

RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD DEL ESTADO DE OAXACA

INFORME DE RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.

“AFILIADOS AL SEGURO POPULAR”

INFORME DE HALLAZGOS 2018

Contenido:

CRÉDITOS.....	2
ABREVIATURAS.....	3
1. RESUMEN EJECUTIVO.....	4
2. METODOLOGÍA	5
DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA.....	5
2.1. PLANEACIÓN.....	7
ACTIVIDADES ESPECÍFICAS.....	7
2.2. APLICACIÓN DE CÉDULAS DEL MOSESS EN LOS DIFERENTES NIVELES DE ATENCIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS.	7
ACTIVIDADES ESPECÍFICAS.....	7
2.3. REGISTRO EN LA HERRAMIENTA TECNOLÓGICA MOSESS.....	8
ACTIVIDADES ESPECÍFICAS.....	8
2.4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE LAS CÉDULAS MOSESS.	8
ACTIVIDADES ESPECÍFICAS.....	8
2.5. SEGUIMIENTO.	9
ACTIVIDADES ESPECÍFICAS.....	9
3. INFORME DE HALLAZGOS.....	9
3.1 AVANCES EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS PROGRAMADAS EN EL PLAN DE SUPERVISIÓN ANUAL 2018.....	9
3.2 RESULTADOS.....	10
• 3.2.1 ENCUESTA MOSESS DE SATISFACCIÓN AL BENEFICIARIO	10
• Escolaridad	11
• Aspectos de Aseguramiento.	12
• Motivo de consulta.....	13
• Atención recibida.....	15
• Tiempo de espera.	17
• Surtimiento de medicamentos.....	18
• Gasto de bolsillo	20
• Reembolso.....	21
• Trato digno.	22
• Discriminación.	23
• Gestor del Seguro Popular.	25

CRÉDITOS

- **TITULAR DEL RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD DEL ESTADO DE OAXACA**

Dr. Juan Carlos Márquez Heine.

Director General

- **COORDINADOR DEL ANEXO VIII DEL RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD DEL ESTADO DE OAXACA**

Mtro. Carlos Alberto Mendoza Ehrenzweig

Director de Planeación y Evaluación

- **TITULAR DE LA DIRECCIÓN DE ÁREA**

Dra. Mariel Pizarro Castellanos

Directora de Gestión de Servicios de Salud

ABREVIATURAS

- **SPSS:** Sistema de Protección Social en Salud
- **CNPSS:** Comisión Nacional de Protección Social en Salud
- **DGSS:** Dirección General de Gestión de Servicios de Salud
- **SSO:** Servicios de Salud de Oaxaca
- **REPSS:** Régimen Estatal de Protección Social en Salud
- **DGSS:** Dirección de Gestión de Servicios de Salud
- **MOSSESS:** Modelo de Supervisión y Seguimiento Estatal de Servicios de Salud
- **CAUSES:** Catálogo Universal de Servicios de Salud
- **CS:** Centro de Salud
- **HBC:** Hospital Básico Comunitario
- **HG:** Hospital General

1. RESUMEN EJECUTIVO

Con base en lo establecido en el **Apéndice B**, Criterios Generales de la Dirección de Gestión de Servicios de Salud del **Anexo VIII-2018** del Acuerdo de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Oaxaca para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), se presenta el siguiente **Informe de Resultados de la Encuesta De Satisfacción** que corresponde a los meses de abril a diciembre del 2018.

Durante los tres periodos de la aplicación de las encuestas: el primero comprendido del mes de abril a junio; el segundo periodo de actividades comprendido de julio a septiembre y por último los meses de octubre a diciembre, de acuerdo a lo programado en el **Plan Anual de Supervisión del Apéndice B**, (en su componente de encuesta al beneficiario) se realizaron labores de supervisión en el 1^{er}, 2^o y 3^{er} nivel de atención las Jurisdicciones Sanitarias de 01 “Valles Centrales”, 02 “Istmo”, 03 “Tuxtepec”, 04 “Costa”, 05 “Mixteca” y 06 “Sierra”.

Anexo a lo anterior se realizaron las entrevistas a los beneficiarios del Seguro Popular que recibieron la atención médica en las unidades de salud supervisadas, por medio de personal capacitado en procesos interculturales; ya que en Oaxaca es una tierra de diversidad cultural y lingüística.

Los resultados que a continuación se presentan corresponden a 668 encuestas de satisfacción del usuario realizadas en 176 Unidades Médicas de Atención a la Salud de Primer y 4,096 encuestas a beneficiarios realizadas en 34 unidades de segundo nivel y 2 de tercer nivel. Dichas evaluaciones se realizaron con los instrumentos enviados por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Los rubros evaluados mediante las encuestas de satisfacción fueron los siguientes:

- Datos Generales del beneficiario. (estadística poblacional)
- Escolaridad;
- Aspectos de Aseguramiento;
- Motivo de Consulta;
- Atención recibida;
- Tiempo de espera;
- Surtimiento de medicamento;
- Gasto de bolsillo;
- Reembolso;
- Trato Digno;
- Discriminación.

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar información fehaciente, oportuna y confiable para establecer las estrategias que eleven la satisfacción del usuario y atender a sus expectativas de atención a la salud en los diferentes niveles de atención, así como monitorear la calidad y oportunidad en la atención que se les brinda a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), a través del Modelo de Supervisión y Seguimiento Estatal de Servicios de Salud (MOSESS).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Verificar la información proporcionada a los afiliados al seguro popular al momento de su afiliación, así como, verificar el cumplimiento de lo establecido en el ACUERDO por el que se emiten los Lineamientos de Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud de fecha 08 de mayo de 2018, en su artículo NOVENO y DECIMO SEXTO y lo establecido en la Guía de Afiliación y Operación en su rubro 3.- Póliza de Afiliación y constancia del registro de la solicitud de afiliación punto 13. póliza de afiliación y 14. Carta de Derechos y Obligaciones.

Determinar cuáles son los motivos por los cuales el afiliado acude a las unidades de salud.

Establecer cuáles son las áreas de oportunidad para que el afiliado reciba un trato digno, de calidad y con equidad.

Analizar el desempeño de los servicios prestados a los afiliados al SPSS, identificar las problemáticas y causas que obstaculizan el logro de los resultados óptimos esperados.

Monitorear el desempeño de los servicios prestados a los afiliados al SPSS, a partir de medir y comparar los resultados e indicadores establecidos de forma previa, con la finalidad de determinar los avances y/o logros obtenidos de la supervisión.

Implementar acciones y estrategias orientadas a atender las áreas de oportunidad detectadas durante los procesos de supervisión seguimiento y/o evaluación del desempeño de los servicios prestados a los afiliados al SPSS, con un enfoque de mejora continua.

Realizar conclusiones y recomendaciones, con el fin de contar con elementos para la toma de decisiones enfocadas a garantizar el acceso a los servicios de salud de calidad y contribuir a la tutela de derechos.

2. METODOLOGÍA

DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA

El sistema metodológico que se utilizó se fundamenta en la ejecución del denominado “Ciclo de Supervisión”, el cual está integrado por **cuatro procesos** que consistió en lo siguiente:
Todas las actividades del Ciclo de Supervisión están descritas y contenidas en el PLAN INTEGRAL DE SUPERVISIÓN ANUAL DEL ANEXO VIII – 2018, que estableció el Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Oaxaca.



Aunado y de manera concreta para el tema de Encuestas de Satisfacción del beneficiario se utilizó el siguiente proceso en líneas de acción:



Proceso alineado a los establecido en el **Apéndice B**, Criterios Generales de la Dirección de Gestión de Servicios de Salud del **Anexo VIII-2018**, en su punto 5. Modelo de Supervisión y Seguimiento Estatal de Servicios de Salud (MOSESSE)

2.1. PLANEACIÓN

En este proceso se establecen el Plan de Supervisión Anual donde además de las visitas de supervisión a las unidades salud de los tres niveles de atención que brindan los servicios médicos a nuestros afiliados se establecen los criterios para la aplicación de las encuestas de satisfacción dirigidas al beneficiario.

