administración de los sistemas de información, el fortalecimiento de la oferta de servicios y la administración de los recursos del SPS en el nivel estatal.

En la figura 3 se muestra que Guerrero contó con la instalación formal del REPSS, mientras que en Campeche funcionó como una dirección dentro del sistema estatal de salud. Esta diferencia resulta importante puesto que Campeche inició actividades del SPS desde 2001, mientras que Guerrero firmó el acuerdo de colaboración con el nivel federal en 2005. La dirección del REPSS contó con oficinas administrativas propias en el caso de Campeche, mientras que en Guerrero el REPSS operaba en la sede de los Servicios Estatales de Salud (SESA), donde la disponibilidad de espacio es limitada.

En términos de la capacidad de conducción, las entrevistas realizadas a proveedores de servicios de ambos estados mostraron que la mayor parte del personal contratado en Campeche contó con experiencia mayor a dos años en el puesto. En Guerrero el personal reportó tener una experiencia laboral menor.

● PROMOCIÓN

En ambos casos se reportó que la promoción de la afiliación al SPS estuvo sujeta a un calendario establecido por la federación, el cual se modificó este año debido al proceso electoral federal, habiéndose interrumpido tanto la promoción como la afiliación. La figura 4 muestra que este proceso del SPS presentó un escenario favorable, particularmente en medios electrónicos e impresos.

Estado	Instalación formal	Oficinas administrativas	Ubicación en la estructura
Campeche	regular	óptimo	Dirección de área
Guerrero	óptimo	bajo	Instalación reciente

■ óptimo ■ regular ■ bajo

FIGURA 3. Dimensiones de la instalación del REPSS, SPS, México



Personal del SPS en ambos estados comentó que los promocionales federales resultaron un apoyo importante. Este personal señaló que la población no recibe suficiente información acerca del programa. En ambos casos se observaron también carteles impresos en unidades de los SESA.

Dada la presencia de comunidades indígenas, se observaron en ambos casos promocionales en lenguas náhuatl y maya del SPS. También se reportó propaganda radiofónica en lenguas indígenas. Una referencia destacada fue que los usuarios expresaron la recomendación de amigos y parientes como un motivo para buscar afiliarse al SPS. Una diferencia importante fue que la promoción selectiva del SPS en Guerrero desalentó a usuarios de municipios no incorporados en las primeras etapas de implantación. Ello podría atribuirse a que esta entidad inició la afiliación oficialmente en 2005.

FIGURA 4.
Dimensiones de la promoción de la afiliación al SPS. México

Estado	Promocionales federales en medios masivos	Medios impresos	Brigadas comunitarias	Iniciativas locales
Campeche	Óptimo	Óptimo	Bajo (en todo el estado)	Adaptación de mensajes a lenguas indígenas De usuario a usuario
Guerrero	Óptimo	Óptimo	Bajo (limitada a municipios selectos)	Adaptación de mensajes a lenguas indígenas De usuario a usuario

■ óptimo ■ regular ■ bajo

● AFILIACIÓN

El proceso de afiliación implica la realización de un conjunto de tareas vinculadas a la plataforma de desarrollo del SPS. Se observaron dinámicas vinculadas al otorgamiento de las Tarjetas Inteligentes, la entrega de pólizas, la entrega impresa y explicación del Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) y, la entrega de Cartillas Nacionales de Salud.

La tarjeta inteligente del SPS ganó el Premio Innova 2004 y es un componente esencial de la plataforma informática del programa. En la figura 5 se muestra la situación prevaleciente en ambos estados en lo referente a la entrega de esta tarjeta a los afiliados. Se observa una situación media en Campeche donde no se utiliza por falta de sistema, y baja en Guerrero donde las tarjetas estaban almacenadas por falta de chips. En lo que atañe a la entrega de pólizas, en ambos estados se observó una situación favorable, puesto que éstas fueron entregadas en los módulos visitados y mostrada por todos los usuarios afiliados entrevistados.

En las entrevistas con usuarios se preguntó sobre la verificación de la vigencia de derechos en hospitales y centros de salud, habiéndose encontrado que ésta se verificaba de manera más acentuada en Campeche, debido al mayor tiempo de afiliación de la población (2001). En ambos casos se observó que las pólizas son solicitadas a los usuarios. En entrevistas a usuarios en ambos estados se encontraron casos de derechohabientes del IMSS y / o del ISSSTE afiliados al SPS. Sobre este tema, tomadores de decisiones de ambos estados señalaron que no se cruzan las plantillas de asegurados.

