



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

---

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

“SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD.  
ANALISIS DEL PROGRAMA SEGURO MEDICO PARA  
UNA NUEVA GENERACION 2007-2012”

ENSAYO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADA EN CIENCIAS POLITICAS Y  
ADMINISTRACION PUBLICA**

P R E S E N T A  
**JESSICA BRENDA TORRES CHACON**

DIRECTORA  
DRA. MARTHA ESTELA GOMEZ COLLADO



TOLUCA, MEXICO, OCTUBRE 2016

# ÍNDICE TEMÁTICO

---

INTRODUCCIÓN	2
CONTENIDO	
Las políticas públicas.	6
Política pública en materia de salud	15
Antecedentes de la Secretaría de Salud: El principio de universalidad en la salud.	21
La Comisión Nacional de Protección Social en Salud.	31
Marco Jurídico, Catálogo Universal de Servicios de Salud y Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos	37
Principales resultados del Seguro Médico para una Nueva Generación en el periodo 2007-2012.	41
CONCLUSIONES	56
ANEXOS	
Lista de términos, siglas y acrónimos.	63
Índice de tablas.	66
Estructura Orgánica de la Secretaria de Salud.	67
Estructura Orgánica de la CNPSS.	68
BIBLIOGRAFÍA	71

# INTRODUCCIÓN

El crecimiento económico a fines del siglo XX no avanzaba al ritmo deseado, existían pocos puestos de trabajo asalariados y aproximadamente la mitad de la población carecía de un esquema de aseguramiento médico público. Los únicos sujetos del derecho a la salud contaban con empleo formal, cuando paradójicamente quienes carecen del mismo están en una posición mucho más vulnerable que el resto, debido a que uno de los gastos más importantes que puede enfrentar una familia es el que refiere al cuidado de la salud, y ante la presencia de las denominadas enfermedades catastróficas como cáncer, sida u otras; éstas pueden significar la pérdida absoluta del patrimonio familiar y en el peor de los casos, el fallecimiento temprano de algún ser querido debido a la falta de recursos económicos que son necesarios para costear la atención médica.

Como consecuencia de la falta de aseguramiento público en salud; el gasto de bolsillo, representaba más de la mitad del gasto total en salud. Adicionalmente, el gasto público se distribuía inequitativamente, no sólo entre las instituciones de salud sino también entre los estados de la República. Ante la preocupación de los resultados avistados por los indicadores de mortalidad general de la población mexicana, se detectó que la mayor parte de esa población tenía una característica en común: la falta de un esquema de seguridad social en la población que no se encontraba dentro de los empleos formales.

Ante esta situación, era urgente reconsiderar el modelo de atención a la salud, por un lado, para asegurar la cobertura de todos los mexicanos y por otro, ofrecer mayor flexibilidad al Sistema de Salud Mexicano, a fin de que estuviera en condiciones de satisfacer las necesidades de una población con características demográficas diferentes a las que existían cuando se creó el modelo de seguridad social.

México requería avanzar en el fortalecimiento gubernamental de su sistema de salud y legalizar la consolidación del acceso universal y equitativo a dichos servicios, conforme al artículo 4° de las Garantías Individuales contenidas en la

Constitución, que señala: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud[...]”(Seguro Popular, 2012)

En septiembre de 2000, se llevó a cabo en Nueva York, la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, de donde se desprendieron 8 principales objetivos que van desde la reducción de la pobreza, hasta la detención de la propagación del VIH/SIDA y la consecución de la enseñanza básica universal para el año 2015. De esos 8 objetivos del Milenio, el cuarto objetivo derivó en reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.

La Tasa de Mortalidad Infantil (Decesos de menores de un año de edad por cada mil nacidos vivos) según datos del Consejo Nacional de Población, en el año 2005 a nivel Nacional era de 16.75. (CONAPO, 2005). La tasa de mortalidad en el primer año de vida se ha considerado tradicionalmente un fiel indicador de las condiciones de bienestar de la población. Conforme menor es el riesgo de fallecer al inicio de la vida, mayor es el nivel de bienestar.

Por lo anterior, surge la propuesta de generar otros complementos al Seguro Popular, entre los que destaca el esquema del Seguro Médico para una Nueva Generación, en la atención de menores de 5 años, y que será objeto de estudio en el presente ensayo.

El objetivo general de la presente investigación es conocer y evaluar el cumplimiento de las metas establecidas para el programa Seguro Médico para una nueva generación, ya que se considera que a mayor atención preventiva de niños menores de 5 años, menor será el índice de enfermedades catastróficas y por ende habrá una reducción de la tasa de mortalidad infantil, y la disminución del gasto de bolsillo se verá reflejado en la reducción de la pobreza.

Pues suponemos que la ampliación de la cartera de servicios médicos permite la reducción de la pobreza, mediante la disminución en el gasto de bolsillo de las personas con mayores carencias y el asignar un seguro médico a recién nacidos, permitirá disminuir la tasa de mortalidad infantil por enfermedades catastróficas.

El Sistema de Protección Social en Salud constituye como tal un parteaguas en materia de salud dentro de la historia de México, en cuanto a la cobertura universal

de los servicios de salud y como derecho fundamental de todos los mexicanos, que se establece en el artículo 4 de nuestra Carta Magna.

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 dice: “La cobertura universal de los servicios de salud es un objetivo que puede tardar varios años en conseguirse. Pero hay que empezar por donde más se necesita. Los niños son el futuro de nuestro país; garantizar desde ahora su desarrollo saludable es compromiso del Gobierno de la República. Por eso se ha garantizado la cobertura completa y de por vida en servicios de salud a los niños nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006, a través del Seguro Médico para una Nueva Generación, que es una nueva vertiente del Seguro Popular que se impulsará prioritariamente” (PND 2007-2012:170).

Nos es de gran relevancia el tema, ya que, coincidimos en la generación de una cultura de hábitos en salud, y que mejor que comenzar con los niños, quienes estarán protegidos por un Seguro Médico de los principales padecimientos que se presentan desde el nacimiento y hasta los primeros cinco años de vida, sobre todo en el primer año de vida que es cuando ocurre el mayor número de muertes de infantes. Asimismo, se rompería con el círculo vicioso entre la correlación de pobreza-salud-pobreza, cediendo al crecimiento y desarrollo de la nación.

El presente ensayo servirá para presentar un diagnóstico del programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) desde el punto de vista teórico de la ciencia política y la administración pública, a efecto de aplicar los conocimientos adquiridos mediante el papel de la teoría y su vinculación con la evidencia empírica, en particular desde la corriente de las políticas públicas.

La metodología como el conjunto de métodos y técnicas a desarrollar se realizará a través de un enfoque cuantitativo, partiendo del método deductivo que va de lo general a lo particular, pues la información de primera mano para el desarrollo de la investigación se obtuvo a raíz de informes y evaluaciones que realiza la propia Comisión Nacional de Protección Social en Salud; de los resultados de indicadores del Sistema de Cuentas Nacionales en Salud de la propia Secretaría de Salud;

información proporcionada por el Comisariato de salud, trabajo y seguridad social de la Secretaría de la Función Pública; y finalmente, de entrevistas a servidores públicos del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, quienes proporcionaron fuentes de artículos y esquemas empíricos del proceso que conlleva desde la afiliación hasta la atención del paciente que se encuentra dentro del programa, mismos que sirvieron para ampliar los conceptos del tema por abordar. Por otra parte, como fuentes de información de segunda mano se derivaron de los portales de gobierno y datos publicados en internet por otras dependencias, institutos y organizaciones.

Cabe mencionar que para llevar a cabo el presente trabajo, el periodo de tiempo que se determinó para investigar (2007-2012) se debe a que fue durante la gestión del ex presidente de la República Felipe Calderón Hinojosa (2006-2012), cuando surge el programa Seguro Médico para una Nueva Generación a raíz del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Sin embargo, algunos datos se extendieron hasta septiembre de 2014 debido al corte con el que nos fue entregada la información solicitada a través del portal de transparencia del gobierno federal y que sirvió de contraste entre un sexenio y otro.

Por lo anterior, en el último apartado se presenta el análisis de los datos arrojados para los indicadores del Programa SMNG, con datos de 2007 y hasta 2014, mismos que fueron proporcionados por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, mediante recurso de Solicitud de Información Pública.

## LAS POLÍTICAS PÚBLICAS.

Con el tiempo se han generado nuevas y más robustas aportaciones para el uso eficaz y eficiente de los recursos disponibles por el gobierno, en busca de las mejores soluciones para los problemas establecidos que afectan a la sociedad.

Y es que no resulta una tarea nada sencilla el desarticular los problemas desde sus causas más probables al albor de la información disponible, seleccionar los métodos analíticos más adecuados, y estructurarlo mediante los cursos de acción realmente posibles, tomando en cuenta los recursos y el tiempo.

Cuando hablamos de problemas se sabe que son situaciones en las que existe incertidumbre o inquietud de la cual se espera o requiere una solución. Sin embargo en dicha solución intervienen variables, situaciones e intereses muy complejos, debatibles e incluso difíciles de consensuar, que al final, los responsables de encontrar la mejor solución serán los que tomen las decisiones para obtener los resultados esperados.

Los problemas por ser complicaciones, no deben entenderse como “mal” o “indeseable”, que merecen llamar nuestra atención no necesariamente porque sean un inconveniente del presente, sino porque pueden serlo en el futuro de no atenderse de manera expedita.

La definición del problema como paso crucial, es la razón para hacer un trabajo o proyecto mediante evidencia e información que ayude a estructurar la argumentación de una propuesta a política pública. Bardach menciona que los problemas de políticas se presentan como un confuso conjunto de detalles: personajes, grupos de interés, demandas retóricas, presupuestos, mandatos legales e interpretaciones, rutinas burocráticas, actitudes ciudadanas, entre otros. (Bardach, 1998:15)

Es de observarse que “problema” significa una valoración, un juicio de valor, mientras “respuesta” significa un juicio de hecho. Una situación social es calificada

como problema cuando debido a sus propiedades actuales y a sus efectos en la vida de las personas es considerada opuesta, contradictoria o alejada a la situación que una sociedad y su gobierno valoran y prefieren, por lo que se la descalifica y se exige que sea removida, disuelta, delimitada, corregida, mejorada [...] (Aguilar, 2010:33)

Lo más lógico sería decir que los problemas públicos son aquellos que le atañen al gobierno y el resto son parte de los privados. No obstante, un problema privado se puede volver parte de la agenda del gobierno y para que ello ocurra existe un proceso el cual se ha ido modificando y puliendo con el paso de los años. Y es que, antes de la crisis de los ochenta, la mayoría de los problemas que afectaban de forma negativa el bienestar social, los intereses colectivos o inclusive cualquier asunto que estuviera relacionado con la comunidad en general se convertían en demandas sociales y, por ende, en un problema que requería de la atención inmediata e intervención del gobierno para su solución. De ahí que se le conozca como Estado de Bienestar o Benefactor.

Es en este proceso donde las acciones de solución que los gobiernos formulan adquieren gran relevancia, pues sus decisiones y actividades prácticas se extienden, efectúan y ajustan conforme a los acontecimientos y circunstancias con el propósito de llevar a cabo de forma eficaz, eficiente y óptima los objetivos de interés público y beneficio social en la atención de los problemas.

Todas las acciones de gobierno como parte del proceso de toma de decisiones y de análisis y valorización de necesidades para llegar a la solución de un problema público, no fueron objeto de estudio sino hasta la década de los años cincuenta del siglo pasado y que dieron como resultado el nacimiento de la disciplina de las Políticas Públicas. Fue en Estados Unidos cuando se dio este origen impulsado por Harold D. Lasswell, y qué fue entendida en modo multi e interdisciplinario como "ciencias de políticas", la cual tuvo su recepción en México hasta finales de la década de los años ochenta.

Las políticas públicas son un factor común de la política y de las decisiones del gobierno, en torno a ellas se pueden acotar las discusiones políticas, diferenciar problemas y soluciones de manera específica, precisar las diferencias, vincular los temas a soluciones más amplias o secuenciales, y plantearse esfuerzos compartidos para participar de manera específica.

Las políticas son planes de acción específicos (no holísticos) enmarcados por leyes precisas, que reconocen las libertades de sus ciudadanos y, en consecuencia, tienen límites precisos al abordar determinados campos de acción social [...] Suelen incluir la participación de los ciudadanos, combinan la acción del gobierno con la de los ciudadanos según el tipo de problemas que se abordan, y no todas son regulatorias, prescriptivas o prohibitivas de conductas [...] El primer efecto de la evolución de la disciplina fue la pérdida de su carácter multi-interdisciplinario, que fue sustituido por el enfoque unidisciplinario del análisis económico, que acentuaba la racionalidad y eficiencia del gasto de las políticas (particularmente las sociales) hasta el punto en que la disciplina abandonó su nombre original y llegó a llamarse “análisis de políticas” (policy analysis). (Aguilar, 2010:23)

El enfoque de políticas públicas es actualmente el más utilizado en la administración pública y por el gobierno, para solventar los problemas públicos que se establecen en la agenda pública para su atención y planeación, mediante los recursos normativos, fiscales y demás con que se cuentan para lograr la eficacia y eficiencia en los resultados.

Los elementos teóricos y prácticos que se tengan del problema permitirán que la definición de éste vaya evolucionando. Pues, los gobiernos basan sus decisiones no sólo con referencia a la naturaleza del problema, también con referencia al conflicto que conlleva llegar a su solución, consideración que hace que los gobiernos se inclinen por unas políticas y no otras, prefieran unas y no otras.

La magnitud de la crisis de los años ochenta ya no fue interpretada como simple torpeza de cálculo del gobierno en el diseño de la política económica o como simple error de gestión, decisiones equivocadas del gobierno y de su incapacidad para aprender de sus errores. A partir de ello se comprende que los recursos políticos y económicos del estado son limitados y hasta escasos.

El estado limitado, el gobierno limitado. Cada una de las acciones, buenas, malas o regulares, consume recursos políticos y fiscales. Cada decisión, tiene costos de operación y, si es equivocada, habrá onerosos costos de oportunidad tanto en el renglón de la política como en el de la hacienda pública. (Aguilar, 2000: 17)

La cuestión de los recursos escasos y agotables, la limitación fiscal y la vulnerabilidad política. Los años de la crisis ayudaron a descubrir que la escasez y los costos son componente esencial de toda política y administración, permitiendo aprender y exigir el arte de la elección racional en la política y las políticas. La democracia y la eficiencia de la gestión pública.

En lo anterior, radica la importancia y valor de la información, la cual permite comparar la magnitud del resultado de una política anterior con la posibilidad de que la nueva decisión produzca directa o indirectamente, un mejor resultado de política. Esto permite sustituir con una decisión mejor cualquier otra decisión que se haya tomado sin ella.

Es así, como la mayoría de las decisiones del gobierno se efectúan, buscando la probabilidad de que el problema que se analiza haya sido tratado de alguna manera por otros administradores públicos y decisores de políticas en otras localidades o regiones para obtener un resultado similar o mejor al que se está evaluando. La dinámica constante de cómo se desarrollan las políticas en que sólo se basa en generar un agregado a las acciones anteriores, dando como resultado un mínimo de cambio dejando de lado la oportunidad para perfeccionar políticas con valor incremental y no sólo gradual.

En el proceso de política, es muy intenso el esfuerzo intelectual y práctico que el gobierno debe hacer para poder contar con los elementos cognoscitivos y técnicos

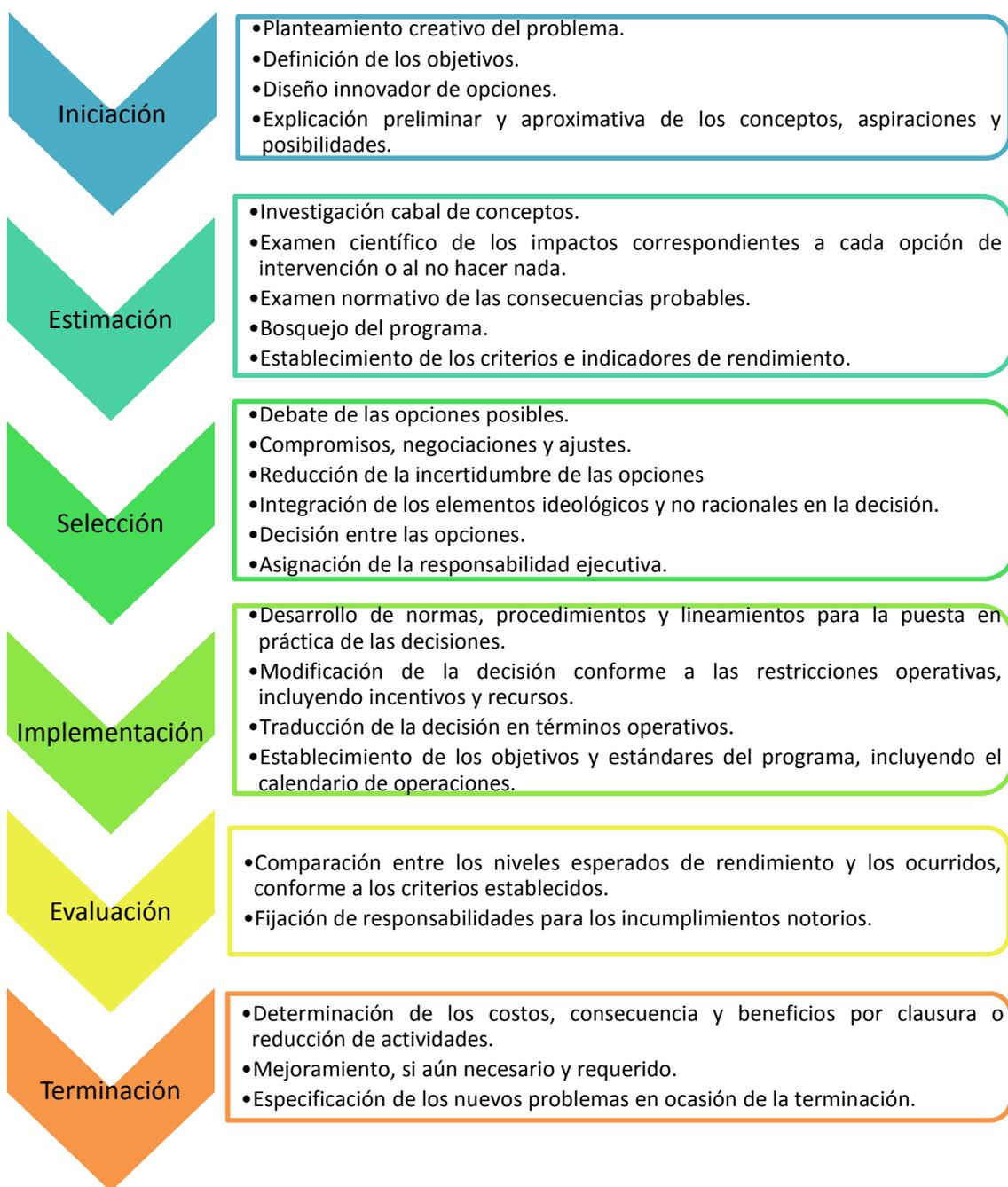
necesarios y así, llevar a cabo una planeación social integral y eficaz a efecto de lograr una visión holística. En averiguar y establecer si el problema se debe introducir en la agenda de gobierno, para la obtención de información y llevar a cabo el diagnóstico de las supuestas causas o condiciones que generaron el problema.