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS

- Elaborar el Plan de Supervisión Anual, que incluye un calendario de visitas a las unidades de atención a la salud.
- Planeación de los recursos financieros y materiales necesarios para ejecutar el Plan de Supervisión Anual.
- Creación de herramientas específicas (cédulas, encuestas, bases de datos, entre otras herramientas que consideren necesarias) para el proceso de supervisión.
- Revisar los instrumentos establecidos por la CNPSS en el Manual Técnico para la aplicación de cédulas MOSESS y adecuarlos a las necesidades del estado de Oaxaca.
- Capacitar al personal que ejecutará las labores de campo y gabinete.

2.2. APLICACIÓN DE CÉDULAS DEL MOSESS EN LOS DIFERENTES NIVELES DE ATENCIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS.

Ejecución del calendario de visitas a las unidades médicas de primer nivel donde se aplicarán las encuestas de satisfacción, ejecución de las líneas de acción por los Gestores del Seguro Popular y por los Gestores Itinerantes del Seguro Popular para la aplicación de la encuesta de Satisfacción de los beneficiarios del Seguro Popular.

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS

- Presentación y acreditación del grupo de supervisión con el director o encargado de las áreas administrativas de las unidades médicas para realizar la supervisión y hacer de su conocimiento la metodología y aplicación de la encuesta de satisfacción.

- Presentación del Supervisor o Gestor del Seguro Popular con la persona a entrevistar y determinación si es beneficiario del Seguro Popular.
- Explicar y e informar al afiliado de la privacidad y metodología para la aplicación de la encuesta de satisfacción.
- Aplicación de la encuesta de satisfacción, atendiendo a las dudas y clarificando cada uno de los reactivos donde el beneficiario solicite apoyo.
- Recolección de las observaciones y/o comentarios; además de la firma autógrafa del afiliado.

2.3. REGISTRO EN LA HERRAMIENTA TECNOLÓGICA MOSSESS.

Se registran todas las Cédulas aplicadas a los beneficiarios de manera sistemática en la plataforma tecnológica proporcionada por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS

- Validación de las cédulas y de la información contenida en ellas, por parte de los gestores y supervisores del seguro popular.
- Captura de la información en la plataforma tecnológica MOSSESS.
- Digitalización de las cédulas e integración de los expedientes correspondientes.
- Resguardar la información impresa y digital siguiendo la normatividad de clasificación archivística vigente.

2.4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE LAS CÉDULAS MOSSESS.

Presentación de informes trimestrales, semestrales para el análisis en el Régimen de Protección Social en Salud del Estado de Oaxaca y anual solicitado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. La finalidad es la generación de acuerdos entre el REPSSEO y SSO para generar un Plan de Acción de Mejora que contenga estrategias para solventar las problemáticas detectadas en la supervisión.

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS

- Elaborar los informes que contengan la información cuantitativa y cualitativa resultado de la aplicación de las encuestas de satisfacción del beneficiario, aplicada en los diferentes niveles de atención de las unidades médicas de los Servicios de Salud de Oaxaca.

2.5. SEGUIMIENTO.

Establecer conjuntamente con los Servicios de Salud del Estado de Oaxaca un plan de monitoreo para los hallazgos y realizar acuerdos con los Servicios de Salud del Estado, para garantizar la tutela de los derechos de los afiliados.

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS

- Efectuar reuniones trimestrales con los Servicios Estatales de Salud y los titulares de las unidades administrativas y/o áreas de las que dependan jerárquicamente los prestadores de servicios para mostrar el informe de hallazgos de la supervisión y los resultados específicos de las encuestas de satisfacción del beneficiario.
- Elaborar un Plan de Acción de Mejora entre el REPSSEO y los Servicios de Salud de Oaxaca en el que se definan las estrategias y acciones que se instrumentarán para solventar las problemáticas detectadas en la supervisión.
- Elaborar informes de seguimiento, que deberá contener los avances, hallazgos, cumplimiento de las recomendaciones efectuadas y la implementación de estrategias de mejora.
- Enviar un informe de seguimiento semestral a la CNPSS y a los Servicios de Salud, en los meses de julio 2018 y enero de 2019.
- Revisar la información de las actividades y mejoras realizadas en las unidades administrativas y médicas para dar cumplimiento a los acuerdos establecidos entre el REPSS y SSO en tiempo y forma.

3. INFORME DE HALLAZGOS

3.1 AVANCES EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS PROGRAMADAS EN EL PLAN DE SUPERVISIÓN ANUAL 2018

Durante el este año 2018 se supervisaron 210 unidades en los tres niveles de atención, de las cuales 176 pertenecían al primer nivel de atención, 32 al segundo nivel de atención y 2 más de tercer nivel. Además de haber realizado 4,764 encuestas de satisfacción a los afiliados de sistema de protección social en salud.

Avance del plan de trabajo para la aplicación de encuestas de satisfacción.

Indicador	Programado Anual	Programado abril-junio	Realizado abril-junio	Programado julio-septiembre	Realizado julio-septiembre	Programado octubre-diciembre	Realizado octubre - diciembre	Porcentaje de avance anual
Encuestas aplicadas por supervisores en primer nivel.	2,035	679	203 (29.90%)	679	260 (38.29%)	677	205 (30.28%)	668 (32.82%)
Encuestas aplicadas por Gestores del Seguro Popular en primer nivel.	2,573	858	1512 (176.22%)	858	1341 (163.17%)	858	1858 (216.55%)	4057 (159.97%)
Totales	4,608	1,537	1,715 (111.59%)	1,537	1,601 (104.17%)	1,537	2,063 (134.22%)	4,764 (103.39%)

*Programado y ejecutado para el ejercicio 2018.

3.2 RESULTADOS

3.2.1 ENCUESTA MOSSSESS DE SATISFACCIÓN AL BENEFICIARIO

Se aplicaron 4764 encuestas a beneficiarios en las unidades programadas de las Jurisdicciones Sanitarias 01 "Valles Centrales", 02 "Istmo", 03 "Tuxtepec", 04 "Costa", 05 "Mixteca y 06 "Sierra.

Encuestas aplicadas por nivel de atención.

Nivel de Atención	Número de Unidades.	Número de Encuestas aplicadas	Porcentaje
Primer nivel (urbano)	50	1513	31.76%
Primer nivel (rural)	126	392	8.23%
Segundo nivel	32	2584	54.23%
Tercer nivel	2	275	5.78%
TOTALES	210	4764	100%