Por lo que se refiere al manejo administrativo de la población asegurada, en Campeche se optó por la ampliación de las pólizas a dos años por los trámites que representa el re-afiliar a los usuarios anualmente. Adicionalmente se observó en esta entidad la desafiliación de familias en zonas cubiertas por el IMSS-Oportunidades.



Estado	Otorgamiento de tarjeta inteligente	Entrega y uso de pólizas	Entrega y explicación de CAUSES	Entrega de Cartilla Nacional de Salud
Campeche	No se utiliza por falta de sistema	Óptimo	Se entrega pero no se explica	Manejo limitado en usuarios y proveedores
Guerrero	Almacenadas por falta de chips	Óptimo	Entrega limitada y escasa explicación	Manejo limitado en usuarios y proveedores

■ óptimo
 ■ regular
 ■ bajo

FIGURA 5. Registro y validación de la afiliación al SPS, México

Respecto a la información otorgada a los usuarios al momento de afiliarse, se observó que no se explica el CAUSES a los afiliados al momento de la afiliación, y sólo en Campeche se entregó un documento con las intervenciones de este catálogo. Una situación menos favorable se observó en la entrega de Cartillas Nacionales de Salud, siendo muy limitada en ambos estados. En las entrevistas a los usuarios se les preguntó, si se les habían explicado sus derechos, a lo cual contestaron generalmente de manera negativa en ambos estados. Llama la atención, sin embargo, que en la gran mayoría de las unidades se detectaron carteles alusivos a los derechos de los usuarios del SPS.

● FORTALECIMIENTO DE LA OFERTA

En esta dimensión se preguntó por el Plan Maestro de Infraestructura, acreditación y certificación de unidades y la integración de redes de proveedores de servicios. La figura 6 muestra que de estos componentes, el que presenta un escenario menos favorable es el relacionado con el Plan Maestro de Infraestructura, particularmente en el estado de Guerrero.

Los proveedores de servicios entrevistados en ambos estados vincularon la mejora de la infraestructura con un mejor financiamiento y provisión de recursos a las unidades. Sin embargo, los proveedores del segundo nivel, particularmente del estado de Guerrero, refirieron mayores barreras para mejorar sus unidades. En ambos casos se señaló la dependencia de recursos del nivel federal.

Estado	Plan maestro de infraestructura			Acreditación y certificación			Redes de prestadores	
	Infraestructura	Equipamiento	Financiamiento	Auto-evaluación	Evaluación de procesos y resultados	Dictamen	Estatal	Proveedores de servicios de gastos catastróficos
Campeche	Óptimo	Óptimo	Dependencia de recursos federales	Óptimo	Óptimo	A la vista en las unidades	Óptimo	Apoyo en cataratas y neonatal
Guerrero	En 2º nivel	Óptimo	Dependencia de recursos federales	No se refirió su uso	Se refirieron otras políticas	Se cita al encargado	Manejo limitado en la operación	Limitado a leucemia

■ óptimo
 ■ regular
 ■ bajo

FIGURA 6. Dimensiones del fortalecimiento de la oferta de servicios, SPS, México



En cuanto a la acreditación y certificación de unidades, se encontró un escenario favorable en Campeche, en donde se reportó un porcentaje de unidades acreditadas superior al 80%. Al indagar sobre esta situación, se encontró que en la entidad se desarrolló una sinergia con la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. El apoyo de esta iniciativa desde el nivel estatal a las unidades abarcó la aplicación de los instrumentos de auto evaluación, la evaluación de procesos y el dictamen. En todos los procedimientos se refirió apoyo en las unidades, observándose el dictamen a la vista en aquellas unidades que estaban acreditadas. En el caso de Guerrero, era el encargado de la unidad el que disponía del certificado de acreditación.