Sus condiciones se han de centrar en el consenso, corrección y factibilidad, en su formación, implementación, impacto y evaluación; definir y explicar las teorías que construyen y evalúan las opciones de la acción gubernamental, la veracidad y certeza de los cálculos en los costos, beneficios y sus consecuencias o resultados proyectados; los mecanismos que utilizará el gobierno para comunicar, y/o en su caso, persuadir a los ciudadanos para obtener el apoyo en torno a la política, pues todo lo anterior determina los criterios para terminarlas o continuarlas y la opinión pública juzga su efectividad y propone opciones diferentes de abordarlas.

La metodología para evaluar políticas públicas, se centra en la definición y estructuración del problema público a solucionar. Iniciando por la elaboración del marco conceptual de la evaluación en el cual se define y estructura el problema público, posteriormente se realiza una evaluación conceptual orientada a revisar la coherencia externa de la política (con respecto al marco conceptual) e interna (la relación de los objetivos generales con las metas y actividades) y por último, una evaluación empírica, orientada a conocer la efectividad de la política mediante la medición del cumplimiento de las metas de desempeño y de resultados.

Las primeras propuestas sobre las actividades constitutivas para la formulación de políticas públicas fueron varias y se formularon desde diversos criterios, aunque a lo largo del tiempo se ha normalizado el número y el tipo de actividades que integra el proceso; Luis F. Aguilar Villanueva sigue conformándose como uno de los máximos exponentes en la materia, reduciendo en términos llanos, las operaciones que integran la política pública en los siguientes: “ [...]1) la formación de la agenda; 2) la definición del problema público; 3) la hechura y formulación de la política, es decir, la construcción de opciones para resolver el problema; 4) la decisión o la selección entre opciones; 5) la comunicación de la política; 6) la implementación de la política; y por último, 7) la evaluación de la política.” (Aguilar, 2010:34)

## CUADRO 1.- Fases y características del proceso de política pública.



FUENTE: Aguilar, 1993: 20-21.

En resumen, el proceso de decisión de las políticas explica la manera en que los gobiernos seleccionan y definen los problemas públicos y aclara cuáles son los criterios que siguen al decidir las acciones que consideran apropiadas para resolver los problemas públicos y producir los objetivos públicos deseados.

Por agenda de gobierno suele entenderse en la literatura el conjunto de problemas, demandas, cuestiones, asuntos, que los gobernantes han seleccionado y ordenado como objetos de su acción y, más propiamente, como objetos sobre los que han decidido actuar o han considerado que tienen que actuar (Aguilar, 1993: 29). Toda vez que el gobierno no puede hacer frente a todo para la selección de la agenda pública, el enfoque tendría que ser el resultado de una práctica cada vez más democrática y abierta, donde los funcionarios participaran activamente para ofrecer las opciones de política más acertadas.

Existe toda una metodología para determinar los problemas que se volverán parte de la agenda pública, y que culminan en la elaboración de una política pública. Con situaciones y causas heterogéneas, los problemas afectan a un mayor o menor número de personas, dan el tono y dirección a un gobierno, sobre las situaciones en las que decide o no intervenir.

Hacia los años sesenta todavía se pensaba que en el diseño de una política pública descansaba la mayor parte de sus posibilidades en obtener los resultados deseados y, ante cualquier desviación o ante cualquier fracaso temporal se buscaban explicaciones en los defectos del proceso de planeación, posteriormente se desplegó una vasta evidencia empírica para probar que el proceso mismo de implementación entraña riesgos propios e independientes del diseño de las políticas que deben ser abordados y corregidos por separado.

Esa literatura, hoy vinculada cada vez más con los procesos de evaluación, también ha mostrado que el éxito de las políticas públicas no depende más que parcialmente de su diseño atinado, pues la mayor parte descansa en la capacidad del Estado para corregir la implementación.

De esta segunda mirada se han desprendido a su vez distintas aproximaciones teóricas que han coincidido en la importancia de perfeccionar el proceso de gestión pública, así como de comprender con más rigor el marco institucional que rodea a la solución de los problemas públicos.

Wildavsky en particular, junto con Jeffrey Pressman, realizó en los años setenta un estudio específico sobre una política destinada a generar empleo en la ciudad de Oakland que, a pesar de tener todo en favor, fracasó. Ese estudio les permitió a sus autores mostrar que los problemas de la implementación son independientes de cualquier otro criterio que pueda afectar a la realización eficaz de una política pública (Merino, 2013: 33).

A lo que quiere contribuir el análisis y diseño de políticas públicas es a determinar cuáles son los fines públicos a cumplir, posibles de ser realizados y a través de cuáles instrumentos y opciones de acción. Mientras la actividad de evaluación desarrolla en primer lugar, la unidad o la materia a evaluar: ¿qué se evaluará? el impacto, los resultados sociales de la política, la calidad de sus productos (bienes y servicios), el desempeño del personal, la satisfacción del ciudadano, la legalidad de la actuación de los participantes, el costo-eficiencia de la política, su eficacia social o su rendimiento político-electoral. Y en segundo lugar, el método a seguir a lo largo de la evaluación, que incluye la recopilación, procesamiento, análisis y presentación de datos, así como la definición del tipo de estándares e indicadores.

En polémica con la tendencia economicista, la ciencia política y la sociología prestaron atención a la manera en que los actores políticos y sociales se interrelacionaban a lo largo del proceso de elaboración e implementación de la política y mostraron como el tipo de relación practicado era el factor que condicionaba las decisiones de gastos, además de señalar que el éxito de las políticas dependía no sólo de la asignación racional de los recursos públicos, sino de factores políticos (como la aceptación y el apoyo social, la neutralización de los opositores) y administrativos (como la idoneidad organizativa gerencial y operativa de los organismos y el personal encargados de llevar a cabo la política). (Aguilar, 2010:24).

En síntesis, la política pública implica dimensiones del componente político y no solo cálculos técnicos para la definición del problema y el diseño de la política, también los recursos a aplicarse para su correcta implementación y evaluación. Pero otras veces no se corresponden, se confrontan y uno trata de prevalecer sobre el otro, cosa que ocurre cuando las consideraciones políticas llevan a prometer situaciones que no son factibles o son descabelladamente costosas, pero se muestran valiosas ante los ciudadanos, de manera que las consecuencias políticas, acaban siendo desastrosas.

Pueden entenderse como todas las acciones que toman los gobiernos para resolver problemas de interés público, entre ellas se identifica la expedición de leyes y programas, que tienen como propósito la elaboración de soluciones de alta calidad con el fin de resolver los problemas públicos. En este sentido, el éxito de un gobierno está en garantizar la efectividad de las políticas públicas que implementa. Y en un análisis de política pública se atienden tres dimensiones principalmente:

1. El diseño y formulación de la política: Esta es la etapa en la que se evalúa la génesis de la política pública. Aquí se analiza cómo se definió el problema como público y cuál fue la respuesta que se elaboró para resolverlo.
2. La implementación de la política: En esta etapa se evalúa la forma en la cual se puso en marcha la política pública, si fue a través de programas, cómo se llevaron a cabo y si se realizaron correctamente.
3. La evaluación de impacto: En la etapa final, se miden los efectos concretos en la población después de implementar la política pública. La evaluación se realiza a través de estudios de opinión sobre la población beneficiaria antes, durante y después de las fases anteriores.

La política pública entendida como un plan específico de acción limitado y orientado hacia el logro de objetivos relacionados con la solución de problemas públicos específicos, cada una de las cuales es diferente y posee su propia circunstancia, enfrenta en su conjunto un punto de fatiga en los resultados con la mejora de situaciones de vida social y el bienestar social.

## LA POLÍTICA PÚBLICA EN MATERIA DE SALUD.

Con bienestar social, nos referimos a todas aquellas cosas que inciden de manera positiva en la calidad de vida de una persona. “A la postre, viene a ser el resultado de un balance global (nivel de satisfacción) que hace la persona de sus oportunidades vitales (recursos sociales, recursos personales y aptitudes individuales), del curso de los acontecimientos a los que se enfrenta (privación-opulencia, ataque-protección, soledad-compañía, etc.), y de la experiencia emocional derivada de ello: la satisfacción con la vida es el grado en que una persona evalúa la calidad global de su vida en conjunto de forma positiva. En otras palabras, cuánto le gusta a una persona la vida que lleva” (Blanco y Díaz, 2005: 582).

Las políticas son diseñadas para modificar la estructura o configuración de la situación social llamada problema y que no generan bienestar. Las situaciones sociales denominadas también como situaciones de interés público, beneficio público o necesidad pública, se consideran que el gobierno debe intervenir para atenderlas y modificarlas hacia el enfoque de política pública para su solución.

Pero dichas situaciones sociales pueden llegar a tipificarse en situaciones injustificables de inequidad, represión, inseguridad, discriminación, pobreza, o lo que se le da una fuerte connotación conceptual como: desigualdad.

Varios estudios estiman que la desigualdad es un lastre para el crecimiento económico sostenido; que las políticas públicas que pueden disminuir la desigualdad se relacionan con el gasto social, sobre todo en educación; y deben enfocarse principalmente en tres rubros: mejorar las condiciones de las mujeres, de los que viven en el medio rural y en aumentar los niveles de escolaridad.

Actualmente se enfocan en salud y seguridad. Y es que la dinámica de la actualidad mundial, es que la globalización ha afectado significativamente la organización tradicional de las sociedades en diferentes ámbitos. Las relaciones entre políticas, agentes y mercados combinadas con el aspecto de la competitividad que sólo

derivan en crisis fiscales, generan una sensible pérdida de autonomía en las políticas sociales ante el cambio económico y político internacional.

En consecuencia, surgen nuevos retos políticos y sociales ante el efecto globalizador, donde las estructuras estatales-nacionales llegan a enfrentarse a la agudización de la inestabilidad interna generando nuevos problemas de cohesión social, haciendo más difícil para los gobiernos poder determinar las necesidades colectivas que cambian velozmente los patrones de cultura; al mismo tiempo que surgen exigencias múltiples para que el Estado no desatienda la producción y provisión de bienes públicos, la compensación y la seguridad sociales.

Esta dinámica de numerosos y acelerados cambios plantea nuevos retos a la formulación de políticas sociales y ha dado lugar a cuestionamientos del Estado de bienestar de sus modalidades de solidaridad, a debates sobre el balance entre derechos y responsabilidades, y sobre nuevas combinaciones de lo público y lo privado en la provisión de servicios sociales.

Las políticas públicas y los arreglos institucionales se ven cada vez más como un factor decisivo para el éxito en el desarrollo: la educación como inversión y como vehículo para la creación de una ciudadanía democrática, como insumo histórico insustituible del desarrollo en las condiciones impuestas por la globalidad; la promoción selectiva del desarrollo tecnológico; el establecimiento de mecanismos de financiamiento acordes con la imperfección intensa y extensa de los mercados de capital; la ampliación de la infraestructura y la modernización del sistema de información y comunicación; la protección ecológica y el mantenimiento, y la ampliación de una red básica de seguridad y bienestar sociales. (Cordera y Ziccardi, 2000:29)

La pobreza y la desigualdad en la distribución del ingreso, así como los diferenciales en acceso a la educación, la salud – e incluso a los derechos políticos – son el talón de Aquiles de cualquier modelo de desarrollo económico y social que se plantee para el futuro, y llevar a cabo el diseño de una política social acorde con las nuevas realidades es el reto más formidable para los gobiernos de países en desarrollo.

Cabe destacar, que existen situaciones en la que se tienen resultados inaceptables en programas sobre equidad social o desarrollo humano, por mencionar algunos, o sobre ejercicios segmentados de análisis de evaluación de política pública debido a la falta de voluntad política que derivan en desastrosos intentos por mejorar la implementación de una política; lo que termina generando programas específicos de educación y salud con extraordinarios beneficios sociales, mientras la política educativa de salud está desestructurada en su conjunto, entre los cientos o miles de sus organismos, leyes, programas, y proyectos, que no forman una unidad, que se mueven en diversos y hasta opuestas direcciones y que, por ende, cuestionan y restan al gobierno capacidad y eficacia de conducción social.

Según Cornia y Stewart la política social en prácticamente todos los países comete dos tipos de errores. El primero consiste en atender a personas, familias o grupos que no necesitan el apoyo del Estado, con lo que se desperdician los escasos recursos fiscales. El segundo es dejar de atender a los más necesitados. (Cordero y Ziccardi, 2000: 45)

Frecuentemente la reducción de uno se da en detrimento del otro, por lo que, para reducir el primer error es necesario conocer quienes no necesitan de la política social, y para reducir el segundo se tiene que contar con mecanismos administrativos y técnicos que revelen donde están y quienes son los más pobres para poder llegar a ellos. Pese a ello, un error se vuelve consecuencia directa de minimizar el otro tipo de error.

El rediseño de la política social en México, más que una gran visión sobre la panacea para erradicar la pobreza y la desigualdad, se ha vuelto un proceso en aumento y de prueba-error, cometándose errores de focalización tanto en el sentido de no cubrir a la población necesitada como al desperdiciar recursos en los que no requieren el beneficio. Esos errores no pueden seguir cometándose, pues el entorno de globalización impone una férrea disciplina fiscal y somete a los pobres a riesgos mayores que los que se enfrentaban en el pasado.

Aunado a la dificultad, que implican los programas de desarrollo social, los cuales en la mayoría de los casos son utilizados como medio de proselitismo en periodos electorales por parte de los partidos para ganarse el voto.

Incluso en el proceso de diseño y evaluación de políticas públicas, si no se identifican las causas que generan el problema público, los recursos y esfuerzos que pudiesen estarse ejerciendo en una política se encontrarían enfocados en disminuir los síntomas pero sin resolver de manera efectiva el problema. De manera que las acciones estén dirigidas a las causas del problema antes que a los síntomas, para que una política pública sea efectiva.

La distinción entre causa y síntoma es un elemento importante en la estructuración del problema. En el caso de los problemas públicos de salud, las acciones de políticas dirigidas a los síntomas están asociadas al ámbito de la atención y asistencia; se desarrollan cuando el problema está presente y se ha hecho manifiesto, es decir, atender a la persona ya enferma o con discapacidad. Las acciones dirigidas a las causas de los problemas están asociadas al ámbito de la prevención de las enfermedades o de la promoción de la calidad de vida. (Curcio, 2007: 67)

Esta distinción que realiza Curcio, entre causa y síntoma, es un elemento importante en la estructuración del problema como marco conceptual para la evaluación: las políticas públicas deben actuar sobre las causas como sobre los síntomas para garantizar acciones más equilibradas y de mayor impacto en el corto y largo plazo sobre el comportamiento de los problemas.

Los problemas públicos de salud se caracterizan por estar determinados por múltiples factores asociados que conforman las partes del sistema del problema público y que a su vez están interrelacionados. El modelo procedimental que propone Curcio, permite en primera instancia, expresar de manera esquemática y sistematizada los múltiples factores asociados al problema público de salud, así como su interrelación; en segundo lugar, tener una visión holística del problema, así

como de sus particularidades; y en tercer lugar, diferenciar las causas de los síntomas del problema.

Otro elemento importante que se debe tener presente en el momento de la definición del problema público es su condición de valor específico final o general [...] Sobre este tipo de problemas existen otros que lo afectan y determinan y son los que se denominan problemas intermedios. –siempre que nos referimos a los problemas públicos como valor específico final hacemos referencia a aquellos que afectan directamente a la sociedad y no a las instituciones, es decir, los problemas públicos en el sector salud, como las enfermedades, las muertes, las necesidades de calidad de vida, que afectan a un colectivo o al individuo; estos son problemas tipo fin. Los problemas intermedios en el sector salud, entre otros, pudiesen ser la escasez de recursos financieros o humanos, la baja cobertura de la atención ambulatoria u hospitalaria, la escasez de medicamentos. (Curcio, 2007: 65)

Esta diferencia es importante tenerla presente en el momento de la identificación del problema público, por la forma en que se enfocan los planteamientos de los diferentes problemas públicos debido a que el objetivo último o final puede ser disminuir, prevenir o erradicar alguna enfermedad, o disminuir y evitar las muertes, mejorar la calidad de vida de la población mediante mayores y mejores niveles de salud, entre otros. Pero enfocar los objetivos es diferente que plantearlos, como mejorar la infraestructura hospitalaria o ambulatoria, aumentar el número de camas, incrementar el número de enfermeras, realizar compras mayores de insumos y medicamentos. Todos éstos son objetivos intermedios, y son importantes en el marco del efecto que tengan sobre los resultados del objetivo final, entre muchos otros objetivos de este tipo, y que en definitiva determinan el problema público identificado. Incluso, en algunos casos mejoras en los problemas intermedios no necesariamente resuelven el valor específico final. (Curcio, 2007:65)

Los problemas de salud son multifactoriales, del mismo modo que si nuestro problema es la alta tasa de mortalidad infantil en México, construir el marco conceptual de dicho problema comienza por analizar cuál o cuáles son las causas de mortalidad en niños menores de 6 años, cuáles son los factores determinantes

de dicho problema, desde el punto de vista biológico y clínico, pero también, desde los factores ambientales, sociales, culturales, económicos, demográficos, y demás aspectos que inciden en la problemática.