Fuente: elaboración propia

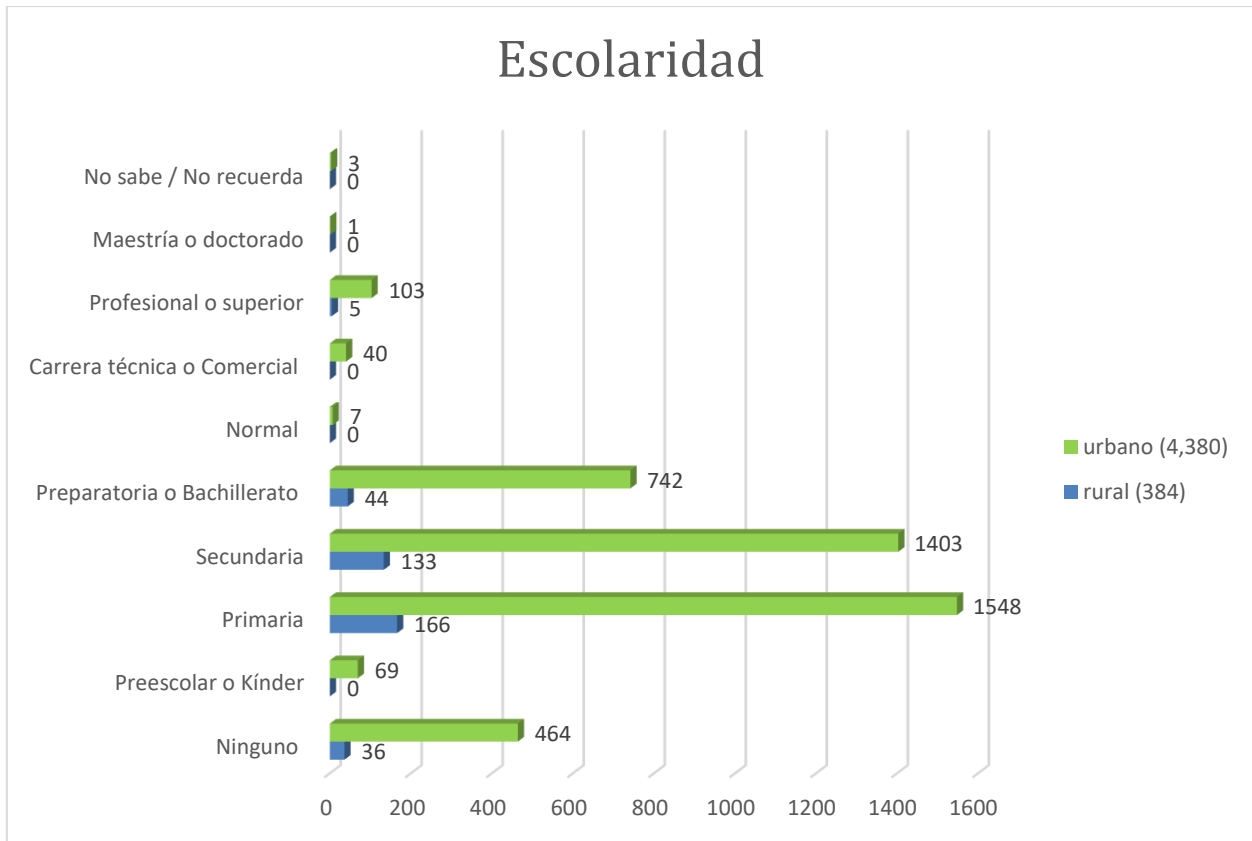
Para el logro de objetivos se requirió de la participación de 58 Gestores del Seguro popular y 8 supervisores de campo, con esta estrategia se consiguió superar la meta ampliamente y darle certeza al proceso de la aplicación de la encuesta de satisfacción; también es importante señalar que las encuestas fueron aplicadas en los tres niveles de atención.

Escolaridad.

Uno de los factores evaluados fue el grado de escolaridad de los beneficiarios, como acciones y/o estrategias transversales, puede contribuir con los Gestores del Seguro Popular para que promuevan la adopción de conductas de prevención de enfermedades entre los afiliados, acordes con sus grupos etarios. (incluye salud bucal).

Numero de respuestas por beneficiario entrevistado.		
Nivel de escolaridad.	Número de beneficiarios zona rural	Número de beneficiarios zona urbana
Ninguno	36	464
Preescolar o Kinder	0	69
Primaria	166	1,548
Secundaria	133	1,403
Preparatoria o Bachillerato	44	742
Normal	0	7
Carrera técnica o Comercial	0	40
Profesional o superior	5	103
Maestría o doctorado	0	1
No sabe / No recuerda	0	3
TOTAL.	384	4380
Fuente: elaboración propia		

Gráfica 1. Número de beneficiarios por escolaridad.



Fuente: elaboración propia

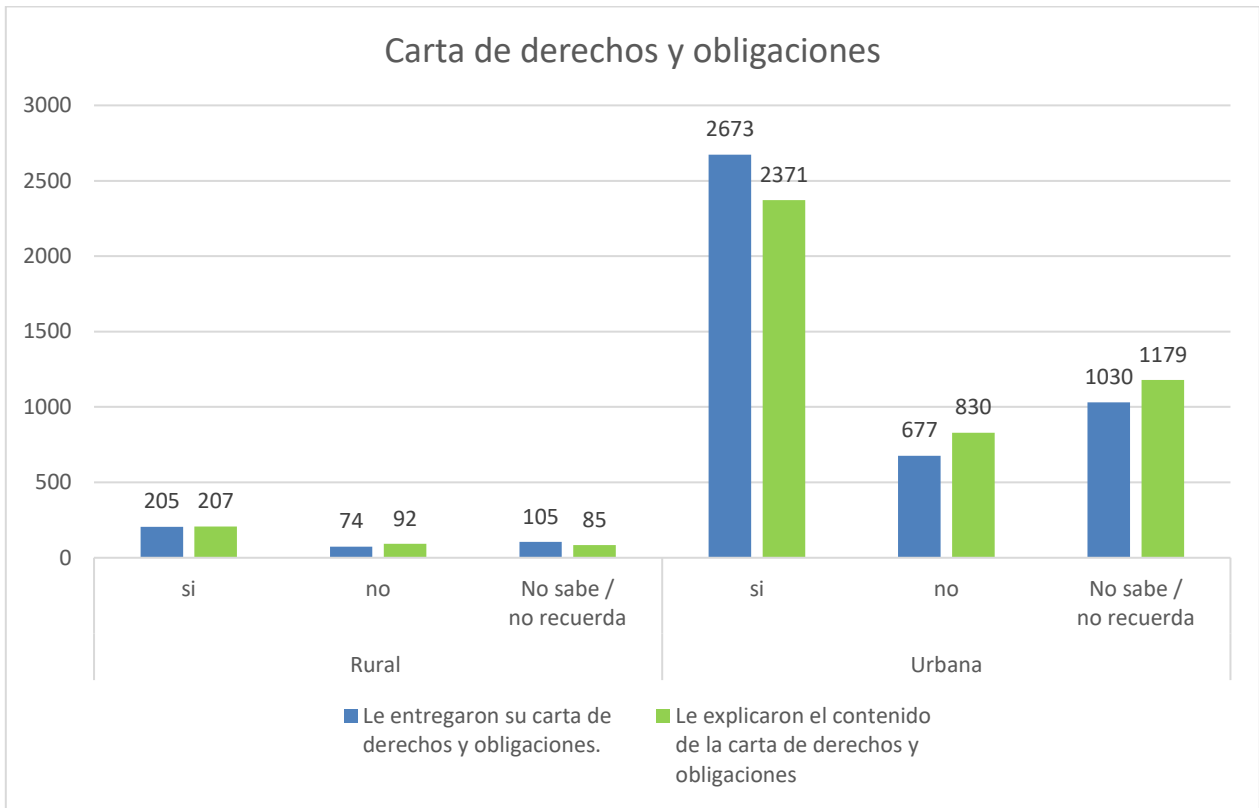
● Aspectos de Aseguramiento.

Uno de los derechos de los afiliados al Seguro Popular es que se les proporcione la póliza de afiliación y carta de derechos y obligaciones, la póliza de afiliación es el documento que acredita a los ciudadanos como beneficiarios del Seguro Popular y la carta de derechos y obligaciones contiene los 16 derechos y las 11 obligaciones a las que están sujetos los derechohabientes al momento de firmar de conformidad la póliza de afiliación.