El concepto de redes de servicios, el establecimiento de convenios para su implementación y la implantación de las mismas mostraban un gran avance en Campeche. En esta entidad se encontró disponible el análisis para el inicio del fortalecimiento de la oferta de servicios para padecimientos susceptibles de financiarse con recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, particularmente las cataratas. Al momento del trabajo de campo se estaba trabajando en un convenio entre los servicios estatales de salud y un hospital estatal que contaba con los recursos de oftalmología necesarios. Se refirió también apoyo para tratamiento de membrana hialina y problemas obstétricos.

En el caso de Guerrero fueron limitadas las referencias a las redes de servicios y a las intervenciones catastróficas. Al respecto, se comentó el caso del financiamiento de tratamientos de leucemia, si bien éstos no se ofertan en el estado y requieren de la referencia a otra entidad.

● VINCULACIÓN ENTRE ACTORES

Uno de los temas centrales del análisis realizado es la interacción entre actores clave alrededor de la implementación del SPS. Al respecto el mapeo realizado confirma los resultados anteriores en el sentido que hay interacciones políticas que si bien no determinan linealmente los alcances de los procesos de implementación, sí tienden a favorecer una conducción estatal más favorable para los objetivos del SPS.

La figura 7 identifica a los actores clave del SPS, así como los contenidos de su interacción para su conducción favorable. En un primer plano se consideró la vinculación entre funcionarios de los niveles federal y estatal, destacándose la importancia del manejo de los programas federales como elemento facilitador de la conducción local. Este manejo se tradujo en Campeche en la creación de mecanismos de gestión así como en el acompañamiento de estrategias del SPS con otros programas como la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

En el siguiente plano de relaciones entre actores, se observó la vinculación de funcionarios estatales, jefes jurisdiccionales y coordinadores de programas. En este caso, al manejo de objetivos de programas federales se incorpora también el manejo de políticas estatales y municipales. En este plano, se observaron en Campeche y Guerrero acuerdos e instrumentos políticos dirigidos a favorecer una mayor atención de las necesidades de salud de la población en el nivel local. Una de las herramientas de mayor relevancia fueron los planes estatales de salud, así como la identificación en Guerrero de Coordinadores Municipales de Salud, los cuales buscan vincular los esfuerzos de los servicios de salud y los ayuntamientos.

En otro plano de interacción se ubica la vinculación de jefes jurisdiccionales con los coordinadores de programas y los proveedores de primero y segundo niveles de atención. Esta vinculación se define a partir del cumplimiento de metas programáticas y de la interfase entre la oferta y la demanda de servicios de salud. Estos planos de la vinculación resultaron relevantes puesto que involucran la planeación y la consecución de objetivos en el terreno operativo. En el caso de las metas programáticas, los actores involucrados valoraron la consulta para la definición de tales metas, asumiendo la importancia de su gradualidad. Por su parte, el ajuste de estas metas con la capacidad de producción de servicios resulta relevante; bajo este