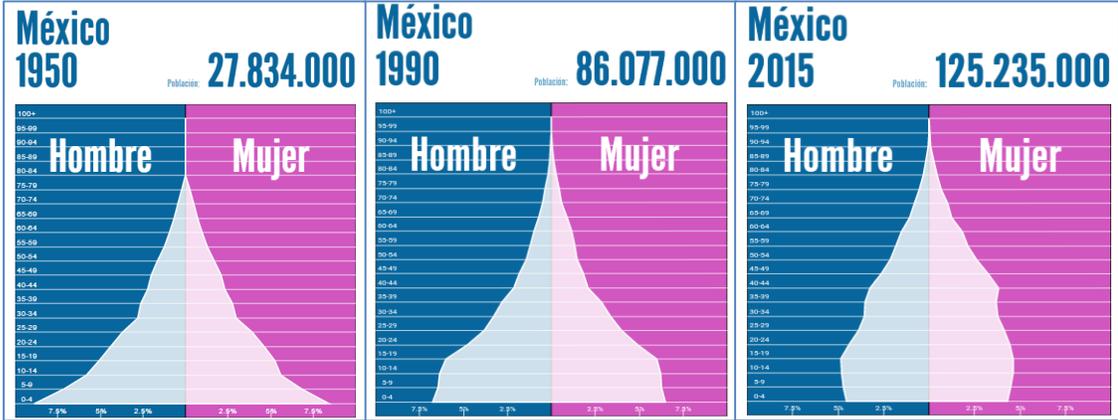
Lo anterior no lo vuelve una tarea sencilla, de igual forma le podemos agregar que aumenta el índice de niños que padecen de mayores trastornos y enfermedades desde su nacimiento, además de la problemática de la pirámide poblacional en nuestro país que está tomando una distribución a la inversa, donde cada vez hay más gente adulta y menos niños, como en el caso de la Unión Europea.

Actualmente no se da el pleno empleo, la mujer se ha incorporado de modo creciente al mercado, la población ha envejecido y la tasa actual de natalidad está por debajo del nivel de reemplazo en la mayor parte de los países de la OCDE.

El envejecimiento de la población que agrava el impacto de la baja de la natalidad tiene implicaciones en términos financieros. Una población envejecida puede limitar los programas sociales para los jóvenes, ya que la longevidad aumenta la proporción de gastos en salud en población muy anciana.

Tan sólo en los últimos 60 años, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información (INEGI) reporta que la población en México ha crecido cinco veces desde 1950, donde había 25.8 millones de personas, y pasó a 125.2 millones en 2015, tal y como se muestra en el cuadro 2.

**CUADRO 2.- Pirámide poblacional 1950-1990-2015**



FUENTE: United Nations, (2015)

En resumen, la magnitud de la desigualdad y la pobreza prevalecientes en un país, las probables causas de la incapacidad de muchos individuos o familias para alcanzar niveles de ingreso que les permitan acceder a ciertos satisfactores básicos así como explicaciones de los procesos que llevan a una cierta distribución del ingreso, son las características que se tienen que reconocer de entrada para diseñar una política social que incida en el problema y sobre todo sus causas.

La supremacía de lo público se basa en la contraposición del interés colectivo al interés individual, y en la necesaria subordinación, hasta la eventual supresión, del segundo al primero; además en la irreductibilidad del bien común en la suma de los bienes individuales, y por tanto en la crítica de una de las tesis más comunes del utilitarismo elemental. La primacía de lo público adopta diversas formas de acuerdo con las diversas maneras en que se entiende el ente colectivo – la nación, la clase, la comunidad del pueblo- en favor del cual el individuo debe renunciar a su autonomía. No es que todas las teorías de la supremacía de lo público sean histórica y políticamente las mismas, pero es común a todas ellas el principio de que el todo es primero que las partes. Se trata de una idea aristotélica, y después de siglos hegeliana, de acuerdo con la cual la totalidad tiene fines que no pueden reducirse a la suma de los fines de los individuos que la componen y el bien de la totalidad una vez alcanzado se transforma en el bien de sus partes.(Bobbio, 1989: 38)

## **ANTECEDENTES DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD**

La salud como enfoque para las políticas sociales se caracteriza por ser multifactorial, y es precisamente esa situación, la que logró desarrollar el Sistema de Salud que actualmente impera en nuestro país. Sin embargo, éste se definió en sus inicios por tener poca o casi nula participación por parte del gobierno para la prestación de servicios de salud, limitando sus acciones al control epidemiológico, en puertos y fronteras principalmente, y a la población a través de organizaciones eclesióásticas, de beneficencia privada y de particulares.

Durante la transición al siglo XXI, México ha estado inmerso en un entorno global muy dinámico y de vertiginosos avances tecnológicos. En materia de salud, este entorno orientó al Estado Mexicano a atender con un nuevo enfoque la lucha contra las enfermedades, a consolidar sus instituciones de atención médica y al desarrollo de nuevos planteamientos para la prestación de servicios a la población.

A partir del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917, se estableció la creación del Departamento de Salubridad y del Consejo de Salubridad General como el inicio de la cobertura de la salud por parte del gobierno. Desde el año 1938, se consolida el Sistema de Salud Mexicano y surge la primera dependencia encargada de la salud en el país denominada Secretaría de Asistencia Social durante el mandato del General Lázaro Cárdenas del Río (1936-1940). Posteriormente en 1943 se crearía la Secretaría de Salubridad y Asistencia, constituida por la fusión entre la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad, para atender principalmente a los mexicanos de escasos recursos durante la administración de Manuel Ávila Camacho (1940-1946). Presidida por Gustavo Baz Prada (1940-1946), médico-político que fungió como Secretario de Estado durante el periodo de mayor logro y esplendor en temas de infraestructura, pues fue durante su gestión en el que se generaron varios proyectos para la construcción de hospitales, entre los que destaca el Centro Médico Nacional (1940), y de la inauguración de los Institutos nacionales médicos de Cardiología (1944), Nutrición (1946) y el Hospital Infantil (1943). Y en 1985, cambia una vez más su denominación a Secretaría de Salud, la cual prevalece en la actualidad.

En contraparte, la seguridad social nace con la fundación del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) el 1º de enero de 1943, ofreciendo un conjunto de prestaciones económicas y en especie<sup>1</sup>, como asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica; servicio de hospitalización, aparatos de prótesis y ortopedia; y finalmente rehabilitación (Ley del Seguro Social, 2015) a los trabajadores asalariados de la economía formal. Bajo esta misma división de origen, entre la seguridad social y los servicios públicos, posteriormente se crearon en paralelo

---

<sup>1</sup> Artículo 56 de la Ley del Seguro Social, que describe las prestaciones en especie. Diario Oficial de la Federación 12-11-2015

otras instituciones de seguridad social. Entre ellas, cabe mencionar la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en 1960, que ofrecía cobertura en salud para los trabajadores de la administración pública federal.

De esta manera, nuestro sistema de salud nació dividido al establecer una clara separación entre la población, ya que por un lado se encontraban aquellos que tenían derechos sociales perfectamente definidos – a quienes llamó “derechohabientes” –, y por el otro, aquellos que eran sujetos a la acción asistencial del Estado, a quienes eventualmente se les denominó como “población abierta”. (Secretaría de Salud, 2005: 16).

Desde el origen de nuestro sistema de salud, se caracterizó por el ejercicio desigual de los derechos relacionados con la salud, resultado de la fragmentación e insuficiencia institucional asociada a la condición socioeconómica y principalmente laboral de la población.

En este sentido un paso fundamental para emprender nuevos procesos de reforma para atender y cumplir las tareas del Estado Mexicano en materia de protección en salud fue la reforma del 3 de febrero de 1983 al artículo 4° de la Constitución, en el que se establece el derecho a la salud, como garantía social de todos los mexicanos, con el que se sentarían las bases a las que se sujetaría el programa de descentralización de los servicios de salud, con el cual se dio inicio al fortalecimiento del federalismo en materia de servicios de salud:

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

Más tarde, en 1996 se establece el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud en las 31 entidades federativas, concretándose en 1997 con la firma de los convenios correspondientes para la creación de organismos públicos descentralizados estatales.

<b>CUADRO 3.- Evolución del Sistema de Salud Mexicano</b>		
<b>ETAPA</b>	<b>PERIODO</b>	<b>SERVICIOS DE SALUD</b>
PRIMERA	De la Independencia hasta antes de la promulgación de la Constitución de 1917.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No existía un sistema público de prestación de servicios de salud.</li> <li>• A través de organizaciones eclesiásticas, de beneficencia privada y particulares.</li> </ul>
SEGUNDA	A partir de la publicación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En el artículo 73 de la Constitución, se establece la creación del Departamento de Salubridad y del Consejo de Salubridad General.</li> <li>• El 1º de enero de 1943 nace la seguridad social con la fundación del IMSS.</li> <li>• En 1943 se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia y fue el periodo a partir del cual se desarrolló infraestructura hospitalaria.</li> </ul>
TERCERA	Con el establecimiento del derecho a la protección de la salud como garantía social establecida en la Constitución. (Febrero de 1983)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforma de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.</li> <li>• Descentralización de los servicios de salud bajo la coordinación de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia.</li> <li>• En 1985 cambia la denominación de la dependencia a Secretaría de Salud, y que se mantiene actualmente.</li> <li>• En 1996 se establece el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud en las 31 entidades federativas.</li> </ul>
CUARTA	En 2001 con modificaciones en la estructura de la Secretaría de Salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publicación del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.</li> </ul>
QUINTA	Reformas y adiciones a la Ley General de Salud en mayo de 2003.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se establece la creación del Sistema de Protección Social en Salud como pilar del Sistema de Salud en México, destinado a la población sin esquema de seguridad social.</li> </ul>

FUENTE: Elaboración propia a partir del Manual de Organización General, Secretaría de Salud, 2012.

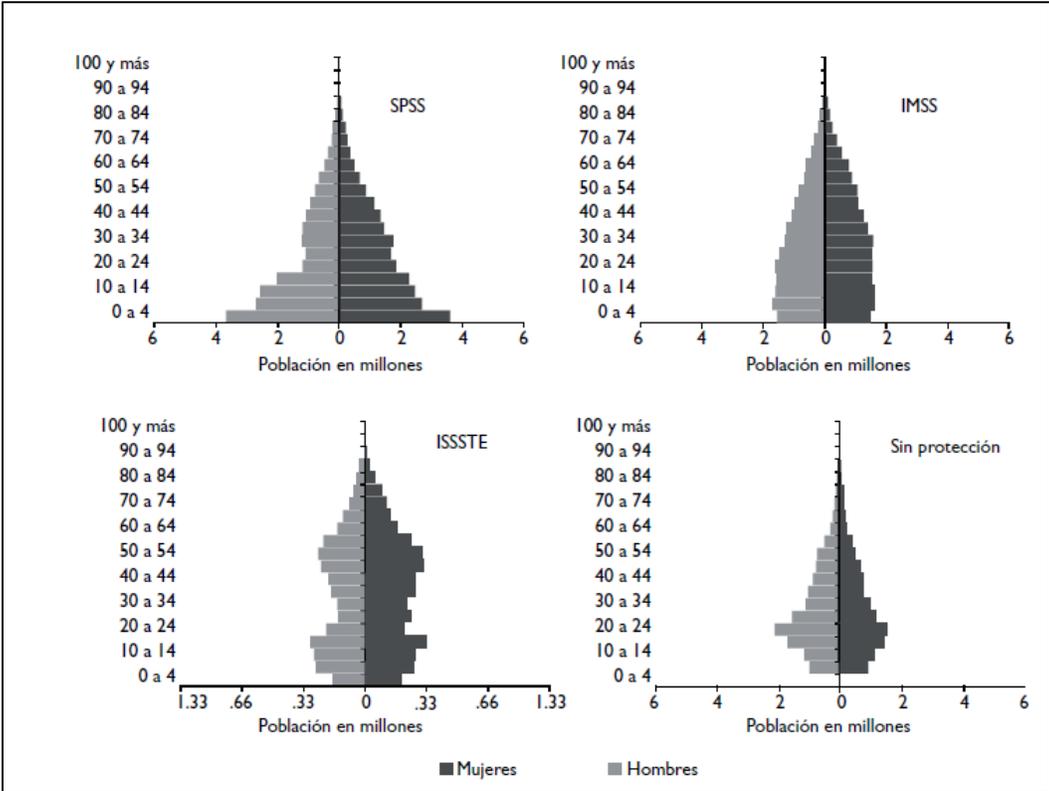
Pero el mayor reto del sector salud era romper las barreras institucionales para construir un mecanismo, que comprendiera no sólo la seguridad social formal, sino también componentes novedosos de acceso efectivo a los derechos sociales, como es el caso de la salud, para quienes no participan como asalariados en el sector formal de la economía.

En consecuencia, una vez más se aprobaron reformas y adiciones a la Ley General de Salud en mayo de 2003, con la adición del Título Tercero Bis, "De la Protección

Social en Salud”, donde se establecieron las reglas generales de financiamiento y prestación de los servicios para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud en el caso de la población sin acceso a la seguridad social. En total se adicionaron 41 artículos (del 77 bis 1, al 77 bis 41), distribuidos en 10 capítulos.

En dicha reforma, se establecieron las bases para desarrollar nuevos mecanismos de acceso integral a los servicios de salud públicos bajo un sistema de aseguramiento universal en salud para quien carecía de la cobertura de cualquier esquema de seguridad social. Dicha reforma establece la creación del “Sistema de Protección Social en Salud”, el cual se instaura como un pilar trascendental del Sistema de Salud en México, al asentar las bases para la aportación y concurrencia de recursos destinados a la atención de la salud de aproximadamente la mitad de la población del país.

**CUADRO 4.- Pirámides poblacionales por esquema de protección en salud en México, 2012**



FUENTE: Gutiérrez y Hernández, 2013.

El campo de la salud representa un punto de observación desde el cual pueden analizarse los procesos económicos, políticos, culturales, demográficos, científicos y tecnológicos que caracterizan a cada era. Tanto las condiciones de salud de las poblaciones como los arreglos institucionales para su atención revelan aspectos profundos de la estructura social en la que ellos mismos se encuentran inmersos.

<b>CUADRO 5.- Clasificación de Instituciones de Salud</b>
SUBCLASE INSTITUCIONES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE)
INSTITUCIONES DE SALUD Y/O SEGURIDAD SOCIAL DE LOS GOBIERNOS ESTATALES
INSTITUCIONES DE SALUD DE PETROLEOS MEXICANOS (PEMEX)
INSTITUCIONES DE SALUD DE LA SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL (SEDENA)
INSTITUCIONES DE SALUD DE LA SECRETARÍA DE MARINA (SEMAR)
OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
SECRETARÍA DE SALUD (SSA)
IMSS OPORTUNIDADES
UNIDADES MÉDICAS DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (SNDIF)
OTRO TIPO DE INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS
OTRO TIPO DE INSTITUCIONES Y PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA O SEGURIDAD SOCIAL
INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS QUE BRINDAN SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS
INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS
INSTITUCIONES PRIVADAS DE BENEFICENCIA
OTRO TIPO DE INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS
ASEGURADORAS, BANCOS Y OTRAS INSTITUCIONES DE PREPAGO DE SERVICIOS MÉDICOS
INSTITUCIONES DE SALUD DE ESTADOS UNIDOS Y OTROS PAÍSES
DESCRIPCIONES PARA NO DERECHOHABIENCIA
INSTITUCIÓN DE DERECHOHABIENCIA NO ESPECIFICADA
CONDICIÓN DE DERECHOHABIENCIA NO ESPECIFICADA

FUENTE: INEGI, 2005

Las cuentas nacionales de salud indican que la investigación en este campo absorbe un monto muy considerable de recursos, que irá creciendo en el futuro dada

la dinámica del país<sup>2</sup>. Y para ello sólo cabe dar un vistazo a una de las clasificaciones de las instituciones de salud en México elaborada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información (INEGI), lo que da una vista panorámica de todo un Leviatán de la salud, por el tamaño del sistema de salud.

La inversión productiva en salud tiene efectos positivos sobre la economía, al mejorar la calidad del capital humano, incrementar la productividad, promover la competitividad internacional, generar empleo, combatir la pobreza, estimular las cadenas de proveedores y promover la seguridad general de la sociedad. En marcado contraste, el gasto improductivo en salud, tiene un impacto negativo en la economía, al agravar la inflación, socavar la competitividad internacional y desviar recursos que podrían tener mejores usos para aumentar el bienestar colectivo.

Hace falta una visión sistémica e integral, examinar los efectos sobre el sistema de salud en su conjunto y anticipar el impacto más amplio sobre la economía y el bienestar social. Entre las dimensiones de cambio que han aumentado la complejidad de la salud destacan las siguientes:

En lo demográfico, las últimas décadas han sido testigo de dos procesos de enorme trascendencia social. Un descenso acelerado de la fecundidad. Una de las principales consecuencias de este proceso ha sido el aumento en la proporción de personas de mayor edad, el llamado “envejecimiento” de la población. Son justamente los grupos de mayor edad los que, además de demandar pensiones, experimentan procesos de enfermedad que requieren de atención más intensa en recursos. La estructura por edades de la población es responsable de una presión creciente sobre los servicios de salud.

El segundo proceso demográfico tiene que ver con la distribución espacial de la población. En los últimos 20 años, México ha experimentado una acelerada y en ocasiones desordenada urbanización, al grado de que casi tres cuartas partes de los mexicanos ya viven en una ciudad. Este proceso conduce al aumento y la reorganización de la demanda de atención a la salud a través de dos mecanismos:

---

<sup>2</sup> Véase Cuadro 10. Presupuesto ejercido.

por un lado, incrementa la exposición a los riesgos de enfermedades crónicas y lesiones; por el otro, acerca a la población a los puntos en que se concentran los recursos médicos.