Numero de respuestas por beneficiario entrevistado.									
Reactivo	Zona rural			Zona urbana			Porcentaje		
	si	no	No sabe / no recuerda	si	no	No sabe / no recuerda	si	no	No sabe / no recuerda
Le entregaron su carta de derechos y obligaciones	205	74	105	2673	677	1030	60.40%	15.77%	23.83%
Totales	si	2878		no	751		No sabe / no recuerda		1135

Le explicaron el contenido de la carta de derechos y obligaciones	207	92	85	2371	830	1179	54.10%	19.36%	26.54%
Totales	si	2578	no	922	No sabe / no recuerda		1264		

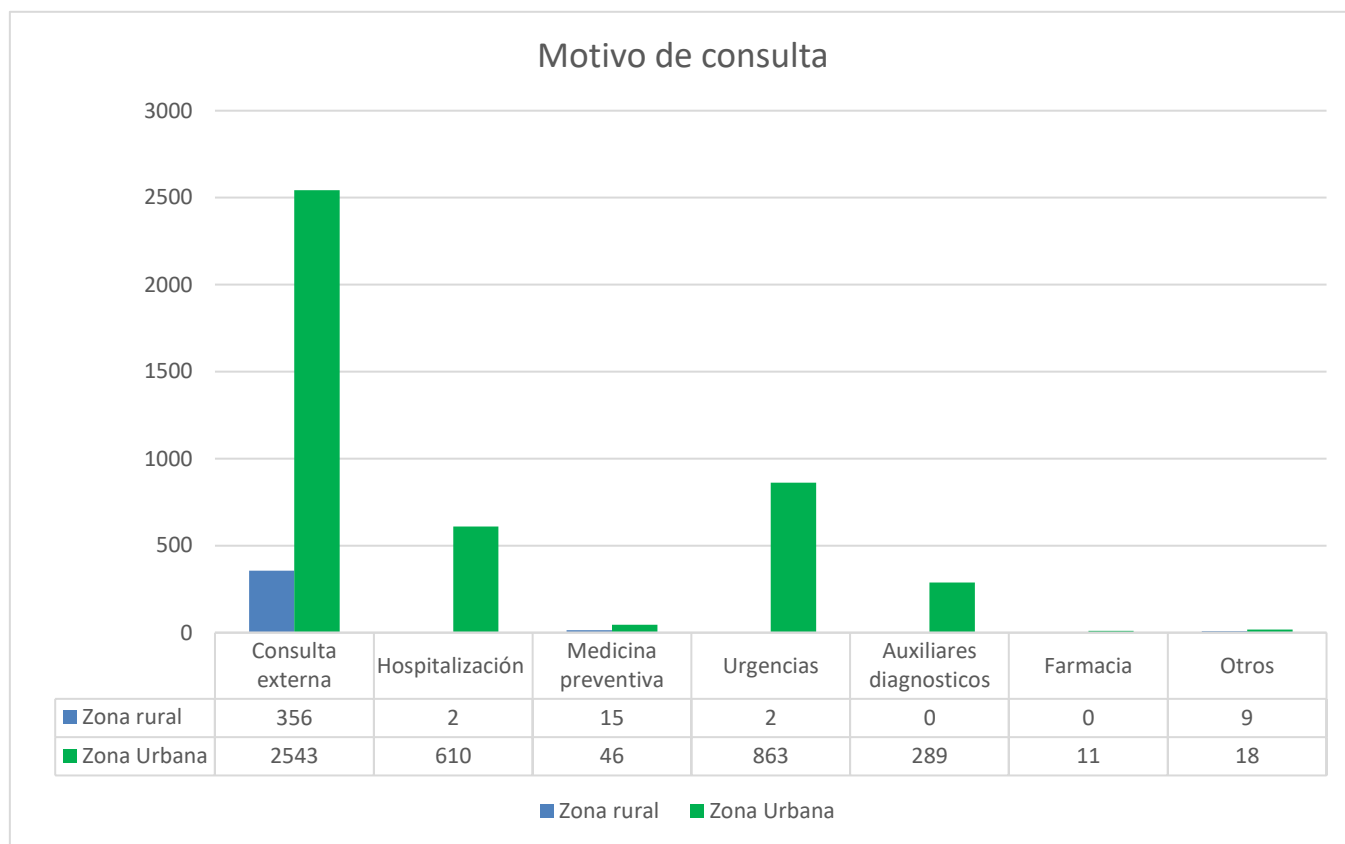
Fuente: elaboración propia



Fuente: elaboración propia

● **Motivo de consulta**

Los motivos por los cuales acuden los beneficiarios del Seguro Popular a las unidades de salud de los diferentes niveles nos permiten anticipar los recursos materiales, financieros y humanos para atender a sus expectativas de una atención oportuna, con profesionales de la salud competentes, seguridad de recibir una atención de calidad y ser atendidos bajo los principios éticos de la práctica médica.



Fuente: elaboración propia

Se observa que el 92.71% de los afiliados encuestados en las zonas rurales acude a las unidades de primer nivel por motivos de **consulta externa** y el 58.06 % de los afiliados en las zonas urbanas acude a **consulta externa**.

El tercer derecho de los pacientes menciona que todo paciente tiene derecho a “Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz”. Con la finalidad de que pueda decidir libremente acerca de su tratamiento o tenga oportunidad de solicitar una segunda opinión médica.

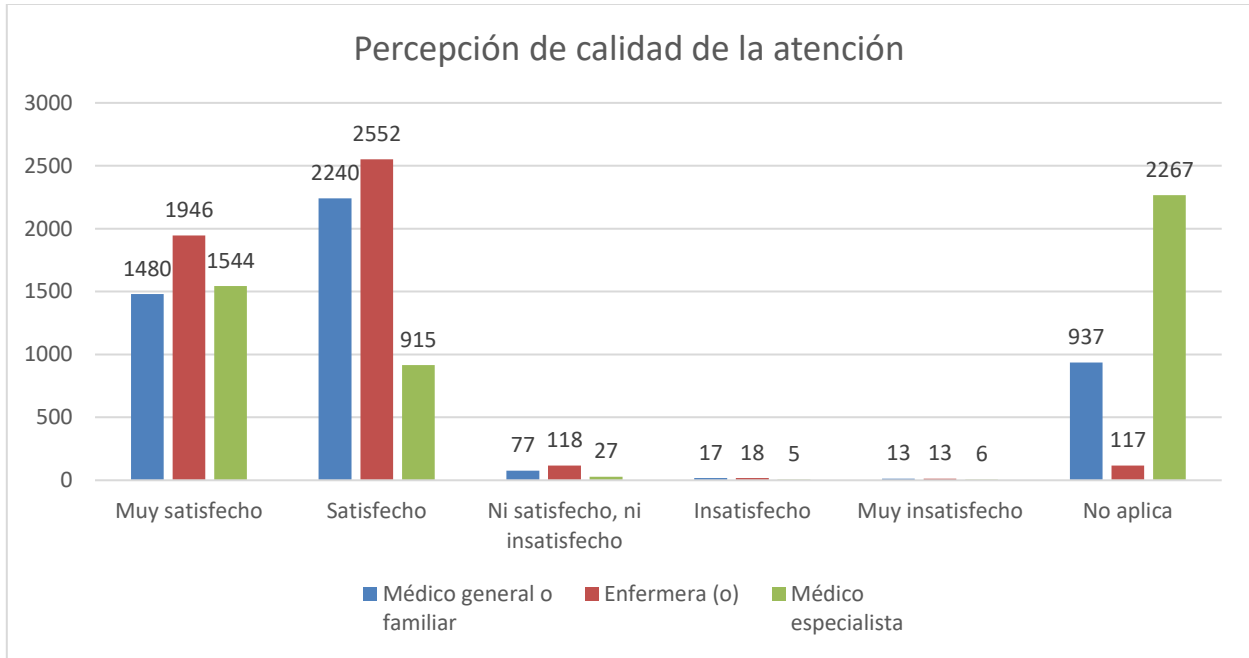
Encuestas aplicadas por nivel de atención.				
Reactivo	si	no	Porcentajes	
			si	no
Le brindaron información clara de su padecimiento	4701	63	98.67%	1.33%
El beneficiario entendió la información que el médico le proporciono con relación a su padecimiento	4679	85	98.22%	1.78%

Fuente: elaboración propia

Los principales motivos por los cuales el beneficiario no entendió la información que el médico le brindó acerca de su padecimiento fueron:

- El beneficiario hablaba algún dialecto y no entendió bien la explicación en español
- Uso de tecnicismos y lenguaje complicado de entender por el afiliado.
- No se le proporciono ninguna información.