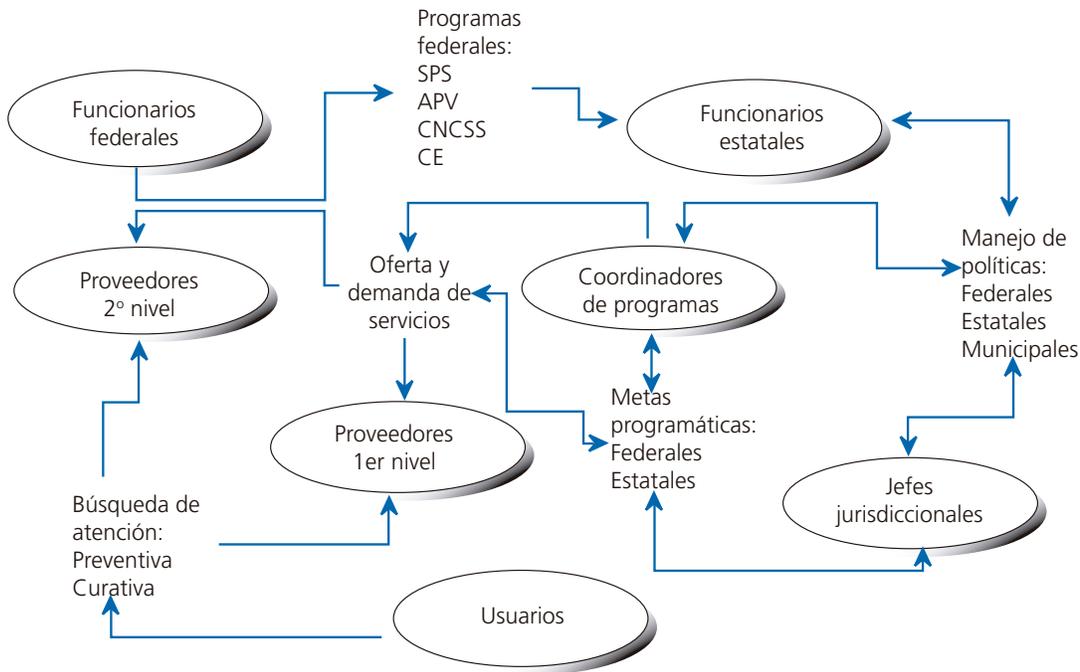


FIGURA 7. Vinculación entre actores en la implementación del SPS, México

principio se observó que mientras en Campeche se estaban realizando trabajos para ampliar la oferta, en Guerrero se refería continuamente la saturación de los servicios.

Finalmente, los usuarios mostraron tener una interacción más directa con los proveedores de servicios de primero y segundo niveles de atención, la cual se define en su proceso de búsqueda de atención médica. Es importante destacar que estos actores son quienes menor manejo muestran de las políticas de salud, resaltando la comprensión limitada de sus derechos así como sus referencias de recibir información escasa sobre el paquete de servicios del SPS y del CAUSES. En el trabajo realizado se consideró relevante la explicación de los límites en el paquete de servicios y el otorgamiento de medicamentos, puesto que las expectativas sobre el SPS que crean los medios electrónicos son amplias.



La información descrita muestra escenarios de sostenibilidad con diferencias importantes entre los casos analizados. Estas diferencias se relacionan con la experiencia en el SPSS, la formalización de la operación del SPS, los procesos de afiliación y fortalecimiento de la oferta, así como la implementación de iniciativas de reciente incorporación, como es el caso de las redes de servicios.

En la figura 8 se muestra que el escenario más favorable se encontró en la instalación del REPSS, si bien se encontraron algunas diferencias en cuanto a su ubicación en la estructura de los servicios estatales de salud y la disponibilidad de instalaciones propias.

La afiliación y la vigencia de derechos presentan una situación más favorable en Campeche. Ello podría deberse a su experiencia en el SPSS y la integración de sus políticas de bienestar social. Esta dimensión fue referida en ejercicios anteriores por diversos informantes de los SESA, quienes comentaron que han tratado de integrar recursos y estrategias de programas federales a lo largo del tiempo. Adicionalmente, se refirió la alineación de recursos como otra estrategia para ampliar la oferta de servicios de salud.

En Guerrero, el escenario desfavorable observado en la afiliación y la vigencia de derechos podría estar relacionado con la baja tasa de aseguramiento alcanzada, la cual no rebasaba el 8% al momento del trabajo de campo. Para tomadores de decisiones entrevistados en la entidad, este desempeño afecta el financiamiento y limita ampliar la oferta del SPS. La vigilancia de la vigencia de derechos aparece limitada por su bajo margen.

En el rubro de fortalecimiento de la oferta, se observó que los proveedores tienen amplias expectativas de mejora de sus unidades con el SPS. En ambos casos se señaló que la mayor parte de los recursos necesarios para fortalecer la oferta de servicios provienen del nivel federal. El escenario más favorable se observó en Campeche con una mayor acreditación de unidades atribuida a la sinergia con la CNCSS para favorecer su auto evaluación y acreditación.

En materia de protección social, la información recopilada sugiere la importancia de afiliar población vulnerable, particularmente población rural e indígena. Si bien el universo de estudio no es representativo en ambos estados, la identificación de usuarios en condiciones de vulnerabilidad social fue notoria, particularmente en el estado de Guerrero. En función de ello, se considera relevante la vigilancia de los mecanismos y acuerdos locales dirigidos a priorizar la atención a esta población. Ciertamente se considera que esto es un reflejo de la dinámica general del sistema de salud más que del SPS.