En lo social, existe un notable incremento de la escolaridad, el cual ha generado mayores conocimientos y mejores prácticas sobre la salud.

Estrechamente ligada al cambio educativo se encuentra la transformación en la condición de la mujer, la creciente participación femenina en la fuerza laboral.

Las instituciones de salud han contado como apoyo, con una vasta producción doméstica de servicios casi siempre a cargo de mujeres que cuidan de los enfermos en la casa, además de ser los principales agentes responsables de la alimentación, la higiene y la información sobre salud.

Además de los cambios en la organización de escuelas, centros de salud e instituciones similares, se abre el reto de atender necesidades emergentes de las mujeres, como las oportunidades para el cuidado profesional de los hijos.

En lo económico se han ampliado enormemente los espacios de participación social. En el campo de la salud esto se ha expresado en el reclamo de la atención como un derecho social- reconocido constitucionalmente en 1983- y en la exigencia por servicios de alta calidad, incluyendo una mayor libertad para elegir al prestador.

En lo tecnológico, los avances tecnológicos no se han presenciado solo en las tecnologías médicas directas, sino en campos de alcance más amplio, como la informática, las telecomunicaciones y la biotecnología. Al mejorar la capacidad de los servicios para identificar y resolver problemas de salud, lo que determina una mayor demanda, junto con un potencial incremento en los costos de la atención.

La combinación de un cambio rápido y desigual ha colocado a México frente a una serie de problemas nuevos, sin que haya logrado resolver por completo los viejos problemas. México no ha tenido la comodidad de que los nuevos retos sustituyan a los viejos, más bien se ha dado una yuxtaposición de problemas, donde pasado y futuro chocan en un presente conflictivo.

El saldo acumulado de este proceso es una doble carga de la enfermedad. Por un lado, persiste un inaceptable rezago epidemiológico representado por las infecciones comunes, la desnutrición y las muertes maternas y perinatales. Sin haber resuelto este rezago, debemos enfrentar los padecimientos emergentes asociados con la industrialización y la urbanización, tales como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los padecimientos mentales, las adicciones, los accidentes y el problema cada vez más severo de la violencia que, en términos de sus secuelas de muerte y discapacidad, se han convertido ya en principal problema de salud pública de México.

Por todo lo anterior, pese a la gran infraestructura y recursos destinados en el campo de la salud, el principal planteamiento es ¿cómo lograr acabar o mitigar la pobreza, extender los beneficios de una red de protección social, y al mismo tiempo ser fiscalmente responsables?

“...Una persona enferma sin acceso a servicios de salud tarda más en curarse o no se cura. Su vida familiar se trastorna, no puede reincorporarse a sus actividades productivas y se precipita en una dinámica de empobrecimiento que no tiene fin. Deja de generar ingresos a la vez que debe enfrentar, por lo común de manera súbita, costos elevados y prolongados para procurarse tratamiento. Estos gastos llamados catastróficos constituyen la forma más grave de expresión del ciclo enfermedad-pobreza” (Programa Nacional de Salud, 2001-2006, pág. 28).

Lo anterior permite dar cuenta de una realidad ineludible para muchos mexicanos, la relación entre pobreza y enfermedad que limita el pleno desarrollo de los individuos y de las familias, impidiendo la salida de la pobreza y la marginación a los grupos más desfavorecidos de la escala social. En este sentido, el Dr. José Córdova Villalobos, secretario de Salud durante el periodo 2006-2012, describió en el Programa Nacional de Salud 2007-2012, que aún: “...Persiste un inaceptable círculo vicioso: pobreza-enfermedad-pobreza, potenciado por la desigualdad de

oportunidades para el desarrollo cabal de los individuos (Programa Nacional de Salud, 2007-2012: 7).”

La creciente y desordenada urbanización y las modificaciones demográficas conllevaron a nuevos estilos de vida y nuevos riesgos para la salud; de esta manera se da el surgimiento o incremento de las enfermedades infecciosas, del corazón, tumores malignos, diabetes mellitus, adicciones, infecciones de transmisión sexual, lesiones generadas por accidentes viales, por la inseguridad pública y por la violencia en el hogar y las enfermedades de adultos mayores, que requieren de una atención médica más compleja; además de las enfermedades asociadas a la pobreza, entre ellas, la desnutrición, infecciones intestinales, influenza, neumonía, desnutrición crónica, anemia y mortalidad materna.

Pero el surgimiento y/o crecimiento de estos padecimientos sólo era la mitad del problema para el sistema de salud de nuestro país, ya que por otro lado se encontraba el problema de la protección financiera del sistema, pues de acuerdo a las cuentas nacionales de salud del año 2000, más del 50% del gasto total en salud era privado, y de él, más del 90% era gasto proveniente directamente del bolsillo personal del ciudadano, el cual es denominado como “gasto de bolsillo”.

Este gasto de bolsillo representaba un porcentaje mayor del ingreso total de las familias más pobres. Para el año 2000 entre 2 y 3 millones de las familias más pobres, utilizó más de la tercera parte de su ingreso disponible para gastos de salud. (PRONASA 2001-2006: 57).

Lo anterior da cuenta de que a mayor pobreza, mayor cantidad de enfermedades consideradas catastróficas, las cuales son catalogadas como enfermedades de alto costo y que, en consecuencia, provocan lo que se señala como gastos catastróficos, lo que en algunos casos orillaba a la población con mayores carencias a postergar o incluso renunciar a la atención de su salud.

En este sentido, la modificación que se lleva a cabo en la Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 15 de mayo de 2003, en donde se dispone el establecimiento del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), representa un parteaguas en el sistema de salud en México, al garantizar

el acceso a los servicios de salud a la población que no contaba con algún esquema de seguridad social (IMSS, ISSSTE, etc.).

Dicha modificación a la Ley significó la creación de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud (jerárquicamente subordinado a la dependencia), el cual tiene facultades específicas para resolver sobre la materia y dentro del ámbito territorial que se determine en cada caso, de conformidad con las disposiciones legales aplicables, encargado de instrumentar, coordinar y promover la política y las acciones en la materia, así como financiar los diferentes programas que dirige. (Ver anexo 2. Estructura Orgánica de la Secretaría de Salud).

## **LA COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD.**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Informe sobre la Salud en el Mundo (2000), en términos generales, las funciones que realizan los sistemas de salud comprenden las siguientes características: (Secretaría de Salud, 2005:38)

- 1) Rectoría: actividades relacionadas en la conducción de políticas públicas, así como la supervisión de las funciones, recursos y facultades;
- 2) Financiamiento: Básicamente es el proceso de recaudar ingresos y ponerlos a disposición del sistema, con la excepción de la tributación general y compra bienes y servicios o los financia directamente;
- 3) Prestación de servicios: actividades de suministro y prestación de servicios de salud a la persona y servicios de salud a la comunidad; y
- 4) Generación de recursos: actividades de inversión en infraestructura, desarrollo de recursos humanos y conocimiento en salud.

En el apartado anterior, se planteaba la interrogante de ¿cómo lograr acabar o mitigar la pobreza, extender los beneficios de una red de protección social, y al mismo tiempo ser fiscalmente responsables?

Basándonos en las funciones que establece la Secretaría de la Salud, la rectoría del Sistema de Protección Social en Salud, se encuentra a cargo de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, y sus atribuciones se establecen en el artículo 4 de su Reglamento Interior, entre las que destacan la instrumentación de la política de protección social en salud, dirigir y ejecutar las acciones de financiamiento necesarias para el funcionamiento del sistema, administrar los recursos financieros que en el marco del sistema le suministre la Secretaría de Salud, así como regular y gestionar servicios de salud para los afiliados al sistema, entre otros.

Para el ejercicio de las atribuciones de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, intervienen 7 áreas principalmente<sup>3</sup>, además de un Consejo Interno:

- I. Oficina del Comisionado;
- II. Dirección General de Afiliación y Operación;
- III. Dirección General de Financiamiento;
- IV. Dirección General de Gestión de Servicios de Salud;
- V. Dirección General de Administración y Finanzas;
- VI. Dirección General de Coordinación con Entidades Federativas;
- VII. Dirección General del Programa Oportunidades, y VIII. Dirección General de Procesos y Tecnología.

En cuanto al financiamiento, este se regula principalmente, en las aportaciones de tres actores: el ciudadano beneficiario, el gobierno federal y los regímenes estatales de protección en salud. Las reglas de este mecanismo, se derivan desde la Constitución, pasando por la Ley General de Salud, las Reglas de Operación del programa, hasta los convenios que realice la Secretaría de Salud y Comisión con los Regímenes Estatales.

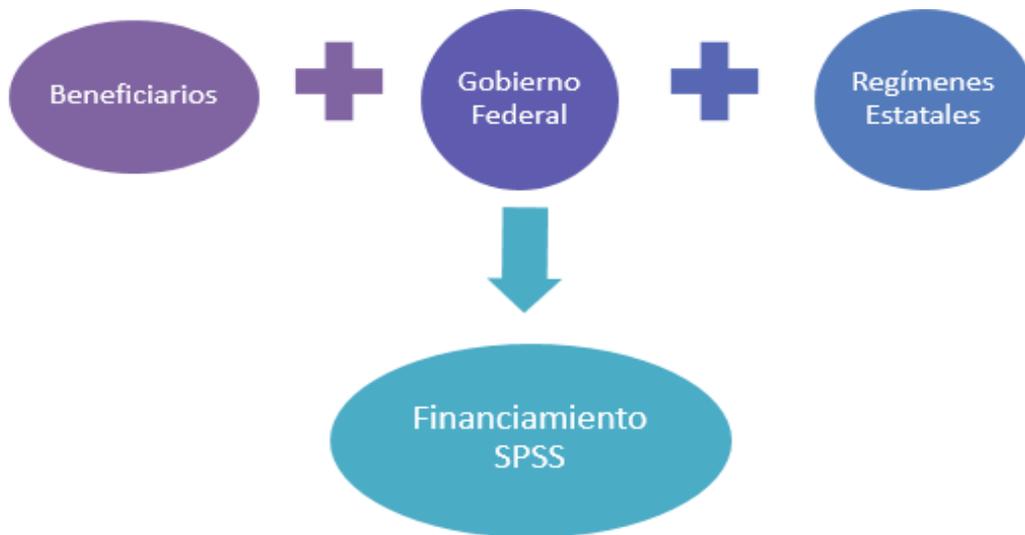
En este sentido, se genera un modelo o esquema de financiamiento tripartito, donde al gobierno federal le corresponde cubrir una cuota por cada persona afiliada al Sistema, denominada cuota social y, por otra parte, los gobiernos de los estados (incluyendo el entonces Distrito Federal) y el gobierno federal harían aportaciones

---

<sup>3</sup> Véase Anexo 3. Organigrama CNPSS 2013-2018

solidarias por persona afiliada, variando los montos entre uno y otro. Un esquema que se maneja según la fórmula que establece su propio reglamento. (Cuota social-Aportación solidaria estatal-Aportación solidaria federal).

**CUADRO 6.- Esquema de financiamiento SPSS**



FUENTE: Elaboración propia

Adicionalmente se establece la constitución de un fideicomiso de protección social en salud constituido por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPCG) y el Fondo de Previsión Presupuestal (FPP). El primero es un fondo sin límite de anualidad presupuestal que apoya el financiamiento de enfermedades y medicamentos de alto costo que generan gastos catastróficos, en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel de frecuencia con el que ocurren. A dicho fondo se le deberá destinar anualmente el 8% de la cuota social y de las aportaciones solidarias.

Por otro lado, el Fondo de Previsión Presupuestal tiene un límite de anualidad presupuestal y se constituye por el 3% de la cuota social y de las aportaciones solidarias. Dos tercios de dichos recursos se destinan a la atención de las necesidades de infraestructura para atención primaria y especialidades básicas en los estados de mayor marginación social y la tercera parte restante se aplica para

atender las diferencias imprevistas en la demanda de servicios durante cada ejercicio fiscal. En caso de existir remanentes al cierre del ejercicio fiscal en este Fondo, se canalizarán dichos remanentes al Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos.

Respecto de la prestación de los servicios de salud o servicios cubiertos se tienen los correspondientes a la persona y a la comunidad. En cuanto al primero, se presenta la interacción directa del doctor-paciente o atención médica en sus diferentes servicios otorgados en los rubros de prevención, diagnóstico, curativo, paliativo y de rehabilitación, con una lógica de financiamiento público tripartito.

Además, en el Sistema de Protección Social en Salud también se incluye el otorgamiento de los servicios de salud a la comunidad, mismos que deben ser provistos a la población independientemente de su condición de aseguramiento y que forman parte de las funciones de rectoría en el ámbito estatal, prestación de servicios de salud pública y protección contra riesgos sanitarios, cuya asistencia es competencia de los Servicios Estatales de Salud.

Para el 2006, los programas que operaba la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, se dividía en cinco: (Secretaría de Salud, 2012)

- 1) Seguro Popular: es el programa que consolida los recursos económicos, provenientes de diversas fuentes, a fin de financiar el costo de los servicios de salud para la población no derechohabiente. Su objetivo es garantizar la atención médica de primer y segundo nivel aportando fondos económicos para cubrir las llamadas enfermedades catastróficas (tercer nivel) por el alto costo que implica su tratamiento, en la población con mayores carencias.
- 2) Oportunidades (en su componente de Salud): El objetivo del programa en general, es favorecer el desarrollo de las capacidades asociadas a la educación, salud y nutrición de las familias beneficiarias del programa para contribuir a la ruptura del ciclo generacional de la pobreza. En este caso, se enfoca a la atención en salud.
- 3) Cirugía extramuros: ofrece cirugía general y especializada a la población marginada con alto grado de dispersión geográfica, a través de acciones

extraordinarias que se realizan a los programas de las instituciones prestadoras de servicios con la colaboración de personal certificado de instituciones públicas y privadas. Ofrece cirugías de cuatro especialidades básicas: cirugía general, cirugía reconstructiva, cirugía oftálmica y cirugía ortopédica.

- 4) Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG): El Programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) forma parte del Seguro Popular. Su principal objetivo es brindar atención médica completa e integral a los niños mexicanos nacidos a partir del 1° de diciembre de 2006, que no cuentan con ningún tipo de seguridad social. A partir de 2013, cambia su denominación a Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI)
- 5) Embarazo Saludable: forma parte de los beneficios del Seguro Popular y protege la salud de la mujer y de su bebé durante el embarazo. Se creó como complemento del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG).

**CUADRO 7.- Niveles de atención en salud.**



FUENTE: Elaboración propia.

Y por último está la generación de recursos, el cual se desprende de las diversas acciones de hospitales de segundo y tercer nivel, para la formación de recursos humanos especializados en salud, además de los institutos de investigación científica y clínica.

No obstante las funciones que desempeñan cada uno de los niveles de atención, el primer nivel de atención se considera el de mayor austeridad y de inadecuada atención al paciente, por lo que muchos prefieren acudir al área de urgencias hasta el último momento en que su malestar o síntoma de la enfermedad que los aqueja se hace insoportable, saturando así, los hospitales generales de segundo y hasta tercer nivel.

Provocando que la satisfacción de las personas esté ligada a la inversión en la mejora a la atención, permitiendo una relación costo-beneficio positiva para la generación de recursos.

A mediados del siglo XX, nuestro país sufrió una transición demográfica, de una población mayoritariamente rural a una sociedad eminentemente urbana, lo que provocó una disminución en las tasas de mortalidad general e infantil, así como el incremento en la esperanza de vida al nacer, con lo cual se modificó la estructura de la población por edades, situación que planteó desafíos adicionales al sistema de salud que no estaban previstos por la oferta de servicios de salud. Dichos cambios se manifiestan en la disminución de la población infantil a costa del crecimiento en los adultos, pues en 1970 de cada 100 mexicanos 19 eran niños de 5 años o menos, mientras que para el 2000 son sólo 9 de cada 100. (PND, 2007: 160). Como consecuencia, la población en edad de trabajar se triplicó entre 1960 y el año 2000, representando para este último año el 65% de toda la población mexicana.

Como mencionábamos, dentro de la construcción del sistema de protección social en salud destaca por su importancia la creación del Seguro Médico para una Nueva Generación, instrumento por el cual se brinda cobertura de salud a los menores sin seguridad social desde el momento de su nacimiento y hasta los cinco años de edad.

## **MARCO JURÍDICO, FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS Y CATÁLOGO UNIVERSAL DE SERVICIOS DE SALUD.**

El Sistema Nacional de Salud, tiene como uno de los principales objetivos, proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en la promoción, implementación e impulso de acciones de atención integrada de carácter preventivo, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas.

Está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos, el cual deriva del Art. 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

De acuerdo al artículo 7º de la Ley General en Salud, la coordinación del Sistema Nacional de Salud recae en la Secretaría de Salud, para establecer y conducir la política nacional en materia de salud, en los términos de las leyes aplicables de conformidad con lo dispuesto por el Ejecutivo Federal; coordinar los programas de servicios de salud, impulsar la desconcentración y descentralización de los servicios en salud, entre otros objetivos más.

Pero, es cuando se modifica la LGS para la creación del título Tercero Bis (artículos 77 bis 1 al 77 bis 41), con el cual se da la conformación del Sistema de Protección Social en Salud y al órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (LGS, artículo 77 bis 35), previsto para la operación de los recursos de la política de protección en salud.

“Artículo 77 bis 1.- Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social. La protección social en

salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.” (Secretaría de Salud, 2016)

Como ya se comentaba en los apartados anteriores, el Sistema de Protección Social en Salud, surge para atender a poco más de la mitad de la población mexicana que no contaba con derechohabiencia de algún otro seguro médico público o que no podía costear los gastos de un seguro médico privado. En el esfuerzo de generar un mecanismo que permitiera garantizar el acceso universal a los servicios de salud, por decreto constitucional, surge este Sistema, usualmente conocido como Seguro Popular, aunque esté mal referirlo de ese modo, ya que ese es el nombre del Programa y no de la Política pública en cuestión.