Los beneficiarios evaluaron la atención recibida por parte de los profesionales de la salud de la siguiente manera:

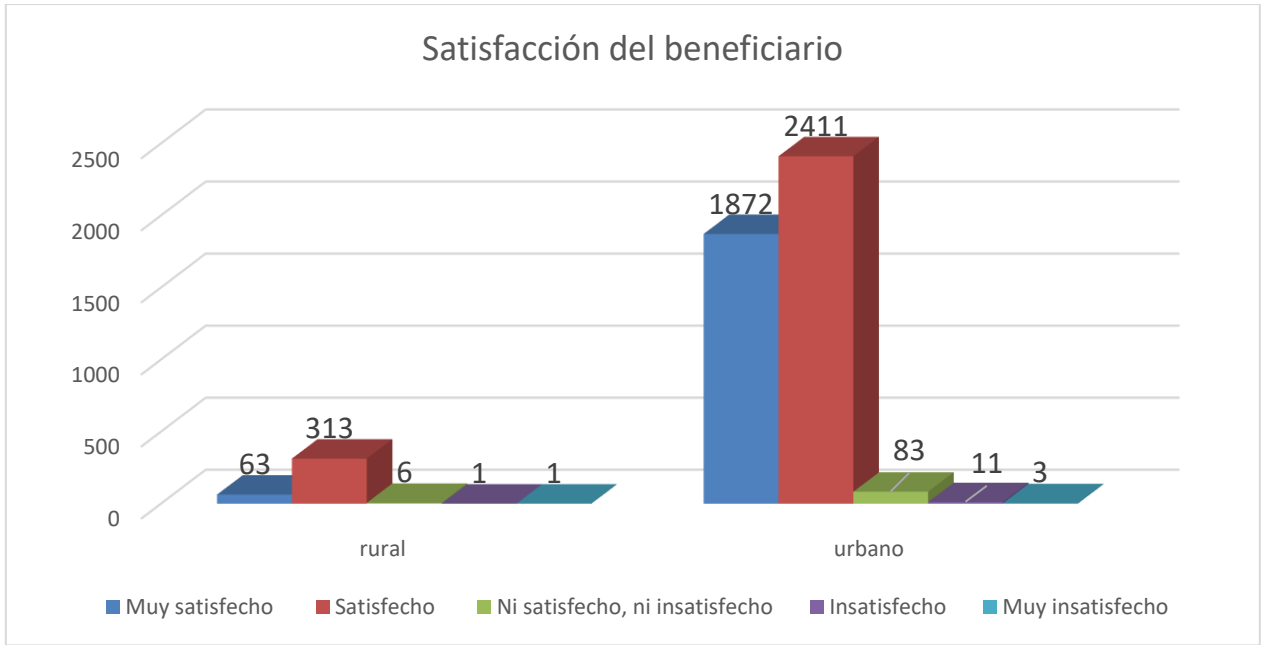


Fuente: elaboración propia

En su mayoría los beneficiarios manifestaron estar muy satisfechos con la atención brindada por los profesionales de la salud. **Redactar los porcentajes más sobresalientes.**

● Atención recibida

Los motivos por los cuales acuden los beneficiarios del Seguro Popular a las unidades de salud de los diferentes niveles nos permiten anticipar los recursos materiales, financieros y humanos para atender a sus expectativas de una atención oportuna, con profesionales de la salud competentes, seguridad de recibir una atención de calidad y ser atendidos bajo los principios éticos de la práctica médica.



Fuente: elaboración propia

Redactar los porcentajes más sobresalientes.

● Tiempo de espera.

Para coadyuvar con los Servicios de Salud de Oaxaca en la identificación de áreas de oportunidad para reducir los tiempos de espera para que los beneficiarios reciban consulta externa; esto alineado con el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) y los “LINEAMIENTOS OPERATIVOS DEL SISTEMA DE MONITOREO PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD PRIMER NIVEL” en su punto 7.1.4.1. Indicador de Tiempo de Espera en Consulta Externa que establece los tiempos de espera de la siguiente manera:

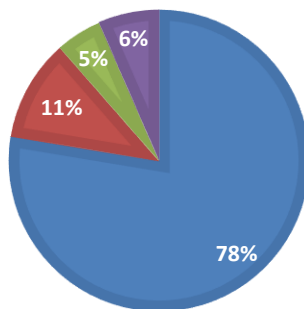
- 30 minutos para el Servicio de Consulta Externa, Área Urbana.
- 50 minutos para el Servicio de Consulta Externa, Área Rural.

Rangos de tiempos de espera por tipología de las unidades.			
Rango de espera	Zona rural	Rango de espera	Zona urbana
de 1 a 30 minutos	298	de 1 a 50 minutos	2,553
de 31 minutos a 60 minutos	42	de 51 minutos a 90 minutos	1,063
de 61 a 90 minutos	19	de 91 a 120 minutos	208
más de 90 minutos	25	más de 120 minutos	556
TOTAL	384	TOTAL	4,380

Fuente: elaboración propia

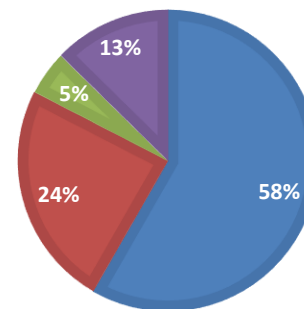
TIEMPOS DE ESPERA ZONA RURAL

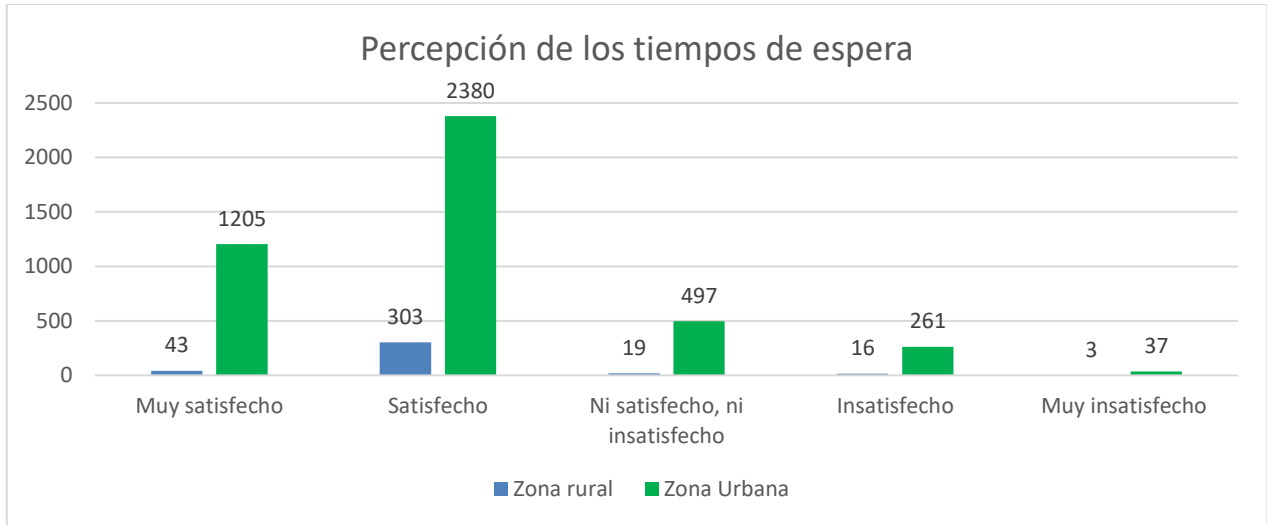
- de 1 a 50 minutos
- de 50 minutos a 90 minutos
- de 90 a 120 minutos
- mas de 120 minutos



TIEMPOS DE ESPERA ZONA URBANA

- de 1 a 30 minutos
- de 30 minutos a 60 minutos
- de 60 a 90 minutos
- mas de 90 minutos