V. Conclusiones



Estado	Instalación del REPSS	Afiliación	Vigencia de Derechos	Fortalecimiento de la oferta	Protección vs. gastos catastróficos
Campeche	Ótimo	Regular	Regular	Ótimo	Ótimo
Guerrero	Ótimo	Bajo	Bajo	Regular	Bajo

■ ótimo ■ regular ■ bajo

FIGURA 8. Procesos de implantación del SPS, México



● LECCIONES APRENDIDAS Y ESCENARIOS FAVORABLES DE IMPLEMENTACIÓN

El ejercicio realizado permitió validar una serie de factores favorables para la implementación del SPS en los estados, los cuales se describen en el cuadro II. Con base en los testimonios recopilados y las observaciones realizadas, se constató que el liderazgo de las autoridades estatales fue referido como un factor facilitador amplio. Este liderazgo se refiere particularmente al rol del gobernador estatal y del secretario de salud en materia de facilitación de la implementación del SPS.

El liderazgo de los dirigentes estatales fue vinculado al mismo tiempo con dimensiones de voluntad política, considerando los informantes de los sistemas estatales de salud que el apoyo a sus tareas por parte de sus autoridades es un reflejo del interés por consolidar el SPS localmente. Llamó la atención que otros actores relevantes, como los legisladores estatales y líderes comunitarios, no hayan mostrado un manejo claro de los componentes del SPS, por lo que su vinculación con los procesos de implementación fue considerada aun marginal. En el nivel federal, los legisladores del Congreso de la Unión tuvieron un rol más decisivo en las reformas a la Ley General de Salud de 2003.

Una observación organizacional relevante se relacionó con la vinculación del staff y su capacidad técnica para la conducción de la política de salud en el nivel estatal. Al respecto, el caso de Campeche resultó relevante porque los cuadros directivos del primer círculo del secretario estatal estuvieron integrados desde 2001 por directivos con formación profesional tanto en salud pública como en el servicio público de carrera. Esta conformación interna permitió cierta continuidad después del proceso electoral interno vivido en la entidad en 2004, donde no se vieron afectadas las tareas del SPS. Resultó contrastante en este punto la situación del estado de Guerrero, donde el cambio de partido en el poder derivó en un desajuste interno en sus servicios de salud.

Otros factores favorables fueron la comunicación social y la afiliación gradual. En el primer caso se verificó desde 2002 en Campeche una estrategia de vinculación importante entre la Secretaría de Salud y la prensa local. Bajo este principio, se favoreció una mayor cercanía con los medios impresos con la creación de un premio estatal en periodismo en salud, el cual ha buscado hacer llegar información adecuada a la población por medio de los periódicos locales.

Finalmente, se destacó en Campeche la importancia de una implementación gradual. Esta implementación siguió una serie de pasos que, a la larga, favorecieron un escenario favorable para el SPS. Es importante destacar que este proceso buscó afiliar en primera instancia población de los cinco municipios con mayor marginación social y concentración de población rural e indígena. A este procedimiento le siguieron los municipios más urbanizados y el eventual izamiento de la “bandera blanca” como muestra de haber alcanzado la cobertura universal. Esta misma se refiere a la presencia del SPS en todos los municipios del estado, más que a haberse afiliado al 100% de la población sin seguridad social.

CUADRO II.
Factores que favorecen la adecuada implementación del SPS

ESTADO	FACTORES FAVORABLES
Campeche	Compromiso de las autoridades locales Voluntad política Involucramiento del staff Capacidad técnica Política de bienestar Capacidad de gestión Comunicación social
Guerrero	Afiliación gradual Voluntad política parcial Capacidad técnica Política de bienestar Afiliación por mandato político

Recomendaciones

1. Fortalecer la participación de los gobernadores y los secretarios estatales de salud en la implementación del SPS.
2. Fortalecer el conocimiento del SPS –su naturaleza, su funcionamiento y sus perspectivas- entre los miembros de los poderes legislativos estatales.
3. Incorporar a las metas de los planes estatales y municipales, las metas de afiliación al SPS.
4. Fortalecer la participación organizada y financiera estatal en todo el proceso de fortalecimiento de la oferta de servicios.
5. Fortalecer el conocimiento entre los afiliados al SPS de sus derechos.



Sistema de Protección Social en Salud
Evaluación de Procesos



Se terminó de imprimir en mayo de 2007.
La edición consta de 500 ejemplares
y estuvo al cuidado de la Subdirección
de Comunicación Científica y Publicaciones
del Instituto Nacional de Salud Pública