También presenta la característica de “sin desembolso al momento de utilización”, esto se debe a que por normativa, considera un fondo de reserva, sin límites de anualidad presupuestal, con reglas de operación definidas por la Secretaría de Salud. Con el objetivo de apoyar el financiamiento de la atención de beneficiarios del SPSS que sufran enfermedades de alto costo de las que provocan gastos catastróficos, el cual se constituye y administra por la Federación. Este instrumento se denomina, Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

“Artículo 77 bis 29.- ... se considerarán gastos catastróficos a los que se derivan de aquellos tratamientos y medicamentos asociados, definidos

por el Consejo de Salubridad General, que satisfagan las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, con criterios explícitos de carácter clínico y epidemiológico, seleccionadas con base en su seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social, que impliquen un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con la que ocurren.” (Ley General de Salud, Reforma 01/06/2016)

Otra parte del fundamento legal que rige al Programa SMNG, procede de otras disposiciones reglamentarias, por mencionar algunos, están la Ley de Planeación, reglamentos y otras disposiciones administrativas del Sistema Nacional de Planeación Democrática (Art. 12, Ley de Planeación), del cual forman parte las entidades y dependencias de la Administración Pública Federal, para dar conformación y cumplimiento a objetivos, metas, estrategias y prioridades que a través del Plan Nacional de Desarrollo (PND) y los programas derivados de este, con el fin, de lograr el desarrollo integral y sustentable del país.

La planeación nacional, como marco de las acciones gubernamentales reguladas por la Ley de Planeación, se desarrolla y presenta por medio del PND, documento rector de los programas que derivan de éste (institucionales, sectoriales, especiales y regionales), que además, orientan la coordinación de las tareas del Poder Ejecutivo con la de los Poderes Legislativo y Judicial, y los órdenes de gobierno estatal y municipal, y que establece los ejes de política pública a partir de los cuales se determinan los objetivos nacionales, las metas y las estrategias que rigen la acción del gobierno para el periodo de gobierno en cuestión, en este caso de investigación, el correspondiente será el PND 2007-2012.

El PND 2007-2012 estuvo integrado por cinco ejes de política pública sobre los cuales se basó la estrategia para consolidar la planeación nacional y lograr el Desarrollo Integral y Sustentable del país.

1. Estado de Derecho y Seguridad
2. Economía Competitiva y Generadora de Empleos

3. Igualdad de Oportunidades
4. Sustentabilidad Ambiental
5. Democracia Efectiva y Política Exterior Responsable

Dentro del tercer eje, se desprende el apartado dirigido a establecer los objetivos en materia de salud, donde el Objetivo 7 desprende las estrategias para el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), que se amplían a detalle en el Programa Nacional de Salud (PRONASA) 2007-2012 y en las líneas de acción del Programa Sectorial de Salud (PROSESA), tal y como se muestra en el cuadro no. 8 Alineación de objetivos para el SMNG.

Los Programas sectoriales son documentos estratégicos con una orientación a resultados e interrelacionados al presupuesto anual, que establecen indicadores y metas sexenales sobre un sector a fin de permitir hacer evaluaciones periódicas sobre el trabajo de las Dependencias. En esta ocasión los programas sectoriales tuvieron una dinámica de 4 años, ya que, aunque su formulación se llevó a cabo en el 2007, su aplicación se llevó a cabo en 2008 y sus primeros resultados fueron arrojados hasta 2009.

Debido al carácter nacional del SMNG, su rectoría es responsabilidad de la Secretaría de Salud que, conforme a las reglas de operación del programa (ROP) publicadas para cada ejercicio fiscal, determinan la normatividad para la instrumentación, operación, seguimiento y evaluación del programa SMNG.

El Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), es el documento de referencia para la operación del Sistema de Protección Social en Salud. En él se definen y describen las patologías y servicios de salud de primero y segundo nivel de atención a los que tienen derecho los afiliados del SPSS. Desde su inicio el catálogo ha considerado primordialmente intervenciones preventivas y de detección de enfermedades crónico degenerativas.

En su evolución como brazo importante para el Sistema de Protección Social en Salud, ha pasado por diferentes etapas en cuanto al contenido de su cartera de servicios. El primer documento denominado “Catálogo de Beneficios Médicos” (CABEME) consistía en 78 intervenciones de salud, seleccionadas entre 2002 y

2003. Dichas intervenciones estaban orientadas a las principales causas de morbilidad en el país y de demanda hospitalaria. En 2004, el número de intervenciones se incrementó a 91 servicios, con lo cual se dio origen al Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES); cabe señalar que el crecimiento del Catálogo fue proporcional al presupuesto que se destinó para este fin, expresado en costo per cápita. En 2005 el Catálogo se actualizó por medio de diferentes ejercicios de consenso con especialistas y en él se integraron 155 intervenciones de salud. En 2006 y 2007 se llevaron a cabo los primeros incrementos en el monto per cápita, por lo que el número de intervenciones aumentó a 249 y 255, respectivamente; fue entonces cuando se emitió por primera vez el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), el cual permaneció con el mismo nombre hasta 2008-2009, cuando se llegaron a incluir 266 intervenciones<sup>4</sup>. (CAUSES, 2010: 11)

A partir de la descripción del PND y los programas, relacionados al SMNG, se puede notar que el punto que más prevalece en el planteamiento de objetivos y estrategias es el de evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, y del cual, se puede constatar las acciones mediante el análisis del esquema de financiamiento que maneja el programa del Seguro Popular y sus demás componentes.

Además, los tres principales brazos rectores del SPSS, son el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos el cual permite tratar a la gente para exentarla de pago y el CUASES que describe las patologías y servicios de salud de primero y segundo nivel de atención.

## **PRINCIPALES RESULTADOS DEL SEGURO MÉDICO PARA UNA NUEVA GENERACIÓN EN EL PERIODO 2007-2014.**

El principal objetivo del Seguro Médico para una Nueva Generación es financiar, mediante un esquema público de aseguramiento médico universal, la atención de la población objetivo del programa que son los recién nacidos al 1º de diciembre de

---

<sup>4</sup> Véase Cuadro 11. Intervenciones cubiertas por el CAUSES 2006-2014

2006 y los menores de cinco años de edad, que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social, a efecto de contribuir a la disminución del empobrecimiento de las familias por motivos de salud; logrando que la población menor de cinco años cuente con un esquema de aseguramiento en salud de cobertura amplia, complementaria a la contenida en el Catálogo Universal de Servicios de Salud y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

Las niñas y los niños afiliados al SMNG están protegidos de los principales padecimientos que se presentan en los primeros cinco años de vida, sobre todo en el primer año, que es cuando ocurre el mayor número de muertes en la infancia.

### **CUADRO 8.- Alineación de objetivos para el SMNG**

PND 2007-2012	OBJETIVO 7 - Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal.
PRONASA 2007-2012	Estrategia 7.2 Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a intervenciones esenciales de atención médica, empezando por los niños.
PROSESA 2007-2012	<p>LÍNEAS DE ACCIÓN:</p> <p>7.1 - Establecer el Seguro Médico para una Nueva Generación, que incorporará a todos los niños no beneficiarios de la seguridad social al Sistema de Protección Social en Salud.</p> <p>7.2 - Consolidar un financiamiento equitativo de la atención médica mediante el establecimiento de una cuota social a cargo del Gobierno Federal, para todas las familias del país.</p> <p>7.3 - Consolidar el financiamiento de los servicios de alta especialidad en un fondo sectorial de protección contra gastos catastróficos.</p>

FUENTE: Elaboración propia a partir del PND 2007-2012, PRONASA 2007-2012 y PROSESA 2007-2012

A continuación se presentan los resultados que se obtuvieron mediante Solicitud de información pública a la Secretaría de Salud y a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, respecto del programa para los ejercicios de 2006 y hasta 2014.

***Línea de acción 7.1 Establecer el Seguro Médico para una Nueva Generación, que incorporará a todos los niños no beneficiarios de la seguridad social al Sistema de Protección Social en Salud.***

En este rubro se desarrolla el punto de la cobertura a través de la afiliación de la población objetivo al programa, y es que conforme a las proyecciones elaboradas por la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la Secretaría de Salud, se estableció una población objetivo de 13.9 millones de familias para 2010. De este universo, 12.6 millones son consideradas familias que pueden ser potencialmente incorporadas al SPSS, dado que se encuentran entre los deciles I a VIII de la distribución del ingreso. (PAE 2007-2012: 29)

Se estimó que el número anual de nacimientos oscilaba entre 1.9 y 2 millones, lo que implicaba que entre 2007 y 2012 habrían nacido aproximadamente 12 millones de mexicanos. Este es el universo total de recién nacidos a los cuales se les debía garantizar su aseguramiento y atención. Bajo este escenario, se consideró que el SMNG cubriría a 4.5 millones de recién nacidos.

<b>CUADRO 9.- Número de afiliados al programa.</b>			
<b>Año</b>	<b>Afiliados al programa SMNG/SMSXXI (Millones de niños)</b>	<b>Incremento porcentual respecto del año anterior</b>	<b>Incremento por punto porcentual respecto del año anterior</b>
2007	0.8		
2008	1.9	42.1	1.1
2009	3	63.3	1.1
2010	4.3	69.7	1.3
2011	5.8	74.1	1.5
2012	6.8	85.2	1
2013	5.4	79.4	-1.4
2014	5.6	103.7	0.2
2015	5.7	101.7	0.1

FUENTE: Unidad de Enlace de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2015

El Programa del Seguro Médico para una Nueva Generación cuenta con un padrón de beneficiarios que ha tenido un crecimiento importante, llegando a registrar 6'639,537 niños afiliados al 30 de Septiembre de 2012, según datos de la CNPSS.

La afiliación se hace mediante el Seguro Popular y la atención se brinda a través de los Servicios de Salud de las Entidades Federativas. En las localidades donde no existen estos, se proporciona por instituciones de seguridad social o servicios médicos privados que tengan convenios para este fin.

Uno de los propósitos del programa cobertura universal de salud para todos los mexicanos, empezando por los niños, de modo que el usuario pueda acceder a los servicios necesarios para recuperar su salud, sin afectar irremediamente su presupuesto. A lo que se debiera aspirar, es que el nivel de salud de los mexicanos mejore sustancialmente como resultado de la mayor cobertura de servicios de salud y una cultura en salud que forme hábitos desde que se es niño, para así contrarrestar enfermedades evitables durante los primeros años de vida del niño, que es cuando más vulnerables se encuentran.

***Línea de acción 7.2 Consolidar un financiamiento equitativo de la atención médica mediante el establecimiento de una cuota social a cargo del Gobierno Federal, para todas las familias del país.***

En cuanto a los servicios de salud, prevalecía el bajo nivel de inversión en salud, el cual a principios de la década era inferior al promedio observado en América Latina (AL). Pues el Producto Interno Bruto (PIB) en salud de México, equivalía al 5.6%, mientras que el promedio se encontraba en 6.6% en América Latina. (PAE 2007-2012: 19).

Esto mostró las ineficiencias en el esquema de financiamiento de la atención a la salud en la distribución inequitativa de recursos entre instituciones y entre áreas geográficas. Además, de la falta de coordinación y corresponsabilidad entre los tres ámbitos de gobierno.

Además de la problemática en la transición epidemiológica la cual muestra las discrepancias geográficas que muestran enfermedades de acuerdo a la región y nivel de desarrollo, por un lado, las enfermedades que implican padecimientos crónico-degenerativas que representan un factor de riesgo, ya que se relacionan con el desarrollo de un gran número de enfermedades, y por el otro lado, enfermedades, como son padecimientos infecciosos y rezagos en la infraestructura de los servicios de salud en zonas donde los niveles de pobreza son altos y los daños a la salud se acentúan.

El gasto en salud en México se ha incrementado en los últimos años. De 2000 a 2006 el gasto de la Secretaría de Salud aumentó 72.5 % en términos reales. Lo mismo sucedió con el gasto per cápita en salud, que se incrementó de 3,664 a 4,981 pesos en el mismo periodo. Si bien se ha dado un incremento, los recursos siguen siendo insuficientes para atender la demanda existente y superar los retos que se distinguen con relación a la transición epidemiológica y demográfica del país. No obstante, pese a estos avances, el gasto en salud en nuestro país aún se compara desfavorablemente con respecto al registrado en países de ingreso medio en América Latina.

El monto de los recursos autorizados y ejercidos por cada uno de los ejercicios fiscales del periodo 2007-2014 se muestra en el siguiente Cuadro:

<b>CUADRO 10.- Presupuesto ejercido</b>			
<b>Ejercicio fiscal</b>	<b>Secretaría de Salud</b>	<b>CNPSS</b>	<b>FPGC</b>
2006	12,070,356,215	423,906,429.97	2,885,409,571.92
2007	12,737,800,444	297,473,267.28	5,035,771,790.00
2008	14,065,080,712	476,219,248.38	5,691,795,915.00
2009	15,179,057,934	547,451,962.70	7,057,342,280.29
2010	16,560,174,970	798,026,003.81	7,284,695,255.44
2011	17,941,330,399	944,646,926.68	9,823,951,623.27
2012	19,507,571,847	572,297,363.77	11,090,907,550.70
2013	20,835,993,109	224,423,457.45	10,847,264,950.00
2014	22,020,121,094	426,615,381.15	11,440,979,566.36

FUENTE: Unidad de Enlace de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2015 y Unidad de Transparencia de la Secretaría de Salud, 2015.

El Programa Seguro Médico para una Nueva Generación en su primer año de funcionamiento no contó con recursos propios, éste recibió apoyo del Sistema de Protección Social en Salud para la instalación de módulos de afiliación y pago de cápita.

Del 2008 al 2012, al programa le fueron autorizados recursos en los Decretos de Presupuesto de Egresos de la Federación para cada uno de los ejercicios fiscales, los cuales fueron ejercidos en los conceptos de apoyo económico establecidos en las reglas de operación de cada uno de los años, los cuales fueron los siguientes:

- Incremento por la demanda de servicios (cápita adicional):
- Pago de intervenciones cubiertas por el SMNG;
- Pago por prestación de servicios no otorgados por los Servicios Estatales de Salud;
- Pago de vacunas contra neumococo y rotavirus;
- Fortalecimiento de la Red de Frío para la correcta conservación y traslado de las vacunas;
- Tamizaje auditivo para la detección de niños con hipoacusia severa y profunda;
- Adquisición de implantes cocleares para niños con hipoacusia severa y profunda;
- Apoyo para la capacitación y reforzamiento del personal que impartirá los Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud, materiales para el otorgamiento y registro de la asistencia a los mismos;
- Tamiz metabólico semi ampliado; y,
- Equipamiento de los Bancos de Leche Humana.

Para la transferencia de estos apoyos, la Secretaría de Salud y las entidades federativas celebran con la CNPSS, en los casos que proceden, los acuerdos de coordinación e instrumentos específicos correspondientes. Actualmente, todas las entidades federativas y la Ciudad de México.

México destaca entre los países que menos gasta en salud pública por habitante, según la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) y el

Banco Mundial. Pese a que su gasto en este rubro aumenta año tras año. “En el 2012, el gasto total en salud en México representó el 6.2% de su PIB, este porcentaje se encuentra entre los más bajos de los países de la OCDE (sólo por encima de Estonia y Turquía) y muy por debajo del promedio de los países de la OCDE de 9.3%. Como resultado de una gran expansión en la cobertura de salud para los pobres y los no asegurados que comenzó en el 2004, la participación pública en el financiamiento del cuidado de la salud en México se ha incrementado en alrededor de 10 puntos porcentuales para situarse en 50% en el 2012. Sin embargo, esta tasa se mantiene como una de las más bajas entre los países de la OCDE (donde el promedio es del 72%), y alrededor de la mitad de todo el gasto en salud en México es pagado directamente por los pacientes.” (OECD, 2014:1)

***Línea de acción 7.3 Consolidar el financiamiento de los servicios de alta especialidad en un fondo sectorial de protección contra gastos catastróficos.***

La política de salud contempla proporcionar un seguro de salud de cobertura amplia a los niños nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006, cubriendo el 100.0 por ciento de los servicios médicos que se prestan en los centros de salud de primer nivel y 95.0 por ciento de las acciones hospitalarias, así como los medicamentos asociados, consultas y tratamientos a través del SMNG.

Sólo las y los menores de cinco años obtienen los beneficios del SMNG y reciben cobertura total de sus enfermedades. Sin embargo, toda la familia puede afiliarse al Seguro Popular y obtener la cobertura médica de las intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y los padecimientos financiados por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

<b>CUADRO 11.- Intervenciones cubiertas por el CAUSES 2006-2014</b>									
Año	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Número de intervenciones	249	255	266	266	275	275	284	285	285
FUENTE: Unidad de Enlace de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2015									

De conformidad con el artículo 18 fracción XVI del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, corresponde a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, establecer, emitir, operar los instrumentos y mecanismos necesarios para el desarrollo del Sistema de Acreditación de Establecimientos Públicos de Atención de Salud incorporados al Sistema de Protección Social en Salud. Para que una unidad médica pueda recibir el 100% de los recursos del programa Seguro Médico Siglo XXI, debe estar acreditada en el CAUSES, en específico de “Quemaduras y Corrosiones”, “Implante coclear” y “Enfermedades del Sistema Nervioso”, de conformidad con la Reglas de Operación del programa. (CNPSS-DGGSS-1767/2015: 2)

Se entiende por gasto catastrófico aquellas erogaciones realizadas en caso de que una familia destine 30% o más de su ingreso disponible o capacidad de pago al financiamiento de la atención de su salud. El ingreso disponible es aquel con que se cuenta una vez descontados los recursos asociados al gasto en alimentos y vivienda.

“Alrededor de 2.5 millones de hogares gastan 30 por ciento o más de su ingreso disponible al año en salud y lo pagan de su bolsillo, siendo ésta la forma más ineficiente de atender la salud. Las familias no aseguradas son más vulnerables a este tipo de gastos, por lo que se proyecta un seguro público y voluntario que garantice a estas familias el acceso a los servicios, sin que tengan que incurrir en pagos directos de su bolsillo, cuando requieran atención médica” (Primer Informe de Ejecución del PND, 2001: 60)

El esquema de financiamiento que se establece en la LGS para el SPSS se sustenta en reglas claras que definen derechos y obligaciones para la aportación y concurrencia de recursos para la salud. Con este esquema se busca la reducción del pago de bolsillo que realizan las familias al momento de recibir la atención, sustituido por el pago anticipado de una cuota anual de afiliación, proporcional a la capacidad económica de la familia.