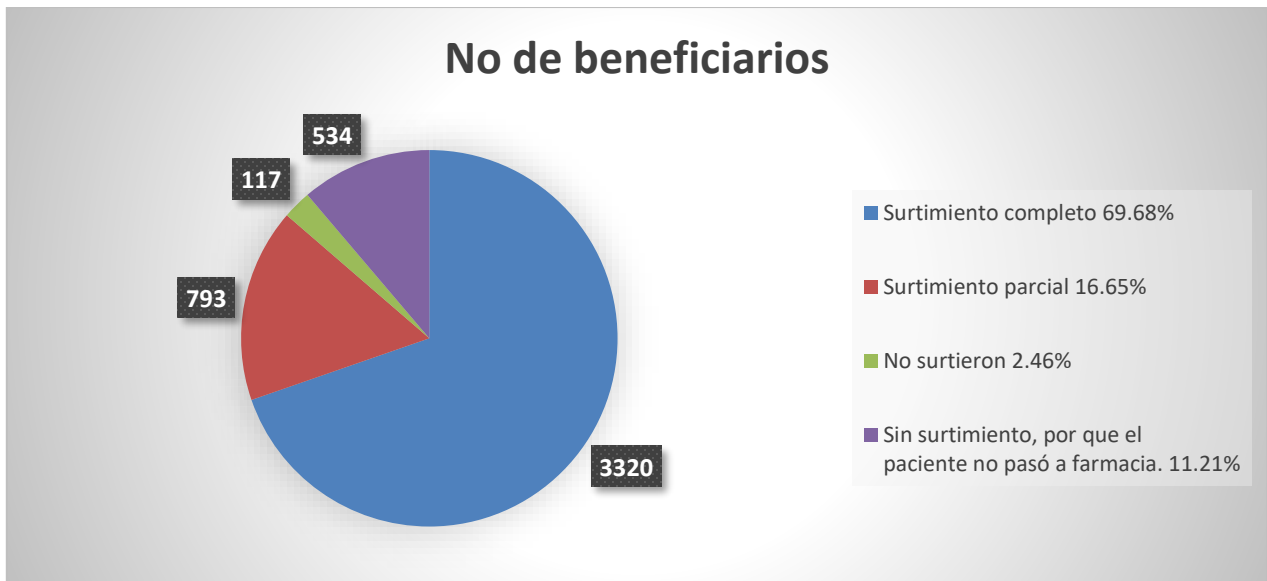


Fuente: elaboración propia

● Surtimiento de medicamentos

El Catálogo Universal de los Servicios de Salud que es el documento de referencia del Sistema de Protección Social en Salud, donde se describen las intervenciones médicas a las que tiene derecho el beneficiario del Seguro Popular y que además enlista las 633 claves de medicamentos que se tienen contempladas para atender las 294 intervenciones del CAUSES.

En el ámbito Estatal se cuenta con un catálogo de 134 claves de medicamentos para primer nivel; 288 claves de medicamentos para Hospitales Generales y 280 claves de medicamentos para Hospitales Básicos Comunitarios, por lo que por medio de la encuesta de satisfacción se observa el cumplimiento de este derecho.



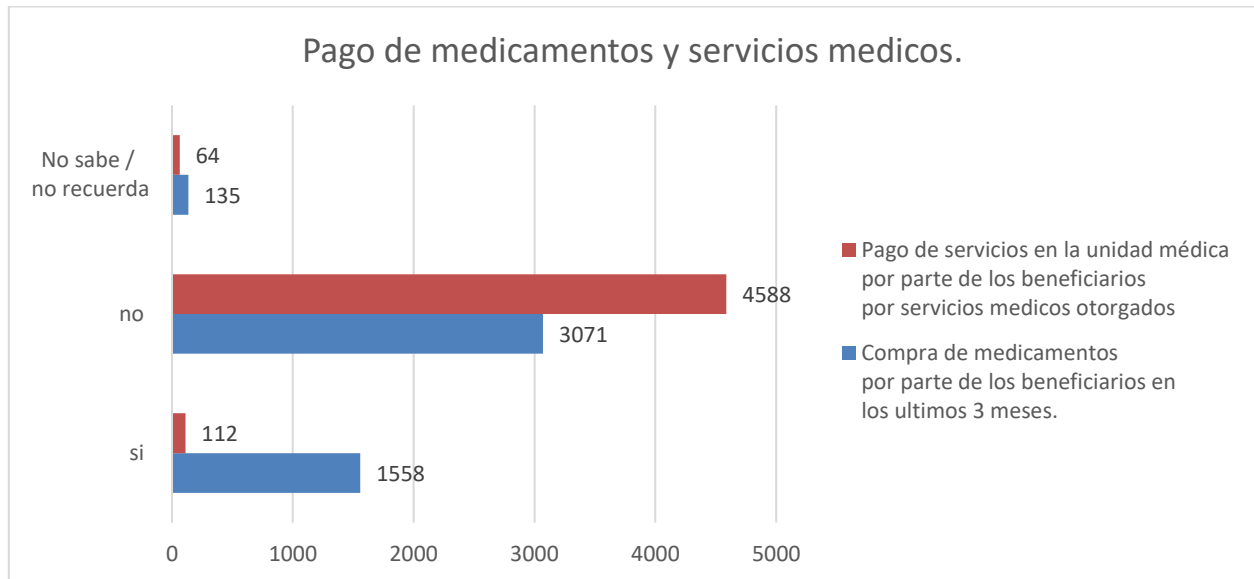
Entre los 706 medicamentos que los beneficiarios manifestaron que no les fue surtido, se presentan los 15 más frecuentes sin surtimiento:

No	Medicamento	Numero de menciones	Porcentaje proporcional de los mencionados
1	FUMARATO FERROSO TABLETA	114	6.23%
2	KETOROLACO SOLUCIÓN INYECTABLE	49	2.68%
3	PARACETAMOL TABLETA	45	2.46%
4	COMPLEJO B TABLETA, COMPRIMIDO O CÁPSULA	44	2.40%
5	METFORMINA TABLETA	35	1.91%
6	OMEPRAZOL O PANTOPRAZOL SOLUCIÓN INYECTABLE	33	1.80%
7	SULFATO FERROSO TABLETA	32	1.75%
8	ATORVASTATINA TABLETA	25	1.37%
9	NAPROXENO TABLETA	25	1.37%
10	LOSARTÁN GRAGEA O COMPRIMIDO RECUBIERTO	22	1.20%
11	CEFALEXINA TABLETA O CÁPSULA	20	1.09%
12	PARACETAMOL SOLUCIÓN INYECTABLE	20	1.09%
13	INSULINA GLARGINA SOLUCIÓN INYECTABLE	17	0.93%
14	LORATADINA TABLETA O GRAGEA	16	0.87%
15	AMBROXOL SOLUCIÓN	15	0.82%

● Gasto de bolsillo

En cumplimiento al artículo 77 bis 1 y 77 bis 21 de la Ley General de Salud, “EL ESTADO” adoptará las medidas necesarias para que el beneficiario del Sistema no realice ningún pago por intervenciones, medicamentos o insumos contenidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud y las intervenciones cubiertas del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. Sin perjuicio de lo anterior, se deberá observar lo establecido en el artículo 77 bis 28 de la citada Ley, para los servicios que determine el Consejo de Salubridad General. (ANEXO V, TUTELA DE DERECHOS 2018)

Situación que se observa para analizar el grado de cumplimiento a este derecho de los afiliados.



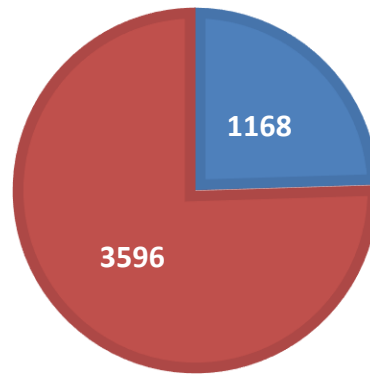
No	Servicios pagados por beneficiarios	Numero de menciones	Porcentaje proporcional de los mencionados
1	Consulta	40	35.71%
2	Estudios de laboratorio y/o gabinete	44	39.29%
3	Atención en urgencias	1	0.89%
4	Farmacia	9	8.04%
5	Hospitalización	2	1.79%
6	Instrumental o equipo médico	15	13.39%
7	Limpieza o mantenimiento	1	0.89%
Total, de menciones		112	100%

● **Reembolso.**

En atención a lo dispuesto en el Anexo V, Tutela de Derechos 2018, en su punto 4. Gasto de Bolsillo, en su segundo párrafo ““EL ESTADO”, deberá adoptar las medidas necesarias para difundir a los beneficiarios del Sistema, los procedimientos y requisitos para atender el reintegro por gasto de bolsillo, así como las condiciones en que proceda realizarlo...” y con la finalidad de establecer las estrategias para difundir este derecho entre los afiliados, se observa el número de beneficiarios que conocen este beneficio.

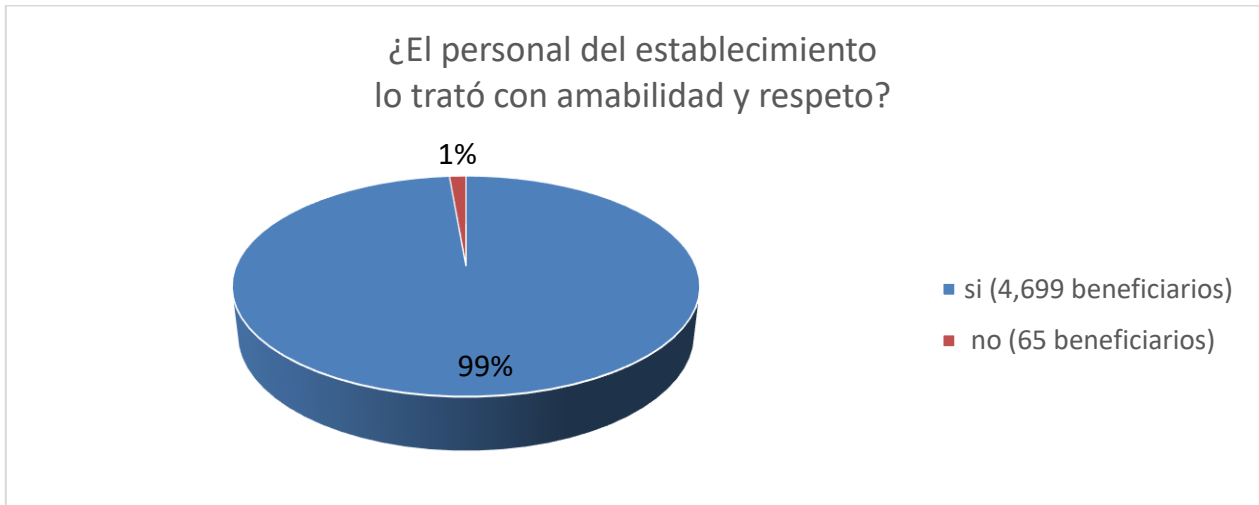
¿CONOCE EL PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA DEVOLUCIÓN DEL PAGO POR COBRO INDEBIDO?

■ si (24.52%) ■ no (75.49%)



● **Trato digno.**

Conforme a la definición otorgada por la Secretaría de Salud en su Dirección General de Evaluación del Desempeño que a la letra dice: “Es el derecho de los usuarios a ser tratados como personas en toda la extensión de la palabra más que como pacientes debido a la relación asimétrica que la enfermedad o discapacidad puede establecer. Involucra el derecho de libertad de movimientos, el respeto a la privacidad e intimidad de las personas y el ser tratado cordialmente por todo el personal del sistema”

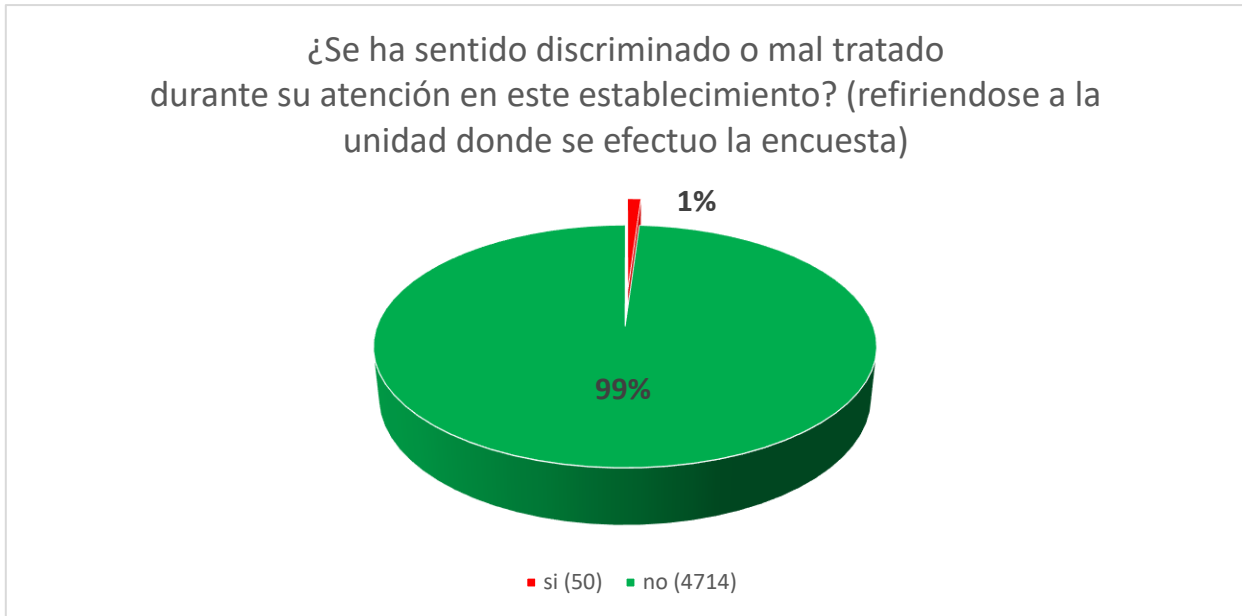


No	Personal que los beneficiarios manifiestan que no fueron respetuosos y amables.	Numero de menciones	Porcentaje proporcional de los mencionados
1	Médico del consultorio	9	13.85%
2	Médico de Urgencias	7	10.77%
3	Enfermería	20	30.77%
4	Farmacia	1	1.54%
5	Trabajo Social	6	9.23%
6	Banco de sangre	2	3.08%
7	Archivo	4	6.15%
8	Vigilancia	12	18.46%
9	Limpieza	4	6.15%
Total, de menciones		65	100%

● Discriminación.

Entre los preceptos principales del Sistema de Protección Social en Salud encontramos lo dispuesto en el 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.

Sin duda es de relevancia conocer la percepción del beneficiario y establecer los casos de discriminación por cualquier motivo.



No	Personal que los beneficiarios manifiestan los discriminaron.	Numero de menciones	Porcentaje proporcional de los mencionados
1	Médico del consultorio	10	20.00%
2	Médico de Urgencias	10	20.00%
3	Enfermería	16	32.00%
4	Farmacia	2	4.00%
5	Trabajo Social	5	10.00%
6	Banco de sangre	0	0.00%
7	Archivo	2	4.00%
8	Vigilancia	5	10.00%
9	Limpieza	0	0.00%
Total, de menciones		50	100%