“Hasta hace pocos años, prácticamente 1 de cada 2 mexicanos carecía de atención a sus necesidades de salud. Esta situación llevó a que el gasto de las personas para consultas, tratamientos y hospitalización, denominado gasto de bolsillo, alcanzara en 2002 el 52% del total de gasto nacional en esta materia. Esta cifra se compara desfavorablemente con el promedio observado de los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), que fue aproximadamente de 19% para el mismo año. Más aún, se observó que entre 2 y 3 millones de familias incurrían en desembolsos que ponían en riesgo su patrimonio, comprometiendo con ello las posibilidades de desarrollo de cada uno de sus miembros y el acceso a mejores condiciones de vida.” (PAE, 2007-2012: 6)

Se mencionaba en un inicio, sobre la transmisión de la pobreza intergeneracional a través del ciclo enfermedad-pobreza, como uno de los factores determinantes que dieron surgimiento al SPSS. El gasto que generaban las familias al presentarse ante situaciones de padecimientos en condiciones precarias de solvencia económica, producen lo que se denomina “gasto de bolsillo” (pago de servicios de salud del bolsillo del ciudadano) que puede generar un gasto catastrófico.

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Salud, señala en su Reglamento que los establecimientos que ingresen a la red de prestadores de servicios deberán contar con infraestructura y procesos que garanticen la calidad técnica y estar sujetos a un proceso de evaluación que permita dictaminar si cuentan con los recursos necesarios para obtener el Certificado de Acreditación.

La Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, a través de su Dirección General de calidad y Educación en Salud, es la responsable de realizar la evaluación con fines de acreditación, de los establecimientos que ingresan a la red de prestadores de servicios para población afiliada al Sistema de Protección Social en Salud.

La Acreditación es un mecanismo de aseguramiento de la calidad, cuyo propósito es garantizar condiciones fundamentales de capacidad para llevar a cabo procesos de atención, así como para la calidad y seguridad de los pacientes.

<b>CUADRO 12.- Porcentaje de avance en el proceso de acreditación para el CAUSES.</b>			
Estado	Universo de establecimientos	Establecimientos acreditados	Avance (%)
Aguascalientes	108	106	98.15
Baja California	165	132	80
Baja California Sur	80	63	78.75
Campeche	142	123	86.62
Chiapas	532	503	94.55
Chihuahua	242	220	90.91
Coahuila de Zaragoza	206	162	78.64
Colima	144	138	95.83
Distrito Federal	196	191	97.45
Durango	218	227	104.13
Estado de México	1153	1046	90.72
Guanajuato	1008	529	52.48
Guerrero	556	607	109.17
Hidalgo	534	465	87.08
Jalisco	665	654	98.35
Michoacán	468	369	78.85
Morelos	237	218	91.98
Nayarit	236	234	99.15
Nuevo León	440	391	88.86
Oaxaca	825	606	73.45
Puebla	645	586	90.85
Querétaro	208	206	99.04
Quintana Roo	249	192	77.11
San Luis Potosí	241	219	90.87
Sinaloa	297	238	80.13
Sonora	271	236	87.08
Tabasco	614	520	84.69
Tamaulipas	380	308	81.05
Tlaxcala	198	170	85.86
Veracruz	860	799	92.91
Yucatán	177	165	93.22
Zacatecas	194	184	94.85

FUENTE: Unidad de Enlace de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2015  
Al 1º de septiembre de 2015.

Es un proceso de evaluación externa, a través del cual se evalúa un establecimiento de salud fijo o móvil, para determinar si cumple un conjunto de criterios o estándares de capacidad, calidad y seguridad, necesarios para proporcionar los servicios definidos por el Sistema de Protección Social en Salud en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y el Fondo de Gastos Catastróficos (FGC). Dicho proceso se aplica a todo establecimiento de salud, que por sus características se ubiquen dentro del primero y segundo niveles de atención o servicios de alta especialidad.

**a) Nivel de satisfacción de los usuarios del Sistema de Protección Social en Salud.**

De conformidad con la fracción IX del artículo 38 del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2008 (PEF 2008), la operación del Sistema de Protección Social en Salud se sujetó a cambios, entre los cuales la Secretaría de Salud, a través de la CNPSS, estableció la función de levantar semestralmente una Encuesta de satisfacción entre los usuarios del SPSS y que sus resultados se publicaron en su portal de Internet.

La Cuenta Pública es el informe que integra la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y presenta a la Cámara de Diputados para su revisión y fiscalización, contiene la información contable, presupuestaria, programática y complementaria de los Poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, de los Órganos Autónomos y de cada ente público del Sector Paraestatal, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 74, fracción VI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los artículos 46 y 53 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental.

Según la Cuenta Pública en Salud 2008, durante ese año se realizaron dos encuestas de satisfacción de usuarios del SPSS nivel nacional a cerca de 26 mil afiliados por una empresa independiente de investigación. Los resultados más relevantes fueron: nivel de satisfacción general (96.0 por ciento), nivel de satisfacción en atención médica (95.0 por ciento), tiempos de espera para ser atendidos (en promedio 58 minutos), surtimiento de recetas (78.0 por ciento de los

usuarios recibió el 100.0 por ciento de los medicamentos) y la probabilidad de reafiliación de los usuarios (98.0 por ciento) (SHCP, 2008:27).

Durante 2009 se realizaron dos encuestas de satisfacción de usuarios del SPSS a nivel nacional a cerca de 20,100 afiliados por una empresa independiente de investigación y los resultados más relevantes fueron: nivel de satisfacción en atención médica (95.4 por ciento), tiempos de espera para ser atendidos (en promedio 68.7 minutos), surtimiento de recetas (84.6 por ciento de los usuarios recibió el 86.4 por ciento de los medicamentos) y la probabilidad de reafiliación de los usuarios fue del 96.5 por ciento. (SHCP, 2009:84)

En 2010, se levantaron alrededor de 20,000 encuestas según el Estudio de Satisfacción de usuarios del SPSS, donde los resultados más relevantes fueron: promedio de satisfacción con el Seguro Popular (94 por ciento), promedio en tiempo de espera para recibir atención (1hr 45 min), calidad en la atención y la gratuidad del servicio como principales motivos de reafiliación del servicio (65 por ciento), explicación del médico sobre el padecimiento del usuario (80 por ciento), interés en reafiliarse (98 por ciento).

En 2011, se levantaron alrededor de 22,000 encuestas según el Estudio de Satisfacción de usuarios del SPSS, donde los resultados más relevantes fueron: promedio de satisfacción con el Seguro Popular (97 por ciento), promedio en tiempo de espera para recibir atención (cercana a 2hr), calidad en la atención y la gratuidad del servicio como principales motivos de reafiliación del servicio (35 y 29 correspondientemente, 65 por ciento, 2 de 12 factores), explicación del médico sobre el padecimiento del usuario (87 por ciento), interés en reafiliarse (99 por ciento).

Cabe destacar que en la consulta de las Cuentas Públicas de 2007 a 2011, sólo se encontraron resultados correspondientes a los años 2008 y 2009, además, que difieren datos entre la Cuenta Pública y los Estudios de Satisfacción de usuarios del SPSS que se encontraron en la página de internet de la CNPSS como el número de encuestas realizadas, pues la página sólo muestra resultados de una encuesta mientras que la Cuenta Pública indica que se realizaron dos.

Para finalizar, hay que enfatizar en la ausencia de resultados específicos sobre el programa SMNG en las Encuestas realizadas por la CNPSS. Por lo que no existen datos de impacto sobre la satisfacción de los usuarios en relación a este programa.

#### **b) Resultados de principales evaluaciones externas.**

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) es un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, con autonomía y capacidad técnica para generar información objetiva sobre la situación de la política social y la medición de la pobreza en México, que permita mejorar la toma de decisiones en la materia. El CONEVAL tiene como funciones principales:

1. Normar y coordinar la evaluación de la Política Nacional de Desarrollo Social y las políticas, programas y acciones que ejecuten las dependencias públicas; y
2. Establecer los lineamientos y criterios para la definición, identificación y medición de la pobreza, garantizando la transparencia, objetividad y rigor técnico en dicha actividad

Las evaluaciones externas que hallamos, corresponden a valoraciones realizados por dicho Consejo, el CONEVAL, el cual registra varios documentos denominados, Evaluación Específica de Desempeño (EED) al SMNG que comprenden los años 2008-2009, 2009-2010 y 2010-2011, dando un total de tres evaluaciones. Además de una Evaluación de Consistencia y Resultados (Seguro Popular, 2012)

De manera global, las evaluaciones arrojan datos poco alentadores sobre los resultados e información del SMNG y la valoración que alcanza el programa, según el CONEVAL, es regular. No se identifica alguna evaluación externa que muestre los impactos finales del programa y la única evaluación externa de diseño que registro el SMNG no cumplió con los criterios, según el Consejo, de mostrar resultados relevantes con base en los Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal.

En la primera evaluación identificaron problemas en la Matriz de Indicadores del programa, al tener falta de definición en las Unidades de Medida de algunos

indicadores estratégicos de propósito y fin. Esto impedía encontrar con claridad la cuantificación de la población objetivo, lo cual, generaba elementos muy limitados para evaluar la evolución de la cobertura

Como el objetivo principal del SMNG es la afiliación de todos los niños de 0 a 5 años nacidos a partir del 1° de diciembre de 2006, por ello se incorporaron las metas del programa para realizar los ajustes en la distribución del presupuesto del SPSS, para lograr la proyección de familias por afiliar en 2007, por lo que, el programa comenzó a funcionar a partir de ese año. Esto llevó al programa a arrojar los primeros resultados hasta el 2008.

Derivado de los comentarios realizados por la CNPSS de los resultados de la Evaluación Específica de Desempeño 2008 (EED), que realiza el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) destacaron que la forma de cuantificar las poblaciones potencial, objetivo y atendida son: (CONEVAL, 2010)

- La población potencial corresponde al 54% de los nacimientos proyectados por CONAPO para el período y representa la población no derechohabiente de la seguridad social o que no cuenta con algún otro mecanismo de previsión social en salud.
- La población objetivo son los niños mexicanos nacidos a partir del 1o. de diciembre del 2006 que no sean derechohabientes de la seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud y estén afiliados al Sistema. Por ser un esquema voluntario de aseguramiento, se calcula esta población objetivo en alrededor de 830,000 niños, que constituyen alrededor del 80% de la población potencial.
- La población atendida está constituida por los niños afiliados al sistema y con adscripción a una unidad médica del Sistema de Protección Social en Salud. En 2008 fueron 1, 033,481 y en 2007 819,410 (CONEVAL, 2010).

La evolución del número de niños afiliados al SMNG, en el periodo 2006-2012, se vislumbró de forma ambigua en las cuentas públicas, al encontrar datos

esporádicos (No existe un formato más simplificado o detallado). Pese a que en 2006 no se puede obtener información debido a que fue el periodo en el que se realizaban las acciones derivadas del PND y los programas, en 2007, se encontraron varios ajustes presupuestarios que ocasionaron cambios en el presupuesto del SPSS, con la finalidad de lograr las metas establecidas de ese año. Además que se mostraban las afiliaciones por número de familias y no por individuo.

Llegados a este punto y derivado de los resultados presentados en este capítulo, se puede inferir que los objetivos y líneas de acción sobre la afiliación, financiamiento a través de fondos y los esquemas de participación mediante cuotas, si bien han permitido cubrir en gran parte la población desatendida por falta de esquemas de protección en salud durante décadas, los mecanismos y esfuerzos que el gobierno federal viene haciendo han logrado disminuir en el índice de mortalidad infantil; que los resultados de las encuestas no parecieran reflejar la realidad del sistema de salud que se presentan en los periódicos y estadísticas a nivel nacional sobre enfermedades catastróficas como la diabetes infantil, de la cual México es número uno a nivel internacional.

El SPSS vino a demostrar la enorme falta de atención de las autoridades sanitarias, respecto de poco más de la mitad de su población y actualmente de la falta de coordinación entre las diferentes instituciones que conforman el Sistema Mexicano de Salud, con la finalidad de garantizar el derecho universal a la salud.

# CONCLUSIONES

Nuestro sistema de salud arrastra varias problemáticas para atender a una población tan grande y que aumenta de forma considerable con el paso de los años, donde muchas de las situaciones están siendo rebasadas por el gobierno, dejando verlo como ineficaz y lento en la gestión de acciones que permitan generar alternativas para solucionar las problemáticas que le atañen.

En los últimos años en el gobierno ha prevalecido un enfoque de administración basado en resultados, de ahí que se desprendan todas las líneas de acción que emanan desde el Plan Nacional de Desarrollo y hasta los programas anuales que dividen y miden el avance de las acciones establecidas en los indicadores por ejercicio fiscal.

Para los resultados que se derivan de los indicadores del programa SMNG, se observan dos situaciones primordiales:

Primero, está la parte de los resultados institucionales – de la propia Comisión – que muestran un avance paulatino y de acuerdo a las metas, aunque en el arranque del programa se viera un avance inferior al programado, es a partir de 2009 cuando reflejan con paso apresurado el incremento en la afiliación de infantes, teniendo en promedio más de 5 millones de afiliados al programa por año.

Sin embargo, surge la interrogante sobre la cantidad de niños que son de nueva afiliación y cuantos por reafiliación al programa. Pues en la línea de acción 7.1, sobre la incorporación de todos los niños que no contaban con Seguro Social de 0 a 6 años (para el periodo 2007-2012) en el cual estimaban el número anual de nacimientos entre 1.9 y 2 millones de infantes, dando como proyección de afiliación a 4.5 millones de niños entre 2007 y 2012 (es decir, un promedio de 750, 000 nacimientos al año que debían afiliar), llegando a registrar en 2012 más de 6.6 millones de niños (corte al 30 de septiembre), lo cual pone en duda el planteamiento de dicho indicador. Ya que no permite conocer el verdadero impacto de la afiliación, el cual incluso para el periodo 2013-2018, ya con el cambio del nombre del

programa a Seguro Médico Siglo XXI, y de la reducción en el rango de edad para ingreso al programa a cinco años, registraron 5.7 millones de niños afiliados en 2015.

En segundo lugar, se presentan los niveles de satisfacción sobre el programa aplicados mediante encuestas por el Consejo Nacional de Evaluación (CONEVAL), de los cuales se desprenden resultados sobresalientes en la atención médica, tiempos de espera y surtimiento de medicamentos, para la población del Sistema de Protección Social en Salud y no en específico del programa SMNG.

Tampoco se identificaron evaluaciones externas que permitieran comparar los resultados contra las del CONEVAL, ni del indicador para el porcentaje de gasto de bolsillo, ya que éste no mide la reducción en el gasto de bolsillo en salud en los hogares con menores de cinco años de edad, sino de todo el SPSS, por lo cual la SS y la CNPSS carecieron de información para determinar la contribución del programa en la disminución del indicador sobre el empobrecimiento de las familias por motivos de salud.

Siendo que salta a nuestra inquietud la veracidad de la aplicación de la encuesta, ya que cada año se presentan en los principales diarios del país (nacional y estatal) las inconsistencias y problemas del sistema de salud en materia de atención médica, por falta de calidez del personal, recortes presupuestales que limitan los recursos en los hospitales, incluso de la escasez de medicamentos (principalmente del IMSS), donde podemos observar que como Política Pública, la deficiente integralidad de los programas ha sido un aliciente importante en el desastroso éxito que promueven las dependencias en sus discursos.

Cabe mencionar que en la auditoría al desempeño a la Cuenta Pública del Programa para el ejercicio 2013 por parte de la Auditoría Superior de la Federación (2014), el organismo resalta debilidades en la Matriz de Indicadores de Resultados, que es el instrumento mediante el cual establece una dependencia o institución, los indicadores y variables para cuantificar el avance real de los objetivos, metas y líneas de acción de un programa determinado. Y del cual coincidimos en dicha

observación, ya que nosotros solicitamos a través del Portal de Información del entonces Instituto Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental (ahora INAI), la información de los indicadores del programa que administra la CNPSS, quien nos remitió información insuficiente al respecto.

Si bien, desde la creación del Seguro Popular y sus subdivisiones como lo es el SMNG, que permitieron cubrir en gran parte la población desatendida por falta de esquemas de protección en salud durante décadas, los resultados de encuestas, indicadores nacionales e internacionales no parecieran reflejar la realidad de un esquema de salud agotado e insuficiente para la atención de enfermedades catastróficas como la diabetes infantil, de la cual México es número uno a nivel internacional.

El SPSS vino a demostrar la enorme falta de atención de las autoridades sanitarias, respecto de poco más de la mitad de su población y actualmente de la falta de coordinación entre las diferentes instituciones que conforman el Sistema Mexicano de Salud, con la finalidad de garantizar el derecho universal a la salud.

En nuestro particular punto de vista, los objetivos que se plasman desde la lectura principal que detalla el Sistema de Protección Social en Salud, en específico del Seguro Popular, describen un programa de excelencia y con altas aspiraciones para atender una población carente de atención en salud con el firme objetivo de dejar atrás el problema de la transmisión de la pobreza. Más tarde ese programa se amplía a diferentes sectores de la población, haciendo entrever que la vigilancia se volvería más específica y puntual respecto de las necesidades de cada población.

Conocer el impacto que tiene un programa en la reducción de la pobreza para el beneficio de la sociedad no es tarea sencilla, y el SMNG buscaba reducir el índice de mortalidad infantil y la disminución del gasto de bolsillo en salud. Las líneas de acción establecidas para la atención de un problema con valor específico intermedio por la falta de cobertura de un esquema de protección en salud, con el fin de lograr la reducción en la mortalidad infantil.

En primera instancia, no se contó con un panorama holístico en la evolución de los indicadores establecidos para el gasto de bolsillo y de la mortalidad infantil en el

país que fuera otorgada por la CNPSS, lo que nos dificultó el contar con un criterio para el cumplimiento de las metas y objetivos.

Por otro lado, la evolución del financiamiento, los criterios de intervenciones del catálogo de servicios y el número de unidades acreditadas siempre fueron en ascenso, con el objetivo de mejorar los estándares de calidad. Sin embargo dichas proyecciones, consideramos que no fueron a la par del proceso de afiliación, ya que una de las características relevantes del SPSS, es que no generarían infraestructura hospitalaria, sino que se realizan convenios con las unidades hospitalarias que se encuentran ya establecidos y es a esas entidades a las que se les realizan los pagos por atención del paciente de acuerdo a la enfermedad.

Por lo anterior, el gasto en salud incrementó más del 70 % en 6 años (2000-2006), pero sigue siendo insuficiente por la cantidad de enfermedades catastróficas que se van acreditando en el CAUSES, pero que de acuerdo a los objetivos establecidos en el programa SMNG son correctos y pertinentes en la atención de la salud de menores de 5 años.

En nuestra opinión, el seguro médico presentó grandes avances para cubrir a una población desatendida durante décadas, y que de acuerdo a las estadísticas obtenidas, el cumplimiento de los objetivos se llevó a cabo.

Para la línea de acción 7.1 Establecer el Seguro Médico para una Nueva Generación, que incorporará a todos los niños no beneficiarios de la seguridad social al Sistema de Protección Social en Salud, la afiliación al programa contaba con un padrón de beneficiarios de 6,639,537 niños afiliados al 30 de Septiembre de 2012, según datos de la CNPSS.

Para la línea de acción 7.2 Consolidar un financiamiento equitativo de la atención médica mediante el establecimiento de una cuota social a cargo del Gobierno Federal para todas las familias del país, donde el incremento de los recursos autorizados entre 2006 y 2014 fue de 7.7 puntos porcentuales por año en promedio.

Para la línea de acción 7.3 Consolidar el financiamiento de los servicios de alta especialidad en un fondo sectorial de protección contra gastos catastróficos, es el proceso de evaluación externa, a través del cual se califica un establecimiento de

salud fijo o móvil, para determinar si cumple un conjunto de criterios o estándares de capacidad, calidad y seguridad, necesarios para proporcionar los servicios definidos por el SPSS en el CAUSES y el Fondo de Gastos Catastróficos. Dicho proceso se aplica a todo establecimiento de salud, que por sus características se ubiquen dentro del primero y segundo niveles de atención o servicios de alta especialidad. Donde al 1 de septiembre de 2015, se contaba con 10,807 unidades acreditadas, equivalente al 86.5% del universo de establecimientos.

Cabe destacar, cuando realizamos las entrevistas con altos directivos del hospital en el que nos encontrábamos trabajando, se observó un panorama tan particular y difícil de comprender, por la cantidad de variables que intervenían para la operación de un programa que se implantó en una entidad que no fue creada con ese propósito, nos permitió observar que la cantidad de actores que intervienen en la operación de sólo un servicio para el cumplimiento del programa en una de sus vertientes, genera los problemas suficientes para presentar un personal mal coordinado por la falta de acuerdos entre las autoridades mediadoras.

Sumado a las diversas pláticas con otros personajes en diferentes hospitales a nivel federal, con particularidades en problemáticas similares, como la falta de personal, recursos, normatividad obsoleta, por mencionar algunos, que nos hicieron deducir que quizás el problema de la operación de los programas no es el planteamiento mismo en su mecanismo general, sino de las particularidades que generan los intermediarios (servidores públicos).

El mismo enfoque de Políticas Públicas lleva de la mano durante el proceso de elaboración de políticas desde el diseño, implementación, análisis y hasta la evaluación. Sin embargo, coincidimos que para las actividades de implementación de una política, no sólo interviene dicho enfoque, sino también, perspectivas desde la teoría general de la organización, hasta cuestiones de gobernanza y gestión pública. El éxito de las políticas ya no depende sólo de la asignación racional de los recursos públicos, sino también de factores políticos y administrativos.

La razón por la cual la política en salud no ha permeado el problema, no se debe a una cuestión de mala asignación de recursos financieros o humanos, pues la

CNPSS y la SS, son de las dependencias y organismos que mayor presupuesto reciben en cuanto a programas. Se trata más de una cuestión de falta de voluntad política que los diferentes ámbitos de gobierno aún no generan, para lograr la tan aclamada “coordinación interinstitucional” con la finalidad de garantizar el derecho universal a la salud. Y que por ende, incide en los factores políticos de aceptación y apoyo social.

Ya que pareciera que el gobierno, presentó el SPSS como panacea para la política pública en materia de salud, sin darse cuenta que se encuentra muy ramificada la estructura de los programas que atienden un mismo nivel de atención pero de diferente institución, con tan sólo unas variantes entre uno y otro. Un mismo programa que se repite en el gobierno federal y los gobiernos estatales, agregándole estos únicamente su marca, no más.

Por lo anterior, se comienza a vislumbrar el desarrollo de propuestas sobre un esquema de portabilidad en el cual se genere esta coordinación entre las instituciones de diferentes ámbitos, lo que indica ser un buen inicio a raíz de la firma del Acuerdo para la universalización de los servicios de salud, el cual deja entrever lo que en muchas ocasiones se lee en los medios de comunicación y manifestaciones físicas por parte de organizaciones sociales o del mismo gremio de salud: que en aras de prevalecer con el estandarte de la afiliación y cobertura, se castigó la efectividad de los recursos y la calidad de los servicios y del personal mismo.

También está la particularidad de los últimos 10 años por generar mayor infraestructura hospitalaria, a nivel nacional y estatal, con la finalidad de disminuir la carga de los hospitales del centro, donde se concentra la mayor parte de la demanda, dando lugar a la inauguración de los denominados elefantes blancos, que cuentan con instalaciones, pero no el personal médico y administrativo, o deficiencias e insuficiencias de los insumos básicos de instrumental y material médico o de laboratorio, que solo develan la mala administración de los gobiernos locales y la falta de coordinación nacional.

Desde nuestro punto de vista la forma adecuada para lograr la coordinación interinstitucional, no es sólo pensarla desde la coordinación sectorial a través de la Secretaría de Salud y los gigantes institucionales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del instituto de Seguridad y Servicios Sociales del Estado (ISSSTE), además de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS).

Sino, pensar en las características y necesidades de cada región, haciendo la descentralización de política sectorial a regional, ya que existen zonas que requieren de la coordinación de 2 o más entidades, como lo es el ejemplo de la Metrópoli entre la ahora Ciudad de México y el Estado de México; así como por nivel de atención de los servicios de salud, dando prioridad al primer nivel de atención como parte de una política pública en materia de salud con orientación principal al cuidado de la salud y prevención de enfermedades. Lo cual, disminuiría la carga presupuestal de enfermedades crónico- degenerativas que generan gastos catastróficos, tales como la diabetes, donde México se coloca en primer lugar a nivel mundial en diabetes infantil, según la UNICEF.

Desde la entrada del Sistema de Protección Social en Salud, las políticas públicas con resultados en materia de salud, sea cual sea la institución de la que se traté, siempre generará logros parciales, ya que, si estos cuentan con convenio con la Comisión para el otorgamiento de servicios del Seguro Popular, unos se verán rebasados y otros subutilizados, debido a la alta demanda de atención de más del 50% de la población que no es derechohabiente formal. Por lo anterior, no considero factible pronunciarse a favor o en contra del éxito en el funcionamiento del programa, cuando existe un alto índice de quejas y denuncias por malos tratos y deficiencias en los servicios, cualquier institución de salud, pública o privada.

Quizás el gobierno tendría mayores resultados implementando la política pública central que deriva del Plan Nacional de Desarrollo, en el desarrollo de los programas sectoriales y regionales de donde se desprendan los objetivos principales. A efecto de que las instituciones de salud - federal y estatales-, adecuen sus estructuras y recursos para el cumplimiento de los objetivos de los servicios que de primera instancia irán a homologar.

Cualquier tema de salud deriva de un objetivo en la materia desde el PND, a su vez, éste tópico se desarrollaría en las líneas de acción a nivel nacional (programa sectorial) y por región (programa regional). De éste último se tendría que obtener un diagnóstico de la situación de infraestructura y finanzas por entidad: cuantos hospitales de primer, segundo y tercer nivel hay, la situación financiera en la que se encuentra la entidad, los servicios y prestaciones que otorga, sistemas informáticos que llevan por área, capacidad y población a la que atienden por región y por institución, intervenciones o enfermedades que cubren, equipo médico con que se cuenta, insumos, tipo de farmacia y catálogo de fármacos de distribución, número de camas, localización, hospitales aledaños, etc.

Asimismo, se considera que uno de los temas de mayor apremio, es la situación del personal médico, enfermería y administrativo de los hospitales. Que se generen condiciones para el aumento de salarios en las periferias, a efecto de que el personal se mantenga en las Delegaciones estatales y locales, en lugar de desfilarse al centro que es donde se encuentran los empleos mejor remunerados. Así como un riguroso seguimiento de la situación laboral de personal (principalmente médico y de enfermería), para evitar que se encuentren laborando en más de dos empleos, lo cual llega a mermar la situación física y mental de los trabajadores, derivando en una pésima atención. Llevando a cabo la descentralización del personal, los hospitales locales tendrían sus plantillas completas, y la atención de los pacientes sería mayor en calidad y calidez.

Una vez teniendo lo anterior, es verificar que las características se repartan (por ejemplo, en el caso de la población por atender) y de las que haya que homologar (criterios de tabuladores y servicios, etc.), para generar un esquema único para la prestación de servicios de salud por nivel de atención.

Tiene un reto titánico la Secretaría de Salud como coordinadora de sector, y es conciliar los mecanismos e instrumentos normativos para la consolidación en el intercambio de servicios, no sólo entre instituciones públicas, también las privadas, incluso con organismos internacionales como la Cruz Roja, todo con la finalidad de presentar un verdadero Sistema Universal de Salud para todos los mexicanos.

# Anexos

## 1. LISTA DE TERMINOS, SIGLAS Y ACRONIMOS

ASE	Aportación solidaria estatal
ASF	Aportación solidaria federal
Beneficiarios	Niños mexicanos nacidos a partir del primero de diciembre del 2006 que satisficieron los criterios de elegibilidad y los requisitos de las reglas de operación.
Beneficios	Intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud, padecimientos incluidos en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, intervenciones aplicables a los niños que no están considerados en ninguno de los conceptos previos.
Bienestar social	Se le llama al conjunto de factores que participan en la calidad de la vida de las personas en una sociedad y que hacen que su existencia posea todos aquellos elementos que dan lugar a la satisfacción humana o social.
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud. Relación de intervenciones médicas, medicamentos y servicios cubiertos por el Sistema de Protección Social en Salud seleccionados de conformidad con el artículo 77 bis 1 de la Ley General de Salud.
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con autonomía técnica administrativa y operativa cuya función consiste ejercer las atribuciones que en materia de protección social en salud le otorgan la Ley General de Salud el reglamento correspondiente y los demás ordenamientos aplicables
CONEVAL	Comisión Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
CPEUM	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
CUENTA PÚBLICA	Documento por medio del cual la Federación rinde cuentas sobre el origen, uso y destino de los recursos públicos del año previo. Éste, incluye información contable, presupuestaria y programática de los tres Poderes de la Unión y de los órganos autónomos, así como de las entidades que conforman el Sector Paraestatal. Además, incluye un análisis cualitativo de los indicadores de las finanzas del Sector Público Presupuestario.
CS	Cuota social
Decil de ingreso	Clasificación que ubica a los hogares del país conforme a su ingreso, que permite analizar su concentración de ingreso en una población para valorar equidad o inequidad conforme a la metodología que para el efecto haya realizado el INEGI para determinar el ingreso y gasto de los hogares.

DOF	Diario Oficial de la Federación
ECR	Evaluación de Consistencia y Resultados del CONEVAL
EED	Evaluación Específica de Desempeño del CONEVAL
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. Fondos sin límite de anualidad presupuestal que apoya el financiamiento del tratamiento de enfermedades de alto costo que generan gastos catastróficos
FPP	Fondo de Previsión Presupuestal
Gasto catastrófico	los que se derivan de aquellos tratamientos y medicamentos asociados, definidos por el Consejo de Salubridad General, que satisfagan las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, con criterios explícitos de carácter clínico y epidemiológico, seleccionadas con base en su seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social, que impliquen un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con la que ocurren.
Gasto de bolsillo	Gasto que destinan los ciudadanos para la atención en servicios de salud
Gasto per cápita en salud	Indicador que describe la media de gasto por persona en una familia
Gasto privado	Gasto que genera los privados en materia salud- por ejemplo. Los patrones.
Gasto publico	Gasto que genera el gobierno para satisfacer las necesidades de los ciudadanos en materia de salud.
Gasto total en salud	Gasto que se genera entre las aportaciones del Estado y de las familias para cubrir los servicios de salud.
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LGS	Ley General de Salud
Modelo o esquema de financiamiento	Esquema de financiamiento tripartito del Seguro Popular y sus componentes. (cuota social, ASE y ASF)
MOGSSA	Manual de Organización General de la Secretaría de Salud
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
OM	Objetivos del Milenio de las Naciones Unidas
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PAE	Programa de Acción Específico de la Secretaría de Salud
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PIB en salud	Producto Interno Bruto en salud
PND	Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012
PP	Política Pública

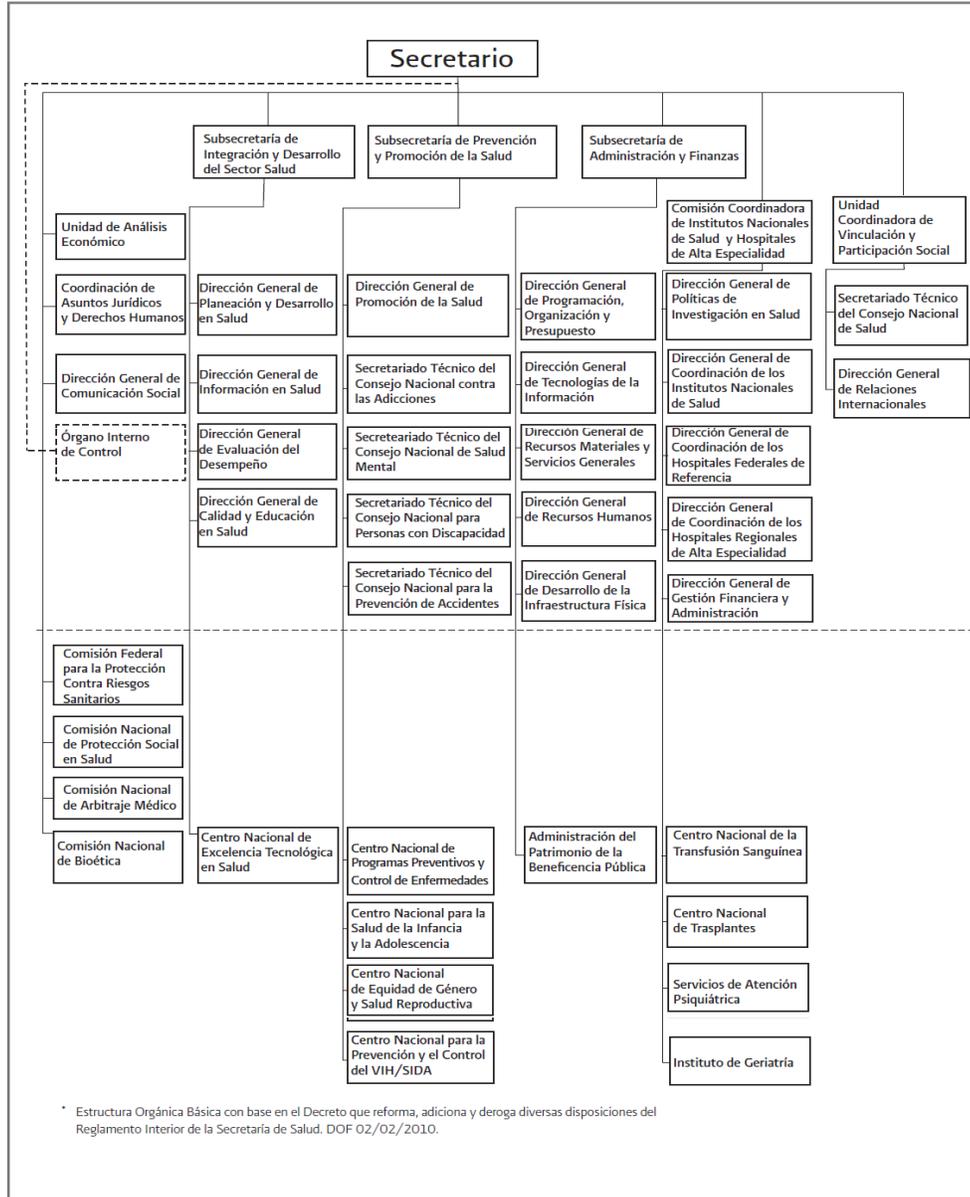
PRONASA	Programa Nacional de Salud 2007-2012
PROSESA	Programa Sectorial de Salud 2007-2012
Regímenes estatales o REPSS	Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. Estructuras administrativas dependientes de los servicios estatales de salud encargadas de garantizar las acciones de protección social en salud mediante el financiamiento y la coordinación eficiente oportuna y sistemática de la provisión de los servicios de salud a la persona en el SPSS, las cuales deberán realizar su actividad de manera independiente de la provisión de servicios de salud
Reglas de Operación	Disposiciones a las cuales se sujetan determinados programas y fondos federales con el fin de asegurar la aplicación transparente eficiente eficaz oportuna y equitativa de los recursos públicos asignados a los mismos
SED	Sistema de Evaluación de Desempeño de la SHCP
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
Sistema o SPSS	Sistema de Protección Social en Salud. Acciones que en materia de protección social en salud proveen los Regímenes Estatales de protección social en salud.
SMNG	Seguro Médico para una Nueva Generación
SS	Secretaría de salud
SSA	Secretaría de Salubridad y Asistencia
Servicios Estatales de Salud	Dependencias y entidades de los gobiernos de las entidades federativas independientemente de la forma jurídica que adopten que tengan por objeto la rectoría y la prestación de servicios de salud ya sea que éstas funciones ejerzan de manera consolidada o bien se provean de manera independiente por diversas dependencias u organismos públicos de los gobiernos de las entidades federativas y reglas de operación.
Tasa de mortalidad infantil	Número anual de muertes infantiles dividido por el número total de nacimientos en una región determinada.
Tasa de Natalidad	Cifra proporcional de los nacimientos que tienen lugar en una población y un periodo de tiempo determinados.

## Lista de cuadros y Tablas

	<b>Pág.</b>
<b>CUADRO 1.</b> Fases y características del proceso de política pública	<b>11</b>
<b>CUADRO 2.</b> Pirámide poblacional 1950, 1990, 2015	<b>20</b>
<b>CUADRO 3.</b> Evolución del Sistema de Salud Mexicano	<b>24</b>
<b>CUADRO 4.</b> Pirámides poblacionales por esquema de protección en salud en México, 2012	<b>25</b>
<b>CUADRO 5.</b> Clasificación de Instituciones de Salud	<b>26</b>
<b>CUADRO 6.</b> Esquema de financiamiento SPSS	<b>33</b>
<b>CUADRO 7.</b> Niveles de atención en salud.	<b>35</b>
<b>CUADRO 8.</b> Alineación de objetivos para el SMNG.	<b>42</b>
<b>CUADRO 9.</b> Número de afiliados al programa.	<b>43</b>
<b>CUADRO 10.</b> Presupuesto ejercido.	<b>45</b>
<b>CUADRO 11.</b> Intervenciones cubiertas por el CAUSES.	<b>47</b>
<b>CUADRO 12.</b> Porcentaje de avance en el proceso de acreditación para el CAUSES.	<b>50</b>

# Estructura orgánica de la Secretaría de Salud

## ESTRUCTURA ORGÁNICA BÁSICA \* ESTRUCTURA DICTAMINADA POR LA SECRETARÍA DE SALUD



\* Estructura Orgánica Básica con base en el Decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. DOF 02/02/2010.

FUENTE: Unidad de Transparencia de la Secretaría de Salud, 2015.

## 4. Estructura orgánica de la CNPSS

<b>COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</b>		
<b>DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS</b>		
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE NORMATIVIDAD	DIRECCIÓN DE CONTRATOS Y CONVENIOS	SUBDIRECCIÓN DE ASUNTOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS
	DIRECCIÓN DE LEGISLACIÓN Y CONSULTA	SUBDIRECCIÓN DE ASUNTOS CONSULTIVOS
	SUBDIRECCIÓN DE COORDINACIÓN OPERATIVA EN ENTIDADES FEDERATIVAS	DEPARTAMENTO DE INTEGRACIÓN DE RESULTADOS
		DEPARTAMENTO DE SUPERVISIÓN OPERATIVA
DIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS	SUBDIRECCIÓN DE CONTABILIDAD	DEPARTAMENTO DE REGISTRO DE OPERACIONES
	SUBDIRECCIÓN DE PRESUPUESTO	DEPARTAMENTO DE REGISTRO Y CONTROL
DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS	SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO DE PERSONAL	DEPARTAMENTO DE CAPACITACIÓN Y EVALUACIÓN
	SUBDIRECCIÓN DE CONTROL DEL PERSONAL	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS AL PERSONAL
DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES	DEPARTAMENTO DE ADQUISICIONES
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS GENERALES	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE APOYO
	SUBDIRECCIÓN DE COORDINACIÓN OPERATIVA EN ENTIDADES FEDERATIVAS	DEPARTAMENTO DE SUPERVISIÓN OPERATIVA
<b>DIRECTOR GENERAL DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN</b>		
DIRECCIÓN DE COORDINACIÓN OPERATIVA	SUBDIRECCIÓN DE ENLACE INSTITUCIONAL	DEPARTAMENTO DE ENLACE OPERATIVO
	SUBDIRECCIÓN DE SEGUIMIENTO OPERATIVO	DEPARTAMENTO DE SUPERVISIÓN ZONA CENTRO NORTE
		DEPARTAMENTO DE SUPERVISIÓN ZONA SUR
DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN Y PROCEDIMIENTOS	SUBDIRECCIÓN DE PROCEDIMIENTOS	DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS DE PROCEDIMIENTOS
		DEPARTAMENTO DE MÉTODOS
DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL PADRÓN	SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DEL PADRÓN	DEPARTAMENTO DE CONTROL Y OPERACIÓN DE BASES DE DATOS
		DEPARTAMENTO DE EMISIÓN DE INFORMACIÓN
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y TRANSFERENCIA DE RECURSOS	DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y GESTIÓN DE RECURSOS ZONA CENTRO SUR
		DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y GESTIÓN DE RECURSOS ZONA NORTE
	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN	DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS GEOGRÁFICO
		DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE COBERTURA
DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y AFILIACIÓN	SUBDIRECCIÓN DE CAPACITACIÓN EN PROMOCIÓN Y AFILIACIÓN	DEPARTAMENTO DE AFILIACIÓN
		DEPARTAMENTO DE CAPACITACIÓN EN PROMOCIÓN Y AFILIACIÓN
	SUBDIRECCIÓN DE ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN Y AFILIACIÓN	
DIRECCIÓN DE SISTEMAS DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN	SUBDIRECCIÓN DE SISTEMA DE AFILIACIÓN	DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN DE SISTEMAS DE AFILIACIÓN
	SUBDIRECCIÓN DE SISTEMAS DE OPERACIÓN	DEPARTAMENTO DE OPERACIÓN DE CREDENCIALES
<b>DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN CON ENTIDADES FEDERATIVAS</b>		
DIRECCIÓN DE DIFUSIÓN	SUBDIRECCIÓN DE RELACIONES PÚBLICAS	DEPARTAMENTO DE RELACIONES INTERINSTITUCIONALES
	SUBDIRECCIÓN DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	
DIRECCIÓN DE ENLACE CON ENTIDADES FEDERATIVAS	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN A ENTIDADES	DEPARTAMENTO DE SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL
DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN CIUDADANA	DEPARTAMENTO DE VINCULACIÓN SOCIAL
DIRECCIÓN DE MERCADEO SOCIAL		

<b>DIRECTOR GENERAL DE FINANCIAMIENTO</b>	
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE SUBSIDIOS	
DIRECCIÓN DE CÁLCULO Y ANÁLISIS FINANCIERO	
SUBDIRECCIÓN DE APORTACIONES ESTATALES	DEPARTAMENTO DE REGISTRO Y APORTACIONES SOLIDARIAS
SUBDIRECCIÓN DE CÁLCULO	DEPARTAMENTO DE INTEGRACIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN FINANCIERA
SUBDIRECCIÓN DE SEGUIMIENTO Y APLICACIÓN DE LOS RECURSOS	DEPARTAMENTO DE VERIFICACIÓN PRESUPUESTAL
SUBDIRECCIÓN DE ANÁLISIS	
DIRECCIÓN DE GESTIÓN Y CONTROL PRESUPUESTAL	
SUBDIRECCIÓN DE CONTROL CONTABLE	DEPARTAMENTO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO
SUBDIRECCIÓN DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO	DEPARTAMENTO DE REGISTRO
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y APLICACIÓN DE FONDOS	
SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE FONDOS	DEPARTAMENTO DE REGISTRO Y CONTROL DE INFORMACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE COORDINACIÓN OPERATIVA EN ENTIDADES FEDERATIVAS	DEPARTAMENTO DE APOYO A LA CELEBRACIÓN DE ACUERDOS CONVENIOS ACTAS Y SEGUIMIENTO DE ACUERDOS
	DEPARTAMENTO DE VINCULACIÓN OPERATIVA Y RELACIONES INTERINSTITUCIONALES
DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS E INSTRUMENTOS	
SUBDIRECCIÓN DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN	DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN Y ANÁLISIS TÉCNICO
SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO	DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS Y PROCESOS
<b>DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</b>	
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE PLANES	
SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA EXTRAMUROS	DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN ESTATAL
SUBDIRECCIÓN DE PRIORIZACIÓN DE SERVICIOS	DEPARTAMENTO DE CALIDAD
SUBDIRECCIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN AL ASEGURADO	DEPARTAMENTO DE AUDITORIA MEDICA
	DEPARTAMENTO DE SUPERVISIÓN MÉDICA
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	
SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE REGISTROS CLÍNICOS	DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN
	DEPARTAMENTO DE INTEGRACIÓN DE INFORMACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE ANÁLISIS DE RIESGOS Y SINIESTRALIDADES	DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS DE COSTOS
DIRECCIÓN DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	
SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO DE ESTRATEGIAS ORGANIZACIONALES	DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS ORGANIZACIONAL
SUBDIRECCIÓN DE NORMATIVIDAD GERENCIAL	DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS GERENCIALES
DIRECCIÓN DE PROGRAMAS ESTRATÉGICOS EN ÁREAS RURALES E INDIGENAS	
SUBDIRECCIÓN DE PROCESOS	DEPARTAMENTO DE INTEGRACIÓN Y SEGUIMIENTO
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN	
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN Y SUPERVISIÓN	DEPARTAMENTO DE SUPERVISIÓN CENTRO SUR
	DEPARTAMENTO DE SUPERVISIÓN ZONA NORTE OCCIDENTE
	JEFE DE DEPARTAMENTO DE SUPERVISIÓN OPERATIVA
<b>DIRECTOR GENERAL DE PROCESOS Y TECNOLOGIA</b>	
DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN DE PROYECTOS TECNOLOGICOS	
SUBDIRECCIÓN DE PROCESOS Y LOGÍSTICA	DEPARTAMENTO DE IMPLEMENTACIÓN DE PROCESOS TECNOLÓGICOS
SUBDIRECCIÓN DE PROYECTOS TECNOLÓGICOS	
DIRECCIÓN DE SEGUIMIENTO Y GESTIÓN DE PROCESOS	
SUBDIRECCIÓN DE CERTIFICACIÓN DE PROVEEDORES	DEPARTAMENTO DE REGISTRO DE PROVEEDORES
SUBDIRECCIÓN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PROCESOS	DEPARTAMENTO DE SEGUIMIENTO
	DEPARTAMENTO DE SEGUIMIENTO 2
	DEPARTAMENTO DE SEGUIMIENTO 3

<b>DIRECTOR GENERAL DE PROCESOS Y TECNOLOGÍA</b>		
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN DE PROYECTOS TECNOLÓGICOS	
	SUBDIRECCIÓN DE PROCESOS Y LOGÍSTICA	
		DEPARTAMENTO DE IMPLEMENTACIÓN DE PROCESOS TECNOLÓGICOS
	SUBDIRECCIÓN DE PROYECTOS TECNOLÓGICOS	
	DIRECCIÓN DE SEGUIMIENTO Y GESTIÓN DE PROCESOS	
	SUBDIRECCIÓN DE CERTIFICACIÓN DE PROVEEDORES	
		DEPARTAMENTO DE REGISTRO DE PROVEEDORES
	SUBDIRECCIÓN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PROCESOS	
		DEPARTAMENTO DE SEGUIMIENTO
		DEPARTAMENTO DE SEGUIMIENTO 2
		DEPARTAMENTO DE SEGUIMIENTO 3
<b>DIRECTOR GENERAL DEL PROGRAMA PROSPERA</b>		
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO OPERATIVO	
	SUBDIRECCIÓN DE COORDINACIÓN	
		DEPARTAMENTO DE DISEÑO OPERATIVO vCARD
	SUBDIRECCIÓN DE SEGUIMIENTO OPERATIVO	
		DEPARTAMENTO DE MONITOREO
	DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN	
	SUBDIRECCIÓN DE DIFUSIÓN DE INFORMES	
		DEPARTAMENTO DE GENERACIÓN DE INFORMES
	SUBDIRECCIÓN DE INTEGRACIÓN DE INFORMACIÓN	
		DEPARTAMENTO DE SISTEMATIZACIÓN
	DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN	
	SUBDIRECCIÓN DE INTEGRACIÓN Y SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL	
		DEPARTAMENTO DE SEGUIMIENTO Y CONTROL PRESUPUESTAL
	SUBDIRECCIÓN DE SUPLEMENTO ALIMENTICIO	
		DEPARTAMENTO DE REGISTRO Y CONTROL DEL SUPLEMENTO ALIMENTICIO
<b>TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL</b>		
	TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORIA INTERNA	
	SUBDIRECCIÓN DE AUDITORIA INTERNA	
		AUDITOR 1
		AUDITOR 2
		AUDITOR 3
		AUDITOR 4
		AUDITOR 5
		AUDITOR 6
	TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORÍA PARA DESARROLLO Y MEJORA DE LA GESTIÓN PÚBLICA	
	SUBDIRECCIÓN DE AUDITORÍA PARA DESARROLLO Y MEJORA DE LA GESTIÓN PÚBLICA	
		CONSULTOR 1
		CONSULTOR 2
		CONSULTOR 3
		CONSULTOR 4
	TITULAR DEL ÁREA DE RESPONSABILIDADES Y TITULAR DEL ÁREA DE QUEJAS	
	SUBDIRECCIÓN DE QUEJAS Y RESPONSABILIDADES	
		ABOGADO 1
		ABOGADO 2
		ABOGADO 3
		ABOGADO 4
		ABOGADO 5
		ABOGADO 6
	COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA	

FUENTE: Unidad de Enlace de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2015

# BIBLIOGRAFÍA

- Auditoría Superior de la Federación 2014, Auditoria al Desempeño 13-0-12U00-07-0214, DS-055, a la CNPSS del programa Seguro Médico Siglo XXI. Consultado el 23 enero 2016 en: [http://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2013i/Documentos/Auditorias/2013\\_0214\\_a.pdf](http://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2013i/Documentos/Auditorias/2013_0214_a.pdf)
- Aguilar Villanueva, Luis F. Comp. (2010) *Política Pública*, Ed. Siglo XXI, 2ª reim, México, pp. 175.
- Aguilar Villanueva, Luis F. (2000) *El estudio de las políticas públicas*, Ed. Miguel Ángel Porrúa, 3ª reimp., México, 281 p.
- Aguilar Villanueva, Luis F. (1993) *Problemas públicos y agenda de gobierno*, Ed. Miguel Ángel Porrúa, 1ª ed., México, 287 p.
- Bardach, Eugene (1998) *Los ocho pasos para el análisis de políticas públicas. Un manual para la práctica*. Ed. Miguel Ángel Porrúa - CIDE, 5ª reimp., México, 150 p.
- Blanco, Amalio; Díaz, Darío; 2005. "El bienestar social: su concepto y medición". *Psicothema*, num. Sin mes, pp. 582-589.
- Bobbio, Norberto (1989), *Estado, gobierno y sociedad. Por una teoría general de la política*, Ed. FCE, México, 244 p.
- CONEVAL (2010), Informe de la Evaluación Específica de Desempeño del Seguro Médico para una Nueva Generación, 2008-2009.
- CONAPO (2005), Tasa de mortalidad infantil en México 2005, consultado en mayo de 2013 en: [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Base\\_de\\_datos](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Base_de_datos)
- Cordera, Rolando y Alicia Ziccardi, 2000, Las políticas sociales en México al fin del milenio, descentralización diseño y gestión, IISUNAM, Miguel A. Porrúa, Coordinación de Humanidades, UNAM, México
- Curcio Curcio, Pascualina. *Metodología para la evaluación de políticas públicas de salud*, Politeia, vol. 30, núm. 38, enero-junio, 2007, pp. 59-85, Universidad Central de Venezuela, Venezuela. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170018285003>

- Gutiérrez JP, Hernández-Ávila M. (2013) “Cobertura de protección en salud y perfil de la población sin protección en México, 2000-2012” en *Revista Salud Pública*, México supl 2:S83- S90
- INEGI, (2005) *Clasificación de instituciones de salud - Histórica*, consultado el 18 de mayo de 2016 en: [http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/aspectosmetodologicos/clasificadoresycatalogos/doc/clasificacion\\_de\\_instituciones\\_de\\_salud.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/aspectosmetodologicos/clasificadoresycatalogos/doc/clasificacion_de_instituciones_de_salud.pdf)
- Ley General de Salud (2003), Art. 77 Bis, Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2003
- Ley General de Salud, (2012) Art. 77 Bis, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 07 de junio de 2012
- Ley General de Salud (2016), publicado en el Diario Oficial de la Federación el 01 de junio de 2016
- Ley del Seguro Social (2015), publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de noviembre de 2015.
- Manual de Organización General de la Secretaría de Salud, Segunda Sección, (DOF-17-08-2012)
- Merino, Mauricio (2013), Políticas públicas: Ensayo sobre la intervención del Estado en la solución de problemas públicos, 1ª ed., México D.F., Centro de Investigación y docencia Económicas., 192 p.
- OCDE (2015), *Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014 México en comparación*, Consultado el 20 de agosto de 2016 en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf>
- Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006.
- Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.
- Programa Nacional de Salud 2001-2006.
- Programa Nacional de Salud 2007-2012.
- Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

- Secretaría de Salud (2012) Historia del Seguro Popular, Consultado el 11 de diciembre del 2012 en; <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx>
- Secretaría de Salud (2005), Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos, 1ª edición, México, pp.102.
- Seguro popular (2012) Evaluación de consistencia de resultados del Seguro Popular 2011-2012
- SHCP (2008), Cuenta Pública de Salud 2008
- SHCP (2009), Cuenta Pública de Salud 2009
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects (2015), Population Pyramids of the World from 1950 to 2100, consultado el 12 de enero de 2016 en:
  - a) <http://populationpyramid.net/mexico/1950/>,
  - b) <http://populationpyramid.net/mexico/1990/>,
  - c) <http://populationpyramid.net/mexico/2015/>
- Unidad de Enlace de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2015), Solicitud de información con número de folio 1210200013915 mediante oficio No. CNPSS-UE-391-2015 de fecha 17 de septiembre de 2015, México.
- Unidad de Transparencia de la Secretaría de Salud (2015), Solicitud de información con número de folio 0001200350015 de fecha 03 de septiembre de 2015, México.