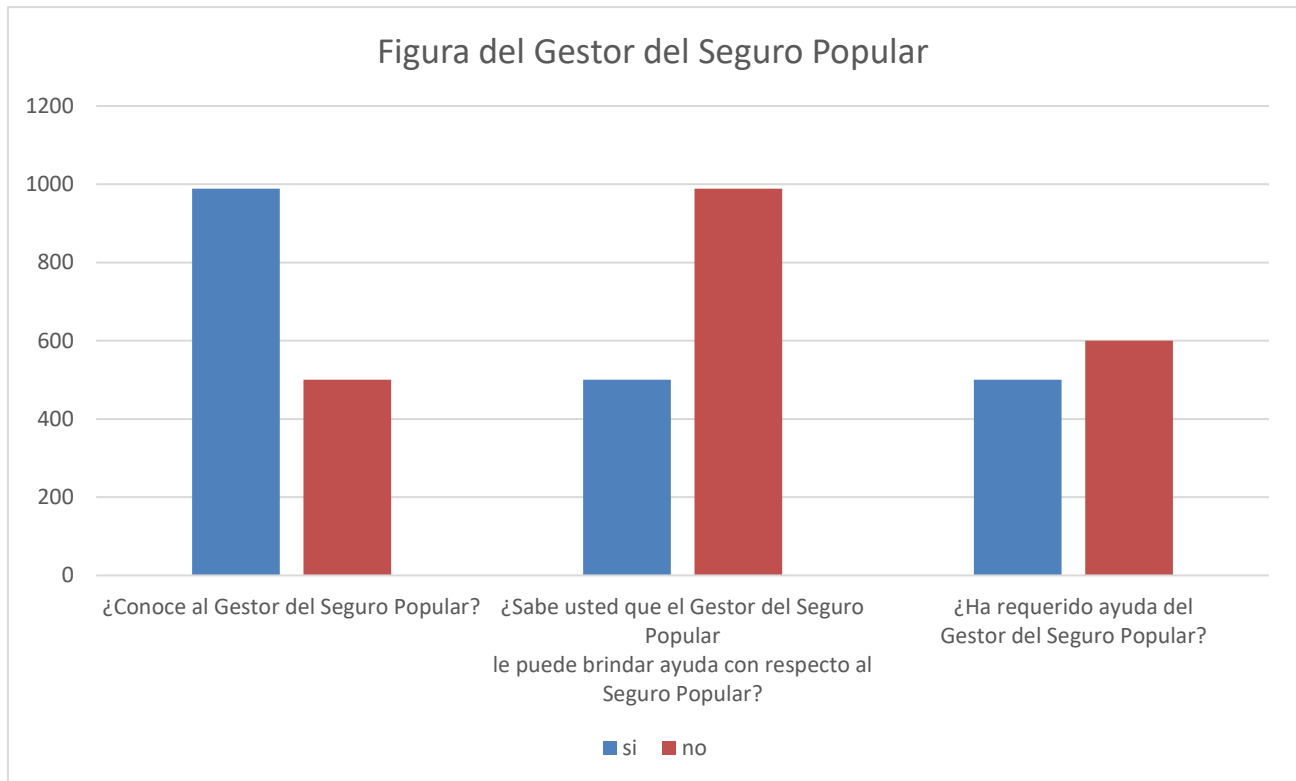
No	Motivos de discriminación	Numero de menciones	Porcentaje proporcional de los mencionados
1	Edad	0	0.00%
2	Apariencia Física	9	18.75%
3	Condición socioeconómica	8	16.67%
4	Género	0	0.00%
5	Forma de vestir	4	8.33%
6	Costumbre o cultura	5	10.42%
7	Preferencia sexual	0	0.00%
8	Discapacidad	2	4.17%
9	Otros.	20	41.67%
Total, de menciones		48	100%

Como parte complementaria el personal que entrevisto a los beneficiarios, les pregunto ¿Desea presentar una queja? De los beneficiarios que respondieron positivamente, se presenta a continuación los motivos por los cuales decidieron presentar su inconformidad:

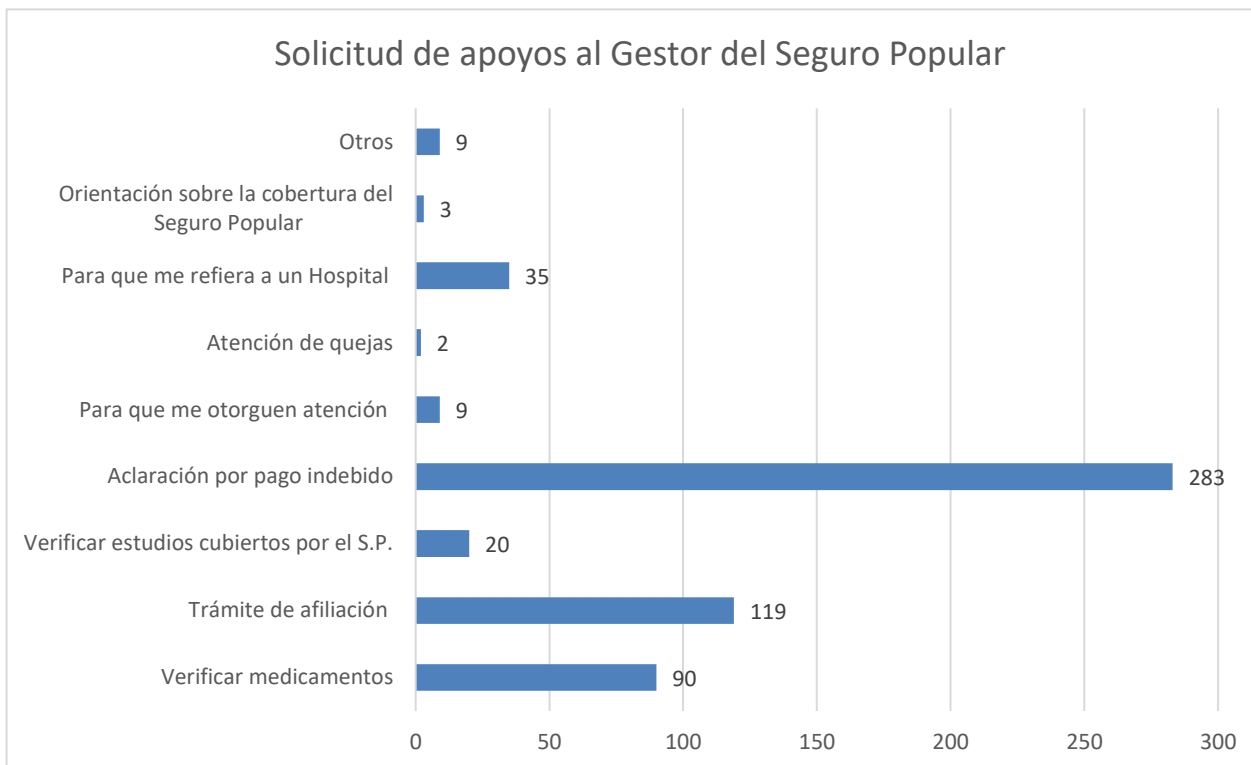
No	Motivos de la queja	Numero de menciones	Porcentaje proporcional de los mencionados
1	Atención recibida	15	9.85%
2	Tiempo de espera	26	17.11%
3	Entrega de medicamentos	67	44.08%
4	Cobro o pago.	12	7.90%
5	Infraestructura	0	0%
6	Otros.	32	21.06%
Total, de menciones		152	100%

Gestor del Seguro Popular.

Un elemento de importancia es la figura del Gestor del Seguro Popular, que se encarga de orientar a nuestros beneficiarios en temas de acceso efectivo, calidad y gratuidad, a los que tienen derecho como afiliados al Seguro Popular. Por lo que para mejorar es necesario encontrar las áreas de oportunidad y tomar en cuenta la percepción que tienen los beneficiarios de la figura del Gestor del Seguro Popular.



De las 669 personas que afirmaron haber solicitado la ayuda del Gestor del Seguro Popular los motivos por los que recurrieron por apoyo fueron:



No	¿Qué tanto se resolvió el trámite solicitado al Gestor del Seguro Popular?	Numero de menciones	Porcentaje proporcional de los mencionados
1	Totalmente	82	32.41%
2	Parcialmente	47	18.58%
3	No se resolvió.	8	11.07%
Total, de menciones		253	100%

No	Calificación otorgada por los beneficiarios al Gestor del Seguro Popular	Numero de menciones	Porcentaje proporcional de los mencionados
1	Muy buena	82	32.41%
2	Buena	47	18.58%
3	Regular	35	20%
4	Mala	34	20%



5	Muy mala	8	11.07%
Total, de menciones		253	100%

HOJA DE FIRMAS

Dra. Mariel Pizarro Castellanos
Directora de Gestión de Servicios de Salud

Dr. Miguel Ángel Vichido Luna.
Subdirector de Garantía a Beneficiarios.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Oaxaca
JUNTOS CONSTRUIMOS EL CAMBIO



SEGURO POPULAR
SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD