

***Evaluación del Desempeño del Régimen
Estatad de Protección Social en Salud de
Oaxaca, 2013.***

30 de mayo 2014

Índice

Resumen ejecutivo.

Introducción.

- **Objetivos de la evaluación.**

I. Marco normativo.

II. Determinantes Sociales de la Salud en el estado de Oaxaca.

III. Diagnósticos sobre el Sistema Protección Social en Salud (SPSS) en Oaxaca a partir de las evaluaciones y encuestas institucionales.

III.1 Afiliación.

III.2 Gestión de Servicios de Salud.

III.3 Gestión Financiera.

III.4 Administración y Organización.

IV. Evaluación y áreas de mejora.

IV.1 Financiera.

IV.2 Gerencial.

IV.3 De impacto.

V. Indicadores para medir el desempeño del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) en el estado de Oaxaca.

Conclusiones.

Bibliografía.

Anexos.

Anexo I Metodología.

Anexo II Estudio de caso: Análisis de población indígena y el uso de los servicios de salud.

Anexo III Tablas de tasas de mortalidad 1990-2012.

Resumen Ejecutivo

La evaluación inicia con el diagnóstico del marco normativo, aspectos orgánicos, funcionales y presupuestales del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) en la entidad. El propósito es delimitar claramente los ámbitos de responsabilidad Federal y local, así como las atribuciones del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS), con relación a los Servicios Estatales de Salud de Oaxaca.

En México se ha definido como indicador del éxito de las políticas públicas en materia de salud, el resultado favorable que se registra en las condiciones de salud de las personas. Para ponderar objetivamente el impacto de dichas políticas, es importante considerar dos elementos fundamentales en su evaluación: los determinantes sociales de la salud y los resultados en la salud, estos últimos solamente son posible apreciarlos en el mediano y largo plazos.

El cambio demográfico, la transición epidemiológica, las diferencias regionales en los niveles de vida, la pobreza y la desnutrición; aunado al medio ambiente, la desigualdad educativa, el desempleo y la precariedad laboral, constituyen determinantes de la salud que en el estado de Oaxaca, considerado dentro de las entidades federativas de menor Índice de Desarrollo Humano en el país, son imprescindibles para establecer las líneas base de donde parte la instrumentación de la política pública de salud, la evaluación del desempeño del Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Oaxaca y el impacto que en la salud de los oaxaqueños ha tenido el Sistema de Protección Social en Salud.

Para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud a los usuarios del Seguro Popular, el Sistema está estructurado con base en los macro-procesos de afiliación, gestión de servicios de salud, gestión financiera y administración y organización, mismos que han sido evaluados en forma consistente por diversas instituciones tanto públicas como privadas, que muestran con diversos matices los logros, insuficiencias y áreas de oportunidad de las políticas aplicadas en los 10 años que lleva de vigencia el Sistema de Protección Social en Salud.

A partir de las evidencias encontradas en el análisis de los determinantes sociales de la salud y de los macro-procesos, se realizó una evaluación financiera, gerencial y de impacto del desempeño del Régimen Estatal de Protección Social en Oaxaca y con base

en las evidencias obtenidas y la identificación de nichos de oportunidad, se elaboraron recomendaciones de política en salud.

La evaluación del desempeño del REPSS de Oaxaca, incorpora resultados de gestión de años previos al presente estudio, con el propósito de observar la evolución del organismo; no se limita únicamente a los resultados del ejercicio fiscal 2013 en virtud de que los impactos en materia de salud solamente se pueden identificar en el mediano plazo. Se utilizó la información disponible más reciente que fuera comparable con ejercicios anteriores. En algunos casos no se utilizó información correspondiente al ejercicio 2013 en virtud de que es parcial, en algunos casos la información completa estará disponible en los últimos meses del 2014.

El estudio concluye con una propuesta de 5 indicadores diseñados de acuerdo a la metodología del marco lógico establecida por Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y la normatividad federal correspondiente.

Introducción

La conformación del Sistema Nacional de Salud en nuestro país inició con la promulgación de la Constitución de 1917, al establecerse las bases jurídicas para el desarrollo de acciones de salubridad general, así como para la provisión de servicios médicos a través de la seguridad social.

Con el propósito de materializar las disposiciones Constitucionales, en 1943 se crean el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salud y Asistencia, actualmente Secretaría de Salud. El primero, para ofrecer servicios médicos a trabajadores asalariados bajo un esquema de aseguramiento público financiado por los trabajadores, patrones y el Estado. La segunda, con el propósito de brindar atención médica a la población no asalariada, carente de un esquema de aseguramiento público pre-pagado.

En 1960 se amplía la cobertura de la seguridad social extendiéndola a los trabajadores del sector público y para ello se crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), mismo que, con el financiamiento de los trabajadores y del gobierno, proporciona servicios de salud a este gremio.

No obstante los esfuerzos anteriores, para el año 2000 casi la mitad de la población del país se encontraban fuera de la cobertura de las instituciones de seguridad social, lo que implicaba que para tener acceso a servicios de salud debían acudir a los prestadores privados del servicio, o bien acudir a los servicios de salud del Estado, pagando por medio de cuotas de recuperación el costo del servicio. Esta circunstancia representaba para un importante sector de la población, por una parte, una disminución sensible del derecho que en su favor consagra el artículo cuarto Constitucional, en virtud de que la calidad de la atención, o la seguridad de su obtención se encontraba vinculada con la capacidad de pago de la persona. Por otra parte, el pago que millones de familias mexicanas realizaban por acceder a los servicios de salud que implicaba el quebranto de las finanzas personales y familiares. La falta de aseguramiento público en salud, así como el gasto privado, de bolsillo y catastrófico, representaba más de la mitad del gasto total en salud de la población.

Para afrontar dicha situación, en el año 2002, el Titular del Poder Ejecutivo Federal remitió a la Cámara de Senadores una iniciativa para reformar la Ley General de Salud con el

propósito de establecer un Sistema Nacional de Protección Social en Salud, cuyo objetivo general es dar cobertura en materia de servicios de salud al vasto sector de la población que no tenía acceso a los servicios de seguridad social, y que por su condición socioeconómica no contaba con los recursos para acceder a los servicios de salud privados.

En consecuencia, en el año 2003 se reforma la Ley General de Salud con el objeto de crear el Sistema de Protección Social en Salud, el cual tiene por finalidad integrar al Sistema Nacional de Salud a la población que no esté cubierta por las instituciones de seguridad social.

En concordancia con dicha reforma, el actual Título Tercero Bis de la Ley General de Salud regula al Sistema de Protección Social en Salud, conocido también como *Seguro Popular*, que contiene las disposiciones estructurales de financiamiento y prestación de los servicios de salud a la población que no cuenta con algún esquema de seguridad social, haciendo con ello efectivo el derecho a la protección de salud.

La protección social en salud está definido como el mecanismo mediante el cual el “Estado garantizará a la población el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de su 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 rehabilitación”¹. A través del *Seguro Popular*, el Estado mexicano garantiza que la población reciba la atención médica de primer y segundo nivel, y aporta fondos económicos para cubrir las llamadas enfermedades catastróficas (tercer nivel) por el alto costo que implica su tratamiento.

El artículo 77 Bis 5 de la Ley General de Salud, define las bases generales de distribución de competencias en materia de Protección Social en Salud entre la Federación y las entidades federativas.

En el caso del Estado de Oaxaca se suscribió el acuerdo de coordinación con la Federación el 24 de junio de 2004.

¹ Artículo 77 Bis 1 de la Ley General de Salud.

En el año 2006 se expidió el Decreto por el que se crea el Régimen Estatal de Protección Social en Salud, como Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca, el cual tiene por objeto ejecutar el Sistema Estatal de Protección Social en Salud.

En la fecha en que fue expedido dicho Decreto el *Seguro Popular* de Oaxaca contaba con 708,960 personas afiliadas. Al 2013 atiende a 2.7 millones de oaxaqueños, quienes reciben servicios de salud en los 570 municipios y en más de 10 mil localidades de la entidad, alcanzando una cobertura de afiliados al Sistema del 92% de la población potencial que puede ser beneficiaria del Seguro Popular.

La evolución del Sistema de Protección Social en Salud, ha llevado al Régimen a asumir nuevas responsabilidades, como la operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, en sus componentes de Salud y Alimentación. El programa Oportunidades tiene por objeto la implementación de acciones de promoción de la salud para la prevención de enfermedades, así como el incremento en la cobertura y la calidad de los servicios de salud que garanticen el acceso a toda la población y, en especial, a los mexicanos en situación de pobreza.

La operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en sus componentes Salud y Alimentación, conlleva esencialmente la implementación de las siguientes estrategias específicas:

- a) Proporcionar de manera gratuita el Paquete Básico Garantizado de Salud, el cual constituye un beneficio irreducible, con base en las Cartillas Nacionales de Salud, de acuerdo con la edad, sexo y evento de vida de cada persona;
- b) Promover la mejor nutrición de la población beneficiaria, en especial para prevenir y atender la mal nutrición (desnutrición y obesidad) de los niños y niñas desde la etapa de gestación y de las mujeres embarazadas y en lactancia, a través de la vigilancia y el monitoreo de la nutrición de los niños y niñas menores de cinco años, de las embarazadas y en periodo de lactancia, así como control de los casos de desnutrición.
- c) Fomentar y mejorar el autocuidado de la salud de las familias beneficiarias y de la comunidad mediante la comunicación educativa en salud, priorizando la educación alimentaria nutricional, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Además se han sumado al Programa un conjunto de sub estrategias y programas como el Sistema Nominal de Salud (SINOS), el Modelo Alternativo de Salud (IMAS), el Programa

de Desarrollo Infantil, el Programa Salud X Mí, el Plan de Comunicación Indígena, el Fortalecimiento de Talleres Comunitarios, el Programa de Habilidades para la Vida, el Sistema de Información, la Capacitación, y la Supervisión, las cuales tienen por objeto garantizar el cumplimiento de las estrategias específicas.

Adicionalmente el Régimen Estatal de Protección Social en Salud tiene encomendada la operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI, antes Seguro Médico para una Nueva Generación, el cual tiene por objetivo proteger la salud de los niños mexicanos menores de 5 años, otorgándoles atención completa e integral en los servicios de salud. El REPSS de Oaxaca actualmente da cobertura a 248,199 niños oaxaqueños beneficiarios del programa.

Los programas Oportunidades en sus vertientes de salud y nutrición y el Seguro Médico Siglo XXI, son complementarios al Seguro Popular, para dar cobertura a la población beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud.

El presente estudio se desagrega de la siguiente manera: en el primer capítulo se analiza el marco normativo que da sentido y rige todas las acciones del Sistema de Protección Social en Salud. En el segundo capítulo, se describen los principales determinantes sociales que se consideran indispensables para explicar los avances del Sistema de Protección Social en Salud de Oaxaca. En el capítulo tercero, se enuncian los resultados más importantes de los principales diagnósticos, estudios, evaluaciones y encuestas llevadas a cabo al Sistema de Protección Social en Salud y al Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Oaxaca en los últimos años. Finalmente, en el capítulo cuarto se presenta la evaluación financiera, gerencial y de impacto, resultado del desempeño del REPSS en el que se identifican los avances en materia de salud logrados en el estado, así como los nichos de oportunidad y propuestas de indicadores que se recomiendan incluir en el plan de trabajo del REPSS de Oaxaca para los próximos años.

Es importante subrayar que el impacto del Seguro Popular en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población oaxaqueña solamente es posible identificarlo en el mediano y largo plazos.

Objetivo General de la Evaluación

La evaluación de Desempeño del Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Oaxaca 2013 tiene como propósito cumplir con lo establecido en la Ley General de Salud y otras reglamentaciones en la materia y mostrar el impacto que ha tenido en la salud de los oaxaqueños.

Para ello, se considera primordial lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), con relación a los resultados del trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), en el que se demuestra que en salud hay grandes diferencias al interior de los países. Dichas diferencias están “estrechamente ligadas al grado de desfavorecimiento social” y “son el resultado de las condiciones en que la población crece, vive, trabaja, envejece y muere mismas que están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad.” (OMS, 2008).

La idea de que la desigualdad en salud proviene de las desigualdades de ingreso, educación, empleo y zona de residencia, requiere de una política de salud de Estado que implica una atención y acceso a la salud acorde a las condiciones locales concretas, dirigidas a lograr una sociedad más justa y con las mismas oportunidades sociales de desarrollo.

Por lo anterior, se considera necesario realizar la evaluación del REPSS de Oaxaca y el Sistema de Protección Social en Salud tomando en cuenta el contexto de los determinantes sociales de la salud del estado de Oaxaca.

El Sistema Estatal de Salud de Oaxaca y el propio REPSS han sido sistemáticamente evaluados por diferentes instituciones federales: la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la Auditoría Superior de la Federación, el CONEVAL, la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública. Por ello y considerando la importancia que tienen los resultados generados por dichos estudios, encuestas e informes, estos serán sistematizados y analizados en la presente evaluación de desempeño y a partir de los resultados que se obtengan, se elaborarán recomendaciones para mejorar el acceso y la atención de la salud de la población beneficiaria del Seguro Popular.

Objetivos Específicos

Las unidades de análisis para esta evaluación son el SPSS y el REPSS, unidades básicas para identificar, con los elementos existentes, el cumplimiento de los procesos señalados por la Ley y demás disposiciones normativas aplicables. De esta forma, la evaluación tiene como fin:

- ✓ Identificar, a partir de la creación del SPSS, los avances en cobertura y atención de la salud de la población oaxaqueña que no cuenta con otro mecanismo de previsión social en salud.
- ✓ Identificar los avances de la actual administración del REPSS, así como el logro de los objetivos de impacto, gestión y eficiencia en el uso del presupuesto.
- ✓ Replantear los objetivos en materia de salud a partir del nivel de desarrollo de la entidad, y no mediante esquemas generales.
- ✓ Proponer líneas base y metas para el corto y mediano plazo.

I. Marco Normativo

En este apartado se presenta un diagnóstico del marco normativo, aspectos orgánicos, funcionales y presupuestales del Sistema de Protección Social en Salud en la entidad, así como una descripción de las obligaciones legales que se prevé sean ejecutadas por las entidades federativas a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.

A continuación se relacionan las disposiciones, normas legales y administrativas que regulan la operación del Sistema de Protección Social en Salud y la operación del Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Oaxaca:

Título o denominación
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
Reglamento Interior de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
Ley General de Contabilidad Gubernamental.
Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.
Presupuesto de Egresos de la Federación.
Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca.
Decreto de Creación del Régimen Estatal de Protección Social en Salud del de Oaxaca.
Ley Estatal de Salud.
Ley de Archivos del Estado de Oaxaca.
Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Oaxaca.
Ley para Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Estado de Oaxaca.
Ley de Fiscalización Superior para el Estado de Oaxaca.
Ley de Justicia de Fiscalización y Rendición de Cuentas para el Estado de Oaxaca.
Ley de Justicia Administrativa para el Estado de Oaxaca.
Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Oaxaca.
Normas de Control Interno Institucional de la Administración Pública de Oaxaca.
Presupuesto de Egresos del Estado de Oaxaca.
Acuerdo de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Oaxaca, para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud.

Instrumentos jurídico-administrativos del SPSS:

Instrumento	Ámbito
1. Ley General de Salud	Federal
2. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud	Federal
3. Lineamientos para la afiliación, operación, integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y determinación de la cuota familiar del SPSS	Federal
4. Lineamientos para la integración de la aportación solidaria estatal del SPSS	Federal
5. Lineamientos para evaluar la satisfacción del usuario del SPSS	Federal
6. Acuerdo por el que se establecen las disposiciones relativas a la vigencia de derechos de las familias con al menos un niño nacido en territorio nacional a partir del 1 de diciembre de 2006	Federal
7. Acuerdos por los cuales se adicionan nuevos supuestos de titulares y beneficiarios del SPSS	Federal
8. Acuerdo por el que se crea la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros insumos para la salud	Federal
9. Acuerdo que establece los lineamientos para la adquisición de medicamentos asociados al catálogo universal de servicios de salud por las entidades federativas con recursos del SPSS	Federal
10. Aviso por el que se da a conocer la información relativa al número de familias beneficiarias del SPSS	Federal
11. Avisos de cuotas familiares	Federal
12. Acuerdos de coordinación entre la Secretaría de Salud Federal y los gobiernos estatales para la ejecución del SPSS.	Federal-Estatal
13. Acuerdo de Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE)	Federal-Estatal
14. Convenios interestatales	Federal-Estatal
15. Convenios de gestión entre REPSS y Sesa	Estatal-Estatal
16. Convenios y acuerdos de gestión entre los Sesa y Jurisdicciones Sanitarias/Hospitales públicos	Estatal-Estatal
17. Contratos de prestación de servicios privados	Estatal-Estatal
18. Reglas de Operación	Federal

Fuente: Evaluación Externa 2012 al SPSS.

Este conjunto de instrumentos jurídicos, técnicos y operativos tienen la finalidad de regular los objetivos, las políticas a seguir, la estructura y los grados de autoridad y responsabilidades, además, las funciones, técnicas, métodos y procedimientos para el desarrollo propio del Sistema de Protección Social en Salud, tanto en el ámbito federal como estatal.

I.1 Antecedentes

El derecho humano a la protección de la salud está reconocido desde 1983 en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, primero como garantía individual y desde 2011 también como derecho humano, previendo en su artículo 4º que todos los mexicanos tienen derecho a la protección de la salud y remitiendo a las leyes secundarias, como lo es la Ley General de Salud, las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud.

Es decir, claramente desde 1983 el Estado mexicano tiene la obligación de realizar a favor del titular de este derecho una serie de acciones, las cuales estén destinadas a satisfacer una necesidad de índole individual, pero de efecto colectivo, como lo es el derecho a la protección de la salud. Esta situación fue considerada como una disposición programática durante muchos años, hasta que se visualizó desde el enfoque relacionado con los derechos humanos y el derecho social:

“la principal obligación del Estado Mexicano reside en salvaguardar el bien jurídico protegido, es decir la protección de la salud, lo que deriva en el establecimiento de los mecanismos necesarios que permitan a la población el acceso permanente a los cauces institucionales para la protección del derecho, los cuales deben observar básicamente tres principios fundamentales: universalidad, equidad y calidad.”²

Hasta finalizar la década de los noventa, la situación laboral de las personas era la condicionante principal para poder gozar de los beneficios otorgados por el Sistema Nacional de Salud, puesto que éste únicamente prestaba servicios de salud a aquellos individuos que gozaban de una relación laboral institucional, ya sea a través del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, de los servicios de salud de Petróleos Mexicanos, de las Secretarías de Marina o de la Defensa Nacional.

Tal condición representaba que, para el nuevo milenio, más de la mitad de los mexicanos se encontraban fuera de la cobertura de las instituciones de seguridad social, lo que implicaba que, para tener acceso a los servicios de salud, las personas debían acudir a

²Exposición de Motivos del Proyecto de Decreto que reforma los artículos 77 bis 12 y 77 bis 13 de la Ley General de Salud, aprobada y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de diciembre de 2009.

los prestadores privados del servicio, o bien a los servicios de salud del Estado, pagando el costo del servicio.

Esta circunstancia representaba para un importante sector de la población, una disminución del derecho a la salud, en virtud de que el acceso y la calidad de la atención se encontraba vinculada con la capacidad de pago de la persona, representando no tan sólo el acceso inequitativo al derecho a la protección de la salud, sino el quebranto de las finanzas personales y familiares, lo que significaba el desembolso de más de la mitad del gasto total en salud de la población.

En virtud de lo anterior y a fin de hacer efectivo el acceso a este derecho constitucional, la Secretaría de Salud creó en 2002 el programa piloto “Seguro Popular de Salud” el cual se encontraba dirigido a la población no derechohabiente de la seguridad social, también denominada población abierta.

Ante el éxito de dicho Programa, en el 2003 se reformó la Ley General de Salud con el objeto de establecer el denominado “Sistema de Protección Social en Salud”. Se adicionó a la Ley General de Salud el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, estableciendo las disposiciones estructurales de financiamiento y prestación de los servicios de salud a los beneficiarios del propio Sistema de Protección Social en Salud, mismo que a su vez se prevé sea administrado por la Comisión Nacional de Protección en Salud y operado por las entidades federativas a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.

Bajo este contexto, en octubre de 2006, el Gobernador Constitucional del Estado de Oaxaca emitió el Decreto por el cual se creó el Régimen Estatal de Protección Social en Salud en el Estado de Oaxaca, a fin de garantizar la separación administrativa y de gestión entre una instancia responsable directamente de la prestación de los servicios de salud (los Servicios de Salud de Oaxaca) y otra que ejerciera las funciones de financiamiento y presupuestación de dichos servicios (el REPSS).

Por tanto, el Sistema de Protección Social en Salud *“incluye una serie de innovaciones en el financiamiento y la asignación de recursos, el diseño de incentivos y las reglas de rendición de cuentas. Con estas innovaciones se busca que el nuevo sistema proteja a las familias reduciendo los gastos de bolsillo como fuente de financiamiento de la atención a la salud, ofrezca mayores incentivos a la eficiencia de los proveedores, promueva una*

distribución más equitativa de los recursos financieros y de salud entre los hogares y los estados, garantice una mejor calidad en la atención a la salud y estimule el desarrollo económico.”³

I.2 El derecho a la Protección de la Salud en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

El derecho a la protección de la salud es reconocido como parte de las transformaciones contemporáneas del Estado, es decir, su reconocimiento se debe al tránsito del Estado Moderno al Estado Social de Derecho o Estado de Bienestar.

El derecho a la salud fue concebido por el poder constituyente de 1917 como parte de la previsión social, la cual eminentemente se encontraba ligada a una relación laboral, por tanto, dicho derecho no estaba consagrado como un derecho inherente a las personas, sino como un derecho propio de la clase trabajadora.

No fue hasta ya avanzado el siglo XX, cuando el proceso de modernización de las sociedades occidentales y el auge de los denominados derechos sociales justifican que en 1982 se presentó por parte del Poder Ejecutivo una iniciativa al Poder Legislativo con el objeto de adicionar un tercer párrafo al artículo 4° de la Constitución Política, con el objeto de otorgar el derecho a la protección de la salud a todos los mexicanos.

En la exposición de motivos de la iniciativa el Ejecutivo Federal se manifestó que la protección de la salud *“es una vieja aspiración popular congruente con los propósitos de justicia social de nuestro régimen de convivencia y con los compromisos que en cuanto a derechos humanos, México ha contraído en la Organización de las Naciones Unidas y en la Organización de los Estados Americanos desde hace varias décadas.”⁴*

Así pues, en 1983 se aprobó la adición del párrafo tercero del artículo 4° Constitucional, para quedar como sigue:

“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...”

³ Secretaría de Salud. Financiamiento Justo y Protección Social Universal: La Reforma Estructural del Sistema de Salud en México. 1° Edición, México, D.F., 2004.

⁴ Exposición de Motivos de la Iniciativa que adiciona un párrafo tercero al artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, presentada en diciembre de 1982 por el Presidente Miguel de la Madrid Hurtado.

<http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/rap/cont/69/pr/pr25.pdf>.

En este sentido, el derecho a la protección de la salud es adicionado en nuestra Constitución Política como una garantía de interés nacional, teniendo por finalidad elevar los niveles de salud de la población y con ello incrementar los niveles de bienestar.

Cabe mencionar que dicha adición constitucional contempla el término “protección de la salud” en virtud de que éste resulta ser un término más amplio que el de “derecho a la salud”. Lo anterior se debe a que el término “protección de la salud” connota una responsabilidad compartida entre el Estado, la sociedad y los interesados.

“Sin embargo, el carácter social de este derecho impone a los poderes públicos un deber correlativo al que, consideramos, se puede hacer frente si existe solidaridad, responsabilidad pública, voluntad política y capacidad de ejecución.”⁵

En el mismo orden de ideas, es que no podemos aceptar la idea de que el derecho a la protección de la salud es una norma programática, la cual únicamente marca directrices de acción, puesto que desde la exposición de motivos de la iniciativa se define que el carácter de dicha disposición es de carácter vinculatorio y de corresponsabilidad entre las partes; es decir, consideramos que claramente está definida su eficacia jurídica.

Con el reconocimiento constitucional de dicho derecho, una vez más es reafirmado en nuestra Constitución Política su carácter social, ello se explica debido a su origen revolucionario y a la inminente necesidad de dotar a la población abierta –es decir, a la que carece de seguridad social- de los servicios de salud con el objeto de lograr mejores niveles de bienestar y de consagrar dicho derecho como un instrumento de justicia social. Cabe señalar que los *“derechos sociales aparecen en México en 1917, conceptualizándose como las normas jurídicas que consignan principios y procedimientos protectores de las personas y de los sectores de la sociedad, en aquellos ámbitos de los que depende la existencia humana, sin la cual es imposible la titularidad y el ejercicio de cualquier derecho, representando estos la protección jurídica de los económicamente más débiles, con el objeto de lograr un equilibrio efectivo entre los diversos grupos o clases sociales”⁶*

Cabe destacar que el derecho a la protección de la salud se encuentra previsto en nuestra Constitución Política en su Capítulo I, es decir, en el Capítulo que se denomina “De los

⁵ Ídem.

⁶ Moctezuma Barragán, Gonzalo. Derechos de los usuarios de servicios de salud. Cámara de Diputados-UNAM- Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 2000.

Derechos Humanos y sus Garantías”, por lo cual podemos afirmar, que el derecho de protección de la Salud es un Derecho Humano.

Al definir el derecho de protección de la salud como un derecho humano, se infiere que es aplicable lo previsto por el artículo 1° de la Constitución Política el cual prevé que *“todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse...”* Por lo cual, *“las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.”* Es decir, toda interpretación que pretenda darse a una norma jurídica, cualquiera que sea su jerarquía, deberá observar el principio pro persona.

En el mismo orden de ideas, es que podemos apreciar que es hasta junio de 2011, es decir, dieciocho años después de ser incorporado en la Constitución Política, que el derecho a la protección de la salud es reconocido en nuestra norma fundamental como un derecho humano.

Según se explica en el Dictamen Legislativo que le dio origen a dicha reforma *“Como es de apreciarse, con la Carta Magna de 1917 y sus garantías individuales, México traduce la voluntad del pueblo en un significativo cambio jurídico y político, parte de ello, se consigna en las llamadas garantías sociales, con lo que se inicia el llamado constitucionalismo social, al introducir los derechos de corte social, es decir, hipótesis normativas que otorgan derechos específicos a grupos de la sociedad desprotegidos, pretendiendo con ello generar una igualdad social...”*⁷

Con dicha reforma Constitucional es que se reconoció el carácter del derecho a la protección de la salud como un derecho humano de segunda generación. Este tipo de derechos *“están constituidos por los derechos económicos, sociales y culturales del hombre, se les reconoce también como derechos de “igualdad” en los cuales corresponde al Estado una obligación de hacer, dado que tales derechos tienen que realizarse a través o por medio del Estado. En este ámbito, el Estado debe actuar como promotor y protector*

⁷ Gamboa Montejano, Claudia. Reforma Constitucional relativa a los derechos humanos y los tratados internacionales. H. Cámara de Diputados. Junio, 2012. Pág. 6. En <http://www.diputados.gob.mx/cedia/sia/spi/SAPI-ISS-15-12.pdf>.

del bienestar económico y social, en otras palabras, tiene que convertirse en garante del bienestar de todas las personas dependientes de su jurisdicción, para que éstas desarrollen sus facultades al máximo, individual y colectivamente.”⁸

I.3 El Sistema de Protección Social en Salud en la Ley General de Salud

En opinión de algunos especialistas en la materia, antes de la reforma a la Ley General de Salud del año 2003, se carecía de un marco legal que otorgaracertidumbre jurídica para garantizar el cumplimiento del derecho a la protección social en salud consagrado en el artículo 4° Constitucional.

En este sentido, la reforma del año 2003 incorporó el Sistema de Protección Social en Salud, adicionando un Título Tercero Bis que comprende 10 capítulos, 41 artículos y 21 artículos transitorios.

El artículo 77 bis 1 de la Ley General de Salud define a la protección social en salud como el mecanismo por el cual el Estado mexicano garantiza *“el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfacen 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.”⁹*

Por su parte, los artículos 77 Bis 12 y 77 Bis 13 regulan el esquema financiero del Sistema de Protección Social en Salud, definiendo claramente las aportaciones que competen al Gobierno Federal y a los Gobiernos Estatales, que conforman la fuente financiera necesaria para la operación del Sistema.

El artículo 77 Bis 20 establece las bases para el financiamiento por separado de los servicios de salud a la comunidad, los cuales se caracterizan por ser servicios que benefician a la denominada población abierta. El propósito del Sistema es crear una nueva relación entre los estados y el gobierno federal en donde la federación incrementa tanto sus contribuciones financieras hacia el sector salud de los estados, a través del

⁸Fix-Zamudio, Héctor y Carmona Valencia, Salvador. Derecho Constitucional mexicano y comparado. Quinta Edición. Editorial Porrúa. México, 2007. Pág. 433.

⁹ Artículo 77 Bis 1 de la Ley General de Salud.

Fondo de Aportaciones de Servicios de Salud (FASSA), como su control sobre el ejercicio de los mismos.

El artículo 77 Bis 21 define el esquema de cuotas familiares, es decir, el recurso económico que los beneficiarios del Sistema aportan para su operación. El pago de cuotas familiares está condicionado a un estudio socioeconómico de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.

Cabe destacar que en la Ley “El concepto de protección social en salud se incluyó como materia de salubridad concurrente, es decir, en donde hay una participación tanto de la Federación como de las entidades federativas, (artículo 3° fracción II Bis y artículo 13, A-VII bis y B-1). A partir de lo anterior, se establece la distribución de competencias entre la Federación y entidades federativas en materia de protección social en salud. En este caso se definió al gobierno federal (a través de la Secretaría de Salud) como el orden de gobierno responsable de regular, desarrollar, coordinar, evaluar y supervisar las acciones de protección social en salud. En el ámbito estatal, se constituyó la figura de Regímenes estatales de protección social en salud (REPSS) como la instancia que opera y presta los servicios a través de instalaciones de atención médica con calidad acreditada.”¹⁰

I.4 Obligaciones legales federales y estatales en la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud

De conformidad con los artículos 4° y 73 fracción XVI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 3° fracción II Bis de la Ley General de Salud, la protección social en salud es una materia de carácter concurrente, en la cual tienen participación el gobierno federal y los gobiernos estatales.

La Ley General de Salud en su artículo 77 Bis 5 establece la siguiente distribución de facultades, para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud:

A) Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud:

I. Desarrollar, coordinar, supervisar y establecer las bases para la regulación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, para lo cual formulará el plan estratégico de desarrollo del Sistema y aplicará, en su caso, las medidas correctivas que

¹⁰González Pier, Eduardo y otros. Sistema de Protección Social en Salud elementos conceptuales, financieros y operativos. Secretaría de Salud, Segunda Edición, México, 2006.

sean necesarias, tomando en consideración la opinión de los estados y el Distrito Federal, a través del Consejo a que se refiere el artículo 77 Bis 33 de esta Ley;

II. Proveer servicios de salud de alta especialidad a través de los establecimientos públicos de carácter federal creados para el efecto;

III. En su función rectora constituir, administrar y verificar el suministro puntual de la previsión presupuestal que permita atender las diferencias imprevistas en la demanda esperada de servicios a que se refiere el artículo 77 Bis 18 y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos establecido en el artículo 77 Bis 29;

IV. Transferir con puntualidad a los estados y al Distrito Federal las aportaciones que le correspondan para instrumentar los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, en los términos del Capítulo III de este Título;

V. Elaborar el modelo y promover la formalización de los acuerdos de coordinación a que se refiere el artículo 77 Bis 6 de esta Ley;

VI. Establecer el esquema de cuotas familiares que deberán cubrir los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, las cuales tendrán un incremento máximo anualizado de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor;

VII. Diseñar y elaborar los materiales de sensibilización, difusión, promoción y metodología de la capacitación que se utilizarán en la operación del Sistema;

VIII. Definir el marco organizacional del Sistema de Protección Social de Salud en los ámbitos federal, estatal, del Distrito Federal y en su caso, municipal;

IX. Diseñar, desarrollar y suministrar el instrumento para evaluar la capacidad de pago de los beneficiarios para efectos del esquema de cuotas familiares a que se refiere el artículo 77 Bis 21, en los estados y el Distrito Federal;

X. Establecer los lineamientos para la integración y administración del padrón de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y validar su correcta integración;

XI. Solicitar al Consejo de Salubridad General el cotejo del padrón de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, contra los registros de afiliación de los institutos de seguridad social y otros esquemas públicos y sociales de atención médica;

XII. Establecer la forma y términos de los convenios que suscriban los estados y el Distrito Federal entre sí y con las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de optimizar la utilización de sus instalaciones y compartir la prestación de servicios;

XIII. A los efectos de intercambiar información y comprobar la situación de aseguramiento, suscribir los convenios oportunos con las entidades públicas de seguridad social;

XIV. Tutelar los derechos de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud;

XV. Definir los requerimientos mínimos para la acreditación de los centros públicos prestadores de los servicios inscritos en el Sistema de Protección Social en Salud;

XVI. Definir las bases para la compensación económica entre entidades federativas, el Distrito Federal, instituciones y establecimientos del Sistema Nacional de Salud por concepto de prestación de servicios de salud, y

XVII. Evaluar el desempeño de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud y coadyuvar en la fiscalización de los fondos que los sustenten, incluyendo aquellos destinados al mantenimiento y desarrollo de infraestructura y equipamiento.

B) Corresponde a los gobiernos de los estados y el Distrito Federal, dentro de sus respectivas circunscripciones territoriales:

I. Proveer los servicios de salud en los términos de este Título, disponiendo de la capacidad de insumos y el suministro de medicamentos necesarios para su oferta oportuna y de calidad;

II. Identificar e incorporar beneficiarios al Régimen Estatal de Protección Social en Salud, para lo cual ejercerá actividades de difusión y promoción, así como las correspondientes al proceso de incorporación, incluyendo la integración, administración y actualización del padrón de beneficiarios en su entidad, conforme a los lineamientos establecidos para tal efecto por la Secretaría de Salud;

III. Aplicar de manera transparente y oportuna los recursos que sean transferidos por la Federación y las aportaciones propias, para la ejecución de las acciones de protección social en salud, en función de los acuerdos de coordinación que para el efecto se celebren;

IV. Programar, de los recursos a que se refiere el Capítulo III de este Título, aquellos que sean necesarios para el mantenimiento, desarrollo de infraestructura y equipamiento conforme a las prioridades que se determinen en cada entidad federativa, en congruencia con el plan maestro que se elabore a nivel nacional por la Secretaría de Salud;

V. Recibir, administrar y ejercer las cuotas familiares de los beneficiarios del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, así como los demás ingresos que en razón de frecuencia en uso de los servicios o especialidad o para el surtimiento de medicamentos asociados, se impongan de manera adicional en los términos de este Título, de conformidad con el artículo 77 Bis 23 de esta Ley;

VI. Realizar el seguimiento operativo de las acciones del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en su entidad y la evaluación de su impacto, proveyendo a la Federación la información que para el efecto le solicite;

VII. Adoptar esquemas de operación que mejoren la atención, modernicen la administración de servicios y registros clínicos, alienten la certificación de su personal y promuevan la certificación de establecimientos de atención médica; para tal efecto podrán celebrar convenios entre sí y con instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de optimizar la utilización de sus instalaciones y compartir la prestación de servicios, en términos de las disposiciones y lineamientos aplicables;

VIII. Proporcionar a la Secretaría de Salud la información relativa al ejercicio de recursos transferidos, así como la correspondiente a los montos y rubros de gasto, y

IX. Promover la participación de los municipios en los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud y sus aportaciones económicas mediante la suscripción de convenios, de conformidad con la legislación estatal aplicable.

I.5 La Comisión Nacional de Protección Social En Salud

El Sistema de Protección Social en Salud se encuentra regulado por el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, el cual contiene disposiciones estructurales de financiamiento y prestación de los servicios de salud a los beneficiarios del propio Sistema, mismo que es a su vez administrado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la cual es el órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud Federal, y tiene por

objeto ejecutar las obligaciones legales que le competen al Ejecutivo Federal, de conformidad con el artículo 77 Bis 5 inciso a) de la Ley General de Salud.

En este sentido, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud es el ente administrativo encargado de instrumentar y determinar los aspectos normativos que rigen la operación del Sistema de Protección Social en Salud.

Las siguientes atribuciones son ejecutadas por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, ya sea de manera independiente o mediante el ejercicio condicionado por la Secretaría de Salud (SS):

- a. Definir el marco organizacional del Sistema en el ámbito local.*
- b. Aprobar guías clínico-terapéuticas.*
- c. Establecer, a nombre de la SS, el esquema de cuotas familiares.*
- d. Proponer al Secretario los términos de integración del expediente único del beneficiario, así como las bases para la compensación económica de afiliados del Sistema.*
- e. Diseñar metodologías para evaluar la capacidad económica de los afiliados.*
- f. Administrar y transferir de recursos financieros suministrados al Sistema.*
- g. En coordinación con la Secretaría, obtener información asociada y necesaria para el Sistema.*
- h. Definir los criterios para la constitución de la previsión presupuestal anual y administrar los recursos para atender necesidades de infraestructura y demanda de servicios.*
- i. Aplicar medidas preventivas y correctivas para lograr el eficaz funcionamiento del Sistema.*
- j. Establecer medidas que garanticen la debida tutela de los derechos de los afiliados.*
- k. Evaluar el desempeño de los regímenes estatales y del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.*
- l. Coadyuvar a la fiscalización de fondos que sustentan al SPSS; y*
- m. Informar respecto del resultado de sus acciones como mecanismo de rendición de cuentas.”¹¹*

I.6 Los Regímenes Estatales de Protección Social En Salud (REPSS)

Los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), son partes integrantes del Sistema de Protección Social en Salud, de conformidad con los artículos 77 bis 2 y 77

¹¹Charvel, Sofía. *et al.*, *Diagnóstico y propuesta de adecuación del marco jurídico administrativo del sistema de protección social en salud*. Centro de Investigación y Docencia Económicas A.C.

bis 10 de la Ley General de Salud; 3 y 13 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

*“... se concibe a los regímenes estatales de protección social en salud (REPSS) como las estructuras administrativas, dependientes de los Servicios 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 Sistema, las cuales deberán realizar su actividad de manera independiente de la provisión de servicios de salud “.*¹¹

Esta figura jurídica, se constituye de manera independiente dependiendo de las necesidades de cada entidad federativa. En el caso particular del Estado de Oaxaca, en el año 2006 se constituyó el Régimen Estatal de Protección Social en Salud, como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud de la Entidad.

El REPSS de Oaxaca garantiza la separación administrativa y de gestión, entre el ente encargado de prestar los servicios de salud, que en la entidad son los Servicios de Salud de Oaxaca, y el ente encargado del financiamiento de dichos servicios.

En consecuencia, se considera que el Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Oaxaca, de acuerdo a las atribuciones que le confieren los ordenamientos legales y administrativos aplicables, permite:

- i. *“formalizar, como parte de la estructura estatal, a la entidad gestora responsable de financiar y garantizar que se provean de manera integral los servicios cubiertos por el SPSS, es decir, la gestión del SPSS;*
- ii. *Conformar una unidad administrativa diferenciada de los SESA que facilite la separación de funciones en el nivel estatal al fungir como responsable de la afiliación, tutela de derechos y presupuestación por resultados al canalizar recursos a los prestadores de servicios a través de acuerdos de gestión.”*¹²

¹²González Pier, Eduardo y otros. Sistema de Protección Social en Salud elementos conceptuales, financieros y operativos. Secretaría de Salud, Segunda Edición, México, 2006.

En este sentido, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud establece dos categorías en las funciones que debe ejecutar el Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Oaxaca:

- Coordinar la prestación de servicios (Artículos 10, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 21 y 22 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.)
 - ✓ Garantizar, de manera directa, la prestación de los servicios de salud a la persona que se deriven del Catálogo Universal de Servicios de Salud.
 - ✓ Suscribir acuerdos de gestión con los prestadores de servicios de salud de la entidad, a fin de integrar la red de prestadores de servicios de salud.
 - ✓ Promover al abasto oportuno de medicamentos.
- Asignar a cada familia beneficiaria a un centro de salud, así como un médico de familia, para su atención primaria y en caso de existir más de una opción se les brindará la facilidad de elegir su unidad de adscripción o su médico de familia.

Gestión y administración (Artículos 41, 42, 43, 49, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 63, 64, 65, 74, 77, 127, 129, 130, 132, 133, 134, 135, 137, 138, 139 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.)

 - ✓ Promover, identificar, y afiliar a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.
 - ✓ Gestionar y administrar los recursos necesarios para la operación del Sistema ante las autoridades federales y estatales.
 - ✓ Recibir, administrar y ejercer las cuotas familiares, de acuerdo a los fines del Sistema.
 - ✓ Gestionar la transferencia de recursos ante los prestadores de servicios de salud que integran la red de prestadores de servicios de salud.
 - ✓ Generar actividades de supervisión y evaluación respecto de la operación del Sistema de Protección Social en Salud en la entidad.

I.7 Los Acuerdos de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud

Los Acuerdos de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, son considerados como el instrumento legal mediante el cual las entidades federativas se adhieren al Sistema de Protección Social en Salud.

En el caso de Oaxaca fue firmado el 24 de junio de 2004, teniendo por objeto establecer las bases, compromisos y responsabilidades de las partes para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en la Entidad, en los términos de la Ley General de Salud, su Reglamento en materia de Protección Social en Salud, y demás disposiciones aplicables. De manera complementaria a dicho Acuerdo, se establecen anexos al mismo, en los cuales se precisan aspectos tales como recursos financieros, metas de afiliación, entre otros.

De manera general, los Acuerdos de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, contienen los siguientes aspectos:

- a) Las partes que se comprometen. En este sentido por parte del Gobierno Federal participa la Secretaría de Salud, y por parte de las entidades federativas el Gobernador de la entidad respectiva. Cabe señalar que en ambos casos pueden presentarse testigos de asistencia en la firma del instrumento legal.
- b) Antecedentes. En este apartado, los acuerdos de coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud integran el marco jurídico federal y estatal aplicable para la firma del citado Acuerdo, además de contener la motivación que da origen a la suscripción del mismo.
- c) Objeto. En este apartado se establecen los compromisos y responsabilidades de las partes, cabe destacar que todas aquellas obligaciones contraídas por las partes firmantes se establecen con fundamento en la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud y demás normatividad aplicable.
- d) Obligaciones de las partes. Este apartado se subdivide en dos grandes grupos, uno comprende las obligaciones a las que se compromete el Gobierno Federal y el otro las obligaciones a las que se compromete el Gobierno Estatal.

- e) Prestación de servicios de salud. Este apartado contiene la obligación a la que se compromete el Gobierno Estatal de prestar a los beneficiarios del Sistema los servicios de salud contenidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud y del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.
- f) Incorporación de beneficiarios al Sistema de Protección Social en Salud. Este apartado contiene la obligación de dar prioridad a la incorporación de las personas que forman parte de los denominados Grupos Vulnerables.
- g) Recursos financieros. Este apartado hace referencia a la obligación del Ejecutivo Federal de transferir al Ejecutivo Estatal los recursos necesarios para la operación del Sistema, cabe destacar que esta transferencia se realizará conforme las previsiones legales aplicables.
- h) Rendición de cuentas y transparencia. Este apartado alude a la obligación de las entidades federativas de brindar los informes trimestrales, semestrales y anuales que le sean requeridos. Además, la entidad federativa se compromete a poner a disposición del público en general la información financiera relativa a la operación del Sistema en la entidad.
- i) Medidas de colaboración e integración. Este apartado define que las entidades federativas prestarán los servicios de salud ya sea por los Servicios Estatales de Salud de manera directa o a través de otras entidades del Sistema Nacional de Salud.

I.8 Derechos y obligaciones de los beneficiarios

El Capítulo IX denominado Derechos y Obligaciones de los Beneficiarios, del Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, particularmente los artículos 77 bis 36, 77 bis 37 y 77 bis 38, establecen los derechos y obligaciones a de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, entre los que podemos destacar los siguientes:

Derechos

- Recibir servicios de salud sin ninguna discriminación;
- Recibir los insumos esenciales para el diagnóstico y tratamiento, y los medicamentos asociados a las intervenciones cubiertas por el SPSS;
- Recibir los servicios cubiertos de las unidades médicas de la administración pública (local o federal dependiendo del tipo de intervención demandada);
- Recibir servicios integrales de salud;

- Recibir acceso igualitario en la atención, así como trato digno, respetuoso y atención médica de calidad;
- Recibir información suficiente, clara y veraz sobre riesgos y alternativas de procedimientos terapéuticos y quirúrgicos;
- Conocer el informe anual de gestión del SPSS;
- Contar con su expediente clínico;
- Decidir libremente sobre su atención;
- Otorgar o no el consentimiento, validado e informado y el derecho a rechazar tratamientos o procedimientos;
- Ser tratado con confidencialidad;
- Contar con facilidades para una segunda opinión;
- Recibir atención médica de urgencias;
- Recibir información sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y obtención de servicios;
- No cubrir cuotas de recuperación específicas por cada servicio que reciban cubierto por el SPSS;
- Presentar quejas ante los REPSS o SESA;
- Ser atendido cuando se inconforme.

Obligaciones

- Adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades;
- Hacer uso de la credencial que los acredite como beneficiarios;
- Informarse sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para la atención médica;
- Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente sobre antecedentes y problemas de salud;
- Cumplir con las recomendaciones, prescripciones, tratamiento o procedimientos terapéuticos o quirúrgicos que le apliquen;
- Cubrir oportunamente sus cuotas familiares (y reguladoras en su caso);
- Dar trato respetuoso al personal médico, auxiliar y administrativo, a usuarios y acompañantes;
- Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud y colaborar en su mantenimiento;
- Hacer uso responsable de los servicios de salud;
- Proporcionar de manera fidedigna la información necesaria para documentar su incorporación al SPSS y el pago de la cuota familiar.

Fuente: Sistema de Protección Social en Salud elementos conceptuales, financieros y operativos.

I.9 Promoción, afiliación y tutela de los derechos de los afiliados del SPSS.

Los procedimientos, obligaciones y facultades para la promoción, afiliación y tutela de los derechos de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud se encuentran previstos en la Ley General de Salud.

De conformidad con el artículo 77 Bis 1 de la Ley, 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.

El artículo 77 Bis 5 inciso a) de la Ley, establece que corresponde a la federación el diseñar y elaborar los materiales de sensibilización, difusión, promoción y metodología de la capacitación que se utilizarán en la operación del Sistema.

Del mismo artículo y apartado, las fracciones VII, VIII, IX, X y XI señalan que corresponde a la federación establecer el esquema de cuotas familiares que deberán cubrir los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, las cuales tendrán un incremento máximo anualizado de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor; diseñar y elaborar los materiales de sensibilización, difusión, promoción y metodología de la capacitación que se utilizarán en la operación del Sistema; diseñar, desarrollar y suministrar el instrumento para evaluar la capacidad de pago de los beneficiarios para efectos del esquema de cuotas familiares; establecer los lineamientos para la integración y administración del padrón de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y validar su correcta integración y solicitar al Consejo de Salubridad General el cotejo del padrón de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, contra los registros de afiliación de los institutos de seguridad social y otros esquemas públicos y sociales de atención médica.

Por su parte, el artículo 77 Bis 5 inciso b) establece las obligaciones de las entidades federativas en materia de protección social en salud, entre las que destacan las contenidas en su fracción II, la cual otorga a las entidades federativas la tarea de identificar e incorporar beneficiarios al Régimen Estatal de Protección Social en Salud, para lo cual ejercerá actividades de difusión y promoción, así como las correspondientes al proceso de incorporación, incluyendo la integración, administración y actualización del

padrón de beneficiarios en su entidad, conforme a los lineamientos establecidos para tal efecto por la Secretaría de Salud.

En cuanto a la tutela de derechos, el artículo 77 Bis 5 inciso a) fracción XIV, establece la obligación de la federación de tutelar los derechos de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.

Por su parte, el Reglamento de la Ley General de Salud, de los artículos 64 al 68 señalan la obligación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud de tutelar los derechos de los beneficiarios del Sistema, asimismo se ordena que los establecimientos para la atención médica del Sistema, los regímenes estatales y, en su caso, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, responderán, canalizarán y darán seguimiento a las preguntas, quejas y sugerencias que los beneficiarios presenten en relación con la prestación de servicios y sus derechos.

Normatividad que regula la promoción, afiliación y tutela de los derechos de los afiliados del Sistema de Protección Social en Salud.

Ámbito de jurisdicción	Instrumento jurídico							
Federal	Ley General de Salud	Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.	Lineamientos para la afiliación, operación, integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y determinación de la cuota familiar del SPSS.	Acuerdo por el que se establecen las disposiciones relativas a la vigencia de derechos de las familias con al menos un niño nacido en territorio nacional a partir del 1 de diciembre de 2006.	Acuerdos por los cuales se adicionan nuevos supuestos de titulares y beneficiarios del SPSS.	Avisos por los que se da a conocer la información relativa al número de familias beneficiarias del SPSS.	Avisos por los que se dan a conocer las cuotas familiares del SPSS.	Manual del gestor médico.
Federación/ Estado	Anexos II y III de los acuerdos de coordinación suscritos entre la Secretaría de Salud Federal y los gobiernos estatales para la ejecución del SPSS.							

Estatal	Ley Estatal de Salud	Manual de organización del REPSS	Manuales de procedimientos específicos del área de afiliación y operación de los REPSS.
---------	----------------------	----------------------------------	---

Fuente: Evaluación Externa 2012 del SPSS.

Como podemos observar, el REPSS Oaxaca en términos generales, se apega estrictamente a lo establecido en el marco normativo federal para realizar procesos, procedimientos y actividades de promoción, afiliación, reafiliación y tutela de derechos de la población beneficiaria.

I.10 Gestión y administración de recursos financieros

Como se ya se describió a lo largo de la presente investigación, el Sistema de Protección Social en Salud opera a partir de las aportaciones económicas tripartitas que realizan la Federación, los Estados y los beneficiarios.

El Título Tercero Bis de la Ley General de Salud en su Capítulo III denominado “De las Aportaciones para el Sistema de Protección Social en Salud” establece el marco general de los recursos con los que cuenta el Sistema para su operación.

La estructura financiera actual de SPSS se puede resumir de la siguiente manera:



Fuente: Diagnóstico y propuesta de adecuación del marco jurídico administrativo del sistema de protección social en salud.

Donde:

- CS Cuota Social = 3.92% del SMVDDF de 2009 actualizado por la inflación, por persona afiliada.
- ASF Aportación Solidaria Federal por afiliado y equivalente a 1.5 veces la Cuota Social.

- ASE Aportación Solidaria Estatal por afiliado y equivalente a 0.5 veces la Cuota Social.
- CF Cuota Familiar = Decil I a IV exentos (otras exenciones aplican de acuerdo al art. 127 del Reglamento de la Ley General de Salud). Decil V a X cuota vigente conforme a las disposiciones en vigor.

Por esto es preciso identificar cuáles son aquellas competencias y responsabilidades que el marco jurídico establece en cuanto a financiamiento y transferencia de recursos.

Obligaciones de la Secretaría de Salud:

- ✓ Transferir a las entidades federativas las aportaciones que les correspondan, de conformidad con el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud en su Capítulo III;
- ✓ Establecer el esquema de cuotas familiares, que deberán pagar los beneficiarios del Sistema, de conformidad con el artículo 77 Bis 5 inciso b) fracción VI;
- ✓ Definir las bases para la compensación económica por prestación de servicios de salud entre las entidades federativas, instituciones y establecimientos del Sistema Nacional de Salud, de conformidad con el artículo 77 Bis 5 inciso b) fracción XVI.

Obligaciones de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud:

- ✓ Promover y coordinar las acciones de los Regímenes;
- ✓ Coordinar las acciones para el seguimiento y evaluación de los acuerdos de coordinación a que se refiere la fracción anterior; de conformidad con el marco normativo general emitido por la unidad administrativa competente de la Secretaría de Salud;
- ✓ Promover, convenir e instrumentar acciones con otros organismos, instituciones, dependencias, sociedades y asociaciones que ofrezcan programas y servicios en materia de protección social y financiera;
- ✓ Dirigir y ejecutar las acciones de financiamiento necesarias para el funcionamiento del Sistema, incluyendo las relativas al desarrollo de programas de salud en áreas indígenas, marginadas, rurales, y en general a cualquier grupo vulnerable en colaboración con las unidades competentes de la Secretaría;

- ✓ Administrar los recursos financieros que en el marco del Sistema le suministre la Secretaría y efectuar las transferencias que correspondan a los estados y al Distrito Federal;
- ✓ Definir los criterios para la constitución de la previsión presupuestal anual, incluyendo los aspectos relativos a las necesidades de infraestructura para la atención primaria y especialidades básicas en congruencia con el Plan Maestro de Infraestructura y el Plan Maestro de Equipamiento, así como los relativos a los imprevistos en la demanda de servicio;
- ✓ Administrar los recursos de la previsión presupuestal anual para atender necesidades de infraestructura y las variaciones en la demanda de servicios; así como realizar las transferencias a los Estados y al Distrito Federal, de conformidad a las reglas que fije el Ejecutivo Federal mediante disposiciones reglamentarias;
- ✓ Proponer al Secretario las bases para la compensación económica entre entidades federativas, instituciones y establecimientos del Sistema Nacional de Salud por concepto de prestación de servicios de salud, dentro del marco del Sistema, con la participación de las unidades competentes de la Secretaría;
- ✓ Coordinar la administración y operación del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y evaluar sus resultados, con la participación de las unidades administrativas competentes de la Secretaría;
- ✓ Aprobar y publicar las tarifas relativas a los gastos generados por los beneficiarios del Sistema respecto de los servicios que se encuentren dentro del Catálogo de Intervenciones de servicios de Gastos Catastróficos;
- ✓ Fijar, previa opinión favorable de las unidades administrativas de la Secretaría, la secuencia y alcance de cada intervención comprendida en los servicios esenciales de manera prioritaria y progresiva a fin de satisfacer de manera integral las necesidades de salud de las familias beneficiarias, de acuerdo a la disponibilidad financiera del Sistema;
- ✓ Determinar anualmente y por entidad federativa, el número de familias beneficiarias a fin de establecer el monto correspondiente a las aportaciones para financiar los servicios de salud a la persona cubiertos por el Sistema;
- ✓ Establecer el esquema de cuotas familiares que los beneficiarios del Sistema deben cubrir;

- ✓ Diseñar las metodologías para evaluar la capacidad de aportación económica de los beneficiarios del Sistema;

Todas las obligaciones anteriores son de conformidad con el artículo 4° del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Obligaciones de las entidades federativas:

- ✓ “Aplicar de manera transparente y oportuna los recursos que sean transferidos por la federación y las aportaciones propias, para la ejecución de las acciones de protección social en salud, en función de los acuerdos de coordinación que al efecto se celebren;
- ✓ Programar, de los recursos a que se refiere el capítulo III del título tercero bis de la LGS, aquellos que sean necesarios para el mantenimiento, desarrollo de infraestructura y equipamiento conforme a las prioridades que se determinen en cada entidad federativa, en congruencia con el plan maestro que se elabore en el ámbito nacional por la Secretaría de Salud;
- ✓ Gestionar, administrar y ejercer los recursos transferidos para la instrumentación y ejecución del SMNG conforme a lo establecido en las Reglas de Operación y con estricta observancia de lo dispuesto por las disposiciones jurídicas aplicables tanto federales como locales;
- ✓ Recibir, administrar y ejercer las cuotas familiares de los beneficiarios del REPSS, así como los demás ingresos que en razón de frecuencia en uso de los servicios o especialidad o para el surtimiento de medicamentos asociados, se impongan de manera adicional la LGS;
- ✓ Proporcionar a la SSa la información relativa al ejercicio de recursos transferidos, así como la correspondiente a los montos y rubros de gasto.
- ✓ Incluir como parte del proyecto de presupuesto de egresos que presente el Ejecutivo local para su aprobación en cada ejercicio fiscal al Congreso de la entidad, cuando menos el monto equivalente a los recursos que para salud se destinaron en el ejercicio fiscal anterior, si las circunstancias económicas que imperen en el estado así lo permiten;

- ✓ Promover la participación de los municipios en los REPSS y sus aportaciones económicas mediante la suscripción de convenios, de conformidad con la legislación estatal aplicable.”¹³

I.11 Transparencia y rendición de cuentas

“La LGS establece que dado que el financiamiento del SPSS es solidario, la federación, los estados y el Distrito Federal deben disponer lo necesario para transparentar su gestión de conformidad con las normas aplicables en materia de acceso y transparencia a la información pública gubernamental. Señaló además que la federación y los REPSS, a través de los servicios estatales de salud, deben difundir toda la información que tengan disponible respecto de universos, coberturas, servicios ofrecidos, así como del manejo financiero del SPSS, entre otros aspectos, con la finalidad de favorecer la rendición de cuentas a los ciudadanos, de manera que puedan valorar el desempeño del sistema. Asimismo, los REPSS deberán disponer lo necesario para recibir y evaluar las propuestas que le formulen los beneficiarios respecto de los recursos que éstos aporten y tendrán la obligación de difundir, con toda oportunidad, la información que sea necesaria respecto del manejo de los recursos correspondientes.” ¹⁴

En este sentido, el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud en su Capítulo VII denominado “De la Transparencia, Control y Supervisión del Manejo de los Recursos del Sistema de Protección Social en Salud” establece el marco jurídico para garantizar el uso eficiente, eficaz y transparente de los recursos.

Por tanto, en el artículo 77 Bis 32 se establece que el control y supervisión del manejo de los recursos federales quedará a cargo de las autoridades siguientes, en las etapas que se indican:

- I. Desde el inicio del proceso de presupuestación, y hasta la entrega de los recursos correspondientes a las entidades federativas, corresponderá a la Secretaría de la Función Pública;

¹³Lazcano-Ponce E, Gómez-Dantés H, Rojas R, Garrido-Latorre F. Sistema de Protección Social en Salud. Evaluación externa 2012. Primera Edición. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, 2013.

¹⁴Idem.

- II. Recibidos los recursos federales por las entidades federativas y hasta su erogación total, corresponderá a las autoridades de control y supervisión interna de los gobiernos de las entidades federativas.
- III. Aunado a lo anterior, la Auditoría Superior de la Federación al fiscalizar la Cuenta Pública Federal, verificará que las dependencias del Ejecutivo Federal cumplieron con las disposiciones legales y administrativas federales, y por lo que hace a la ejecución de los recursos en términos de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.

Para los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, el artículo 77 Bis 31 de la Ley establece que estos dispondrán lo necesario para recibir y evaluar las propuestas que le formulen los beneficiarios respecto de los recursos que estos aporten y tendrán la obligación de difundir, con toda oportunidad, la información que sea necesaria respecto del manejo de los recursos correspondientes.

Cabe señalar que el Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema en la entidad, contiene disposiciones relativas a la rendición de cuentas y transparencia.

Normatividad que regula la transparencia y rendición de cuentas del Sistema de Protección Social en Salud.

Ámbito de jurisdicción	Instrumento jurídico					
Federal	Ley General de Salud	Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.	Acuerdo por el que se establecen los lineamientos para la adquisición de medicamentos asociados al CAUSES, así como al FPGC por las entidades federativas con recursos transferidos por concepto de cuota	Lineamientos para la afiliación, operación, integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y determinación de la cuota familiar del SPSS.	Reglas de Operación del Fideicomiso del SPSS 2009.	Reglas de Operación.

Ámbito de jurisdicción	Instrumento jurídico			
			social y de la aportación solidaria federal del SPSS.	
Federación/ Estado	Anexos II y III de los acuerdos de coordinación suscritos entre la Secretaría de Salud federal y los gobiernos estatales para la ejecución del SPSS.			
Estatal	Ley Estatal de Salud	Manual de organización del REPSS		Manuales de procedimientos específicos del área de afiliación y operación de los REPSS.

Fuente: Evaluación Externa 2012 del SPSS.

II. Determinantes Sociales de la Salud en el estado de Oaxaca

En México se ha definido como indicador del éxito de las políticas públicas en materia de salud, el resultado favorable que se registra en las condiciones de salud de las personas. Para ponderar objetivamente el impacto de dichas políticas, es importante considerar dos elementos fundamentales en su evaluación: los determinantes sociales de la salud y los resultados en la salud, estos últimos solamente son posible apreciarlos en el mediano y largo plazos.

En este capítulo se analizan los determinantes sociales de la salud en el estado de Oaxaca, los cuales permitirán analizar objetivamente los avances que en materia de protección social en salud se han logrado en la entidad.

La importancia de considerar en el análisis del Sistema los determinantes sociales de la salud, estriba en que además de poner énfasis en los hábitos (buenos o malos) de los individuos en materia de salud o en el acceso a los servicios, son claves para comprender y modificar el contexto social a fin de mejorar la salud de las personas.

Por este motivo, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), elaboró el *“Informe México sobre los determinantes sociales de la salud.”*¹⁵, como un reconocimiento tácito de que los niveles de salud de una población están directamente vinculados con factores que rebasan el ámbito de responsabilidad de la autoridad sanitaria.

El estado de Oaxaca presenta importantes riesgos en materia de salud pública, derivados de la complejidad que representan factores como: la orografía, dispersión de la población, insuficiencia de servicios urbanos, diversidad cultural, étnica y lingüística, desempleo y bajos niveles de educación, bajos índices de desarrollo humano, así como los elevados índices de marginación y pobreza.

No obstante lo anterior, en materia de salud pública se advierten elementos que reflejan avances que en algunos aspectos superan la media nacional.

Los determinantes sociales cuyo impacto en materia de salud se consideran en este estudio son los siguientes: los cambios demográficos y su impacto en la salud; la

¹⁵Seminario Universitario de la Cuestión Social de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en 2010

transición epidemiológica y el actual perfil de la salud; la desigualdad regional y su impacto en la salud; los niveles de vida, la pobreza y la desigualdad y su impacto en la salud; la pobreza, nutrición y salud; el impacto del medio ambiente y hábitat en la salud; la educación y desigualdad educativa, como parte cultural que influye en las decisiones personales en materia de salud; y, el empleo y precariedad laboral y su impacto en la salud.

1) Niveles de vida, pobreza y desigualdad

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es un indicador compuesto que busca medir el bienestar y calidad de vida de la población, poniendo énfasis en crear las condiciones propicias para que hombres y mujeres disfruten de una vida prolongada, saludable y creativa (PNUD, 2005). El IDH mide:

- Una vida larga y saludable, medida por la esperanza de vida al nacer.
- Conocimientos, medidos por la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta de matriculación combinada en educación primaria, secundaria y terciaria.
- Un nivel de vida decoroso, medido por la estimación de ingreso proveniente del trabajo

En 2014 fue desarrollada una nueva metodología de medición para el Índice de Desarrollo Humano, con base en los resultados del Censo de Población y Vivienda 2010. Esta metodología aprobada para el uso mundial del indicador cambió las bases del cálculo más no la base conceptual del mismo. Esto, debido a que los indicadores empezaban a presentar resultados muy elevados para ciertas regiones y países. Se ajustó el índice en términos de salud al introducir, además de la esperanza de vida, la mortalidad infantil. En educación se ajustó con los años esperados de educación para complementar los realizados, mientras que para el ingreso se realizaron ajustes en la paridad de compra medido en dólares.

En el mapa, se muestra la situación nacional, de forma individual se observa que Oaxaca es una de las entidades con más bajo IDH. El índice promedio nacional en el 2010 se ubicó en 0.7390 puntos mientras que el estado de Oaxaca que estamos analizando mostró

un índice de 0.6663, es decir, 9.8% menor. Las implicaciones de estar por debajo de la media y dentro de los más bajos calificados, son importantes.¹⁶

01. Índice de Desarrollo Humano con Servicios (2010)



¹⁶Se toma como dato el IDH Nacional comparable con el IDH Municipal, que difiere de la publicación internacional del IDH 2013.

El índice de salud es una de las tres dimensiones del IDH, en el que se observa que, a menor nivel de desarrollo, en general hay una mayor incidencia y prevalencia de enfermedades y una menor esperanza de vida en promedio. Debido a lo anterior, en estos estados la acumulación de capital humano es más lenta y con ello se dificulta la transferencia intergeneracional de conocimientos y habilidades que contribuye a superar la pobreza.

En general, existe un consenso de que la salud es tanto causa como consecuencia del crecimiento económico. Para el caso de México existe una causalidad de largo plazo en ambos sentidos. No obstante, la dirección principal de causalidad es de la salud hacia el ingreso, ya que la relación de causalidad inversa es más débil. En consecuencia, invertir más en salud es un buen camino para reducir la pobreza y elevar el crecimiento potencial del país.

A partir de 2009, el CONEVAL comenzó a realizar el cálculo de la pobreza multidimensional, que incorpora a la tradicional medición de la pobreza por el método del ingreso las carencias en el acceso a seis derechos sociales básicos y su expresión en el territorio nacional.

México se encuentra en una fase prolongada de bajo crecimiento económico. El bajo crecimiento ocurre en una sociedad con altos índices de pobreza. De acuerdo con cifras del CONEVAL 53.3 millones de personas se encontraron en 2012 en situación de pobreza, de ellas 41.8 en pobreza moderada y 11.5 en pobreza extrema.

De acuerdo al Informe México sobre los determinantes sociales de la salud, el país se encuentra inmerso en la llamada trampa pobreza-salud, provocada por un círculo de doble causalidad: el bajo ingreso o pobreza causan malas condiciones de salud y éstas a su vez provocan bajo ingreso. Este círculo vicioso es difícil de romper puesto que la pobreza no puede ser erradicada sin resolver los problemas de salud y estos no son resueltos plenamente si persiste la pobreza. En este sentido el Seguro Popular ha jugado un importante papel en el objetivo de romper dicho círculo.

Un determinante importante de los menores niveles de salud en la población de las distintas entidades federativas es la carencia de acceso a los servicios de salud. La carencia de acceso a la salud tiene un promedio nacional de 21.5%, lo que significa que la

quinta parte de la pobreza en el país, medida de acuerdo con esta nueva metodología se explica por la falta de acceso a los servicios de salud.

Carencia por acceso de servicios de salud

Comparativo nacional-Oaxaca	Carencias por acceso de servicios de salud (porcentaje)		Disminución en puntos porcentuales
	2010	2012	
Nacional	29.2	21.5	7.7
Oaxaca	38.5	20.9	17.6

Fuente: INAP con estimaciones del CONEVAL con base en elMCS-ENIGH 2010 y 2012.

Como puede observarse, el estado de Oaxaca avanzó en este rubro a un nivel muy superior de casi el 10% respecto al registrado a nivel nacional.

La carencia de seguridad social es el componente que aporta en gran parte de los casos la mayor contribución a la pobreza multidimensional, con un promedio de 61.2%, en donde la falta de acceso a los servicios de salud llega a ser especialmente significativa en 10 entidades del país.

Por último, la distribución del gasto en los hogares: el 61.5% del gasto total en Oaxaca se destina a la compra de alimentos, contra 54.1% del porcentaje nacional. En cuanto al gasto en salud éste fue de 4.1%, casi al mismo nivel que el promedio nacional de 4.2%.

2) Demografía y salud

El estado de Oaxaca abarca el 4.8% del territorio nacional, en el que habita el 3.4% de la población total del país, tiene una densidad poblacional de 40.6 habitantes por km² (a nivel nacional 57.3 hab./km²), distribuidos en 570 municipios (23.2% de los municipios del país).

Se estima que en el año 2013 tenía una población de 3,946,853¹⁷ personas, de las cuales el 52.2% son mujeres y el 47.8% hombres, con una relación hombre-mujer del 91.7% (95.4% nacional), en donde la mitad de la población es menor de 24 años (26 a nivel nacional) y por cada 100 personas en edad productiva (15 a 64 años) hay 64.6 en edad de dependencia (menores de 15 años o mayores de 64 años), mientras que a nivel nacional la razón de dependencia es de 55.2.

¹⁷Cálculo de la DGIS, SSa. con base en los datos de CONAPO y el Censo de Población y Vivienda 2010.

La disminución de la fecundidad y la ampliación de la esperanza de vida han llevado al país a transitar de una población joven a una de adultos mayores. Este proceso de transformación en la estructura por edad de la población es resultado de la disminución de la mortalidad, por el avance de la medicina y las condiciones de vida de la población y de una política pública dirigida a reducir el crecimiento poblacional. En los últimos 23 años en México se extendió la esperanza de vida en 4 años. Sin embargo, la transición demográfica y el incremento en la esperanza de vida no han sido homogéneos en todo el país.

**Esperanza de vida al nacimiento. Media nacional y Oaxaca.
(Años)**

Entidad federativa	1990	2000	2010	2013
República Mexicana	70.4	73.2	74.0	74.5
Oaxaca	67.0	70.7	71.9	72.5

Fuente: CONAPO. Indicadores demográficos básicos, 1990 – 2030.

La esperanza de vida al nacer de los oaxaqueños se incrementó en promedio 5.5 años durante el periodo de 1990 a 2013. No obstante, la esperanza de vida en los estados con menores niveles de desarrollo, como es el caso de Oaxaca, es de 2.0 años menor que la media nacional.

En México se ha alcanzado una fecundidad cercana al nivel de reemplazo generacional. La situación más relevante es que la fecundidad de las mujeres más jóvenes no sólo no ha descendido en la segunda mitad de la primera década del siglo XXI sino que los resultados del censo de 2010 INEGI muestran que las mujeres más pobres tienen la fecundidad más elevada; la fecundidad de las adolescentes más pobres es cinco veces mayor que la de quienes forman el estrato alto, lo que sin duda tiene un efecto sobre las condiciones de vida de esta población.

Con respecto a Oaxaca los datos del año 2013 sobre natalidad señalan que se encuentra entre las diez entidades con la más alta natalidad del país, con una tasa de 20.64 nacimientos por cada mil habitantes, por encima de la tasa nacional que es de 18.96.¹⁸ Los patrones de fecundidad de las mujeres con menor nivel de ingreso tienden a fortalecer los círculos de reproducción de la pobreza.

La tasa de mortalidad infantil en el estado también disminuyó durante el periodo 1970-2010. Si para 1970 morían 107 niños menores de un año por cada mil nacidos vivos, para

¹⁸Datos de proyecciones de población 2010-2050, CONAPO, 2013.

2010 descendió en un 83.3 por ciento, al estimarse en 15.83 muertes infantiles por mil nacidos vivos. Se espera que la mortalidad infantil en el estado sea de 12.5 en 2020 y de 8.5 en 2030. Por lo que aumenta la presión hacia la mayor sobrevivencia y el envejecimiento.

El cambio demográfico presenta importantes retos que requieren un conjunto de modificaciones en las necesidades de salud, por ejemplo en materia de atención geriátrica en detrimento de la oferta de atención pediátrica, lo que plantea reformas a la propia estructura y diseño del modelo de atención a la salud. Suele asumirse que la respuesta a las necesidades de la población de edad avanzada constituye una responsabilidad absolutamente individual, desconociendo que las oportunidades de vivir en condiciones aceptables se encuentran socialmente estructuradas. México afronta el envejecimiento con una estructura institucional en salud que no está preparada para las nuevas condiciones demográficas del país.

El mejoramiento de las condiciones generales de vida (saneamiento básico, acceso a servicios de salud y educación, entre otros), así como las transformaciones demográficas (reducción de la fecundidad y mortalidad), han contribuido a la configuración de un nuevo panorama de salud. El reflejo más claro de esto, es el aumento en la esperanza de vida, que de acuerdo a CONAPO en 2013 se estima en promedio a nivel nacional en 74.51 años en todo el territorio mexicano, y para el año 2030 se prevé que alcance un nivel promedio de 76.97 años. En el caso de Oaxaca en el 2013 la esperanza de vida se estimó de 72.52 años y para el 2030 se prevé que alcance un promedio de 75.4 años.

3) Pobreza, nutrición y salud

La desnutrición tiene causas complejas que involucran determinantes biológicos, socioeconómicos y culturales. El estado de nutrición es el resultado de múltiples factores biológicos y sociales.

La desnutrición, durante el periodo crítico de la gestación y los primeros dos años de vida, tiene efectos adversos en el crecimiento, el desarrollo mental, el desempeño físico e intelectual y el desarrollo de capacidades. Además, aumenta el riesgo de enfermedades crónicas en el largo plazo, particularmente en poblaciones que experimentan transición nutricional.

La población indígena tiene mayores rezagos sociales. En 1998, la prevalencia de desnutrición crónica fue 2.2 veces superior en la población indígena; que en la no indígena, en 1999, la brecha aumentó a 2.7 veces y en 2006 disminuyó ligeramente a 2.6.

De acuerdo a los resultados de la ENSANUT 2012, a nivel estatal, en el estado de Oaxaca, el 2% de los niños menores de 5 años presentaron bajo peso, el 20.7% baja talla y el 1.4% emaciación.

En lo referente al peso excesivo en el grupo de edad escolar, éste aumentó 42% entre 1999 y 2006. En las niñas adolescentes se triplicó durante 18 años entre las encuestas de 1988 y 2000 y se duplicó en mujeres de 18 a 49 años en el mismo periodo. El aumento de obesidad fue notable en las adolescentes alrededor de cinco veces y en adultas tres veces en los 18 años considerados.

Las prevalencias de exceso de peso (sobrepeso más obesidad) entre las categorías de residencia, indigenismo y quintiles de bienestar, se observa que fueron inferiores para escolares y niñas y adolescentes de las zonas rurales, la población indígena y el primer quintil de nivel socioeconómico para los distintos años de estudio, el análisis de los incrementos de sobrepeso y obesidad indica mayor velocidad de aumento de sobrepeso y obesidad entre la población más marginada socialmente.

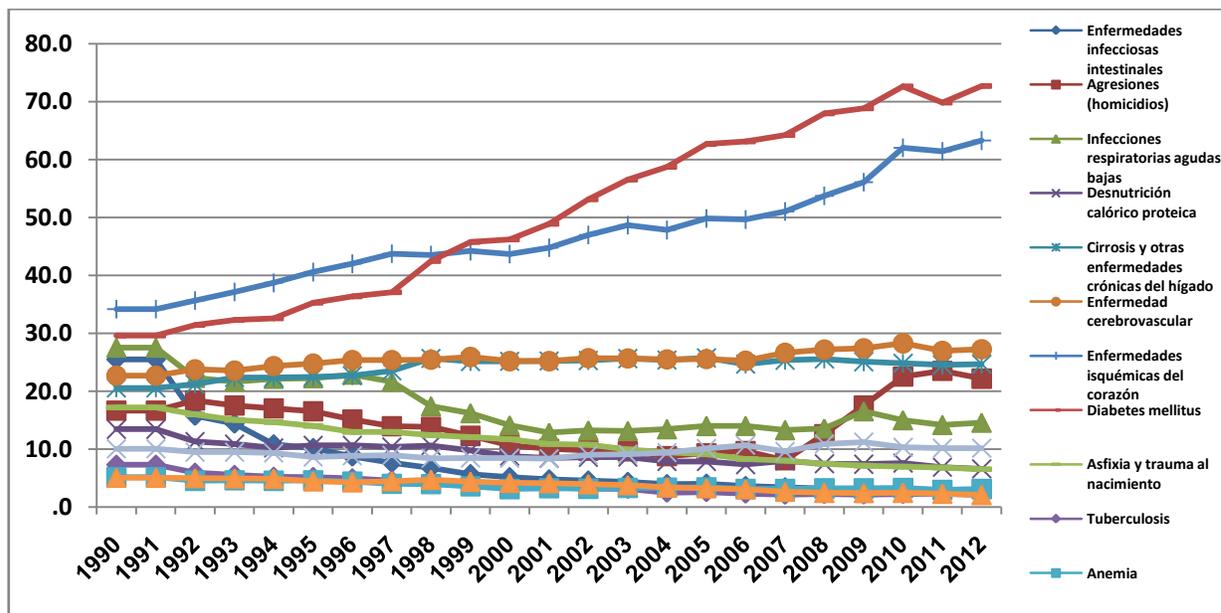
4) Transición epidemiológica y actual perfil de la salud en México

La población de México está presentando cambios importantes en el perfil de morbilidad y mortalidad, así como en la distribución de sus causas por grupos de edad, sexo, diferenciados de acuerdo con la región geográfica. A lo largo de los últimos años se ha registrado una disminución porcentual de las muertes derivadas de enfermedades transmisibles (infecciosas y parasitarias) y perinatales, dando paso a un predominio de las muertes por enfermedades de tipo crónico-degenerativas (diabetes mellitus, isquémicas del corazón y tumores malignos, principalmente), así como por causas externas (accidentes, traumatismos y violencia). *El Programa Estatal de Población 2012-2016*¹⁹ y las estimaciones realizadas por Conapo, revela que la tasa de mortalidad general descendió de 15.60 en 1970 a 7.13 defunciones por cada mil habitantes en 2010 (un descenso de 45.7 por ciento en este periodo). No obstante, que el avance en este rubro ha sido

¹⁹Programa Estatal de Población 2012-2016, Dirección general de población de Oaxaca, México, 2012.

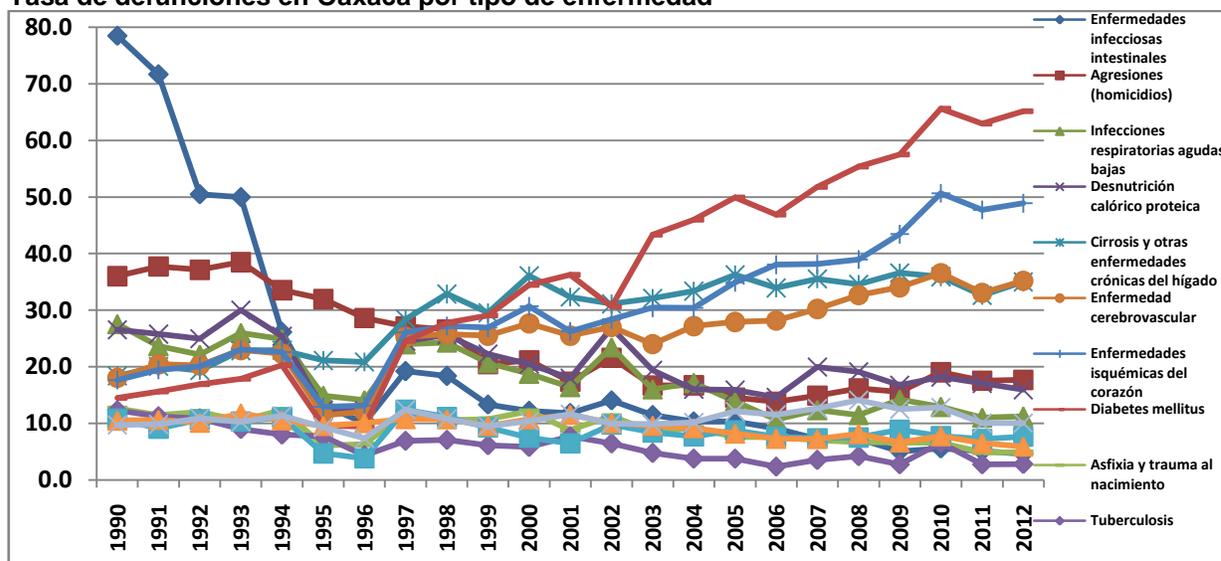
importante, el estado de Oaxaca, sigue siendo más alta que la tasa de mortalidad en el país, que es de 5.61 defunciones por cada mil habitantes en 2010.

Tasa de defunciones a nivel nacional por tipo de enfermedad



Fuente: Población: 1980-1989, Banco Mundial; 1990-2010, INEGI, 2011-2018 Proyecciones de Población CONAPO (2010-2050). Muertes: 1980-2011. Cubos de la Dirección General de Información en Salud (Principales causas de mortalidad). La tasa para traumatismo y asfisia al nacimiento se encuentra calculada por cada 10,000 nacimientos.

Tasa de defunciones en Oaxaca por tipo de enfermedad



Fuente: Población: 1980-1989, Banco Mundial; 1990-2010, INEGI, 2011-2018 Proyecciones de Población CONAPO (2010-2050). Muertes: 1980-2011. Cubos de la Dirección General de Información en Salud (Principales causas de mortalidad).

En el estado de Oaxaca, con la intervención del Sistema de Protección Social en Salud, se presenta una tendencia a la baja de las enfermedades infecciosas-intestinales típicas de las regiones más atrasadas en la transición epidemiológica, al igual que en las otras regiones del país, ya se observa un cambio epidemiológico, (llamada transición epidemiológica), parecido al que se tiene a nivel nacional, lo que representa un importante reto en materia de salud pública. Este cambio derivado de la intervención en salud ha producido que las primeras y principales causas de muerte en Oaxaca estén relacionadas con las enfermedades del corazón, diabetes mellitus, enfermedades del hígado, accidentes y por último las enfermedades cerebrovasculares. Aun así, Oaxaca se posiciona dentro de los estados con todavía bajos niveles en padecimientos crónico-degenerativos.

Tasa de defunciones por cada 100,000 habitantes a nivel nacional y en Oaxaca por tipo de enfermedad

	Padecimientos	Nacional	Oaxaca
1	Enfermedades infecciosas intestinales	2.9	4.6
2	Agresiones (homicidios)	22.2	17.7
3	Infecciones respiratorias agudas bajas	14.6	11.3
4	Desnutrición calórico proteica	6.6	16.0
5	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	24.7	35.0
6	Enfermedad cerebrovascular	27.3	35.2
7	Enfermedades isquémicas del corazón	63.3	48.9
8	Diabetes mellitus	72.7	65.1
9	Asfixia y trauma al nacimiento (*)	6.5	4.9
10	Tuberculosis	2.1	2.8
11	Anemia	3.1	7.7
12	Uso de alcohol	2.1	5.9
13	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	10.2	10.1

(*) Se mide por cada 10,000 nacimientos con el fin de hacer compatibles el número de nacimientos nacionales y el de Oaxaca.

Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud, Secretaría de Salud, 2013.

5) Desigualdad regional y salud

El nivel de desarrollo económico en México está marcado por profundas divergencias regionales que, en las últimas dos décadas, o permanecen constantes o en algunos casos se profundizan.

Dentro del entorno nacional, lo anterior marca una diferenciación interregional con implicaciones importantes en materia de política pública y salud pública: la política

sanitaria y de servicios públicos básicos influyen de manera directa e indirecta en la salud de los individuos y de los diversos grupos sociales. Estas diferencias generan exigencias y requerimientos cuyos alcances y características son determinados por la escala territorial y por la densidad de los asentamientos humanos, más no por las necesidades a partir del nivel de rezago que tiene la región.

A nivel nacional hay tres entidades con índices de marginación muy altos: Guerrero, Chiapas y Oaxaca. En este sentido, los esfuerzos que tiene que realizar el estado de Oaxaca para mejorar las condiciones de salud de su población son mayores que el promedio de los estados a nivel nacional.

Indicadores de Marginación 2010

Concepto	Promedio Nacional	Oaxaca	% de rezago en Oaxaca con relación al promedio nacional
% Población de 15 años o más analfabeta	6.93	16.38	57.7
% Población de 15 años o más sin primaria completa	19.93	33.85	41.1
% Ocupantes en viviendas sin drenaje ni excusado	3.57	4.01	10.9
% Ocupantes en viviendas sin energía eléctrica	1.77	4.93	64.1
% Ocupantes en viviendas sin agua entubada	8.63	23.66	63.5
% Viviendas con algún nivel de hacinamiento	36.53	46.53	21.5
% Ocupantes en viviendas con piso de tierra	6.58	19.33	66.0
% Población en localidades con menos de 5,000 habitantes	28.85	61.51	-53.1
% Población ocupada con ingreso de hasta 2 salarios mínimos	38.66	57.77	-33.1

Fuente: INAP con datos del Censo de Población y Vivienda 2010.

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2012, se reporta que en Oaxaca el 20.6% de las viviendas no contaba con un cuarto exclusivo para cocina, en contraste con 15.7% a nivel nacional. El 49.5% utilizaba un combustible diferente a gas o electricidad para cocinar.

La dimensión poblacional es otro factor importante de diferenciación entre las regiones del país, se observa que la población indígena constituye un grupo social vulnerable y por lo tanto más expuesto a los procesos de exclusión social, entre los que se consideran aquellos relacionados con la salud. Mientras el porcentaje de población indígena nacional en el norte del país es el 4%, en el centro es de 23% y en el sur sureste cerca del 65%.

A nivel nacional el 5.96% de la población de 5 años o más habla lengua indígena; en el estado de Oaxaca, asciende al 25.80%, de acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2010.

Otros indicadores materiales que en la actualidad impactan negativamente en la calidad de vida de la población en lo que se refiere a servicios de salud, son la falta de penetración de las tecnologías de la información y comunicaciones en las viviendas.

Tecnologías de información y comunicaciones(Porcentaje de viviendas con TIC´s)

Concepto	Nacional	Oaxaca	% de rezago en Oaxaca con relación al promedio nacional
Teléfono	43.2	20.7	-52.1
Teléfono Celular	65.1	39.6	-39.2
Computadora	29.4	14.4	-51.0
Internet	21.3	7.8	-63.4

Fuente: INAP con datos del Censo de Población y Vivienda 2010.

6) Medio ambiente y hábitat

Las condiciones ambientales forman parte de las determinantes sociales de la salud en la medida en que el acceso a los recursos naturales, la exposición a los riesgos, la vulnerabilidad y otros factores están mediados por la desigualdad socio-territorial, y la posición diferenciada para enfrentar los efectos del deterioro ecosistémico.

El agua dulce es un recurso natural fundamental para preservar la vida. Se identifican dos fenómenos asociados a la situación del recurso natural: el primero de ellos es su disponibilidad en cantidad suficiente, y el segundo su calidad aceptable.

Las afectaciones a la salud atribuidas a limitada disponibilidad de agua se vinculan con la falta de higiene se asocia a enfermedades como: tracoma, ascariasis, conjuntivitis, enfermedades diarreicas, lepra, sarna, tiña sepsis y úlcera de la piel septicemia cutánea.

En el periodo 2000-2008, el agua suministrada y desinfectada para consumo humano pasó de 94.4% a 96.7% y la cobertura de tratamiento de aguas residuales pasó de 23% a 40.2%. El agua suministrada a la población se desinfecta mediante cloración y el monitoreo del cloro libre residual en las tomas domiciliarias proporciona un indicador de evaluación fundamental. Durante 2008 se tuvo un promedio nacional de eficiencia en cloración de 86.6%, mientras que las tasas promedio nacionales de cobertura de los

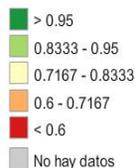
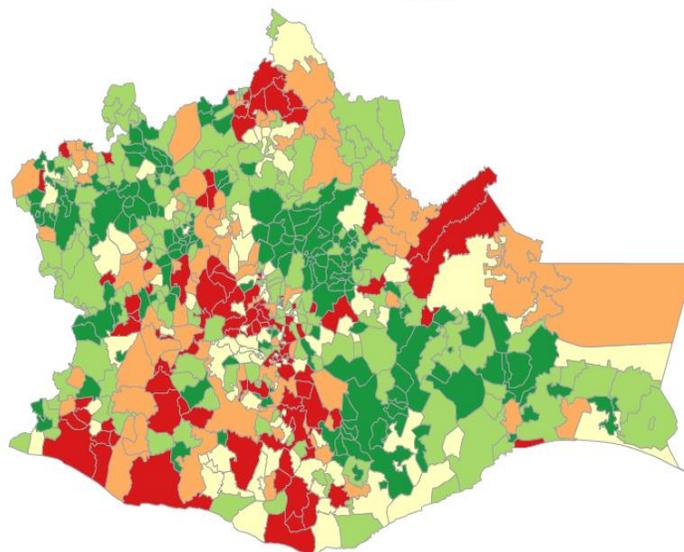
servicios de agua y alcantarillado llegaron a 90.3% y 86.4%, respectivamente en 2008. Sin embargo subsisten condiciones desiguales de acceso y de calidad que siguen incidiendo como presiones de estado y de impacto sobre la salud humana.

Para 2008, hay un acceso desigual entre los entornos urbano y rural, de 94 y 77% respecto al agua potable, para 2008 y de 94 y 62% en cuanto al alcantarillado.

En general, la morbilidad y la mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales se encuentran asociadas a acceso a los servicios de agua y drenaje y en alta medida al rezago social general.

En Oaxaca se presentan diferencias importantes por municipio con relación al agua entubada, lo que podría repercutir en las causas de morbilidad y su peso relativo diferenciado por jurisdicción sanitaria.

01. Índice de agua entubada (2010)



Otros riesgos para la salud están vinculados con las prácticas de uso de recursos naturales, como combustible para cocinar dentro de las viviendas y que, al margen de su clasificación como un problema de contaminación o de hábitat, constituye uno de los más

importantes daños a la salud. La combustión de biomasa emite diversos agentes contaminantes dañinos para la salud, tales como el monóxido de carbono, los óxidos de nitrógeno y de azufre, el benceno y benzopireno, ambos de efectos cancerígenos, además del formaldehído.

Persiste un déficit de acceso a los servicios de agua y alcantarillado, sobre todo en localidades pequeñas, comunidades indígenas y áreas urbanas marginadas. En el medio rural se trata de un acceso bajo sobre todo para las localidades de menos de 2,500 habitantes, y en el medio urbano sobre todo para las áreas más marginadas.

Las funciones ambientales y los servicios para la vivienda confluyen en el objetivo de mejorar las condiciones de vida, los entornos salubres y hábitat, junto con el resguardo de los soportes ecosistémicos críticos para la salud. Actualmente, 15% del territorio nacional, 68.2% de la población y 71% del PIB del país se encuentran altamente expuestos al riesgo de impactos adversos directos del cambio climático.

7) Educación y desigualdad educativa

La educación en México ha estado signada estructuralmente por la desigualdad en el acceso, en la calidad de los servicios y de las experiencias educativas y, por consiguiente, en el éxito escolar. Esta desigualdad tiene diversas causas, pero la más importante es la desigualdad económica y la pobreza del país.

El supuesto básico es que la superación de las desigualdades educativas tendrá efectos positivos sobre la salud, por lo que es necesario desarrollar políticas que busquen como objetivos primarios la superación de las brechas educativas y la atención particular a problemas específicos que se generan dada la heterogeneidad de las poblaciones y de sus condiciones económicas, sociales y culturales a lo largo del territorio.

La desigual distribución de la calidad educativa tiene consecuencias en la salud de los individuos: una educación de baja calidad no proporciona información adecuada, no propicia aprendizajes importantes en salud y no promueve el desarrollo de valores y actitudes que favorezcan comportamientos saludables.

Este rezago tiene expresiones contrastantes entre los estados del país. Varias entidades tienen porcentajes superiores al 50% de su población de 15 o más años de edad que se encuentra en situación de “rezago”, entre los que se encuentra el estado de Oaxaca.

En lo que respecta al nivel educativo, en el periodo 2011-2012, Oaxaca tuvo un grado promedio de escolaridad de 7.0%, ubicándose por debajo del promedio nacional que es de 8.8%, y de acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2010, la población de 15 años ó más sin instrucción, a nivel nacional, es del 6.9% mientras que en Oaxaca llega al 13.8%.

La relación entre educación y salud se refleja en indicadores como la protección con métodos anticonceptivos.

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años por entidad federativa según nivel de escolaridad y conocimiento de pastillas como método anticonceptivo

Comparativo	Sin escolaridad y primaria incompleta		Primaria completa		Secundaria y más	
	Total	% conocen pastillas	Total	% conocen pastillas	Total	% conocen pastillas
Nacional	4,076,538	86.6	437,260	92.2	18,247,119	97.9
Oaxaca	20,325	68.7	145,259	80.1	465,467	94.1

Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006.

La educación también tiene sus efectos diferenciados en la salud de las personas ocupadas, ya que éstas enfrentan de diferente forma tanto la protección en el trabajo como la atención de la enfermedad.

Mientras que en promedio a nivel nacional el 33.9% de la población ocupada se encuentra entre la que no tiene instrucción o solamente llega a primaria, en el estado de Oaxaca esta población asciende al 51%.

Lo que consecuentemente dificulta la construcción de una cultura de salud entre la población de la entidad.

8) Empleo y precariedad laboral

Entre los determinantes sociales que tienen una mayor evidencia sólida de su relación con la salud es el empleo. Esta relación se manifiesta a través de tres vertientes principales: el acceso al empleo y la naturaleza del mismo; las condiciones físicas y psicosociales del medio ocupacional, así como el marco institucional de protección social ligado al empleo. Estos factores ejercen un efecto ampliamente reconocido en la salud física y mental, así como en la esperanza de vida de la población trabajadora.

Existe una fuerte correlación entre las entidades del país donde la precariedad laboral es mayor con las que presentan una condición de salud más deficiente, expresada tanto en la esperanza de vida, como en el índice de mortalidad infantil. Un indicador compuesto de

precariedad laboral por estado, que se incluye tanto a todos los trabajadores del sector informal urbano, a los trabajadores domésticos, a los trabajadores agropecuarios de autosuficiencia, más aquellos trabajadores de las empresas formales que no cuentan con acceso a servicios de salud, o que no están remunerados, muestra que existen fuertes correlaciones tanto con el índice de esperanza de vida, como con el de mortalidad infantil. En ambos casos hay una coincidencia prácticamente total entre las entidades que muestran la más alta precariedad laboral, como es el caso de Oaxaca.

Ocupados por nivel educativo

Concepto	Nacional		Oaxaca	
	Personas	Porcentaje	Personas	Porcentaje
Total	50,243,493	100.0	1,600,619	100.0
Sin instrucción	2,158,576	4.3	173,710	10.9
Primaria	14,865,947	29.6	642,562	40.1
Secundaria y media superior	23,901,246	47.6	594,587	37.1
Superior	9,295,191	18.5	187,985	11.7
No especificado	22,533	0.04	1,775	0.1

Fuente: INAP, STPS-INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo.

México presenta una problemática dual en la relación entre empleo y salud: comparte los efectos asociados al mundo global del trabajo, que afectan a los sectores más modernos de la economía al tiempo que padece las carencias y problemas típicos de salud vinculados a formas precarias de trabajo en un entorno de agudización de pérdida en la calidad del empleo.

Esperanza de vida, mortalidad infantil y precariedad laboral en las entidades con los indicadores más desfavorables.

Indicador	Oaxaca	Nacional
Esperanza de vida	72.5	74.5
Mortalidad infantil	13.9	12.8
Precariedad laboral	80.3	59.1

Fuente: CONAPO y CONEVAL.

Cada día emergen nuevos riesgos no contemplados anteriormente, asociados con el mundo cambiante del trabajo. Algunos de ellos son de origen ergonómico, o vinculados con el estrés psicosocial, con sustancias bioquímicas no conocidas antes, o con nuevos campos como la nanotecnología. Otros están asociados con nuevos fenómenos laborales

no contemplados, como una migración en aumento, la creciente presencia del *outsourcing*, la explosión de muy diversas formas de trabajo precario, informal, y nuevas necesidades no cubiertas aparejadas a la incorporación masiva de la mujer al mundo del trabajo extra-doméstico.

El trabajo infantil es un problema persistente que puede causar daños irreversibles al desarrollo físico y mental de una persona y afectar su formación. En su gran mayoría este tipo de trabajo está ligado a condiciones de pobreza y afectaba en 2009 a aproximadamente tres millones de niños y niñas de 5 a 17 años de edad en México. Un 29% de la población infantil de 5 a 17 años que trabaja lo hace en el campo. Por entidades federativas, Oaxaca es el estado con mayor proporción de trabajo infantil (mayor al 10% de su población ocupada), en donde casi la mitad de los niños y niñas que trabajan (47.2% de ellos) lo hacen sin remuneración, 40% no estudia y se estima que cerca del 4% de niños y niñas ocupados, sufrió algún accidente, enfermedad o lesión que requirió atención médica en alguno de los trabajos que tuvo.

Población Económicamente Activa 2013

Concepto	Nacional personas	Porcentaje	Oaxaca personas	Porcentaje
Población total, personas	118,896,009	100.0	3,969,477	100.0
Población en edad de trabajar, personas	88,326,076	74.3	2,858,413	72.0
Población Económicamente Activa (PEA)	52,675,784	59.6	1,648,554	57.7
Ocupados	50,243,493	95.4	1,600,619	97.1
Desocupados	2,432,291	4.6	47,935	2.9
Tasa de desocupación jóvenes (14 a 29 años)		7.7		4.4
Tasa de informalidad Laboral		58.8		81.3

Fuente: INAP, STPS-INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2013.

Destaca el dato de que entre la Población Económicamente Activa en la entidad, el 81.3% se encuentra dentro de la informalidad, población que probablemente en un alto número está incorporada al Sistema de Protección Social en Salud.

La ocupación por rama de actividad es un indicador importante de la salud. Mientras que a nivel nacional el 67.7% de la ocupación se concentra en los servicios, comercio e

industria manufacturera, en Oaxaca el 74% de la población ocupada se concentra principalmente en las actividades agropecuarias, los servicios y el comercio.

Población ocupada por rama de actividad 2013

Concepto	Personas	Porcentaje	Personas	Porcentaje
Ocupados por rama de actividad económica	50,243,493	100.0	1,600,619	100.0
Actividades agropecuarias	6,979,357	13.9	552,153	34.5
Industria Manufacturera	7,952,494	15.8	179,248	11.2
Industria Extractiva y Electricidad	442,154	0.9	6,616	0.4
Construcción	3,656,367	7.3	95,931	6.0
Comercio	9,881,916	19.7	248,520	15.5
Transportes y comunicaciones	2,465,670	4.9	56,252	3.5
Otros servicios	16,195,272	32.2	383,486	24.0
Gobierno y organismos internacionales	2,383,118	4.7	76,680	4.8
No especificado	287,145	0.6	1,733	0.1

Fuente: INAP, STPS-INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2013.

Con relación a la ocupación por posición en el trabajo, ésta es importante ya que en México existen diferentes mecanismos institucionales para dar cobertura en salud. En promedio, a nivel nacional el 55% de la población cuenta con la cobertura de la Seguridad Social, en contraste en el estado de Oaxaca el 74.2% de la población por sus características laborales, no puede ser derechohabiente y requiere de otros mecanismos de protección en materia de salud.

Ocupado por posición en el trabajo

Concepto	Nacional		Oaxaca	
	Personas	Porcentaje	Personas	Porcentaje
Total	50,243,493	100.0	1,600,619	100.0
Empleadores	2,293,118	4.6	44,807	2.8
Trabajadores asalariados	33,745,691	67.2	673,519	42.1
Trabajadores por su cuenta	11,105,353	22.1	636,807	39.8
No especificado	3,099,331	6.2	245,486	15.3

Fuente: INAP, STPS-INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2013.

El ingreso tiene un impacto directo sobre la salud de las personas, situación que se vuelve muy compleja en el estado de Oaxaca ya que la disparidad que existe entre el nivel de ingresos en promedio a nivel nacional y la del estado es muy grande. Aunado a lo anterior, hay que tomar en cuenta que el salario mínimo de la región es menor en 5.2% al que se tienen en los estados más desarrollados del país.

Ocupados por nivel de ingreso

Concepto	Personas	Porcentaje	Personas	Porcentaje
Total	50,243,493	100.0	1,600,619	100.0
No recibe ingresos	4,058,706	8.1	458,298	28.6
Menos de un S.M.	6,247,579	12.4	325,311	20.3
De 1 a 2 S.M.	12,385,350	24.7	328,564	20.5
De 2 a 5 S.M.	18,333,607	36.5	345,580	21.6
Más de 5 a 10 S.M.	2,860,984	5.7	49,899	3.1
Más de 10 S.M.	795,931	1.6	9,540	0.6
No especificado	5,561,336	11.1	83,427	5.2

Fuente: INAP, STPS-INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2013.

Otra de las condiciones de trabajo más vulnerables en materia de riesgos de salud es el trabajo migratorio. Este tipo de trabajo se presenta tanto en tareas estacionales del campo como en la migración laboral al exterior. Los trabajadores mexicanos que han emigrado hacia Estados Unidos (E.U.) presentan una problemática de salud más adversa que la del resto de los trabajadores de México, respecto de padecimientos como VIH/sida, diabetes o adicciones a drogas ilegales. Por ejemplo, entre los 30 millones de mexicanos que han emigrado a E.U., los índices de prevalencia de VIH/sida son de 0.6%, más cercanos a la media de Estados Unidos (0.8%) que a la de México (0.36%). En diabetes, la población mexicana que ha migrado presenta un índice de 14%, el doble del de México. En consumo de drogas, su índice de prevalencia es de 15.4%, más cercano a la media de Estados Unidos (22.3%) que a la de México (6.4%).

Los determinantes de la salud en el estado de Oaxaca, muestran la importancia que tiene para atender los requerimientos de salud en el estado el Sistema de Protección Social en Salud, así como los retos que enfrenta; los cuales son mayores que los que el mismo Sistema enfrenta en otras entidades federativas.

III. Diagnósticos sobre el SPSS en Oaxaca a partir de las evaluaciones y encuestas institucionales

La organización del Seguro Popular, tanto en la parte adjetiva como sustantiva, está basada en una cadena de macro procesos que en su conjunto definen el acceso de la salud a los beneficiarios del Sistema. Estos macro procesos son: la afiliación, la gestión de los servicios de salud, la gestión financiera y, como mecanismo para llevar a cabo dichos procesos, la capacidad administrativa y organizacional. Por lo anterior y debido a que en la mayoría de las evaluaciones, diagnósticos e informes de avances del Seguro Popular se estructuran a partir de dichos macro procesos, el diagnóstico sobre el Régimen Estatal de Protección Social en Salud respeta la misma estructura.

III.1 Afiliación

La afiliación es la base del Sistema de Protección Social en Salud, es a partir de ese proceso que se hace efectivo el derecho de acceso a los servicios de salud para el afiliado y se determinan los recursos que por concepto de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal recibirá el REPSS por parte de la Federación.

Los resultados de diferentes encuestas, el conteo de población y vivienda 2005 y el censo de población y vivienda de 2010, han manifestado dudas sobre la calidad de los registros de afiliados del Seguro Popular. Sin embargo, el padrón de afiliados, por la forma como se integra, es la base más consistente y confiable que se tiene sobre la población beneficiaria del Seguro Popular. Esto se muestra en el análisis realizado por CONEVAL, al comparar, en una serie de tiempo, las diferencias entre el total de afiliados considerado en el padrón del seguro popular y otros mecanismos de medición, la cual refleja que las diferencias van disminuyendo.²⁰

²⁰De acuerdo al estudio "Indicadores de acceso uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular, Thania Paola de la Garza Zamudio Chávez, Janet Zamudio Chávez, 2013." las cifras provenientes de registros administrativos del Seguro Popular presentan diferencias respecto a lo reportado por la población en el Censo o Conteo poblacionales, y en encuestas sobre el tema. Este es un elemento de particular relevancia puesto que podría estar reflejando desconocimiento de los individuos sobre su afiliación y, por tanto, sobre los servicios de salud que la afiliación a éste les proporciona.

De acuerdo a nuestro análisis, además de lo enunciado por CONEVAL hay otras causas que también podrían influir en el conteo, como el tipo de cuestionario aplicado tanto por la pregunta como por el universo aplicado. Asimismo, es importante aclarar que el registro que realiza el SPSS es casuístico y con documentación comprobatoria de la persona.

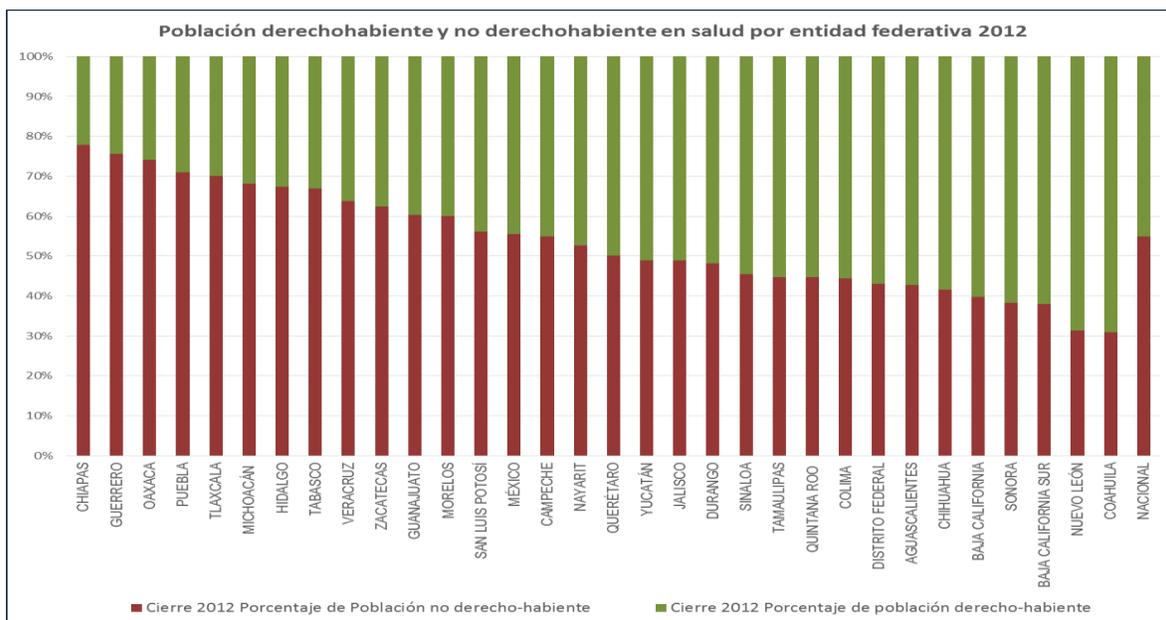
**Población nacional afiliada al Seguro Popular por fuente de información 2002-2012
(Millones de personas)**

Año	Informe de Resultados del SPSS	Conteo 2005 y Censo de Población 2010	ENSANUT	ENIGH	Diferencia ENSANUT/SPSS	Diferencia ENIGH/SPSS
2002	1.09					
2003	2.22					
2004	5.32					
2005	11.40	7.32				
2006	15.67					
2007	21.83		10.91		- 50.0%	
2008	27.18			20.39		-24.9%
2009	31.13					
2010	43.52	26.23		34.35	- 39.72%	- 21.1%
2011	51.82					
2012	52.87		43.27	47.80	- 18.1%	- 9.6%

Fuente: INAP, con información de CONEVAL 2013.

Por lo anterior y debido a la importancia que tiene el registro administrativo de los afiliados para el análisis del desempeño del REPSS de Oaxaca, se utilizará la información oficial sobre el número de afiliados que publica la Comisión Nacional de Protección Social en Salud en diversos documentos oficiales.

El Seguro Popular tiene un impacto diferenciado por entidad federativa. Mientras que para el estado de Nuevo León el 31.4% de su población es potencialmente susceptible a ser cubierta por el Seguro Popular, en el estado de Oaxaca este porcentaje es del 74%.



Fuente: Versión preliminar del Plan Estratégico del SPSS 2013-2018, CNPSS.

A finales de 2013 el número de afiliados en el estado de Oaxaca,ascendió a 2,692,621 personas. No obstante,que el crecimiento porcentual de la afiliación en Oaxaca en el año fue de 4.8%, menor al promedio nacional de 5.0%, si se considera todo el periodo, la estrategia de afiliación del REPSS ha sido más eficiente que el promedio nacional.

De acuerdo a los cálculos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS), para el año 2013 el 7.9% de población susceptible de afiliación para llegar a la cobertura en Oaxaca no fue considerada en la meta establecida por la CNPSS en el anexo II del acuerdo de Coordinación.²¹En tanto que a nivel nacional, la población considerada para la afiliación ascendió al 14.3%.

²¹ La institución que establece las metas de afiliación anual es la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, a partir del presupuesto que autoriza para el año el H. Congreso de la Unión.

Cobertura y crecimiento de la afiliación

Año	Personas afiliadas Oaxaca	Personas afiliadas a nivel nacional	% de afiliados en Oaxaca con relación al total nacional	% de Crecimiento anual de afiliados a nivel nacional	% de Crecimiento anual de afiliados en Oaxaca
2004	155,249	5,318,289	2.9	n. a.	n. a.
2005	329,233	11,404,861	2.9	114.4	112.1
2006	704,487	15,672,374	4.5	37.4	114.0
2007	962,426	21,834,619	4.4	39.3	36.6
2008	1,291,324	27,176,914	4.8	24.5	34.2
2009	1,547,336	31,132,949	5.0	14.6	19.8
2010	2,069,971	43,518,719	4.8	39.8	33.8
2011	2,620,120	51,823,314	5.1	19.1	26.6
2012	2,634,749	52,908,011	5.0	2.1	0.6
2013	2,692,621	55,637,999	4.8	5.2	2.2

Fuente: INAP con datos de los Informes de Resultados del SPSS.

Debido a que la normatividad establece un porcentaje anual máximo de afiliación con relación al total de población potencial a ser afiliada, y criterios que norman el tipo de población a ser afiliada, se convierte en un proceso importante para medir el desempeño del REPSS.

Cada año en el Anexo II del Acuerdo de Coordinación para el establecimiento del Sistema de Protección Social en Salud, se asientan las metas y los criterios que el REPSS debe seguir en materia de afiliación. Para el 2013 fueron los siguientes: meta mensual máxima de afiliación y reafiliación, con el criterio de reconocimiento de nueva afiliación a partir del cumplimiento de la meta de reafiliación, respetando el siguiente orden de prelación: población vulnerable (menores de 5 años y mujeres embarazadas), población beneficiaria del Programa Desarrollo Humano Oportunidades, municipios considerados en la Cruzada contra el hambre, población reafiliada al corte y al último la población abierta.

En el caso de REPSS de Oaxaca, por la extensión y complejidad de su territorio, así como la dispersión de la población objetivo requirió instrumentar estrategias de afiliación más eficientes para dar cumplimiento a dichos criterios. A continuación se presentan los principales hallazgos en materia de afiliación.

De acuerdo a estimaciones realizadas por la DGIS la población que no es derechohabiente a la seguridad social y que en 2013 requiere de la cobertura del Sistema de Protección Social en Salud, asciende a 319,228 personas.

Población potencial que requiere la cobertura del Seguro Popular

Concepto	Personas
<i>Población total del estado 2013</i>	3,946,853
<i>Población potencial que requiere cobertura del Sistema de Protección Social en Salud</i>	2,926,716
<i>% de población potencial que requiere cobertura del Sistema de Protección Social en Salud</i>	74.1%
<i>Población afiliada en 2013</i>	2,692,621
<i>Población potencial a ser afiliada al Sistema de Protección Social en Salud (diferencia entre el total de población y la población afiliada)</i>	234,095
<i>Población potencial a ser afiliada al Sistema de Protección Social en Salud (calculada por municipio tomando en cuenta solamente a los municipios que no han llegado a la cobertura)</i>	319,228

Fuente: INAP con datos de la DGIS y el Informe de Resultados del SPSS 2013.

Si se toma la meta de afiliación establecida por la CNPSS para el año 2013, el REPSS requerirá de 5.5 años para llegar a dicha cobertura, esto sin tomar en cuenta el crecimiento por nuevos nacimientos.

La cobertura de afiliación por jurisdicción sanitaria en el estado se ha llevado a cabo de acuerdo a la siguiente tabla, en la que se muestra el grado de dificultad para lograr la cobertura total sobre todo en las jurisdicciones Valles Centrales por su magnitud y Sierra por la complejidad de geográfica.

Afiliación 2013 por Jurisdicción

Jurisdicción	Total de Municipios	Población Potencial 2013 DGIS	Afiliados 2013	Faltan por afiliar netos	Personas que faltan por afiliar calculado a partir de los municipios que no han llegado a la cobertura	% que falta por afiliar calculado a partir de los municipios que no han llegado a la cobertura
1 Valles Centrales	195	1,040,686	928,158	112,528	133,878	12.9
2 Istmo	47	460,687	415,330	45,357	54,388	11.8
3 Tlaxiaco	20	356,837	328,479	28,358	33,421	9.4
4 Costa	47	401,131	391,985	9,146	21,774	5.4
5 Mixteca	163	423,146	418,249	4,897	39,391	9.3
6 Sierra	98	244,229	210,420	33,809	36,376	14.9
Total	570	2,926,716	2,692,621	234,095	319,228	10.9

Fuente: CNPSS con datos de la DGIS.

Avance de la afiliación de acuerdo a los criterios establecidos en el Anexo II

A nivel nacional se observó un crecimiento promedio de 5.16% de nuevos afiliados, mientras que en Oaxaca este crecimiento fue de solo 2.20%, impactando con ello la posibilidad de contar con más recursos para la atención de su población. Es recomendable revisar los criterios de asignación de metas de afiliación en aquellas entidades federativas en donde el Seguro Popular tiene un mayor impacto en la cobertura de salud, como es el caso de Oaxaca.

Afiliación registrada al SPSS (personas afiliadas)

Entidad federativa	2012	Diciembre	Variación		Proyección de Cobertura 2013 ^{1/}	% de cumplimiento
	a	2013	Absoluta	Relativa		
		b	c = b-a	d = [(b/a)-1]*100		
Distrito Federal	2,480,090	2,896,802	416,712	16.80%	2,896,802	100.0%
Oaxaca	2,634,749	2,692,621	57,872	2.20%	2,692,621	100.0%
Total nacional	52,908,011	55,637,999	2,729,988	5.16%	55,716,387	99.86%

1/ Proyección de Cobertura firmada en el Anexo II del Acuerdo de Coordinación con las 32 entidades federativas.

En el Anexo II para el 2013 se estableció una proyección para la Cobertura Universal de Afiliación de tres bandas de cobertura, las cuales consideran el crecimiento natural de la población calculada con la tasa de natalidad reportada en los Indicadores de Población CONAPO 1990-2030, y la regularización de los registros que cumplen con los criterios de validación de la demanda adicional observada en 2012

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud. Diciembre 2013.

Reafiliación

Para el SPSS, la reafiliación es un indicador importante ya que a través de ella se pueden detectar factores que inciden en el cumplimiento del objetivo del Sistema como la dinámica económica y poblacional, la disposición o no por diferentes motivos parareafiliarse por parte de la población al concluir el periodo de vigencia de sus derechos, la falta de documentos comprobatorios, el cambio de domicilio, y hasta el olvido involuntario de las personas de renovar la vigencia de la póliza, aunque posteriormente se lleve a cabo una nueva afiliación.

El estado de Oaxaca alcanzó un porcentaje de reafiliación del 65.2% respecto de su meta original, este resultado tuvo su origen en principalmente por la situación de contingencia derivadas de los fenómenos meteorológicos que se presentaron en la entidad durante el 2013.

Avance de reafiliación 2013 (personas reafiliadas)

Entidad federativa	Meta 2013	Reafiliación Alcanzada	% de Cumplimiento
	a	B	c = b/a
Oaxaca	758,861	494,576	65.2
Total nacional	19,813,793	14,239,970	71.9

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud. Diciembre 2013.

Afiliación de mujeres

La Ley General de Salud prevé como unidad de protección a los núcleos familiares, aun cuando el financiamiento del SPSS sea por persona afiliada, favoreciendo con ello la cohesión de la estructura familiar, en concordancia con ello, los REPSS emiten pólizas familiares identificando al integrante que asume la representación con carácter de titular. En el estado de Oaxaca, el porcentaje de mujeres que son titulares de su póliza de afiliación al SPSS es 2% mayor al promedio nacional.

Es pertinente señalar que dicha estadística no es comparable a la jefatura femenina de los hogares en México, cuyo último dato promedio disponible pasó de 16% en 2000 a 25% en 2010²², toda vez que para el SPSS el dato observado es una medición de la titularidad de la póliza de derechos del núcleo protegido, sin cuestionar el papel funcional y sociológico de la mujer en la estructura de la misma.

Titularidad de afiliación al SPSS encabezada por mujeres

Entidad federativa	Familias afiliadas	Titularidad de la póliza encabezadas por mujeres	% Familias con la titularidad de la póliza está encabezadas por mujeres
	a	B	c = b/a
Oaxaca	1,037,700	809,941	78.1%
Total nacional	22,290,867	16,964,726	76.1%

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud, 2013.

²². Censo de Población y Vivienda 2010, INEGI.

Afiliación registrada por género

De la afiliación total a diciembre de 2013, el 54% corresponde a mujeres y el 46% a hombres. La entidad federativa donde la población femenina supera en mayor proporción el promedio nacional es Coahuila 55.8%.

Afiliación registrada al SPSS por género (personas afiliadas)

Entidad federativa	Afiliación 2013	Mujeres	Hombres	% mujeres	% hombres
Coahuila	787,319	439,434	347,885	55.8	44.2
Oaxaca	2,692,621	1,444,707	1,247,914	53.6	46.4
Total nacional	55,637,999	30,023,159	25,614,840	54.0	46.0

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud, 2013.

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2010, las mujeres representan el 52.2% de la población del estado y los hombres el 47.8%

La menor proporción de hombres afiliados, en especial los que se encuentran en edad productiva, se puede deber principalmente a que la población masculina de estas edades se encuentra incorporada en actividades laborales que cuentan con cobertura de las instituciones de seguridad social. Mientras que las mujeres afiliadas en estas edades productivas se encuentran en actividades domésticas o en empleos más precarios (rurales o urbanos) que no poseen protección en seguridad social y por ello se afilian al SPSS. Este hecho produce una distribución poblacional distinta en edades con respecto a los afiliados al SPSS de la estructura poblacional del país.

Localidades con afiliados al SPSS

La localidad es la unidad de menor desagregación que presenta la división política del territorio nacional, el INEGI reporta 191,772 localidades con población mayor a cero, dentro de las cuales el SPSS tiene presencia de afiliados en 114,528²³.

Localidades con presencia de afiliados al SPSS (localidades)

Entidad federativa	Total de localidades ^{1/}	Localidades con afiliados		Variación absoluta c = b-a
		2012	2013	
		a	b	
Oaxaca	10,484	7,144	7,193	49
Total nacional	191,772	114,678	114,528	-150

²³. Por referencia de personal de las entidades federativas se sabe que algunas localidades sin presencia del SPSS son unidades económicas como granjas agropecuarias, ingenios azucareros, asentamientos mineros etc., cuyos habitantes están cubiertos por la seguridad social en razón de su situación laboral, y algunas otras, con menos de tres viviendas, administrativamente los ayuntamientos las agrupan en localidades de mayor tamaño, por tanto su población al momento de la afiliación se absorbe por éstas.

1/ Total de localidades vigentes de acuerdo con INEGI con población mayor a cero.
Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud, Diciembre 2013.

Mientras que a nivel nacional ha disminuido el número de personas afiliadas por localidad, en el caso de Oaxaca se registra un incremento, lo que significa que continúa la tendencia a cubrir todas las localidades de la entidad.

Afiliados por tipo de localidad

A nivel nacional, del total de afiliados al mes de diciembre de 2013, más de 18.6 millones de personas se sitúan en zonas rurales²⁴, lo que equivale al 33.7% del total de afiliados, en tanto que el Censo de Población y Vivienda 2010, indica que el 22.2% de la población habita en zonas rurales.

En el estado de Oaxaca la afiliación en la zonas rurales asciende al 47.7%, casi la mitad de los afiliados.

Afiliación en zonas rurales (personas afiliadas)

Entidad federativa	Afiliados en zonas rurales		Variación		Afiliados en zonas rurales (% respecto al total)	
	2012	2013	Absoluta	Relativa (%)	2012	2013
	a	B	c = b-a	$d = [(b/a) - 1] * 100$		
Oaxaca	1,193,799	1,281,952	88,153	7.4	45.3	47.7
Total nacional	17,931,289	18,563,024	631,735	3.5	33.9	33.7

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud, Diciembre 2013.

En zonas urbanas, al mes de diciembre de 2013, se contabilizan 37.1 millones de afiliados, equivalentes al 67.3% del total, con un crecimiento del 6.0% con relación a 2012.

Afiliación en zonas urbanas (Personas)

Entidad federativa	Afiliados en zonas urbanas		Variación		Afiliados en zonas urbanas (% respecto al total)	
	2012	2013	Absoluta	Relativa (%)	2012	2013
	A	b	c = b-a	$d = [(b/a) - 1] * 100$		
Oaxaca	1,440,950	1,410,669	-30,281	-2.1	54.7	52.5
Total nacional	34,976,722	37,074,975	2,098,253	6.0	66.1	67.3

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud, 2013.

Programa Seguro Médico Siglo XXI

En el primer bimestre del año 2013, se publicó el *Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI, (SMSXXI) para el ejercicio fiscal*

²⁴. Se toma la clasificación empleada por el INEGI, en la que se establece que las localidades con más de 2,500 habitantes son urbanas y el resto son rurales.

2013, el cual precisa en su artículo cuarto transitorio que los menores incorporados al Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), cuyos derechos se encuentren vigentes en términos de las disposiciones aplicables, se considerarán beneficiarios del Programa SMSXXI para todos los efectos legales.

Este ajuste normativo en materia de afiliación, propició el tránsito de los niños mayores de cinco años a una atención exclusiva por parte del SPSS en razón de su edad, ya que la población objetivo del SMSXXI son los niños menores de 5 años.

Afiliación al Seguro Médico Siglo XXI, (Niños afiliados)

Entidad federativa	Cierre de 2012	Menores de 5 años SMNG	Afiliación SMSXXI	
			2013	Total
		A	b	a + b
Oaxaca	315,624	173,720	74,479	248,199
Total nacional	6,816,240	3,746,524	1,645,117	5,391,641

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud, 2013.

Estrategia de afiliación Embarazo Saludable

Embarazo Saludable surgió en el año 2008 como una estrategia de afiliación enfocada a reducir la mortalidad materna e infantil, asegurando la incorporación al SPSS de las mujeres embarazadas para tener acceso inmediato a los servicios de salud.

De manera complementaria, se definió que las mujeres embarazadas y sus familias que se ubiquen entre los deciles de ingreso del I al VII se afilien bajo el régimen no contributivo, por lo que quedan exentas del pago de la cuota familiar con la finalidad de coadyuvar a romper el ciclo de pobreza.

Mujeres afiliadas a través de la estrategia embarazo saludable^{1/}(Mujeres afiliadas)

Entidad federativa	Cierre 2012	Crecimiento neto	Cierre 2013	%
	a	b = c-a	c	Participación Porcentual
Oaxaca	84,305	11,083	95,388	4.6

1/ La cifra reportada es el total de mujeres que permanecen vigentes al corte de información en independencia de su situación de embarazo.

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud, 2013.

Afiliación de Beneficiarios del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades

El Programa Oportunidades tiene el objetivo de incrementar las capacidades asociadas a la educación, salud y nutrición de las familias beneficiarias, para contribuir a la ruptura del ciclo generacional de la pobreza; en este sentido los beneficiarios de este programa son

un grupo poblacional que forma parte del objetivo del SPSS del componente salud para aquellos que no cuenten con ningún tipo de seguridad social en salud.

Al cierre de 2013, la cifra de beneficiarios del SPSS que también cuentan con el programa Oportunidades asciende a 15.7²⁵ millones de personas, lo que representa un 13.3% adicional respecto el cierre del año anterior.

Afiliación de beneficiarios del programa oportunidades(Personas afiliadas)

Entidad Federativa	Cierre 2012	Crecimiento neto	Cierre 2013	Incremento porcentual	%
	A	b = c-a	C	$d = [(c/a) - 1] * 100$	Participación Porcentual
Oaxaca	1,065,297	146,098	1,211,395	13.7	7.7
Total nacional	13,881,862	1,811,524	15,733,549	13.3	100.0

1/ La cuenta de beneficiarios Oportunidades para el Distrito Federal, es solo para fines ilustrativos, ya que no impacta en las transferencias de recursos del SPSS, toda vez que las ministraciones correspondientes a este programa en su componente de salud, se envían al IMSS directamente.

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud, 2013

Estrategia 100X100²⁶

La estrategia 100X100 es un esquema de coordinación que conjunta las acciones de los diferentes programas federales que promueven el desarrollo económico y social, haciendo concurrir los recursos asignados presupuestalmente a cada programa.

Su objetivo es transformar de manera integral, las condiciones de rezago de los municipios con menor Índice de Desarrollo Humano del país, a través del mejoramiento de las condiciones de vida de la población y del incremento de las posibilidades para una mejor productividad y empleo.

Para el SPSS esta estrategia ha sido total en su labor de mejorar las condiciones de vida de la población en condiciones de marginación, por lo que ha afiliado sin erogación alguna a los residentes de los 125 municipios pertenecientes a la estrategia 100X100 que de manera voluntaria lo solicitan, de ellos 58 corresponden a Oaxaca.

Número de beneficiarios en los 125 municipios de alta y muy alta marginación por entidad federativa (Número de Personas)

²⁵ Para identificar a los beneficiarios del SPSS que cuentan con Oportunidades, al momento de la afiliación se pregunta a los solicitantes si son beneficiarios y se corrobora su vigencia en ese programa mediante la confronta de padrones.

²⁶ En el Informe de Resultados del primer semestre de 2013 se reportó el avance de esta estrategia, tal como se realizó en años anteriores. Sin embargo, de acuerdo a información proporcionada por SEDESOL, dicha estrategia dejó de operar a inicio de 2013. En este documento se reportan sus avances con la finalidad de ser congruentes con el Informe anterior.

Entidad federativa	Afiliación por Entidad Federativa	Afiliación en los municipios	% de participación	No. Mpios
	a	B	c = (b/a)*100	Participantes
Oaxaca	2,692,621	265,372	9.9	58
Total nacional	17,477,589	1,396,006	8.0	125

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud, 2013.

Personas afiliadas pertenecientes a municipios con más del 40% de población que habla lengua indígena.

La inclusión de comunidades indígenas, donde la marginación y el deficiente acceso a los servicios de salud incrementan la brecha de pobreza, representa un objetivo prioritario para el SPSS, tal como lo establece el Octavo transitorio del Decreto por el que se reforma y adiciona la LGS, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2003, que señala que se dará preferencia a la población de los dos primeros deciles de ingreso en las áreas de mayor marginación, zonas rurales e indígenas.

De acuerdo a los datos del Consejo Nacional de Población, la esperanza de vida de la población indígena es siete años menor que la del resto de la población. Asimismo, esta población presenta tasas de mortalidad infantil, preescolar, escolar y materna superiores al promedio nacional, debido principalmente a padecimientos que se pueden prevenir, que son curables y que están asociados con altos índices de desnutrición.

Entre los resultados obtenidos al cierre de diciembre 2013, la afiliación en municipios con más de 40% de población que habla alguna lengua indígena, ascendió a 6,880,091 personas, lo que representa un crecimiento de 382,522 personas y 5.9% respecto al cierre de 2012.

En el estado de Oaxaca el 48.1% de la población afiliada al Seguro Popular reside en municipios con 40% ó más de población hablante de lengua indígena.

Afiliados en municipios con 40% o más de población de habla indígena (personas afiliadas)

Entidad federativa	Cierre 2012	Cierre 2013	Variación	Crecimiento de afiliados 2013/2012
	A	b	c = b-a	
Oaxaca	1,237,771	1,296,480	58,709	4.7%
Total nacional	6,497,569	6,880,091	382,522	5.9%

Fuente: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), con base en datos de INEGI.

Cruzada contra el Hambre

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos prevé en su artículo 4º, que el Estado tiene el deber de implementar las medidas necesarias para garantizar el derecho de toda persona a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. En este sentido, la estrategia Cruzada contra el Hambre, es un esfuerzo participativo entre los sectores público, social y privado, así como de organismos e instituciones internacionales, que tiene como propósito conjuntar recursos de la federación, de las entidades federativas y los municipios, para canalizarlos a las personas que viven en condiciones de pobreza multidimensional extrema y que presentan carencias en el acceso a la alimentación.

La Cruzada contra el Hambre persigue el lema “Sin Hambre, Cruzada Nacional”, a partir de una alimentación adecuada, la reducción de la desnutrición infantil aguda y del mejoramiento de los indicadores de peso y talla de la niñez.

A partir de la entrada en vigor del Decreto que establece el Sistema Nacional para la Cruzada contra el Hambre, el SPSS ha enfocado sus estrategias de afiliación a los municipios definidos como prioritarios por ésta, la cual prevé implementarse en una primera etapa en los 405 municipios que fueron seleccionados por el número de personas con carencia de acceso a la alimentación que habitan en ellos.

Avance de afiliación en los municipios de la cruzada contra el hambre (personas afiliadas)

Entidad federativa	Meta de afiliación ^{1/}	Beneficiarios	% de avance
Oaxaca	22,979	57,787	251.5
Total nacional	1,140,026	2,430,532	213.2

1/ La meta correspondiente al 30% de la considerada como objetivo de 3.8 millones para los 405 municipios de la estrategia Cruzada contra el Hambre.

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud, Diciembre 2013.

El REPSS de Oaxaca dio prioridad a la afiliación en dichos municipios, en los cuales superó la meta de afiliación en más del doble establecido para el año, sin descuidar el cumplimiento de los otros criterios establecidos en el Anexo II del Convenio de Colaboración.

III.1.1 Estudio de Caso: Resultados de Estudio Cualitativo de los Servicios de Salud financiados por el Seguro Popular en Oaxaca²⁷

Afiliación normal

En sus inicios, el Seguro Popular basó su crecimiento en dos acciones: las brigadas de

²⁷ Estudios de caso estudio del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social sobre “la calidad de la rendición de cuentas: transparencia y acceso efectivo al seguro popular y al programa oportunidades en México (2012).”

afiliación y el padrón del Programa Oportunidades. Se dio prioridad a los municipios más marginados a donde llegaron brigadas desde el 2006. Se presentan a continuación tres casos:

En el caso de Mazatlán Villa de Flores las primeras brigadas tuvieron muy poco éxito a causa de algunos conflictos políticos que despertaron desconfianza hacia éstas. Se reporta una afiliación del 91%, pues las brigadas lograron superar el malentendido inicial. Sin embargo, actualmente sólo el 74% de los hogares reporta estar afiliado; no hubo renovación de la afiliación cuando expiró a los tres años de inscripción. Se pierde el interés en la afiliación por diversos factores:

- Las familias siguen acudiendo al médico privado o al tradicional.
- La mitad de los afiliados que acudieron a consulta tuvo que comprar el medicamento. Las brigadas sólo afiliaban nominalmente a la madre y a su hijo, y el resto de la familia se enteraba de que no estaba afiliado al intentar usar los servicios.
- Hay un conflicto con el Centro de Salud local, que intentó seguir cobrando las cuotas de recuperación usuales y aunque se eliminó el cobro, muchas personas pensaban que seguía vigente y que por lo tanto la afiliación no planteaba ventaja alguna.

En el poblado de Santa Elena Comaltepec las brigadas comenzaron a acudir en 2010, operando por una semana. Aunque iniciaron por las familias Oportunidades, mujeres lactantes y embarazadas y niños menores de cinco años, su estancia permitió hacer una afiliación casi completa de la población. El trabajo de campo actual reporta 88% de afiliados. Santa Elena es menos pobre que Mazatlán, o sea que más familias han pagado por servicios privados. Las familias fueron redirigidas por el Seguro Popular al Centro de Salud de los Servicios de Salud de Oaxaca en San Andrés Huixtla. Se piensa que los problemas de acceso físico a esta unidad médica y su saturación con su población “propia” provocan que los habitantes de Santa Elena sigan asistiendo al servicio del IMSS Oportunidades, o a médicos y farmacias privados.

La tercera comunidad del estudio es el Charco Nduayoo. Ahí la brigada de afiliación que anunció que el primer día afiliaría a las familias Oportunidades y el segundo a quien

tuvieran fotos de los individuos de su familia. En realidad podía afiliarse a todo el que llegara, careciera de seguridad social y diera su información, pero a muchos no les quedó claro. El resumen del portal de la Secretaría de Salud cuenta nueve familias, ó 36 personas aproximadamente, en 2008. La encuesta de localidad encontró un 40% de los hogares, o 300 individuos aproximadamente, afiliados dos años después. Quedaron excluidas muchas familias simplemente por falta de tiempo de la brigada. Sin embargo, la principal diferencia respecto de otras localidades es que todos, afiliados y no afiliados, reciben mejor trato. Hay mayor oferta de medicamentos (34% los recibieron gratuitamente), y los reciben tanto afiliados como no afiliados. Esto es consecuencia del compromiso de una promotora de salud local, con quince años de experiencia, que conoce su materia y que dispone de medicamentos a través del IMSS-Oportunidades. Pero las clínicas a las que deben acudir por estar afiliados al Seguro Popular con frecuencia no les brindan atención.

En Oaxaca en general, los habitantes de estas comunidades y quienes fueron entrevistados en las unidades médicas correspondientes fueron afiliados sobre todo por brigadas. Sólo el 6% de los afiliados se afilió en un MAO. Se reporta que a la fecha del estudio no se había alcanzado la cobertura de la población de escasos recursos sin seguridad social. Esta cobertura incompleta se debía a tres factores: que se anunció que se daba preferencia a los afiliados al Programa Oportunidades; que algunas familias no beneficiarias de este programa sí acudieron al módulo pero no contaban con los documentos de identificación requeridos y fueron rechazados; y que las brigadas estuvieron muy poco tiempo en cada poblado. A la fecha del estudio ya operaban 26 MAO'S en el territorio estatal, realizando un promedio de 30 a 40 afiliaciones por día. En las zonas de estudio había tres, pero las brigadas seguían siendo un mecanismo importante de afiliación.

Se mencionó antes que las pólizas tienen una vigencia de tres años. En Oaxaca, sin embargo, en 2008 se entregaron credenciales y pólizas cuya vigencia había iniciado un año antes. Esto obliga a las personas a renovar antes. Además, si no son advertidos pueden buscar atención con la idea errónea de que su póliza sigue vigente.

Los resultados en la afiliación cumplieron con las metas establecidas y se dio cumplimiento a la estrategia establecida en la "Cruzada Nacional contra el Hambre", pero se requiere en los próximos años fortalecer la afiliación en los municipios más dispersos y

alejados, así como buscar que se autorice por la Comisión e incrementar la meta de afiliación

III.2 Gestión de Servicios de Salud

El REPSS es la estructura administrativa encargada de garantizar el acceso de protección social en salud mediante la coordinación eficiente con oportunidad y sistemática de la provisión de los servicios de salud. Para cumplir esta función, tiene la obligación de adquirir servicios de salud del Estado y otros proveedores, asegurándose de que cuenten con una serie de criterios que garanticen la calidad de los mismos mediante la acreditación de los servicios, la supervisión de los procesos médicos y la validación y autorización de sus casos de las intervenciones pagadas mediante los diferentes fondos del Sistema de Protección Social en Salud, así como la gestoría como mecanismo de protección a los afiliados.

En este apartado se abordan tres aspectos centrales del funcionamiento del Seguro Popular en la entidad en cuanto a los servicios de salud y su utilización por parte de los afiliados con base en los siguientes elementos:

1. Los tipos de egresos, servicios y usos de la población en el Sistema de Protección Social en Salud del estado de Oaxaca.
2. Las tendencias de los cambios en el uso de los servicios y el nivel de satisfacción percibida con el Sistema de Protección Social en Salud, con el fin de generar hipótesis que se fundamentan en el modo en el cual el sistema de protección social en salud ha transformado las condiciones de acceso a los servicios de la población sin seguridad social.
3. Las áreas de oportunidad y debilidad en el uso de los servicios, así como los logros que ha obtenido el Sistema de Protección Social en Salud dentro del contexto del estado.

1. Infraestructura Instalada

La infraestructura instalada se concentra en las jurisdicciones de mayor densidad poblacional, la del primer nivel tiene una distribución más homogénea, mientras que la de segundo y tercer nivel se concentra en aquellas jurisdicciones capaces de mantener estos servicios en funcionamiento.

Distribución de unidades médicas en el estado de Oaxaca

Niveles de atención	Jurisdicción Sanitaria uno		Jurisdicción Sanitaria dos		Jurisdicción Sanitaria tres		Jurisdicción Sanitaria cuatro		Jurisdicción Sanitaria cinco		Jurisdicción Sanitaria seis		Total
	SSO	%	SSO	%	SSO	%	SSO	%	SSO	%	SSO	%	
Primer nivel	284	34.1	115	13.8	78	9.4	91	10.9	161	19.3%	104	12.5	833
Segundo nivel	9	25.7	7	20.0	4	11.4	7	20.0	5	14.3%	3	8.6	35
Tercer nivel	1	100.0		0.0		0.0		0.0		0.0%		0.0	1
Totales	294	33.8	122	14.0	82	9.4	98	11.3	166	19.1%	107	12.3	869

Fuente: REPSS, Oaxaca, 2013.

2. Acceso de los servicios de salud y utilización de los servicios en el estado de Oaxaca

Los informes de resultados del SPSS elaborados por la CNPSS, presentan información sobre los principales avances del SPSS tanto a nivel nacional como estatal. En el presente documento, se utiliza dicha información para analizar y comparar los resultados de los años 2009 al 2013, sobre la gestión de los servicios, así como las tendencias de uso en el tiempo²⁸. Se busca de este modo que esta información sea de utilidad para el REPSS para mejorar la calidad de los servicios. Para ello es preciso el seguimiento que dan los gestores médicos del Seguro Popular y la definición de acciones para mejorar los resultados de las encuestas de satisfacción que cada año implementa a nivel nacional la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

a) Consultas

Los datos disponibles sobre las consultas proporcionadas a los afiliados al Seguro Popular, permiten realizar un análisis de la situación que guarda el estado con relación a la media nacional y dentro del estado por jurisdicción. Esta información es importante, ya que permiten tener una aproximación sobre la capacidad para ofrecer servicios médicos a la población afiliada.

Con relación al comportamiento nacional, el estado de Oaxaca, muestra un crecimiento consistente de la capacidad del Seguro Popular para brindar consultas médicas a sus

²⁸El análisis de la información se realizó mediante una línea de tendencia de regresión lineal simple, la cual indica el aumento anual si todas las condiciones permanecen iguales en el tiempo para cada uno de los componentes de la gestión de los servicios de salud.

afiliados desde el año 2007 al 2013. De este modo, si bien en el año 2007 presentaba una brecha de -47.0 puntos porcentuales respecto de la media nacional de consultas por afiliado, esta brecha se ha ido cerrando con el paso de los años de manera consistente.

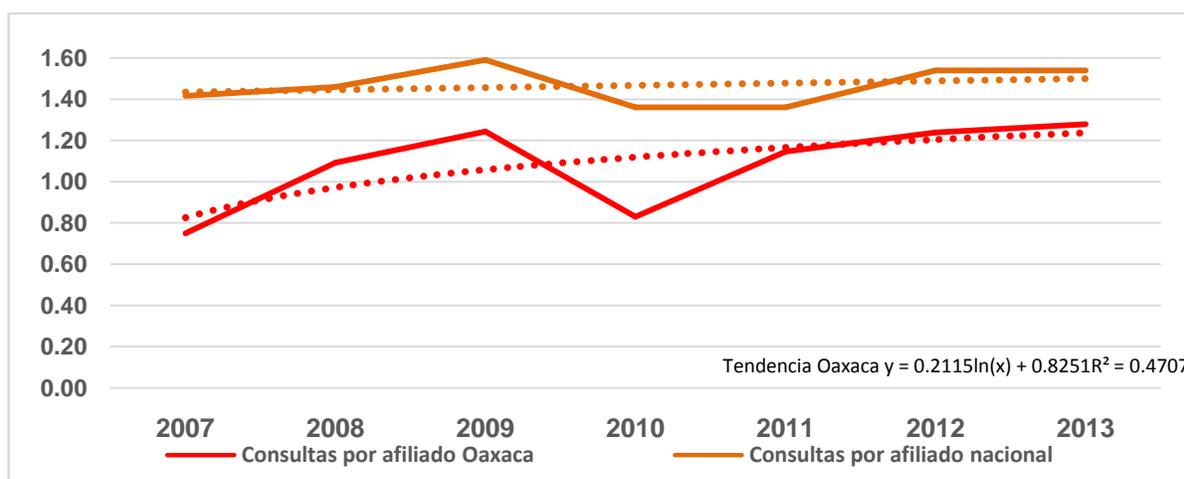
Consultas por afiliado Oaxaca y nacional, 2007-2013

Años	Consultas por afiliado Oaxaca	Consultas por afiliado nacional	Diferencia porcentual anual entre la consulta estatal y nacional
2007	0.75	1.42	-47.0%
2008	1.09	1.46	-25.2%
2009	1.24	1.59	-21.8%
2010	0.83	1.36	-39.0%
2011	1.15	1.36	-15.7%
2012	1.24	1.54	-19.6%
2013	1.28	1.54	-17.0%

Fuente: SINAIS, DGIS, 2013.

En el último año se observa una tendencia muy clara a cerrar la brecha en la diferencia tanto absoluta como porcentual anual entre la consulta estatal y la nacional. En este sentido, hay resultados sólidos, aunque con un momento de retroceso explicable a la expansión coyuntural de la entrada de nuevos afiliados. El siguiente gráfico ilustra el comportamiento de las consultas por afiliados y el cierre de la brecha con el resto del país en el periodo estudiado durante la presente evaluación.

Tendencia de las consultas por afiliado Oaxaca y nacional, 2007-2013



Fuente: SINAIS, DGIS, 2013

Sobre el número de afiliados y de consultas otorgadas por afiliado por jurisdicción sanitaria, dos jurisdicciones presentan mejores resultados en número de consultas por afiliado, que la media estatal; la jurisdicción Costa con una diferencia de apenas 0.5% y la de Valles Centrales, que comprende la capital del estado, y que se remonta 20.9 puntos porcentuales sobre el promedio estatal de consultas por afiliados.

Consultas por afiliado para las jurisdicciones de Oaxaca, 2013

JURISDICCION	Consulta otorgadas Oaxaca	Afiliados	Consultas por afiliado
1 Valles Centrales	1,434,885	928,158	1.55
2 Istmo	465,713	415,330	1.12
3 Tlaxiaco	357,246	328,479	1.09
4 Costa	503,911	391,985	1.29
5 Mixteca	443,145	418,249	1.06
6 Sierra	238,474	210,420	1.13
Total Oaxaca	3,443,374	2,692,621	1.28

Fuente: SINAIS, DGIS, 2013

El resto de las jurisdicciones se alejan con porcentajes más elevados del estándar estatal, hasta llegar a una desviación de -17.1 puntos porcentuales con relación a la media estatal, que es el caso de la Mixteca, zona con difícil acceso geográfico. Esto indica que los servicios médicos se encuentran centralizados en la jurisdicciones que abarca la zona de la capital y sus alrededores. Sin embargo es importante señalar que en general se cubre con al menos una consulta por afiliado en todas las jurisdicciones de la entidad.

b) Servicios de urgencias

Respecto de las urgencias atendidas entre 2009 y 2013, se distinguen los eventos por género (hombres y mujeres atendidos, así como los pocos casos en los cuales no se especifica el género), se señala el número de eventos atendido para cada género, , así como la tasa de urgencias por cada mil habitantes.

Servicios de Urgencias proporcionados por el Seguro Popular 2009-2013

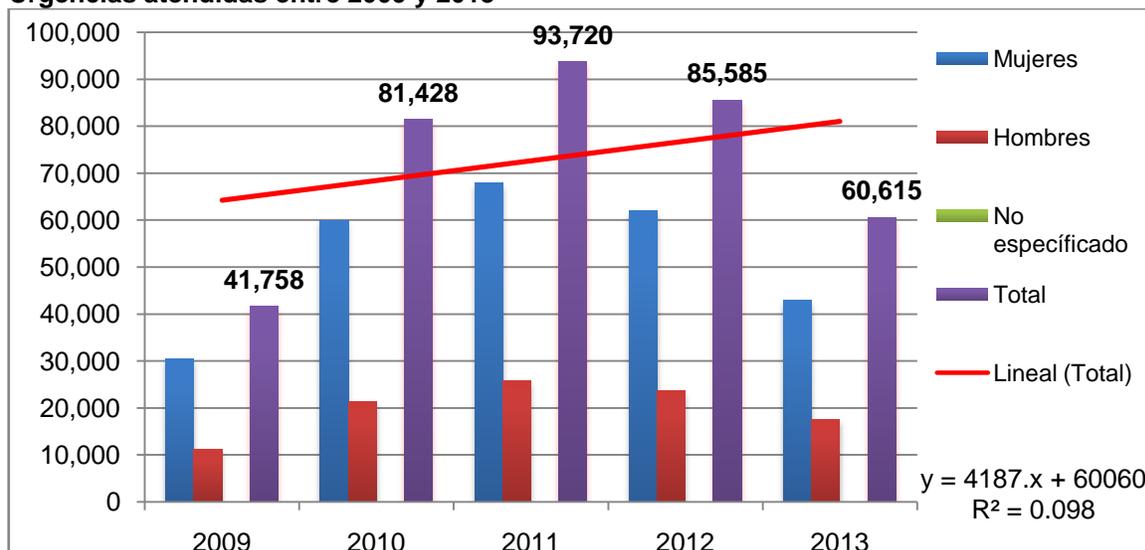
Año	Mujeres	Hombres	No Especificado	Total	Tasa de urgencias por cada mil habitantes
2009	30,562	11,196	-	41,758	19.75
2010	59,949	21,472	7	81,428	28.96
2011	67,886	25,831	3	93,720	25.90
2012	61,935	23,649	1	85,585	23.50
2013	42,965	17,650	-	60,615	15.95

Fuente: Informe de Resultados SPSS 2009-2013, Secretaría de Salud.

De acuerdo a dicha información, hay una mayor cantidad de casos de mujeres atendidas por urgencias que de varones. (72.51 % del total en 4 años), esto se debe a que un importante número de servicios de urgencias son de tipo obstétrico mientras que los hombres usualmente acuden a urgencias por accidentes o padecimientos en estado avanzado. Respecto del número total de casos atendidos, de 2009 a 2010 estos casi se duplicaron, presentando un salto significativo en la capacidad de atención; el tercer año de este periodo (2011) fue el que reportó la mayor cantidad de urgencias atendidas en el Sistema de Protección Social en Salud, en esta entidad. Los datos de 2013 presentan números bajos respecto a los dos años previos, pues al momento del presente estudio, se cuenta con información del SINAIS, la cual cierra su contabilización hasta mediados del año 2014.

La tasa de urgencias atendidas por cada mil habitantes del estado de Oaxaca, creció 18.9 puntos porcentuales, de 2010 a 2012. En términos de la tendencia este servicio agrega 4,187 nuevos casos de urgencias cada año. En este sentido, se tiene que considerar que el aumento de la afiliación y el probable conocimiento de los afiliados del acceso a los servicios están provocando un crecimiento importante de la atención de urgencias con posibles presiones sobre el costo y la calidad de los servicios en el corto y mediano plazo.

Urgencias atendidas entre 2009 y 2013



Fuente: Informes de Resultados del SPSS y SINAIS.

c) Egresos

El año en el que se presenta un mayor número de egresos es 2012, así como la mayor tasa de egresos por cada mil habitantes, la cifra 2013 es por la fecha de cierre de la información, la tendencia es también lineal en cuanto al incremento y se tiene 4,742 nuevas egresos probables cada año si se toma la fórmula de regresión de las observaciones por este tipo de servicios.

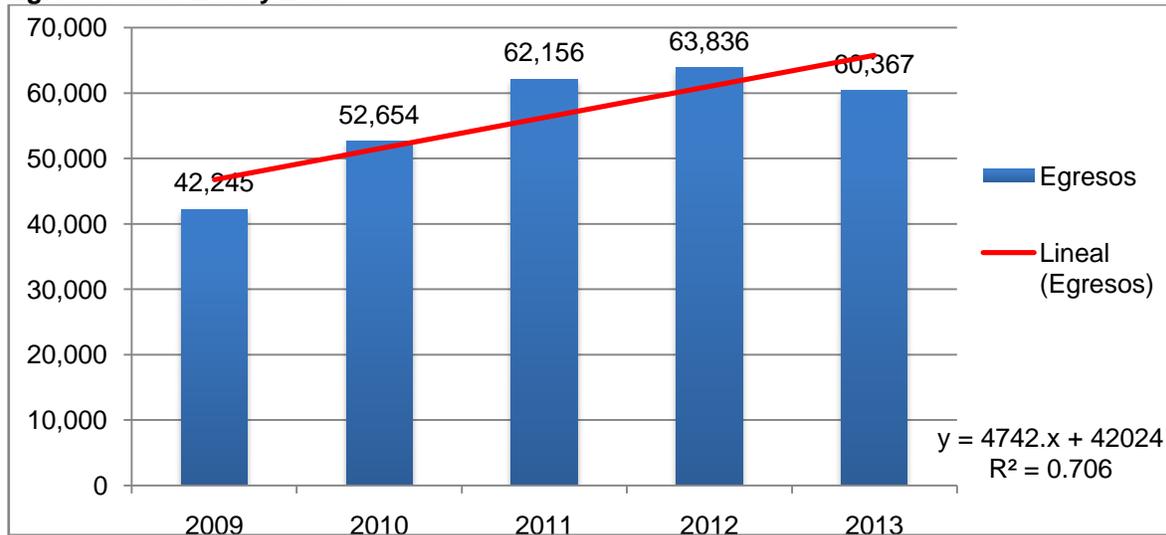
Egresos Hospitalarios 2009-2013

Año	Egresos	Tasa de egresos por cada mil habitantes
2009	42,245	11.00
2010	52,654	13.72
2011	62,156	15.93
2012	63,836	16.24
2013	60,367	15.25

Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud (DGIS), Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH).Cubo de Egresos Hospitalarios.

El siguiente gráfico permite observar las variaciones en el número de egresos en el Sistema de Protección Social en Salud del estado de Oaxaca. Es decir que los servicios seguirán teniendo la presión de demanda por parte de los afiliados antes de que se tenga una estabilización de los mismos.

Egresos entre 2009 y 2013



Fuente: Informes de Resultados del SPSS y SINAIS.

d) Mujeres afiliadas que egresaron por atención obstétrica

Del número total de egresos hospitalarios, se desprenden los casos de mujeres que requirieron atención obstétrica. Las causas maternas ocupan un porcentaje considerable del total de egresos en el Sistema de Protección en Salud en Oaxaca. Y entre estas causas maternas, el rubro “parto obstruido” presenta un comportamiento notable de 2009 a 2010; a partir de esa fecha se ha mantenido estable.

El mayor número de egresos por causas obstétricas se tiene registrado en 2013. Es de resaltar el aumento en hemorragias obstétricas y de abortos en ese año. Se observa que la tendencia general de todos los servicios obstétricos representa un crecimiento lineal a la alza en los últimos años, prácticamente cada año se incrementa el uso en 2,728 casos. Al igual que la tendencia observada en otras entidades del país, las mujeres son las principales receptoras de los servicios del Sistema.

Causas de atención obstétrica 2009-2013 atendida por el Seguro Popular

Año	Parto único espontáneo	%	Otras causas maternas	%	Aborto	%	Edema proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo	%	Parto obstruido	%	Hemo-rragia Obstétrica	%	Infección puerperal	%	Total
2009	11,023	43.0	11,070	43.2	1,731	6.7	1,043	4.1	196	0.8	553	2.2	31	0.1	25,647
2010	11,870	41.6	11,879	41.6	2,385	8.4	1,316	4.6	437	1.0%	611	2.1	34	0.1	28,532
2011	13,179	40.8	13,416	41.5	2,776	8.6	1,562	4.8	554	1.0%	804	2.5	38	0.1	32,319
2012	12,435	39.5	13,458	42.8	2,906	9.2	1,364	4.3	530	1.0%	736	2.3	46	0.1	31,475
2013	14,841	39.2	15,797	41.8	3,912	10.3	1,595	4.2	582	1.0%	1,031	2.7	62	0.2	37,820

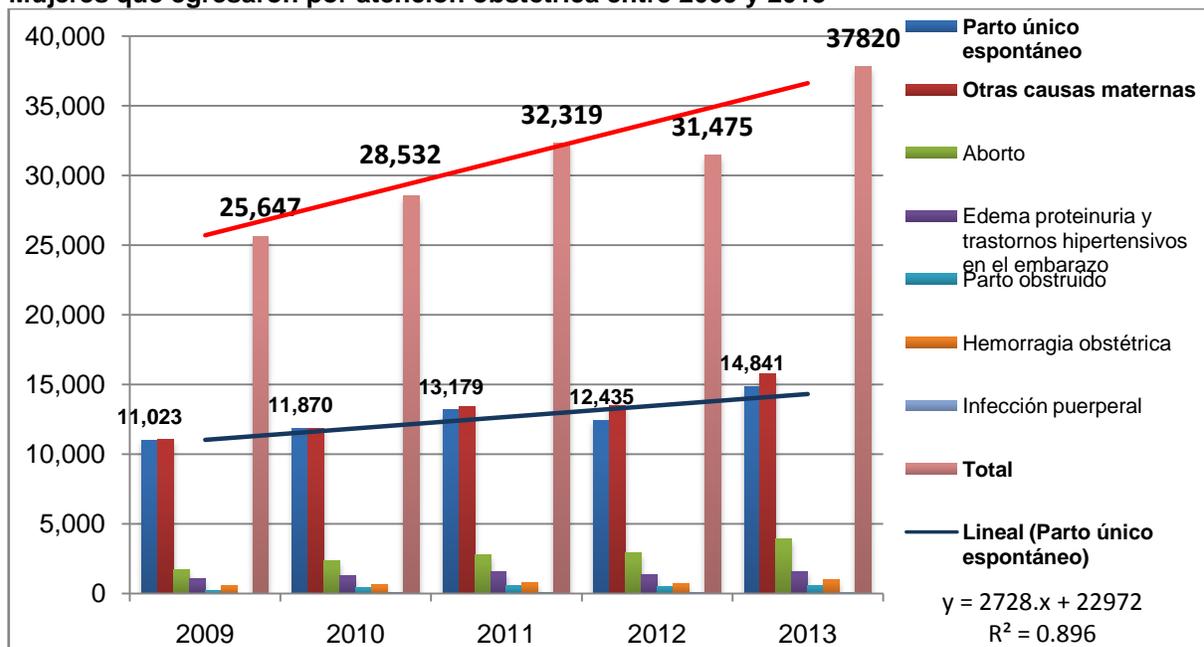
Fuente: Informes de Resultados del SPSS y SINAIS.

El registro de los egresos por causas obstétricas permite observar que el parto espontáneo y otras causas maternas de atención son las que conforman la mayoría de los servicios demandados (aproximadamente el 80% anual), mientras que las causas extraordinarias de atención son menores, como es el aborto, la hemorragia obstétrica, y el edema proteinuria; dichos eventos mantienen índices bajos y estables, lo que demuestra que los casos por fuera de la gestación normal son eventos no típicos en la atención de la demanda.

Por su parte, los trastornos hipertensivos en el embarazo se encuentra en aumento, al pasar de 6.7% de todas las causas obstétricas en 2009 al 10.3% en el 2013 con un crecimiento del 53.73%.

Este hecho se encuentra conectado de forma muy probable al incremento de la obesidad e hipertensión de las mujeres en la entidad, el cual produce que la gestión se vuelva más riesgosa y con mayores complicaciones para su atención en el momento del parto. En otras palabras el cambio de perfil epidemiológico se hace evidente en el crecimiento de este padecimiento, presionando las cualidades de los servicios de atención demandados por las mujeres.

Mujeres que egresaron por atención obstétrica entre 2009 y 2013



Fuente: Informes de Resultados del SPSS y SINAIS.

a) **Portabilidad de los servicios en el estado de Oaxaca**

La portabilidad fue diseñada en el SPSS para tratar de otorgar atención médica a los afiliados de manera independiente al estado de residencia.

Portabilidad 2009-2013

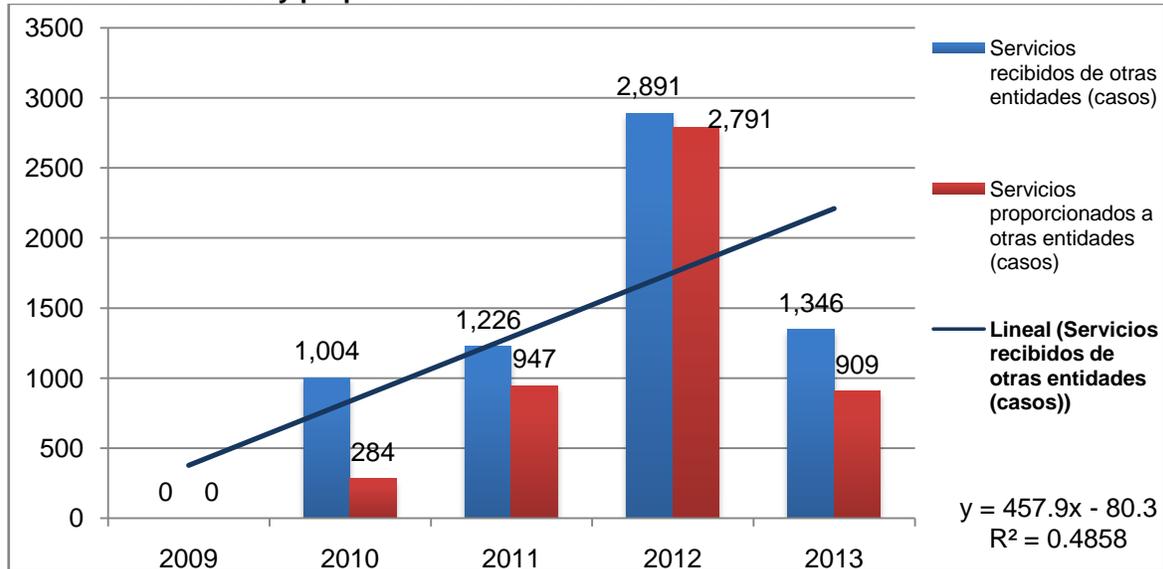
Año	Servicios recibidos de otras entidades (Casos)	Servicios proporcionados a otras entidades (Casos)
2009	-	-
2010	1,004	284
2011	1,226	947
2012	2,891	2,791
2013	1,346	909

Fuente: Informe de Resultados SPSS 2009-2013, Secretaría de Salud.

En el estado de Oaxaca se observa claramente un incremento en el número de servicios que se han brindado a otras entidades, lo cual indica que Oaxaca se está convirtiendo simultáneamente en receptora y demandante de servicios del Sistema. De acuerdo a la tendencia lineal la entidad está recibiendo 457 casos cada año de otras zonas del

país, por lo cual se puede afirmar que la entidad no está generando dependencia de atención a otros sistemas estatales.

Portabilidad recibida y proporcionada en Oaxaca 2009-2013



Fuente: Informes de Resultados del SPSS y SINAIS.

e) Cirugía extramuros

El siguiente cuadro presenta el número de campañas y cirugías extramuros, que se llevaron a cabo entre 2009 y 2013. Las intervenciones quirúrgicas aquí presentadas, se dividen en cirugía general, cirugía oftalmológica, cirugía ortopédica y cirugía reconstructiva.

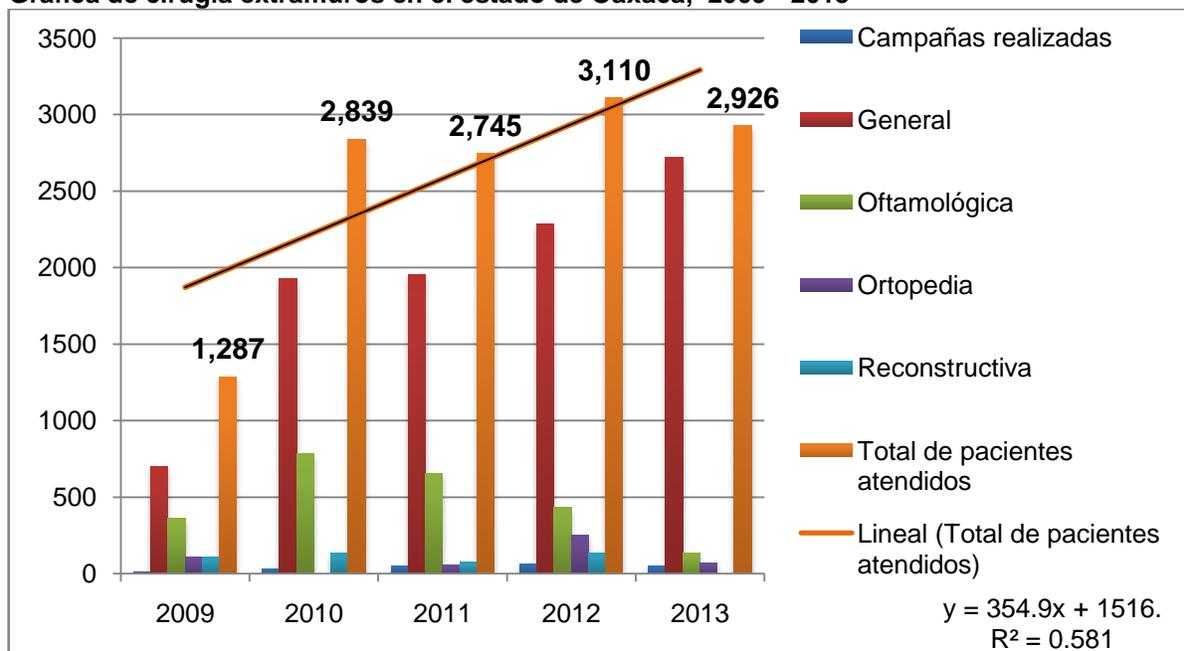
Cirugías extramuros proporcionadas por el Seguro Popular 2009-2013

Año	Campañas Realizadas	General	Oftalmología	Ortopedia	Reconstruc-tivas	Total de pacientes atendidos
2009	8	701	364	111	111	1,287
2010	32	1,925	781	0	133	2,839
2011	49	1,956	656	57	76	2,745
2012	62	2,287	435	252	136	3,110
2013	47	2,720	134	72	0	2,926

Fuente: Informe de Resultados SPSS 2009-2013, Secretaría de Salud.

Como en el caso de otros servicios brindados por el Sistema de Protección Social en Salud en el estado de Oaxaca, se aprecia un incremento en el total de pacientes atendidos, entre 2009 y 2013. La cirugía general se mantiene a la cabeza de los servicios prestados, siendo el año 2013 el de mayor número de casos registrados. La cirugía oftalmológica es la segunda con mayor incidencia, siendo el año 2011 el que presenta mayor número de servicios prestados en esta especialidad. La siguiente gráfica muestra las variaciones en el número de cirugías que se efectuaron. Se estiman unas 354 nuevas cirugías extramuros por cada año en la entidad, por lo cual se incrementa el uso de insumos y logística para articular y proporcionar el servicio.

Gráfica de cirugía extramuros en el estado de Oaxaca, 2009 - 2013



Fuente: Informe de Resultados SPSS 2009-2013, Secretaría de Salud.

f) Casos pagados del FPGC

El FPGC es sin duda una de las contribuciones más importantes a los afiliados del Seguro Popular, debido a que tiene evidencia en generar disminuciones importantes en el gasto empobrecedor en salud y en aliviar la carga de los hogares ante este tipo de eventos no previstos en los presupuestos y que pueden poner en riesgo el patrimonio de los individuos y sus familias.

Respecto de los padecimientos pagados por el FPGC, se dispone de la siguiente información:

Intervenciones financiadas con el FPGC 2009-2013 (casos)²⁹

Año	CACU	CAMA	CIN	CN/TS	CAT	TQCA	SMNG/S MSXXI	TC	TMO	TT	H	EL	LNH	IAM	CP	SEG	IRC	Total
2009	104	114	272	34	108	-	70	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	711
2010	112	166	198	78	111	72	15	-	0	-	-	-	-	-	-	-	0	752
2011	339	376	228	122	188	-	17	-	0	-	-	-	-	-	-	-	0	1,398
2012	387	521	89	182	339	-	147	0	0	3	0	0	16	0	-	-	-	1,684
2013	159	221	83	93	1,121	-	109	-	0	8	-	-	29	12	-	310	-	2,145

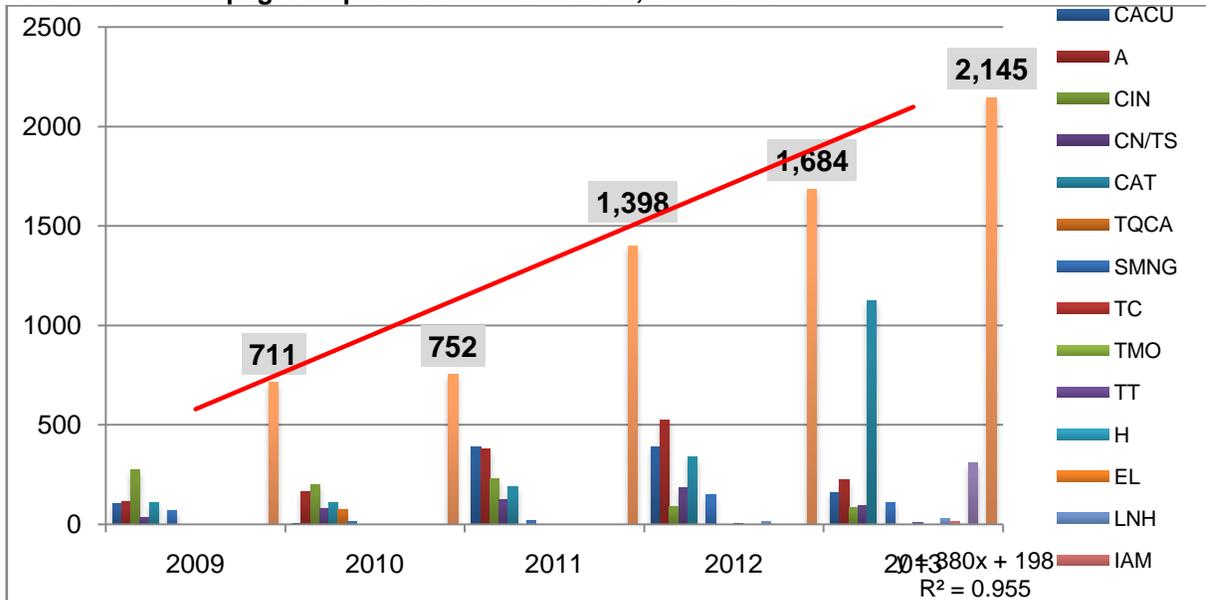
Fuente: Informe de Resultados del SPSS 2009-2013.

El número total de los casos atendidos por año registra un incremento constante que ha permitido que de 711 casos pagados en 2009 se haya alcanzado la cifra de 2,145 en 2013. En términos lineales cada año el sistema necesitará hacer uso de financiamiento para 380 nuevos casos dentro de los padecimientos cubiertos por el mismo, esto en términos temporales es la necesidad de cubrir más de un caso nuevo por día.

Lo que significa un incremento de 201.68% en 4 años, lo que indica la necesidad de fortalecer los servicios para atender la demanda por este tipo de padecimientos.

²⁹CACU- Cáncer Cérvico Uterino; CAMA, Cáncer de Mama; CIN, Cuidados Intensivos Neonatales; CN/TS, Cáncer de Niños; CAT, Cataratas; TQCA, (SMNG) Trastornos Quirúrgicos Congénitos y Adquiridos; TC, Trasplante de Córnea; TMO, Trasplante de Médula Ósea; TT, Tumor Testicular; H, Hemofilia; EL, Enfermedades Lisosomales; LNH, Linfoma No Hodgkin; IAM, Infarto Agudo al Miocardio; CP, Cáncer de Próstata; SEG, Seguimientos de casos de cáncer; IRC, Insuficiencia Renal Crónica.

Gráfica de casos pagados por el FPGC en Oaxaca, 2009-2013



Fuente: Informe de Resultados del SPSS 2009-2013

3. Nivel de satisfacción de los usuarios del Sistema de Protección Social en Salud

Esta encuesta que elabora anualmente la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, por conducto de una institución académica desde el año 2008, tiene como objetivo conocer el grado de satisfacción de los usuarios del SPSS.

La encuesta tiene fundamento en lo dictado por los “*Lineamientos para Evaluar la Satisfacción del Usuario del Sistema de Protección Social en Salud*”, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 27 de septiembre de 2007.”El objetivo de la encuesta se logra a través de efectuar un muestreo confiable y robusto que permita captar las características representativas de la satisfacción de los usuarios en el nivel nacional, estatal y en el conjunto de las jurisdicciones médicas para todos los niveles de atención. Para lograr los objetivos de la encuesta se elabora una cedula de satisfacción que sea capaz de establecer de forma confiable y válida la satisfacción del usuario, tanto en percepciones como en hechos específicos (la recepción de servicios y medicamentos) además de difundir información que sea pertinente, clara, comparable y replicable en el

tiempo para observar los cambios que el sistema presenta en su implementación y crecimiento.³⁰

La encuesta, considera no tanto el nivel general de satisfacción, como la atención del médico, el tiempo de espera, el abasto de medicamentos, la entrega de recetas con todas o casi todas las medicinas.

La información disponible más importante se encuentra condensada en la siguiente tabla, donde se muestran los porcentajes, así como el promedio de los resultados obtenidos para el estado de Oaxaca.

Principales resultados de las encuestas de satisfacción del SPSS 2009-2013

Año	Nivel de satisfacción (Porcentaje)	Atención del médico (porcentaje)	Tiempo de espera para ser atendido (minutos)	Abasto de medicamentos (porcentaje)	Entrega de recetas con todas y casi todas las medicinas a los afiliados del seguro popular (porcentaje)	Usuarios que se van a reafiliar al seguro popular al terminar su periodo de cobertura	Usuarios que regresarían al lugar donde fueron atendidos por el Seguro Popular (Porcentaje)
2009	98.0	98.6	80.3	81.3	70.3	98.9	-
2010	97.9	96.6	79.5	86.5	79.8	98.8	-
2011	97.0	97.2	138.5	80.8	70.8	99	-
2012	93.2	94.4	108.5	87.1	78.6	98.3	-
2013	95.4	88.8	81.5	53.4(**)	67.8 (***)	-	91.9(***)

Fuente: Estudio de Satisfacción de los Usuarios del Sistema de Protección en Salud 2009-2013, Secretaría de Salud.

(***) Datos preliminares.

La mayor presión de la demanda sobre la capacidad instalada de los servicios de salud, se ha reflejado en un menor nivel de satisfacción general al pasar de un nivel de 98% al 95.4%. Sin embargo, es importante destacar que este resultado se encuentra por arriba del nivel nacional para 2013 que fue de 92.2%. En dos rubros que muestran un desempeño la baja que es importante son la atención prestada por el médico (general o especialista) que pasa según los usuarios de un nivel de satisfacción 98.6% al 88.8%, esto se encuentra en concordancia con el incremento de la demanda de los servicios que satura al personal médico y disminuye la atención prestada. El abasto de medicamentos se mantiene fluctuante entre un 68% y 80% para obtenerlos completos, este número hace

³⁰ Los resultados se presentan en un reporte general nacional y en 32 reportes individuales por entidades federativas. De esta forma, es posible realizar y replicar los resultados y hacer análisis particulares sobre la satisfacción y los componentes de la misma para cada unidad geográfica que tenga niveles de representatividad estadística. Esta información se encuentra documentada de tal manera que es un insumo de información a los REPSS y para tomar decisiones particulares y específicas para el mejoramiento del sistema; en este caso, Oaxaca.

patente que la mayoría de los afiliados los recibe pero queda un área de mejora para lograr un abasto más completo.

Los tiempos de atención para consulta programada pasaron de 80.3 minutos en 2009 a un pico de 138.5 en 2011 para regresar a su nivel previo en 2013, que es 81.47 minutos, cercano al del año base; tal tendencia registra que los impactos en el aumento fueron importantes pero absorbidos y estabilizados por el sistema.

La encuesta de satisfacción de los usuarios del Seguro Popular es relevante, pues mediante ella se refleja el proceso de empoderamiento de los afiliados, es decir, los elementos con los que cuentan para exigir su derecho a un servicio de calidad, asumido como una obligación del Estado. Se puede considerar que este proceso es más exógeno, sin embargo, la CNPSS y el REPSS han desarrollado esfuerzos importantes, como se observa en las cifras, que pese al incremento de la demanda y presión de los afiliados se mantienen en el tiempo o alcanzan nuevamente su nivel previo a la expansión del sistema, esto se ha logrado a través de medidas de gestión de los servicios, el apoyo de los gestores médicos y sistemas de atención ciudadana para empoderar al afiliado a fin de que pueda exigir un mejor servicio.

4. Equipamiento de los servicios de salud del estado de Oaxaca

En esta sección se describe el avance en la infraestructura física del sistema de salud del estado de Oaxaca, frente al aumento de la cobertura de los afiliados al Seguro Popular. Se tiene que considerar como aspecto clave la creciente demanda de expansión la infraestructura para la atención de la población, a fin de explicar cuáles son los principales avances en la infraestructura y los rezagos para mejorar la atención de los servicios de salud y finalmente proponer alternativas en el uso de infraestructura frente al cambiante perfil epidemiológico de la población y nuevas demandas de servicio de la misma. Se presentan a continuación las tablas de los indicadores de disponibilidad en el estado para los afiliados del Seguro Popular.

Indicadores de las dimensiones de acceso y uso efectivo de los servicios de salud en la entidad (tasa por cada 1000 afiliados)

Año	Laboratorio de análisis	Equipos de mamografía	Unidades de hemodiálisis	Equipos de ultrasonido	Enfermeras en contacto con pacientes	Camas no censables	Incubadoras	Quirófanos	Salas de expulsión	Bancos de sangre
2006	0.014	0.010	0.000	0.111	8.250	5.888	0.248	0.133	1.896	0.014
2007	0.013	0.010	0.002	0.067	7.331	1.115	0.176	0.096	1.717	0.012
2008	0.004	0.008	0.002	0.048	6.587	3.604	0.111	0.087	1.386	0.004
2009	0.002	0.002	0.000	0.016	2.267	1.242	0.037	0.030	0.438	0.002
2010	0.002	0.002	0.000	0.013	1.930	0.876	0.027	0.023	0.336	0.002
2011	0.001	0.000	0.002	0.010	1.535	0.654	0.016	0.019	0.269	0.001
2012	0.003	0.000	0.002	0.012	1.645	0.698	0.022	0.267	1.332	0.003

Fuente: SINAI, Cubos Dinámicos de Recursos Humanos Físicos y Materiales, Secretaría de Salud.

a) Camas no censables

Se define como camas no censables aquellas que se destinan a la atención transitoria o provisional para observación del paciente, también es denominada camas de tránsito y su característica fundamental es que no genera egresos hospitalarios sino que son más bien utilizadas para dar la primera atención a los pacientes. Dentro de esta categoría se incluyen las camas de urgencias, de terapia intensiva, de trabajo de parto, corta estancia, camillas, canastillas y cunas de recién nacido.

Se observa una disminución notable de 75.7% de 2008 a 2010, (menos de una cama por cada 1,000 personas), este decrecimiento obedece al incremento de la demanda. La entidad debe realizar un esfuerzo importante para alcanzar un nivel aceptable de disponibilidad de servicios para canalizar, en la llegada, a los pacientes bien sea a los servicios hospitalarios, ambulatorios o de urgencias.

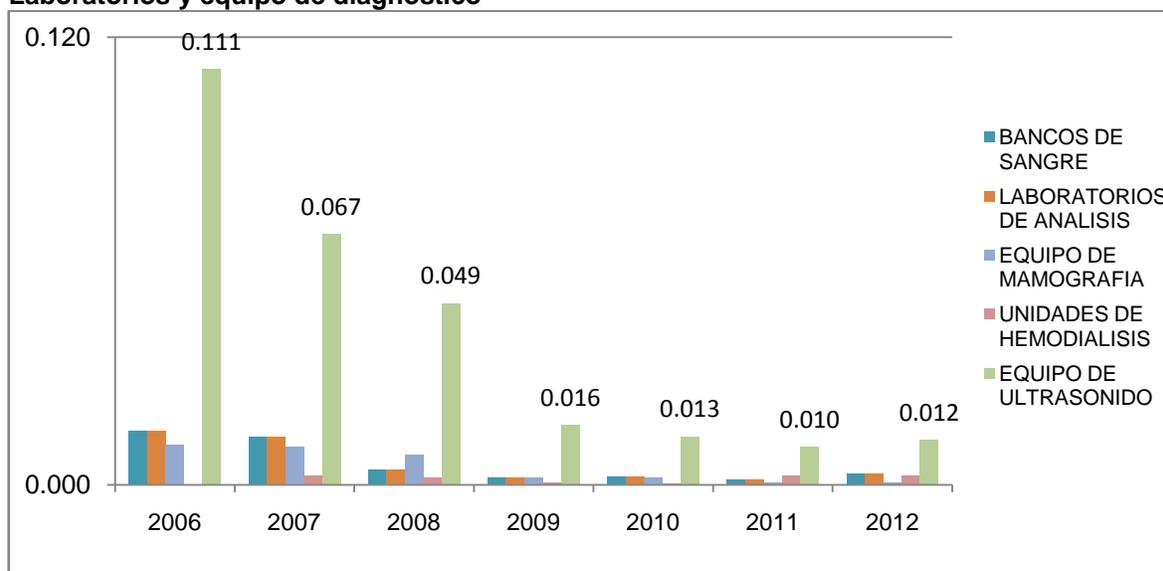
b) Indicadores Infraestructura en equipo

La infraestructura en equipo son aquellos insumos tecnológicos con los cuales se da el apoyo de diagnóstico así como de mantenimiento de vida para los pacientes, tanto en situaciones de atención en consulta programada, servicios hospitalarios, urgencias y para el respaldo de tratamientos continuos en enfermedades crónico-degenerativas. Con el fin de visualizar mejor los datos se han agrupado en: bancos de sangre, laboratorios de

análisis, equipo de mamografía, unidades de hemodiálisis y equipos de ultrasonido de la entidad en la siguiente gráfica para el periodo 2006 a 2012.

Se aprecia que el aumento en la afiliación ha impactado de manera creciente a la disponibilidad de equipo para ofrecer servicios. En los primeros años de operación del Seguro Popular la cantidad de equipamiento por cada 1,000 habitantes disminuyó para después estabilizarse a partir del año 2010. Se requiere urgentemente incrementar la infraestructura y equipamiento para poder cubrir las necesidades de la población.

Laboratorios y equipo de diagnóstico

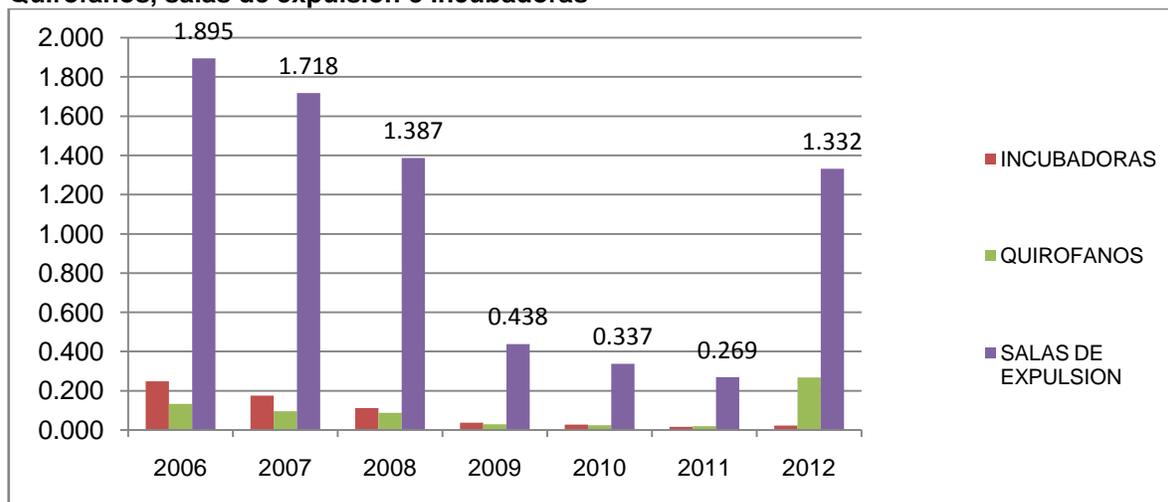


Fuente: SINAIS, Cubos Dinámicos de Recursos Humanos Físicos y Materiales, Secretaría de Salud.

Incubadoras, salas de expulsión y quirófanos.

Se aprecia que en incubadoras hay una tasa decreciente de 91% en el periodo 2006-2012. Las salas de expulsión, después de haber sufrido una caída de 76% en 2009 con respecto a años anteriores, presentan una recuperación en el 2012. En quirófanos la cifra se ha mantenido estable; sin embargo, distan mucho todavía de lograr una disponibilidad aceptable a la luz del incremento de los egresos hospitalarios y del uso creciente de las urgencias médicas.

Quirófanos, salas de expulsión e incubadoras



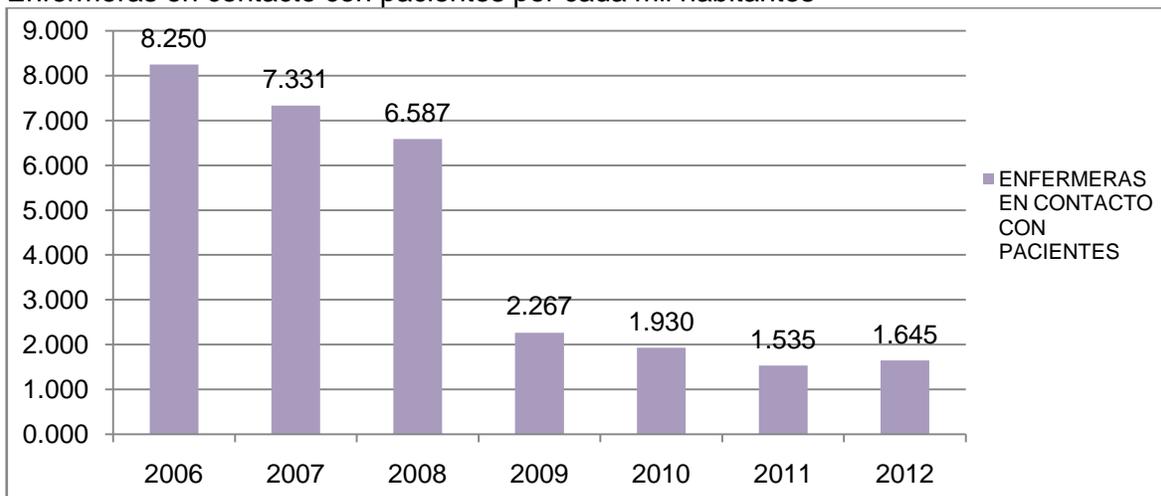
Fuente: SINAIS, Cubos Dinámicos de Recursos Humanos Físicos y Materiales, Secretaría de Salud.

c) Enfermeras en contacto con pacientes

Las enfermeras en contacto con pacientes son el personal autorizado legalmente que se dedica al cuidado de enfermos, con atribuciones en la práctica de ciertos tratamientos indicados por el médico y que se relacionan al cuidado de los pacientes tanto en cuestiones hospitalarias como servicios ambulatorios y de consulta.

Al igual que la infraestructura, se aprecia una disminución del personal en el periodo 2006-2012 de 80%, debido a que el incremento de la afiliación ha impactado en la cantidad de personal disponible en el cuidado de los pacientes, y deriva en una sobresaturación en el trabajo de las enfermeras y lo querepercute en la calidad del servicio.

Enfermeras en contacto con pacientes por cada mil habitantes



Fuente: SINAIS, Cubos Dinámicos de Recursos Humanos Físicos y Materiales, Secretaría de Salud.

Uso de los servicios de salud por los afiliados del Seguro Popular³¹

La Encuesta Nacional de Afiliados del Seguro Popular elaborada por el Centro de Investigación y Docencia Económica tiene como objetivo presentar las características de los perfiles socio-demográficos de los afiliados, así como de sus familias. Esta encuesta es de tipo panel, lo que quiere decir que se encuestó a las mismas personas y hogares en el país para las distintas entidades federativas en momentos distintos en el tiempo; este hecho, permite medir con alto nivel de confiabilidad y hacer comparaciones sobre el cambio del uso de los servicios de salud para los afiliados en este periodo.

La encuesta muestra que los afiliados al Seguro Popular en Oaxaca lo toman como su principal alternativa al buscar servicios médicos, en un nivel creciente o similar al de otras entidades. En cuanto al ahorro del gasto, reportan los afiliados oaxaqueños haber solicitado menos préstamos para financiar su salud que el promedio nacional y declaran haber reducido más su gasto en salud que en el resto del país. El porcentaje en gasto pasó del 70.6% en 2010 a 72.1% en 2012.

³¹ Panel de la Encuesta de Afiliados al Seguro Popular, aplicación anual, CIDE 2010-2012.

Uso de los servicios en salud de los afiliados, Encuesta Nacional de Afiliados, 2010-2012

Categoría	Entidades	2010 (*)	2012(**)
Atención médica procurada o recibida por el afiliado al Seguro Popular por entidad federativa (últimos tres meses)	Oaxaca	91.30%	90.40%
	Media nacional	90.30%	90.10%
Afiliados que en la última ocasión que la requirieron sí buscaron atención médica mediante el Seguro Popular.	Oaxaca	67.70%	75.20%
	Media nacional	73.20%	80.30%
Afiliados al Seguro Popular que no sabían que podían interponer quejas por entidad federativa	Oaxaca	55.50%	37.10%
	Media nacional	47.30%	32.10%
Afiliados que sí se reinscribirán al Seguro Popular	Oaxaca	93.30%	95.10%
	Media nacional	94.30%	98.30%
Afiliados que requirieron algún préstamo para pagar gastos en salud por entidad federativa y cuya atención fue cubierta por el Seguro popular	Oaxaca	21.3%	18.3%
	Media nacional	23.7%	17.0%
Afiliados que reportan que sí se ha reducido su gasto en salud por estar afiliado al Seguro Popular por entidad federativa	Oaxaca	70.60%	72.10%
	Media nacional	81.40%	85.60%

(*) Reporte de la Encuesta (**) Procesados directamente de la base de datos de la Encuesta 2012. Fuente: La Encuesta Nacional de Afiliados del Seguro, CIDE.

Medicamentos

La dotación de medicamentos es una parte esencial de la atención a los afiliados y de la gestión de los servicios de salud en tanto que demuestra capacidades logísticas y organizacionales para programar los recursos financieros, físicos y humanos. De acuerdo a la Encuesta de Satisfacción de los Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud en Oaxaca, los afiliados reportan, entre el 2010 y 2013, que el 74.25% de las recetas han sido surtidas, superior a la media nacional en el mismo periodo que es de 68.15%.

Encuesta de Satisfacción de los Usuarios OAXACA 2009-2012

Años	¿Le proporcionan <i>todos y casi todos</i> los medicamentos por el seguro popular?		¿En general que tan satisfecho está usted con el surtimiento de medicamentos que le recetaron?		¿Cuál fue la razón principal por la que no le dan todos los medicamentos? (**) No había en la farmacia en el momento		¿Satisfacción con la periodicidad del medicamento? (***)	
	Nacional	Oaxaca	Nacional	Oaxaca	Nacional	Oaxaca	Nacional	Oaxaca
2013	72.20%	67.80%	--	--	--	--	--	--
2012	70.80%	78.60%	79.40%	75.40%	91.10%	91.50%	82.40%	87.10%
2011	61.40%	70.80%	77.30%	80.90%	85.10%	94.00%	77.30%	80.80%
2010	68.20%	79.80%	79.20%	90.50%	87.70%	94.50%	76.40%	87.10%
2009 (*)	75.10%	70.30%	87.00%	85.00%	61.40%	81.30%	86.30%	81.00%

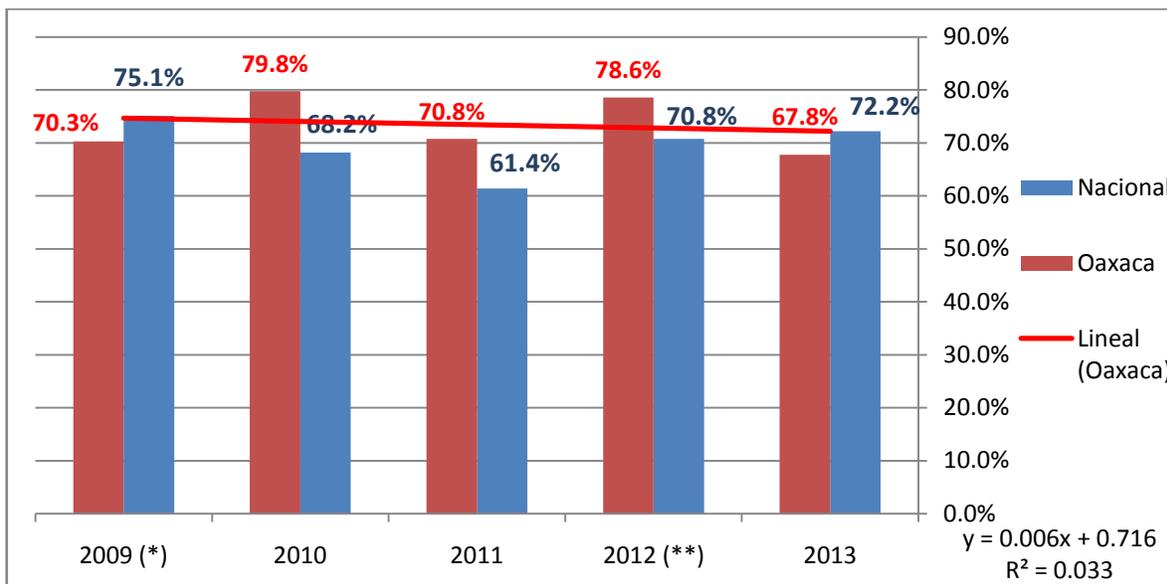
(*) La encuesta 2009 tuvo un diseño metodológico distinto a las realizadas en 2010, 2011 y 2012 por lo que se debe tomar con precaución la comparación con el resto de los años.

(**) Se pregunta únicamente a quienes se les prescribe medicamentos y no los obtuvieron.

(***) Se pregunta a los afiliados que requieren surtimiento periódico.

Fuente: Encuesta de Satisfacción del SPSS.

Niveles en los que el afiliado declara que se proporcionan todos y casi todos los medicamentos por el seguro popular, Encuestas de Satisfacción 2009-2013



Fuente: Encuesta de Satisfacción del SPSS.

Los datos de la encuesta de afiliados para los años 2010 y 2012 para el tema de medicamentos, denotan que el abasto se encuentra por encima de la media nacional para quienes les fue recetado el medicamento y surtido en la farmacia, este hecho demuestra que en Oaxaca se han tomado importantes medidas para lograr un nivel de abasto aceptable.

Obtención de medicamentos de afiliados a quienes sí se los recetaron y se atendieron mediante el Seguro Popular por entidad federativa (última ocasión), Encuesta Nacional de Afiliados.

Respuesta	2010			2012		
	Si	Si (algunos)	No	Si	Si (algunos)	No
Oaxaca	84%	12.6%	2.9%	82%	14.6%	2.3%
Media nacional	78.8%	18.2%	2.9%	78%	17.6%	4.2%

Fuente: Encuesta Nacional de Afiliados del SPSS, CIDE.

Medicamentos en los reporte oficiales del Sistema de Protección Social en Salud de Oaxaca.

El Sistema de Protección Social en Salud de Oaxaca maneja un sistema de monitoreo basado en fichas de reporte sobre el abasto de medicamentos, la cual es enviada por cada unidad en las jurisdicciones sanitarias de la entidad. Las fichas reportan no solo las existencias de medicamentos de forma mensual sino también de material de curación. Los resultados de este monitoreo para tres años, 2011 a 2013, dejan ver un progreso paulatino en el mejoramiento del abasto en medicinas y materiales médicos.

Los reportes mensuales señalan una tendencia homogénea para todos los meses del año sin una tendencia estacionaria durante el mismo en la generalidad de la entidad, salvo 2011, donde la suficiencia es mayor al final del año que al comienzo, se tiene un abasto sin aparentes interrupciones por eventos coyunturales y estacionales en las funciones de dotación de insumos en medicamentos.

Variación del abasto de medicamentos y material de curación según reportes oficiales, Oaxaca 2011-2013

Mes de reporte	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Variación inicio - final de
2011													%
Medicamento	67%	72%	74%	78%	81%	86%	85%	86%	84%	83%	89%	92%	25%
Material de Curación	74%	76%	78%	81%	85%	90%	88%	90%	90%	91%	92%	94%	20%
2012													%
Medicamento	89%	88%	89%	89%	88%	90%	91%	90%	90%	92%	89%	87%	-2%
Material de Curación	94%	93%	92%	93%	93%	94%	94%	93%	93%	93%	89%	92%	-2%
2013													%
Medicamento	89%	87%	84%	87%	89%	84%	84%	84%	83%	80%	85%	84%	-5%
Material de Curación	92%	92%	89%	93%	94%	91%	91%	91%	90%	87%	92%	89%	-3%

Fuente: REPSS Oaxaca, 2013.

La desagregación por jurisdicciones en el promedio de abasto para medicamentos y material de curación tiene variaciones relevantes. Las jurisdicciones de mayor homogeneidad en su desarrollo social parecen tener mejor abasto frente a otras con mayor desigualdad en sus condiciones.

Nivel promedio de abasto anual en medicamentos y material de curación por jurisdicción sanitaria según reportes oficiales, Oaxaca 2011-2013 (ordenados de mayor a menor).

Jurisdicción	MEDICAMENTOS	Jurisdicción	MATERIAL DE CURACIÓN
JURISDICCIÓN N° 6	86.25%	JURISDICCIÓN N° 5	94.25%
JURISDICCIÓN N° 5	85.75%	JURISDICCIÓN N° 4	91.08%
JURISDICCIÓN N° 4	85.33%	JURISDICCIÓN N° 3	90.17%
JURISDICCIÓN N° 3	78.83%	JURISDICCIÓN No 1	87.67%
JURISDICCIÓN N° 2	76.67%	JURISDICCIÓN N° 2	87.33%
JURISDICCIÓN No 1	72.42%	JURISDICCIÓN N° 6	82.92%

Fuente: REPSS Oaxaca, 2013.

Sistema de atención de quejas del régimen estatal de protección social en salud.

Cada Centro de Salud de Servicios Ampliados, hospital y Jurisdicción Sanitaria cuenta con un Gestor de Servicios de Salud para tutelar los derechos y obligaciones de los afiliados. El Gestor de Servicios de Salud tiene como función atender al afiliado, escuchándolo y orientándolo sobre la cobertura del Sistema de Protección en Salud, sus derechos y obligaciones así como sobre los procedimientos administrativos para acceder a la atención que requiere.

Si el afiliado desea presentar una queja, deberá seguir el siguiente proceso:

- 1) Llenar el Formato Único de Quejas, Solicitudes, Sugerencias, y Reconocimientos (FUQ). El afiliado deberá presentar identificación (credencial para votar, cartilla militar, cédula profesional, etc.)
- 2) El Gestor de Servicios de Salud deberá enviar este formato debidamente requisitado, con anexos, a las oficinas centrales del REPSS. Puede hacerlo vía correo electrónico, por mensajería o entregarlo personalmente.
- 3) En los cinco días hábiles posteriores a la recepción del oficio de queja, se elabora un oficio de solicitud de información al Director de la Unidad Médica de la cual se queja el afiliado, informando: quien se queja, en contra de quien, lugar, fecha y cómo ocurrieron los hechos. Esto, con el fin de que el directivo analice e informe las condiciones y contexto de la atención brindada al quejoso. En caso de no contar con respuesta, al tercer día se envía un segundo oficio solicitando al Director de la Unidad Médica que analice e informe las condiciones y contexto de la atención brindada.
- 4) Una vez recibida la respuesta del Director de Unidad Médica, dentro de los siguientes diez días, se elabora un oficio de conclusión de queja dirigido al quejoso, y se envía a su domicilio.
- 5) En caso de no recibirse respuesta del Director de Unidad Médica, el Departamento Jurídico del REPSS elabora un oficio para remitir el expediente a la Dirección de Procedimientos Jurídicos de la Secretaría de la Contraloría y Transparencia Gubernamental para su trámite y posterior resolución.

Estudio de caso sobre la calidad de los servicios de salud en Oaxaca³²

Los resultados del estudio llevado a cabo por el CIESAS en 2012, sirve para tener una visión, que no puede dar la información estadística general sobre los servicios de salud. Los resultados se deben considerar como una muestra muy focalizada, en particular de municipios y localidades que se encuentran dentro de los extremos de situaciones con acceso limitado de servicios sociales, (incluyendo los de salud) y en zonas apartadas, que son casi todas ellas rurales.

Los tres Centros de Salud de las comunidades que se visitaron y estudiaron en Oaxaca se reportaban como acreditadas. Pero de ellas sólo una contaba con servicio de Internet, que es necesario para completar los formatos de autoevaluación para la acreditación. Las demás acreditaciones se hicieron sin el conocimiento del personal que labora en ellas. Dos de las unidades rurales estudiadas (San Andrés Huaxpaltepec y Mazatlán Villa de Flores) carecían de la mayoría de los elementos básicos para prestar el servicio a los afiliados al Seguro Popular, desde lo elemental (luz eléctrica) hasta medicamentos (muy incompletos) y mantenimiento. Sin embargo ambas aparecen como acreditadas, a pesar de múltiples deficiencias e insuficiencias.

Por el contrario, en el tercer caso, (la clínica de El Faisán) el personal sí demostró conocer el proceso de acreditación, que se realizó correctamente. En 2009 empezaron a recibir apoyos del Seguro Popular. Esto incluyó instrumental y equipo médico (incluso la antena de satélite para Internet y equipo de cómputo) así como una dotación al 80% de los medicamentos incluidos en la herramienta de autoevaluación para la acreditación. En opinión de la investigadora del CIESAS, la acreditación real de esta clínica, y sus consecuencias positivas en equipamiento y servicio están fuertemente mediadas por el nivel, la experiencia y el compromiso de su personal. El médico a cargo de la misma era titulada y tenía doce años en la clínica al momento del estudio. En esta clínica operó una “espiral de ventajas acumuladas” que, mediante trabajo, hizo posible una mejora sustancial de la capacidad y la calidad.

Las deficiencias de los gobiernos locales repercuten claramente en el funcionamiento de las clínicas. Por ejemplo, en Mazatlán Villa de Flores la autoridad local carece de los recursos materiales y la capacidad técnica para apoyar al personal de salud. Esto

³² **Estudios de caso estudio del CIESAS sobre** “la calidad de la rendición de cuentas: transparencia y acceso efectivo al seguro popular y al programa oportunidades en México (2012).”

conduce a mala atención y costos para la población afiliada en el Seguro Popular. En este municipio, cuando los policías viajan a la capital, se les solicita que trasladen los medicamentos a resurtir, pero sólo recogen los que entrega la Secretaría de Salud, sin atender a la lista de faltantes y sin dirigirse a la bodega del Seguro Popular, por lo que los botiquines de la clínica están sustancialmente sub-abastecidos. Si se toma en cuenta que la clínica de Mazatlán Villa de Flores fue acreditada de la misma manera que otras muchas en las jurisdicciones estudiadas, es decir sin que nadie constatará la capacidad de atención, se puede comprender por qué subsiste una insuficiencia de la oferta visible en la saturación, en las distancias que deben recorrer el personal a las cabeceras jurisdiccionales y los afiliados a las clínicas y a los hospitales regionales.

La oferta de servicios en la zona de estudio en Oaxaca es mucho menor a la de todos los demás estados. Esto incrementa el costo y el tiempo de traslado pero también las esperas y los riesgos en caso de urgencias. La oferta en Oaxaca no sólo es menor a la de otros estados sino que, por los testimonios del personal entrevistado, es la que menos recursos adicionales había recibido.

La saturación tiene repercusiones en toda la atención médica pública del estado de Oaxaca.

Respecto de las cuotas de recuperación, la Secretaría de Salud del Estado ha prohibido que se cobren a los beneficiarios del Seguro Popular. Sin embargo, el personal de las clínicas de primer nivel reportó de manera casi unánime que no recibían fondos nuevos a raíz de la creación del Seguro Popular, y que por esa razón necesitan las cuotas de recuperación, con las que pagan mantenimiento, luz, agua y otras necesidades. Por esta razón, los médicos opinaron que el Seguro Popular había jugado en su contra; que les había hecho más difícil el trabajo y reducido los ingresos para el mantenimiento de las clínicas. Este factor juega en contra de la afiliación al Seguro Popular, puesto que las personas prefieren seguir asistiendo al IMSS-Oportunidades, donde el servicio siempre ha sido gratuito.

Acceso efectivo

Según la encuesta en la localidad de Mazatlán Villa de Flores, contar con el Seguro Popular significaba básicamente no pagar la cuota de recuperación de la clínica.

Hay una proporción significativa de resoluciones positivas gracias a tratamientos gratuitos

brindados por el Seguro Popular como cirugías de hernias, apéndice, colecistitis, displasias leves, así como diagnósticos caros y complejos por resonancia magnética u otros medios de alta tecnología existentes en la ciudad de Oaxaca. Los servicios con menor eficacia tienen que ver con traumatología, pediatría y gineco-obstetricia, lo cual es grave dado que son los que más pesan en la expectativa de vida de la población de este estado.

Las crisis de salud de aparición súbita son poco propicias para beneficiarse del Seguro Popular. Las personas no están preparadas ni informadas, y siguen trayectorias de atención basadas en información escasa o inexacta, hasta que obtienen la información correcta e – idealmente – acceden a los servicios correctos. Las enfermedades crónicas, por el contrario, aunque implican también un periodo de incertidumbre y búsqueda, pueden recibir más atención y recursos del Seguro Popular, porque la atención es repetitiva y tanto el personal como el asegurado aprenden las rutas correctas de acceso efectivo. La rápida transición epidemiológica impone nuevas demandas sobre los servicios. Idealmente, los pacientes crónicos deben tener citas regulares para que se les surta medicamento, así como algún método de fomento de vida sana y seguimiento que favorezca su salud, disminuya sus complicaciones (y la demanda de intervenciones adicionales en el Seguro Popular) y los haga vivir más.

III.3 Gestión Financiera

El Sistema de Protección Social en Salud, para dar cobertura en salud a sus beneficiarios cuenta con una cápita por afiliado, que en el 2013 ascendió a 2,734.89 pesos, la cual se integra en términos generales con la aportación del Gobierno Federal, la del estado y la aportación de las familias, si éstas entran dentro del régimen contributivo.

El Gobierno Federal realiza una aportación anual por persona afiliada al SPSS, la cual se integra de los dos conceptos siguientes:

- Una **Cuota Social** (CS), en un monto equivalente al 3.92% de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal, que se actualiza anualmente de conformidad con la variación anual observada en el Índice Nacional de Precios al Consumidor. Para el 2013, el monto de esta aportación fue de 911.61 pesos.

- Una **Aportación Solidaria Federal** (ASF), en un monto que debe representar al menos una y media veces el monto de la Cuota Social. El promedio nacional en 2013 ascendió a 1,367.42 pesos.

El estado de Oaxaca efectúa una **Aportación Solidaria Estatal** (ASE) por persona afiliada, la cual debe ser al menos en un monto equivalente a la mitad de la Cuota Social. En 2013, el monto mínimo de este concepto ascendió a 455.81 pesos por persona.

Por su parte, los beneficiarios del SPSS participan en su financiamiento con **cuotas familiares** que son anticipadas, anuales y progresivas y que se determinan con base a las condiciones socioeconómicas de cada familia.

El ingreso familiar se determina a partir de la evaluación socioeconómica llevada a cabo en el momento de la afiliación. Con base en esta información se clasifica a las familias según su ingreso.

La clasificación en deciles en el SPSS se refiere a niveles de bienestar de los núcleos familiares afiliados e identificados a través de la aplicación de la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH) y calculados mediante un modelo estadístico de análisis discriminante contenido en el Sistema de Administración del Padrón. Dicha clasificación busca identificar a aquellos núcleos familiares que serán objeto de una cuota familiar al momento de su afiliación.

Conforme a las disposiciones en vigor, las familias de los deciles I, II, III y IV, así como las ubicadas en los deciles I al VII que tengan al menos un niño mexicano nacido al momento de incorporarse al SPSS o que cuenten con una mujer embarazada, pertenecen al régimen no contributivo. Adicionalmente, se podrán considerar sujetos de incorporación a dicho régimen aquellas familias que:

- Sean beneficiarias de los programas de combate a la pobreza extrema del Gobierno Federal, residentes en localidades rurales;
- Residan en localidades de muy alta marginación con menos de doscientos cincuenta habitantes; y,
- Las que determina la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS).

En el caso de Oaxaca, por las características de la población corresponde a la población no contributiva.

Los recursos gubernamentales aportados para la operación financiera del Sistema (CS, ASF y ASE), son ejercidos de la siguiente forma:

1. El 89% por las entidades federativas en la prestación de los servicios de salud que se encuentran contenidos en el CAUSES;
2. El 8% se canaliza al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) para cubrir el tratamiento de padecimientos de alta especialidad y alto costo, que representan un riesgo financiero para la economía de las familias; y,
3. El 3% se transfiere al Fondo de Previsión Presupuestal (FPP), que se destina de la siguiente forma: dos terceras partes para atender necesidades de infraestructura y equipamiento de unidades médicas de atención primaria y de especialidades básicas en zonas de mayor marginación social, y una tercera parte para cubrir las diferencias imprevistas en la demanda de servicios esenciales en el nivel estatal y, para la garantía ante el eventual incumplimiento de pago por la prestación interestatal de servicios de salud.

Cabe precisar que del monto de Cuota Social que corresponde a la entidad federativa, conforme a la afiliación registrada y validada, se descuentan los recursos que corresponden a los fondos (FPGC y FPP), los cuales son transferidos al Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS), cuyo órgano colegiado (Comité Técnico) autoriza el destino de los recursos para los conceptos cubiertos por ambos fondos.

Debido a que la transferencia de recursos de la Federación a la entidad federativa para la atención a la salud persona se lleva a cabo por varias cuentas presupuestales, con el fin de no duplicar los recursos que se envían a las entidades federativas, la CNPSS contabiliza como parte de la ASF todos los recursos federales asociados a otros programas de atención de la salud a la persona, que se transfieren a las entidades federativas para la población no derechohabiente de la seguridad social, este proceso de neteo se conoce como alineación de presupuestos.

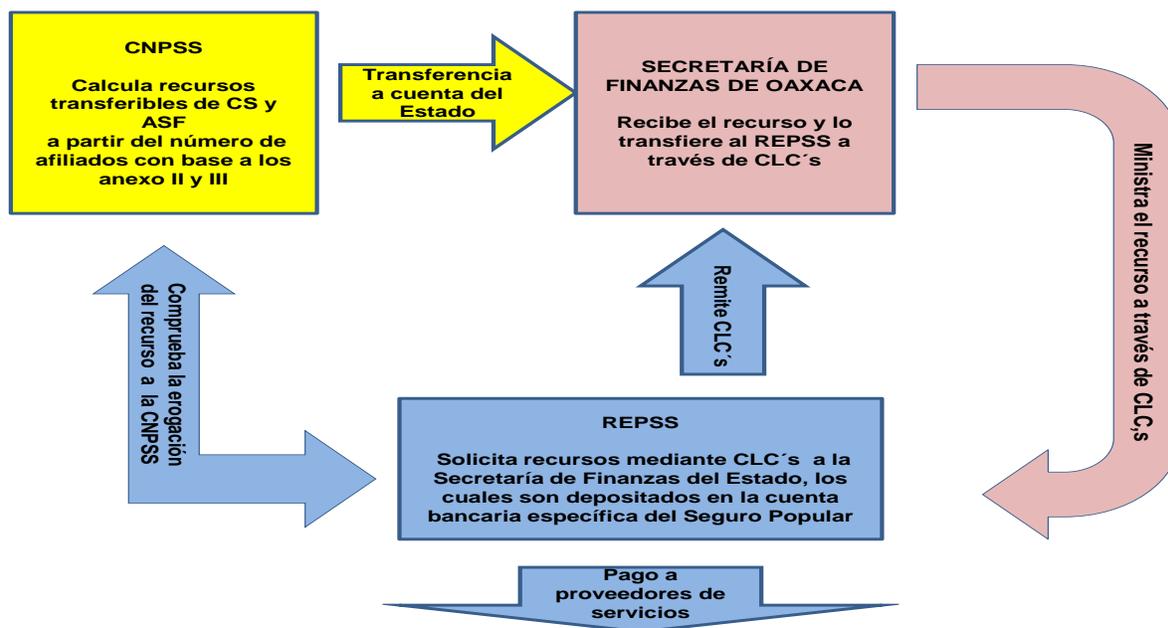
En el ejercicio 2013 se alinearon los siguientes presupuestos: Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud destinados a la Persona (FASSA-P, Ramo 33); Programas Nacionales de Salud; Programa Seguro Médico Siglo XXI; Apoyo para fortalecer la calidad de los servicios de salud; y Componente Salud del Programa Desarrollo Humano Oportunidades (Ramo 12).

De esta forma, la CNPSS transfiere por concepto de ASF a las entidades federativas únicamente la parte complementaria que resta luego de considerar los presupuestos alineados. Es importante señalar que de la totalidad de cada presupuesto alineado, el SPSS contabiliza sólo la parte proporcional que corresponde al número de personas asegurables.

Por otra parte, en lo que corresponde a la ASE, ésta se comprueba por el estado como aportación líquida o en especie.

Las transferencias federales, tanto de los recursos que administra la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, como los alineados, son depositados en la Secretaría de Finanzas del Estado y el REPSS solicita por medio de cuentas por liquidar certificadas los recursos correspondientes al Seguro Popular, pero es muy importante aclarar que no todos los recursos son administrados por el REPSS.

Diagrama de Flujo de los recursos del Seguro Popular en Oaxaca



Este proceso de transferencia de recursos, cobra importancia no sólo por las disposiciones normativas a las que se sujeta, por la participación de diferentes actores y niveles de gobierno durante el mismo, sino porque es crucial la disponibilidad de recursos para que se pueda llevar a cabo la prestación del servicio.

De acuerdo a la información disponible, el REPSS solamente administra el 44.6% del total de los recursos destinados al Seguro Popular. La otra parte llega a los servicios de salud por otros conductos.

Costo Total del Sistema 2013 (millones de pesos)

Concepto	Costo total del Seguro Popular de Oaxaca 2013	Recurso presupuestales del Seguro Popular administrados por el REPSS de Oaxaca
CS + ASF	2,557.9 ^{1/}	2,557.9 ^{3/}
FPGC	587.7 ^{2/}	N/A
FPP	220.4 ^{2/}	N/A
FPP 2%	146.9	N/A
FPP 1%	73.5	N/A
Total FPGC+FPP	687.3	N/A
Total	3,247.2	2,557.9
ASE	1,205.5	261.8
Otros programas (Regularizable)	2,278.7	183.4 ^{4/}
Total	6,731.4	3,003.1

1/ Informe de Resultados del SPSS 2013.

2/ Calculado a partir de Anexo III.

3/ Considera el recurso en especie (vacunas por la cantidad de 63.4mdp).

FUENTE: Informe de Resultado del SPSS 2013 e información del REPSS de Oaxaca, 2013.

La forma como se da el flujo financiero determina la capacidad y posibilidad del REPSS para garantizar que los servicios sean prestados de acuerdo a estándares de calidad previamente establecidos.

Los recursos correspondientes al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y el Fondo de Previsión Presupuestal son administrados por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

De acuerdo a lo establecido en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el 2013, los recursos que recibe el REPSS por concepto de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal se tienen que ejercer de la siguiente forma:

a) El destino de los recursos federales que se transfieran a las entidades federativas por concepto de cuota social y aportación solidaria federal, conforme a las siguientes bases:

i. Hasta el 40 por ciento, por concepto de remuneraciones al personal ya contratado directamente involucrado en la prestación de servicios de atención a los afiliados al Sistema;

- ii. Hasta el 30 por ciento, por concepto de adquisición de medicamentos, material de curación y otros insumos necesarios para la prestación de servicios a los afiliados al Sistema;
- iii. Al menos el 20 por ciento, para acciones de promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades que estén contenidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), y
- iv. Hasta el 6 por ciento, para el gasto operativo y para el pago de personal administrativo del Régimen Estatal de Protección Social en Salud correspondiente a cada entidad federativa.

En casos excepcionales, la composición de los recursos podrá modificarse siempre que las características estatales o perfil de salud de la población afiliada lo ameriten.

De acuerdo a información del REPSS de Oaxaca, los recursos recibidos por concepto de CS y ASF en el 2013 fueron erogados de la siguiente forma:

La erogación de la CS y ASF se realiza de acuerdo a lo establecido en el PEF.

Conceptos de gasto de la CS y la ASF

Concepto	CS +ASF	2013 (Millones de pesos)
Remuneración al personal	38.0%	972.9
Acciones de Prevención y Promoción a la Salud	0.6%	15.6
Medicamentos, material de curación y otros insumos	30.0%	767.3
Caravanas de la Salud	0.5%	11.5
Sistemas de Información Automatizados	0.7%	17.4
Gastos de Operación de los REPSS	4.3%	110.7
Apoyo Administrativo	1.7%	42.7
Pagos a terceros por Servicios de Salud	3.2%	81.3
Fortalecimiento de la infraestructura física	4.1%	104.6
Gasto Operativo de unidades médicas	17.0%	433.5
Total	100.0%	2,557.5

Fuente: INAP con datos del REPSS de Oaxaca, 2013.

Con relación a la ASE, el REPSS solamente administra la parte líquida, la correspondiente a la llamada ASE en especie, es administrada por la Secretaría de Salud del Estado. Los componentes de la ASE líquida bajo control del RESS se muestran en el siguiente cuadro.

Conceptos de gasto de la ASE

CONCEPTOS	ASE	2013 (Millones de pesos)
Honorarios	5.2%	13.7
Medicinas y Productos Farmacéuticos	16.4%	34.4
Materiales, Accesorios y Suministros Médicos	0.6%	10.1
Fletes y acarreos	50.7%	132.7
Mantenimientos de bienes inmuebles	0.8%	2.0
Subcontratación de servicios a terceros	9.6%	25.0
Impuestos y derechos (impuesto estatal, 2 % sobre nómina)	16.6%	43.4
Capacitación y desarrollo de personal	0.2%	0.5
Total	100.0%	261.8

Fuente: INAP con datos del REPSS de Oaxaca, 2013.

Por su importancia dentro del gasto e impacto en la salud del afiliado, se desglosa el monto y concepto de gasto correspondiente al rubro de medicamentos adquiridos con la CS y la ASF en 2013.

Conceptos de gastos en medicamentos y materiales de curación 2013 (Millones de pesos)

Concepto de Gasto	Vertiente de compra						Total
	Prevención y promoción de la salud	Atención curativa	Caravanas	AFASPE	Consulta Segura	Compras consolidadas	
Productos químicos básicos			2.7	1.1			3.8
Medicinas y productos farmacéuticos	46.0	206.5	16.1	147.6		68.9	485.1
Materiales, accesorios y suministros médicos	1.6	107.3	7.0	36.9	12.6		165.4
Materiales, accesorios y suministros de laboratorio	11.0	45.8	0.1	8.3			65.2
Otros Productos químicos		0.1		34.3	13.4		47.8
Total	58.6	359.7	25.9	228.2	26.0	68.9	767.3

Fuente: Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Oaxaca, 2013.

III.4 Administración y Organización

En octubre 2006 se expide el Decreto por el que se crea el Régimen Estatal de Protección Social en Salud como Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca, el cual tiene por objeto ejecutar el Sistema de Protección Social en Salud en la entidad.

Dicho Decreto contiene la estructura orgánica con la cual operaría el Régimen, contando con una Dirección; una Subdirección de Afiliación y Operación; un Departamento de Promoción y Afiliación; un Departamento de Administración del Padrón; una Subdirección de Gestión de Servicios de Salud; un Departamento de Garantía a Beneficiarios; un Departamento de Gastos Catastróficos; una Subdirección de Administración y Financiamiento, y un Departamento de Control Financiero y Crédito.

No obstante lo anterior, el incremento del número de beneficiarios de Sistema de Protección Social en Salud en la entidad, el incremento de intervenciones cubiertas por el CAUSES y por el FPGC, la encomienda de operar otros Programas Complementarios, y la complejidad operativa que conlleva la operación del Programa, han originado la necesidad de replantear la estructura orgánica del Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Oaxaca, realizar una revisión y modificación exhaustiva de atribuciones de las áreas que lo conforman y armonizar conforme las modificaciones legales suscitadas de 2006 a la fecha el contenido del Decreto de Creación.

En este sentido, se tiene conocimiento de que el Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Oaxaca ha implementado las gestiones necesarias con la Consejería Jurídica del Gobierno del Estado de Oaxaca, a fin de expedir un nuevo Decreto de Creación del Régimen, el cual contendría todos los aspectos planteados anteriormente a fin de mejorar la gestión y operación del REPSS.

A fin de realizar las modificaciones necesarias a la estructura orgánica del Régimen, el 12 de agosto de 2013 el Director del REPSS, remite mediante oficio número REPSS/001022/2013 al Secretario de Administración, la estructura orgánica del Régimen Estatal de Protección Social en Salud firmada por el Director, previamente revisada por personal de la Dirección de Modernización Administrativa de la citada Secretaría.

En consecuencia, el 16 de diciembre el Secretario Técnico del REPSS notifica mediante oficio REPSS/ST/167/2013 al Director del Régimen, que con fecha 16 de diciembre de 2013, la Secretaría de Administración hace entrega al REPSS de copia simple de la estructura orgánica con el visto bueno del Secretario de Administración y se informa que esa Secretaría continúa con el trámite para recabar la firma del C. Gobernador Constitucional del Estado de Oaxaca.

El 14 marzo de 2014, el Secretario de Administración, mediante oficio SA/247/2014 informa al Gobernador Constitucional del Estado de Oaxaca que la Secretaría de Administración ha concluido satisfactoriamente los trabajos de reorganización de las estructuras administrativas de mandos medios y superiores, dentro de las cuales se encuentra la del Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Oaxaca.

Por lo que hace al Reglamento Interno del Régimen, en cumplimiento con el artículo 10 fracción XX del Decreto por el que se crea el Régimen Estatal de Protección Social en Salud como Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca, el Director del REPSS remite el 03 de septiembre mediante oficio número REPSS/001194/2013 al Secretario de Administración, en medio impreso y magnético el Anteproyecto de Reglamento Interno del REPSS.

Este Anteproyecto de Reglamento Interno, además de cumplir con la obligación normativa, tiene por objeto regular la organización y funcionamiento del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud del Poder Ejecutivo del Estado Oaxaca y ejecutor del Sistema de Protección Social en Salud en el Estado de Oaxaca.

Cabe destacar que este Anteproyecto contiene las disposiciones internas del REPSS en las que se describen las medidas de orden técnico, orden administrativo, aspectos funcionales, así como las obligaciones del personal; en este sentido, el Anteproyecto de Reglamento Interno contiene modificaciones a las atribuciones de cada área operativa y contempla en su estructura orgánica las siguientes unidades administrativas: Dirección; Coordinación Técnica; Subdirección de Afiliación y Operación; Departamento de Promoción y Afiliación; Departamento de Administración del Padrón; Subdirección de Gestión de Servicios de Salud; Departamento de Garantía a Beneficiarios; Departamento de Gastos Catastróficos; Subdirección de Administración y Financiamiento; Departamento de Control Financiero; Departamento Administrativo; Departamento de Recursos Materiales y Servicios Generales; Subdirección de Operación de Programas Complementarios; Departamento de Programación; Departamento de Desarrollo Operativo; Subdirección de Planeación y Evaluación; Departamento de Planeación y Desarrollo Institucional; Departamento de Seguimiento y Evaluación; y un Departamento Jurídico.

En consecuencia, el 20 de enero el Secretario de Administración envía mediante oficio número SA/009/2014, al Consejero Jurídico del Gobierno del Estado, el Proyecto de

Reglamento Interno del REPSS, mismo que dicha Secretaría revisó en apego a los lineamientos para la elaboración de reglamentos internos. Lo anterior, a fin de que se realice la revisión jurídica de dicho Proyecto para su posterior publicación.

Por lo que hace al Manual de Organización del REPSS, el 6 de septiembre, la Secretaría de Administración imparte al REPSS un curso de capacitación relativo a los Lineamientos para la Elaboración de Manuales de Organización, por lo que el Régimen de manera conjunta con la Dirección de Modernización Administrativa inicia con los trabajos de elaboración de dicho Manual.

Derivado de lo anterior, en cumplimiento al artículo 30 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Oaxaca, el 2 de abril de 2014, el Director del REPSS, mediante número de oficio REPSS/000303/2014 remite al Secretario de Administración en medio impreso y magnético el Proyecto de Manual de Organización del Régimen Estatal de Protección Social en Salud de la entidad, el cual tiene por objeto precisar las funciones encomendadas a cada una de las áreas administrativas que lo conforman a fin de hacer más eficiente y eficaz la operación del Sistema de Protección Social en Salud en la entidad.

Con dicho Manual de Organización se pretende informar y orientar al personal del Régimen de Protección Social en Salud de Oaxaca sobre su organización y funcionamiento, la descripción de funciones, ubicación estructural, relaciones internas y los puestos responsables de la ejecución de actividades, a fin de delimitar las responsabilidades y el ámbito de competencia de las diversas áreas que integran su estructura, para contribuir al logro de las metas institucionales.

Por lo que hace al Manual de Procedimientos, de conformidad con el artículo 30 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Oaxaca, se tiene conocimiento de que el REPSS está trabajando en el respectivo Proyecto, a fin de establecer metódicamente tanto las acciones como las operaciones que deben seguirse para llevar a cabo las funciones generales del Régimen.

Dicho Manual de Procedimientos tendrá por objeto normar los procedimientos específicos que se realizan en cada una de las áreas que conforman el Régimen, a fin de hacer más eficientes y eficaces las actividades desarrolladas que derivan de las atribuciones del

Régimen, de las facultades de sus servidores públicos y de las funciones que conlleva su organización.

En consecuencia, como puede apreciarse, el Régimen Estatal de Protección Social en Salud como Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca, ha implementado un arduo trabajo de actualización de su marco normativo interno.

IV. Evaluación y áreas de mejora

IV.1 Financiera

Debido a las características normativas que en materia de financiamiento actualmente tiene el Sistema de Protección Social en Salud, el Régimen Estatal de Protección Social en Salud, en el 2013 solamente administró el 45.0% de los recursos, el otro 55.0% no es administrado por el REPSS.

Recursos administrados por el REPSS de Oaxaca

Concepto	Costo total del SPSS de Oaxaca 2013 Cierre 15 marzo	Recurso en efectivo administrados por el REPSS de Oaxaca
CS + ASF	2,558.3 ^{1/}	2,494.5 ^{5/}
FPGC	587.7 ^{2/}	89.7 ^{4/}
FPP	220.4 ^{2/}	0.0
Total FPGC+FPP	687.3	89.7
Total	3,247.2	2,584.2
ASE	1,204.45	261.8 ^{7/}
Otros programas (regularizable) Incluye oportunidades	2,278.7	183.4
Total	6,731.4	3,029.4

1/ Informe de Resultados del SPSS 2013.

2/ Calculado a partir de Anexo III

3/ Estimado por la CNPSS con base en la cápita

4/ Estimado con base a lo registrado para 2012.

5/ Recurso Liquido, no se consideró el recurso en especie (vacunas por la cantidad de 63.07mdp).

FUENTE: Informe de Resultado del SPSS 2013 e información del REPSS de Oaxaca, 2013.

Los programas que se incluyen en el presupuesto regularizable, que directamente administra la Secretaría de Salud y no se encuentran bajo el control del REPSS son los siguientes:

Presupuestos contabilizados en el regularizable de la Cápita del Seguro Popular

Concepto	Millones de pesos
FASSA-P	1,707.6
SMSXXI	78.1
Otros programas (Subsecretaría de Promoción y Prevención) Ramo 12	110.5
Programa para fortalecer la Calidad, Ramo 12	165.2
Recursos Oportunidades, REPSS	217.4
Total	2,278.7

Fuente: Informe de Resultados del SPSS 2013.

Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

El estado ha participado con recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), por un monto de 3,076 millones de pesos entre el 2004 y el 2013, de los cuales han retornado a la entidad solamente 489.1 millones de pesos. En el 2013 Oaxaca participó con 587.7 millones de pesos, de los cuales han regresado a la entidad solamente el 13% de dichos recursos.

Esto se debe principalmente a que Oaxaca solamente tiene acreditadas 4 unidades hospitalarias, que dan atención a 9 enfermedades de las 19 cubiertas por el FPGC.

Unidades hospitalarias acreditadas para atender casos de FPGC 2013

Centro de Oncológica y Radio Terapia de Oaxaca	SESA	Cáncer de mama	Segundo nivel
		Cáncer cérvico uterino	
Hospital de La Niñez Oaxaqueña	OPD	Malformaciones congénitas	
		Cuidados intensivos neonatales	
		Cáncer Infantil	
Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso	SESA	Malformaciones congénitas	
		Cuidados intensivos neonatales	
		Cáncer Infantil	
		Cáncer de mama	
		Cáncer cérvico uterino	
Hospital Regional de Alta Especialidad Oaxaca	OPD	Tumor maligno de testículo	Tercer nivel
		Linfoma no Hodgkin	
		Infarto agudo al miocardio	
		Cáncer de mama	
		Cáncer cérvico uterino	

Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

En este sentido, se requiere impulsar acciones de fortalecimiento de las unidades del tercer nivel en forma integral, considerando las necesidades de financiamiento de la infraestructura, equipamiento, recursos humanos calificados y acreditación de dichas unidades médicas.

Fondo de Previsión Presupuestal 2%

Con relación a los recursos del Fondo de Previsión Presupuestal 2%, del 2004 al 2013, el Estado ha contribuido con 769.0 millones de pesos, de los cuales han retornado en apoyo a la infraestructura y equipamiento 646.8 millones de pesos. Sin embargo, es importante

fortalecer las capacidades gerenciales para la presentación de proyectos de inversión ante la Federación, ya que en los tres últimos años le han autorizado al Estado solamente 3.6 millones de pesos para obra y equipamiento.

Acciones de infraestructura financiado con FPP 2% 2004-2013

Tipo de unidad	A)	Obra (millones de pesos)	B)	Equipo (millones de pesos)	C)	Total (millones de pesos)
Gran total	320	423.9	115	222.8	435	646.8
Unidades medicas	-	-	5	26.0	5	26.0
Centro de salud	302	189.3	79	33.1	381	222.4
Cessa	13	183.9	19	77.9	32	261.8
Primer nivel	315	373.2	103	137.1	418	510.3
Hospital general	3	35.7	1	10.0	4	45.7
Hospital de la comunidad	2	15.0	11	75.7	13	90.7
Segundo nivel	5	50.7	12	85.7	17	136.5

Fuente: INAP con datos de la Secretaría de Salud.

En el caso de Oaxaca, la Secretaría de Salud es la entidad que prepara la información necesaria para solicitar de recursos del FPP 2%, y el REPSS es el Organismo responsable de gestionar los recursos ante la CNPSS. Para el año 2013, los Servicios de Salud de Oaxacano presentaron la propuesta para la obtención de recursos de dicho fondo.

IV.2 Evaluación Gerencial

En este apartado se consideran acciones que tienen intervención directa del REPSS adicionales a los abordados en la evaluación financiera y de impacto.

Afiliación

En el momento que se lleva a cabo la afiliación, la población beneficiaria debe recibir información sobre sus derechos y la póliza vigente. Con relación al porcentaje de población que recibió información sobre sus derechos y el porcentaje con póliza vigente observado en el 2012 con relación a 2006, Oaxaca presenta crecimientos mayores que la media nacional. Es importante tomar en cuenta que una gran parte de la población beneficiaria del Seguro Popular en Oaxaca es indígena, lo que hace más complejo el transmitir la información sobre sus derechos. En este sentido, es recomendable explorar en mecanismos de comunicación adicionales a la cartilla impresa.

Porcentaje de población que recibe información de derechos y póliza

Entidad Federativa	Porcentaje de población que recibió información sobre sus derechos			Porcentaje de población con póliza vigente		
	2006	2012	% de mejora	2006	2012	% de mejora
Oaxaca	59.9	66.5	11.0	91.1	97.6	10.5
Nacional	71.8	74.3	3.5	94.0	98.1	4.3

Fuente: INAP con datos de la Evaluación Externa 2012.

Satisfacción y trato adecuado

Sobre el porcentaje de los afiliados al SPSS que sí recibieron una explicación detallada o parcialmente comprensible del médico respecto al diagnóstico, estudios a realizar, tratamiento a seguir y pronóstico o evolución de su enfermedad por entidad federativa en el 2009, el estado de Oaxaca presenta resultados mayores o muy parecidos a la media nacional.

Explicación detallada por el médico

Entidad Federativa	Diagnóstico %	Estudios %	Tratamiento %	Pronóstico %
Oaxaca	90.6	84.6	86.4	87.5
Nacional	92.8	83.6	86.1	87.7

Fuente: Trato adecuado de la Encuesta de los Hospitales de los Sesenta 2009.

Uso y pago por medicamentos

Prácticamente en todas las entidades federativas se identificó gasto en medicamentos por los beneficiarios del Seguro Popular por la encuesta de Ensanut 2012. La mediana del gasto de medicamentos a nivel nacional fue de 215.9 pesos, mientras que en Oaxaca fue de 220.7 pesos. En este sentido, se requiere realizar análisis más detallados sobre las causas que están propiciando el pago de medicamentos por los afiliados al Sistema.

IV.3 De impacto

IV.3 Componente de impacto

El impacto en la salud de los oaxaqueños resultado principalmente de la intervención del Seguro Popular, se expondrá a partir de tres mecanismos de medición: el componente de salud del Índice de Desarrollo Humano; los principales resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006-2012 sobre morbilidad; y, los cambios en las causas de mortalidad registrados en el Sistema Nacional de Información en Salud.

El impacto en la salud analizado a través del componente de salud del Índice de Desarrollo Humano

De acuerdo al Índice de Desarrollo Humano (IDH), México tiene un índice de 0.7390³³ que lo ubica entre los países con notables mejoras desde el inicio del milenio y entre los países que se clasifican con desarrollo humano alto. De acuerdo al reporte 2010 del PNUD, el estado de Oaxaca presenta un índice de 0.666 colocándolo en el sitio 31 (penúltimo) de todas las entidades del país.

Sin embargo, dentro del país entre municipios se presenta la misma disparidad que entre estados de un país y entre los países. Recientemente fueron publicados los datos del IDH municipal de México. En ellos se muestran las diferencias de desarrollo por municipio³⁴. Mientras que el municipio oaxaqueño con un grado de desarrollo humano más elevado en la entidad es San Sebastian Tutla con 0.852 (en la jurisdicción de Valles Centrales), el peor ubicado es San Miguel Santa Flor con 0.367 (también en Valles Centrales); este último con un nivel comparativo internacional a Afganistán.

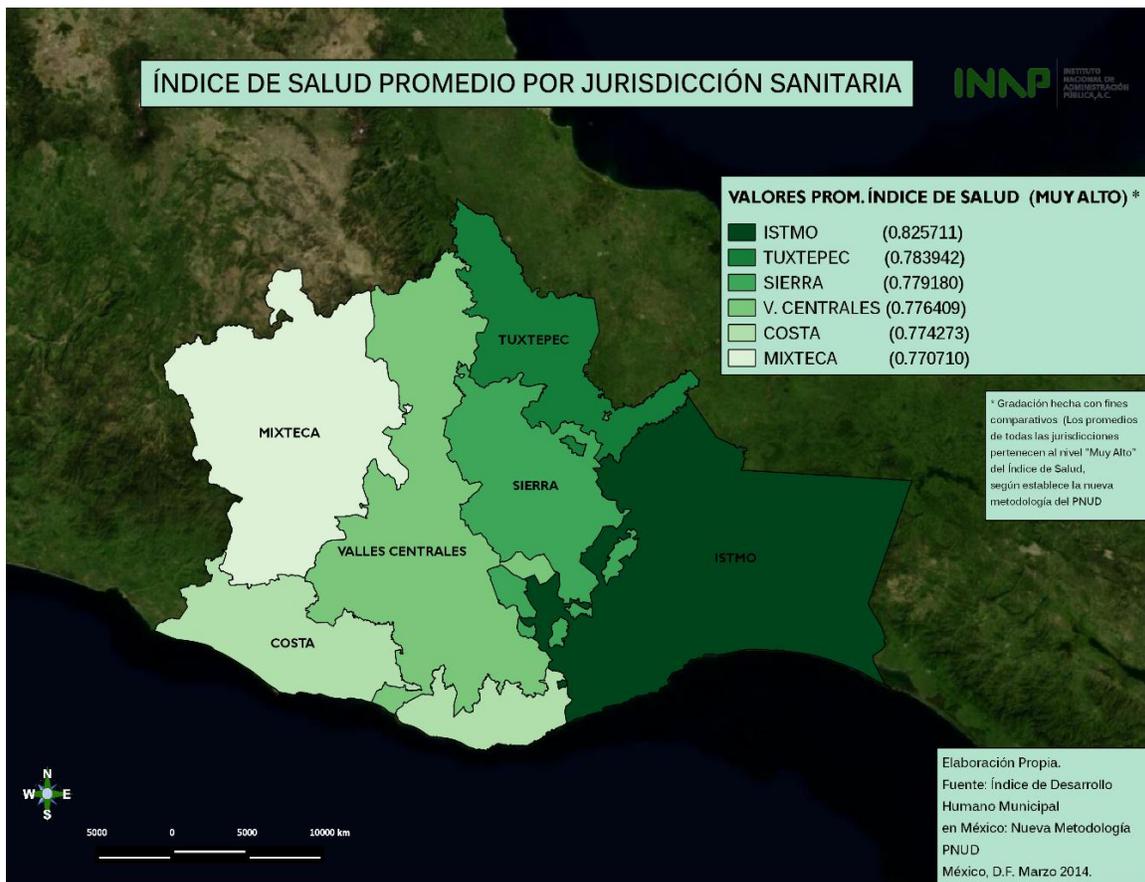
Con relación al índice de salud, el valor más alto corresponde al municipio de San Pedro Comitancillo (dentro de la jurisdicción del Istmo) con 0.920, contrastado con el 0.340 del municipio de Abejones (en el área de la jurisdicción de la Sierra).

Mapa IDH sobre el índice de Salud para el estado de Oaxaca, 2010.

Mapa IDH sobre el índice de Salud para el estado de Oaxaca, 2010.

³³Human Development Report 2013: The Rise of the South. Human Progress in a Diverse World UNDP, NY, USA. 2013

³⁴Mientras que el IDH estatal se calcula a través del promedio ponderado de la población por municipios, las variables a nivel municipal se calculan con los resultados directos de las variables, lo que hace que difiera el agregado del estado del presentado para los municipios. Tomado de: El Índice de Desarrollo Humano en México: cambios metodológicos e información para las entidades federativas PNUD México, 2012.



Para el índice de educación la clasificación más alta y más baja corresponden, respectivamente a los municipios de San Sebastian Tutla con 0.910 (Valles Centrales) y Coicoyán de las Flores con 0.207 (Mixteca).

Los valores para el índice de ingreso apuntan que, nuevamente, San Sebastian Tutla presenta el mayor índice con 0.802, mientras que San Simón Zahuatlán (Mixteca) con 0.436 tiene el índice más bajo en este rubro.

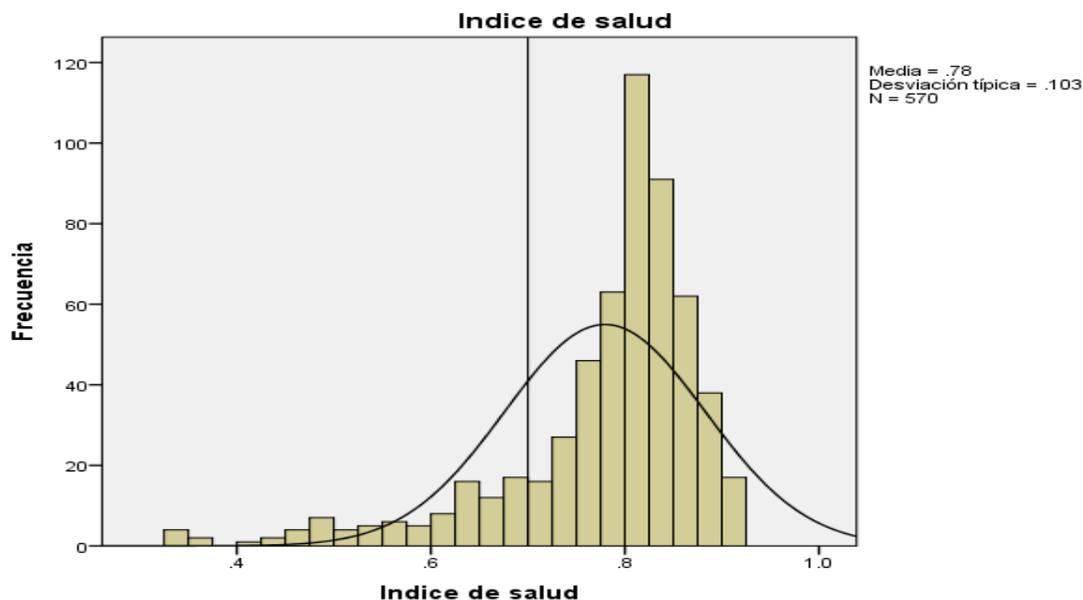
El índice de desarrollo humano establecido con las nuevas pautas metodológicas, que integran la esperanza de vida y la mortalidad infantil, señalan que para el estado de Oaxaca las condiciones de salud son las que mejor se han desarrollado frente a los otros dos componentes del desarrollo humano: educación e ingreso.

El componente de desarrollo en salud frente al de ingreso y de educación demuestra que éste tiene un peso muy importante en el mejoramiento general del índice de

desarrollo. Estos resultados están ligados a una probabilidad alta de vida y a una disminución de la mortalidad en los primeros 5 años, debido a las acciones preventivas y curativas hacia los menores en este periodo de vida.

Estos avances en salud se encuentran diferenciados al interior de los municipios del estado. La mayoría de los municipios tienen, al menos, condiciones de salud consideradas como de alto nivel y aceptables dentro de dicha medición; no obstante, la dispersión de los rangos (desde 0.32 a 0.92) indica que existen una serie de municipios con niveles muy bajos para el mismo subíndice, pese a que una amplia mayoría tiene niveles altos.

Histograma de la distribución del índice de salud (sin ponderar) de Desarrollo Humano para los 570 municipios de Oaxaca.



Fuente: IDH, PNUD 2010.

En cuanto a la distribución por ingreso, los estadísticos muestran una concentración hacia la derecha al igual que en cuestiones de educación, esto significa que existe un alto número de municipios con rangos elevados de atraso y otros con condiciones altas equiparables a los más desarrollados del país.

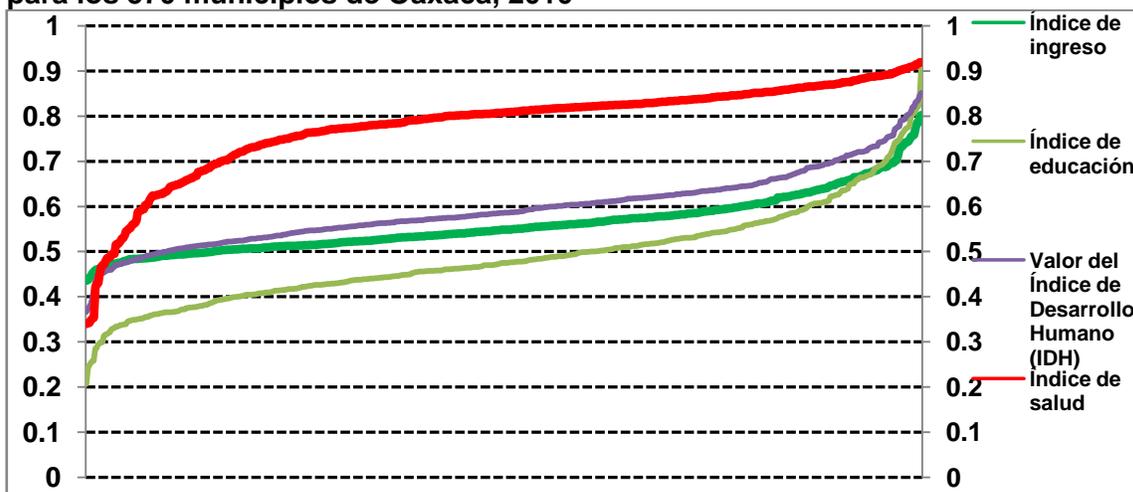
Estadísticos de distribución de los componente del Índice de Desarrollo Humano (sin ponderar) 2010

Estadísticos	Índice de educación	Índice de ingreso	Índice de salud	Índice de Desarrollo Humano
Número de municipios	570	570	570	570
Media	0.488	0.560	0.779	0.595
Error típico de la media	0.004	0.003	0.004	0.003
Mediana	0.475	0.548	0.808	0.586
Desviación. típica	0.106	0.064	0.103	0.080
Varianza	0.011	0.004	0.011	0.006
Asimetría	0.765	1.042	-1.815	0.483
Error típico de asimetría	0.102	0.102	0.102	0.102
Curtosis	1.035	1.202	3.727	0.599
Error típico de curtosis	0.204	0.204	0.204	0.204
Rango	0.703	0.366	0.579	0.485
Mínimo	0.207	0.436	0.340	0.367
Máximo	0.910	0.802	0.920	0.852

Fuente: IDH, PNUD 2010.

En un plano comparativo de los tres subíndices en 2010, para la totalidad de los municipios, se observa que a pesar de su nivel de desarrollo en Oaxaca, la curva de salud medida por el IDH, presenta un punto de partida bajo en municipios muy específicos, los cuales también presentan niveles bajos en los otros dos componentes.

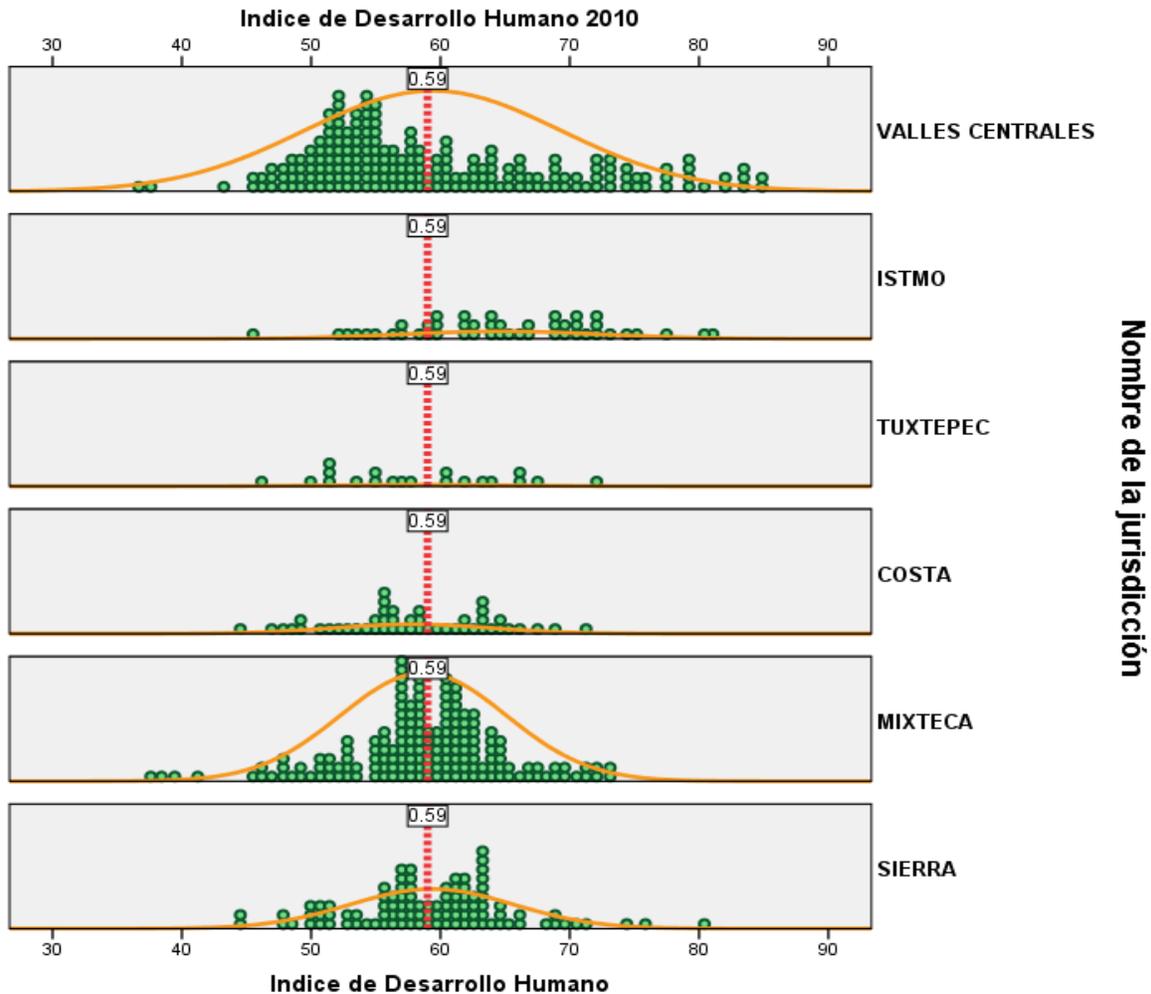
Comparación de la tendencia del índice del desarrollo humano y sus subíndices para los 570 municipios de Oaxaca, 2010



Fuente: IDH, PNUD 2010.

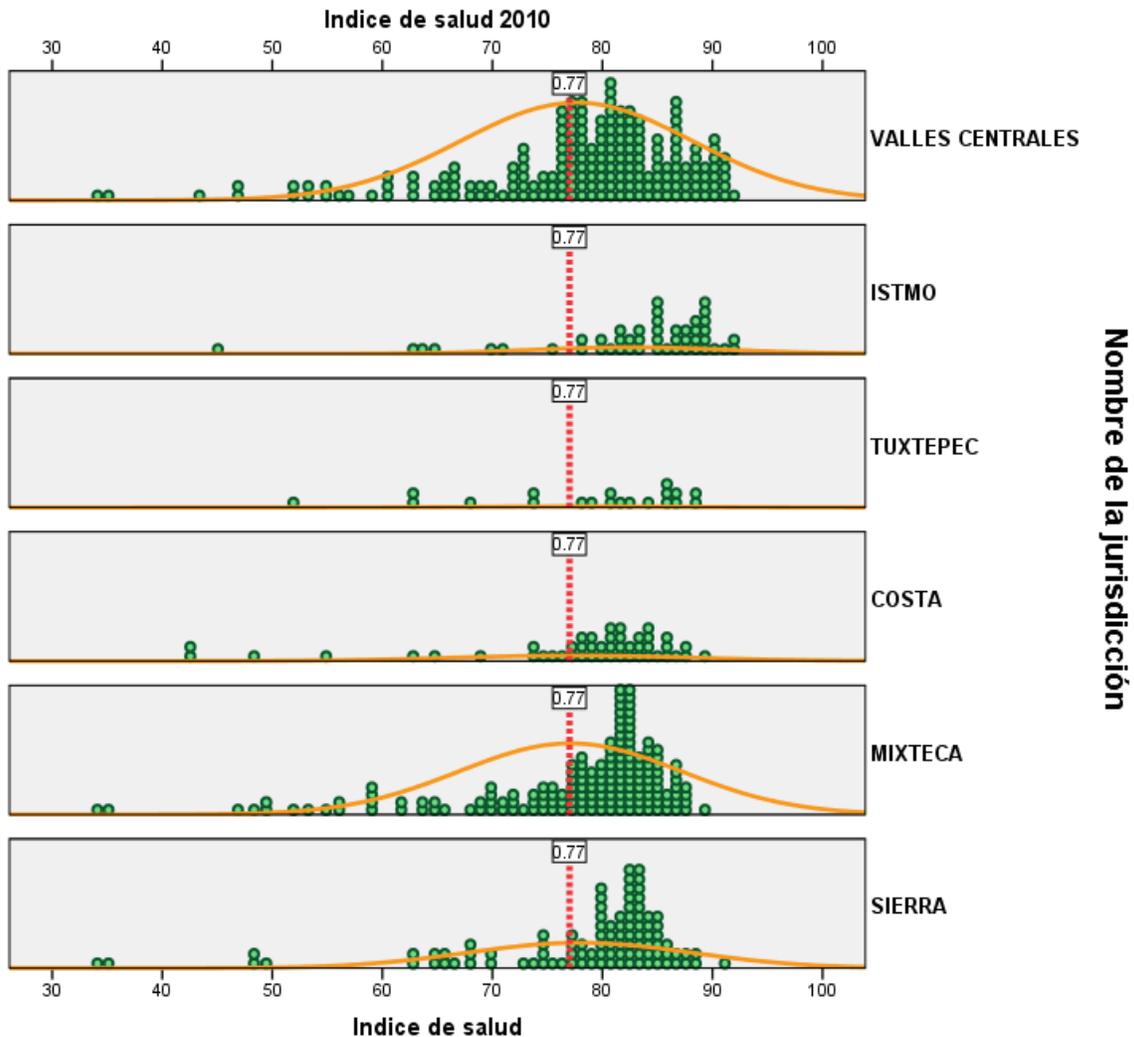
Una desagregación del índice general de Desarrollo Humano por jurisdicciones (que incluye los tres componentes), demuestra en forma gráfica que la distribución y la curva cambian de manera muy diferente en cada una de ellas. En el caso de Valles Centrales, los municipios por debajo del promedio general en salud son más que los

municipios por encima del promedio y con niveles muy altos en el valor del indicador. En la Mixteca, Tuxtepec y la Sierra la distribución es uniforme. Mientras que en el Istmo se tiene un nivel mayor en el índice hacia un alto rango.



Fuente: Elaboración propia con base en el Índice de Desarrollo Humano 2010 Nueva Metodología, PNUD.

Sin embargo, la desagregación específica para el índice en salud en las seis jurisdicciones, muestra que para la jurisdicción de Valles Centrales, pese a que un alto número de sus municipios están por arriba del promedio general, tiene municipios en posiciones extremas por debajo de dicho promedio. Este patrón se repite en la Mixteca, Tuxtepec y la Sierra en tanto que para el Istmo se tienen a casi todos sus municipios con valores altos en salud.

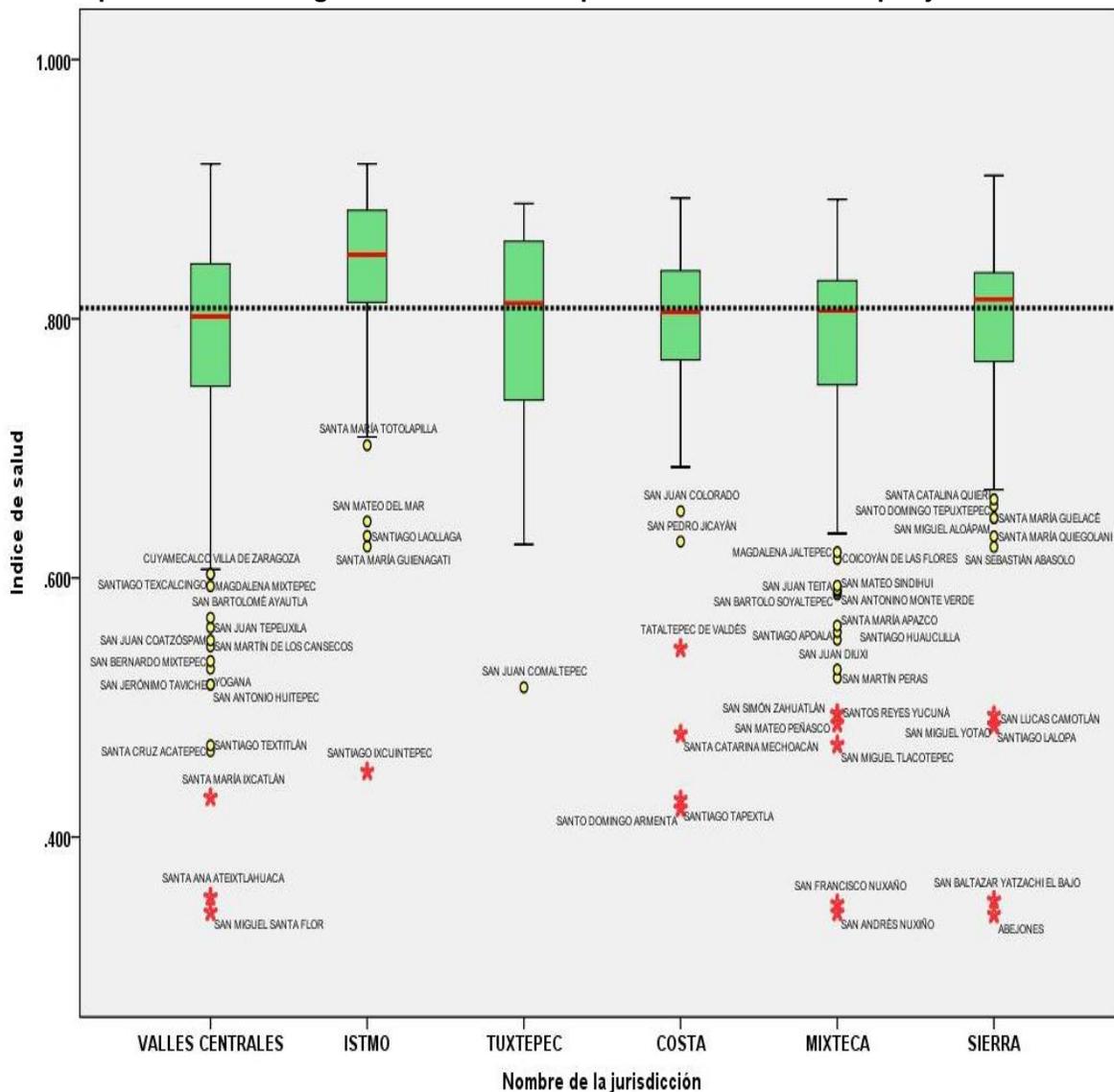


Nota al Fuente:Elaboración Propia a partir Índice de Desarrollo Humano 2010 Nueva Metodología, PNUD.

Fuente: IDH, PNUD 2010.

La dispersión de la desigualdad en cuestiones de salud, mediante indicadores básicos, muestra que se deben tomar acciones para dar seguimiento a aquellos municipios con menor avance y que, como demuestra la gráfica posterior, se encuentran fuera de rango por un alto margen del desarrollo general de otras zonas de la misma jurisdicción sanitaria.

Dispersión de la desigualdad en los municipios del Índice de Salud por jurisdicción



El análisis de la dispersión de la distribución de los municipios con menores resultados del índice de salud al interior de cada jurisdicción, encuentra que en cinco de las seis jurisdicciones existen municipios que tienen las condiciones más críticas en materia de salud en el estado y podrían poner en riesgo la política de salud y su operación.

Salvo la jurisdicción sanitaria Istmo, que incluye un municipio con niveles muy bajos en el extremo del índice en salud, San Juan Comaltepec, el resto tiene municipios con grandes niveles de riesgo en salud que deben ser atendidos de manera inmediata y con acciones diferenciales. La lista de los municipios con estos niveles de carencia que

requieren una acción diferencial e inmediata debido a sus condiciones en salud se presenta en las tablas siguientes.

Municipios con el valor más bajo del IDH en Salud por Jurisdicción, Oaxaca 2010

Núm.	Índice de salud	Valor del Índice de Desarrollo Humano (IDH)	Nombre de municipio
Valles Centrales			
1	0.34193134	0.3667082	San Miguel Santa Flor
2	0.35374283	0.3770106	Santa Ana Ateixtlahuaca
3	0.43048154	0.4765869	Santa María Ixcatlán
4	0.46633519	0.4599954	Santa Cruz Acatepec
5	0.47079192	0.4718814	Santiago Textitlán
6	0.51751113	0.4890797	San Jerónimo Taviche
7	0.51765909	0.5291285	San Antonio Huitepec
8	0.52994037	0.4323826	Yogana
9	0.5358308	0.5054647	San Bernardo Mixtepec
10	0.54718491	0.5417511	San Martín De Los Cansecos
11	0.55182303	0.4865991	San Juan Coatzacoapam
12	0.56176969	0.4841636	San Juan Tepeuxila
13	0.56922694	0.4640014	San Bartolomé Ayautla
14	0.59360131	0.4703256	Magdalena Mixtepec
15	0.60293835	0.466622	Cuyamecalco Villa De Zaragoza
16	0.60294461	0.4582924	Santiago Texcalcingo
17	0.60660203	0.5209429	San Pablo Cuatro Venados
Istmo			
1	0.45051302	0.4534765	Santiago Ixcuintepec
2	0.62421443	0.5202997	Santa María Guienagati
3	0.63233575	0.6471934	Santiago Laollaga
4	0.64358322	0.5339001	San Mateo Del Mar
5	0.70238988	0.5474437	Santa María Totolapilla
6	0.70875952	0.5462334	San Carlos Yautepec
Tuxtepec			
1	0.51556489	0.4597047	San Juan Comaltepec

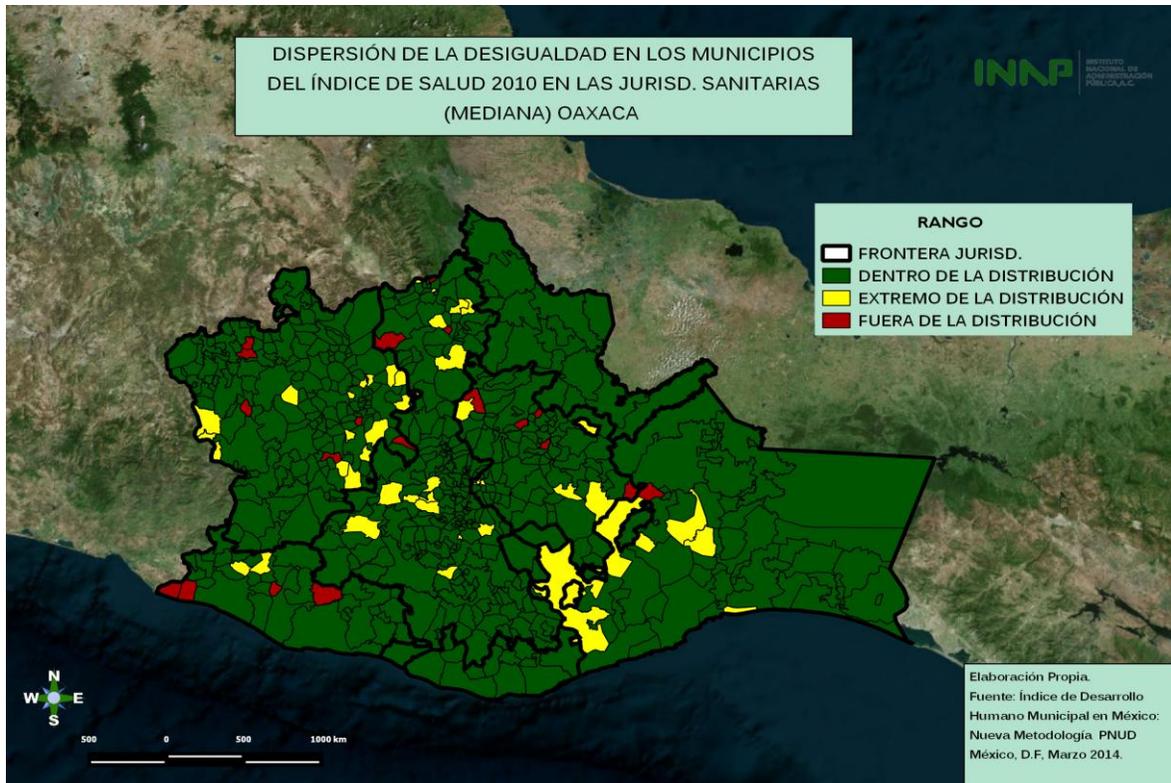
Fuente: INAP con datos del IDH 2010.

Municipios con el valor más bajo del IDH en Salud por Jurisdicción, Oaxaca 2010

Núm.	Índice de salud	Valor del Índice de Desarrollo Humano (IDH)	Nombre de municipio
Costa			
1	0.42208866	0.4703142	Santo Domingo Armenta
2	0.42877577	0.4442593	Santiago Tapextla
3	0.47944614	0.4907127	Santa Catarina Mechoacán
4	0.54557368	0.4844181	Tataltepec De Valdés
5	0.62803719	0.5562739	San Pedro Jicayán
6	0.6514498	0.5557802	San Juan Colorado
Mixteca			
1	0.34168636	0.4518145	San Andrés Nuxiño
2	0.34850103	0.4589897	San Francisco Nuxaño
3	0.47124369	0.4823814	San Miguel Tlacotepec
4	0.48744898	0.3748303	San Simón Zahuatlán
5	0.49501871	0.4122848	Santos Reyes Yucuná
6	0.49515213	0.4939738	San Mateo Peñasco
7	0.52284076	0.3945048	San Martín Peras
8	0.52935202	0.4587026	San Juan Diuxi
9	0.55223635	0.4816822	Santiago Apoala
10	0.55829409	0.4722721	Santa María Apazco
11	0.56316974	0.518162	Santiago Huaucilla
12	0.58717789	0.4941866	San Mateo Sindihui
13	0.5893467	0.5463821	San Bartolo Soyaltepec
14	0.59083163	0.5158882	San Antonino Monte Verde
15	0.5939698	0.5274	San Juan Teita
16	0.61462048	0.3842945	Coicoyán De Las Flores
17	0.61991136	0.5343333	Magdalena Jaltepec
Sierra			
1	0.34009532	0.4442184	Abejones
2	0.3512179	0.4462816	San Baltazar Yatzachi El Bajo
3	0.48625196	0.5051035	Santiago Lalopa
4	0.48627182	0.4762778	San Lucas Camotlán
5	0.49385765	0.4799474	San Miguel Yotao
6	0.62393748	0.5688627	San Sebastián Abasolo
7	0.63205651	0.4977302	Santa María Quiégolani
8	0.64604068	0.5127783	San Miguel Aloápam
9	0.64621076	0.6254059	Santa María Guelacé
10	0.65554692	0.5095286	Santa Catalina Quierí
11	0.66063075	0.4872807	Santo Domingo Tepuxtepec
12	0.66812991	0.5078413	San Juan Juquila Mixes

Fuente: INAP con datos del IDH 2010.

En el siguiente mapa se identifican los 59 municipios que están en el extremo o fuera de la distribución que requieren atención especial.



Impacto en salud a través del análisis de la morbilidad³⁵

Un referente importante para medir el impacto que el Seguro Popular ha tenido sobre la población son los cambios en la morbilidad en materia de salud y nutrición, observados en la ENSANUT 2006 y 2012.

Salud

Los cambios en la morbilidad, que en este documento se presentan, se analizan a partir de la prevención de enfermedades, la vacunación, la salud reproductiva, y las enfermedades infecciosas.

a) Prevención

Se consideran acciones de prevención, la detección de diabetes e hipertensión arterial, triglicéridos o colesterol alto y obesidad o sobrepeso y adicionalmente para las mujeres la

³⁵ Este apartado se basa en los principales resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Instituto Nacional de Salud Pública.

prueba de Papanicolaou, mastografías y la exploración clínica de senos.

De las mujeres oaxaqueñas de 20 ó más años, el 32.9% se realizó una prueba de Papanicolaou durante el año previo al levantamiento de la encuesta en 2012, cifra menor a la media nacional que fue de 44.3%

Prueba de Papanicolaou		
Grupo	% Estatal	% Nacional
20-39	26.2	-
40-59	49.2	-
60 o más	21.7	-
Total	32.9	44.3

Fuente: Ensanut, 2012.

Respecto de la detección del cáncer de mama, el 17.9% de las mujeres de 20 ó más años acudió a realizarse una mastografía en los 12 meses previos al levantamiento de la encuesta. Comparado con los hallazgos nacionales, Oaxaca se ubica por debajo de la media nacional para las pruebas de exploración clínica de senos.

Exploración clínica de senos		
Grupo	% Estatal	% Nacional
20-39	12.5	-
40-59	27.2	-
60 o más	15.8	-
Total	17.9	36.3

Fuente: Ensanut, 2012.

En cuanto a la detección de diabetes mellitus, Oaxaca se ubicó ligeramente por debajo de la media nacional.

Detección de diabetes mellitus		
Grupo (hombres)	% Estatal	% Nacional
20-39	13.3	-
40-59	20.0	-
60 o más	19.7	-
Total	16.4	25.4
Grupo (mujeres)	% Estatal	% Nacional
20-39	21.0	-
40-59	28.5	-
60 o más	28.7	-
Total	24.6	20.9
Total general	% Estatal	% Nacional
20-39	17.5	-
40-59	24.6	-
60 o más	24.5	-
Total	20.9	23.7

Fuente: Ensanut, 2012.

En cuanto a la detección de hipertensión, Oaxaca presentó incrementos importantes en los servicios de detección de dicho padecimiento. En comparación con lo recabado en la ENSANUT 2006, una mayor proporción de personas acudió a la detección de hipertensión arterial, 30.8% en 2012 versus 23.1% en 2006.

Detección de hipertensión arterial		
Grupo (hombres)	% Estatal	% NACIONAL
20-39	23.7	-
40-59	30.0	-
60 o más	30.3	-
Total	26.8	30.6
Grupo (mujeres)		% NACIONAL
20-39	31.7	-
40-59	40.7	-
60 o más	29.3	-
Total	30.8	26.2
Total general		% NACIONAL
20-39	28.1	-
40-59	35.8	-
60 o más	29.8	-
Total	30.8	28.4

Fuente: Ensanut, 2012.

Con relación a la detección de triglicéridos o colesterol alto, Oaxaca se encuentra muy por debajo de la media nacional.

Detección de triglicéridos o colesterol alto		
Grupo (hombres)	% Oaxaca	% Nacional
20-39	11.4	-
40-59	18.7	-
60 o más	19.5	-
Total	15.3	46.9
Grupo (mujeres)	%	% Nacional
20-39	15	-
40-59	18.8	-
60 o más	22.3	-
Total	17.6	52.7
Total general	%	% Nacional
20-39	13.4	-
40-59	18.8	-
60 o más	21	-
Total	16.5	49.9

Fuente: Ensanut, 2012.

b) Vacunación

Con relación a la vacunación en niños en el ámbito nacional, el 94.9% de los padres o cuidadores de los niños dijo tener la Cartilla Nacional de Vacunación (CNV) o la Cartilla Nacional de Salud (CNS); en Oaxaca este porcentaje fue de 96.4%.

La cobertura al año de edad, de las vacunas BCG y hepatitis B, alcanzó niveles de 99.1 y 96.5% respectivamente; a excepción de la SRP, todas las coberturas de vacunación en Oaxaca se hallaron por arriba de la media nacional.

Con relación a la vacunación en niños de 5 y 6 años, la cobertura del refuerzo documentado de vacuna contra difteria, tosferina y tétanos (DPT), fue de 92.5%, es decir, una tasa de abandono en la aplicación de este refuerzo de 7.5%, inferior a la tasa nacional de abandono que es de 9.3%

En la población adulta de 20 a 59 años, la vacunación está dirigida a la prevención y vigilancia de la rubéola congénita, el tétanos y la difteria, así como del tétanos neonatal en mujeres en edad fértil (15 a 49 años). Al respecto para 2012, 16.7% de los adultos de 20 a 59 años en el país mostró la CNS o algún comprobante; en tanto que en Oaxaca, 20.4% mostró algún tipo de cartilla. La cobertura contra sarampión y rubéola fue de 62.6%; 13.6 puntos porcentuales arriba de la cobertura nacional (49.0%). La cobertura de la vacuna contra tétanos y difteria fue superior a la documentada en el país.

c) Salud reproductiva

El inicio de vida sexual activa en adolescentes de 12 a 19 años, incluyendo a quienes no recordaron la edad en que ocurrió, es de 13.9% como cifra general, con 14.7% entre hombres y 13.1% entre mujeres; este porcentaje es menor que el nacional (23.0%). Comparando estos datos con los de encuestas anteriores (que excluían a quienes no recordaron la edad de inicio), en 2000, 12.3% de los adolescentes declaró haber iniciado vida sexual, y en 2006 fue 9.0%

Del total de adolescentes oaxaqueños que han iniciado vida sexual, 30.8% no utilizó ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual, porcentaje mayor al nacional (22.9%).

Finalmente, respecto del embarazo de adolescentes en Oaxaca, 48.4% de las mujeres de

12 a 19 años alguna vez han estado embarazadas. Menos de la mitad de los adolescentes (41.1%) supo del beneficio de tomar ácido fólico para prevenir algunas malformaciones congénitas cuando se toma antes y durante las primeras semanas del embarazo. De las mujeres, 47.4% dijo conocer la importancia de tomarlo, en contraste con 35.0% de los hombres. El conocimiento sobre el beneficio de tomar ácido fólico fue 14.5 puntos menor que en el país (55.6%). De las mujeres embarazadas de 12 a 19 años de edad en Oaxaca, 35.7% afirmó haber tomado ácido fólico en los últimos 12 meses; porcentaje mayor que en el contexto nacional (27.3%).

Las mujeres de 20 a 49 años, alguna vez embarazadas en los últimos 5 años, fueron el 78.9%, dato menor al nacional (87.8%) y al registrado en 2006 (81.8%). De éstas el 97.3% recibió atención prenatal del embarazo del último hijo nacido vivo en los cinco años anteriores a la entrevista debajo del 98.6% nacional pero encima de lo reportado en 2000, con 77.2% y 2006, con 92.0%. A 38.0% de estas oaxaqueñas embarazadas se le realizó la prueba de detección de sífilis y a 40.5%, la prueba de VIH; 93.4% notificó prescripción de ácido fólico. El porcentaje de realización de ambas pruebas fue menor al nacional (43.7 y 59.7%, respectivamente), así como la prescripción de ácido fólico (98.1%).

Respecto a los partos de las mujeres de 20 a 49 años de edad que tuvieron un hijo nacido vivo en los últimos cinco años, el 99.5% de los mismos fue atendido por personal de salud, cifra similar a las de 2006 (99.4%) y de 2000 (96.2%).

En 2012 51.3% fue parto vaginal, 14.8% cesárea programada y 33.8% cesárea por urgencia, mientras en el resto del país 57.2% fueron partos vaginales, 21.0% cesáreas programadas y 21.8% cesáreas por urgencia. Al comparar la proporción de cesáreas efectuadas en Oaxaca en 2012 (48.6%) con la de 2000 (16.4%) y de 2006 (26.1%), hay un incremento de 196.3% en 12 años. El alto porcentaje de cesáreas por urgencia puede estar relacionado con una baja atención prenatal y un seguimiento deficiente del embarazo. De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana 007, esta información denota la falta de cumplimiento de las recomendaciones relacionadas con este rubro. Adicionalmente, a 43.2% de mujeres de 20 a 49 años de edad, se le proporcionó algún método anticonceptivo posparto; un porcentaje menor al nacional (57.6%).

Debido a que Oaxaca es una entidad con un alto nivel de migración tanto nacional como internacional, la prueba del VIH tiene una alta importancia. Con relación a la prueba del virus de inmunodeficiencia humana, se reporta que un 20.0% de los adultos de 20 a 49

años de edad se hizo alguna, cifra inferior a la del país (22.3%). De estos, 27.0% dijo habérsela hecho en el último año, porcentaje menor al 33.3% nacional.

d) Enfermedades infecciosas

Las enfermedades infecciosas como la diarrea aguda (EDA) y la infección respiratoria aguda (IRA) tienen un gran impacto en la salud de la población menor de edad.

La prevalencia nacional de EDA, en población menor de cinco años, fue para 2012 a nivel nacional del 11.0%; en Oaxaca ésta fue de 8.7%. En 2006 fue de 12.7%, lo que muestra una reducción de 31.5%. La prevalencia fue similar en mujeres (8.6%) que en hombres (8.9%) mientras la diferencia observada en el país entre ambos sexos fue mínima (11.6% en hombres y 10.3% en mujeres).

La prevalencia nacional de IRA, en 2012 en menores de diez años a nivel nacional, fue de 41.0%, mayor a la registrada en Oaxaca de 37.0%. En 2006, este rubro en Oaxaca fue de 45.6% y en el ámbito nacional de 42.8.

Detección de obesidad o sobrepeso		
Grupo (hombres)	%	
20-39	25.6	
40-59	20.8	
60 o más	24.7	
Total	23.9	21.8
Grupo (mujeres)	%	
20-39	23.8	
40-59	30.6	
60 o más	20.1	
Total	25.4	20.1
Total general	%	
20-39	24.6	
40-59	26.1	
60 o más	22.3	
Total	24.7	21.0

Fuente: Ensanut, 2012.

Nutrición

La nutrición es otro de los aspectos primordiales que determinan los estados de salud de una población. Los cambios en el consumo de alimentos, debido a modificaciones en el ingreso de los individuos, las familias y las pautas culturales, producen alteraciones en el estado nutricional, el peso y la talla de las personas, mismos que por un lado pueden eliminar algunos padecimientos de salud derivados de la insuficiencia de ingesta de

proteínas, minerales, grasas y vitaminas, pero por el otro, el consumo excesivo, aunado a factores de riesgo por las condiciones genéticas de la población además de sus patrones de actividad física, pueden incrementar otros padecimientos.

En este caso, se emplearon los resultados de la ENSANUT 2012 dividiendo a la población por segmentos de edad y por desnutrición, sobrepeso y obesidad y anemia.

a) Niños

Del total de individuos evaluados en 2012, 20.7% presentó baja talla, 2.7% tuvo bajo peso y 1.4%, emaciación. La prevalencia de baja talla fue superior a la encontrada para el ámbito nacional (13.6%). La prevalencia de baja talla en 2012 para las localidades urbanas fue de 17.0% mayor a la encontrada en 2006 (15.4%). Para las rurales pasó de 36.5% en 2006 a 23.7% en 2012.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en los menores de cinco años en el estado fue de 5.0%, con 5.4% para las localidades urbanas y de 4.6% para las rurales. Las prevalencias de sobrepeso y obesidad en menores de 5 años en Oaxaca fueron de 17.2 y 10.3%, respectivamente.³⁶ Las prevalencias nacionales de sobrepeso y obesidad para este grupo de edad fueron de 19.8% y 14.6%, respectivamente.

La prevalencia de anemia en menores de 5 años en Oaxaca³⁷ fue de 23.1% en el 2012, en contraste con el 29.0% de 2006. La prevalencia nacional de anemia para esta población fue de 10.1%.

b) Adolescentes

En 2006, 24.9% de los adolescentes oaxaqueños³⁸ presentó sobrepeso más obesidad; 1.8 puntos porcentuales menos que en 2012 (26.7%), aunque la prevalencia actual es menor a la nacional (35%). La distribución por sexo en 2012 tuvo prevalencia mayor en mujeres (29.4%) que en hombres (24.3%). En localidades urbanas, la cifra de sobrepeso más

³⁶Se analizaron datos de 673 niños y niñas en edad escolar que representaron a una población de 600,799 individuos. La muestra fue de 254 en zonas urbanas, representando a 261,916 niños, y de 419 en zonas rurales en representación de 338,884 niños. Se analizaron 328 observaciones, representativas de 295,585 varones y 345 representativas de 305,215 niñas.

³⁷Se analizaron datos de 286 niños de 1 a 4 años, representando a 316,851 individuos: 107 en zona urbana, representando a 140 949 individuos, y 179 en zona rural, representando a 175 902 niños.

³⁸Se analizaron datos de 530 adolescentes (12-19 años) de entre 654 427 individuos. La muestra fue de 219 en zonas urbanas, de entre 311 154 individuos, y 311 en zonas rurales, de entre 343 273 individuos. Fueron 273 hombres y 257 mujeres, de una población de 336 639 y 317 788, respectivamente.

obesidad pasó de 28.8% en 2006 a 36.3% en 2012. En localidades rurales, esta cifra representa actualmente 18.1%.

En el caso de la anemia, el 5.3% de los adolescentes oaxaqueños³⁹ son anémicos. La prevalencia nacional de anemia para este grupo de edad fue de 5.6%. Hubo mayor prevalencia en el área rural que en la urbana. De los adolescentes de zonas urbanas, 3.7% tiene anemia, comparado con 6.8% de zonas rurales. Al comparar la prevalencia de 2012 con la de 2006, se observó una disminución de 4 puntos porcentuales en el ámbito estatal, así como por área urbana y rural.

c) Adultos

En Oaxaca, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en hombres⁴⁰ fue de 59.4% y en mujeres de 69.2%. En cuanto a la de obesidad fue 59% más baja en los hombres (20.2%) que en mujeres (32.1%), diferencia estadísticamente significativa, mientras que en sobrepeso fue similar en ambos sexos (hombres 39.2% y mujeres 37.1%). En comparación entre las encuestas de 2006 y 2012, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en conjunto incrementó 0.3 % en hombres y 7.3% en mujeres.

Con relación a la prevalencia de la anemia en adultos de 20 a 59 años⁴¹ en Oaxaca, esta fue de 9.8%, mayor en 1.6% a la nacional para este grupo de edad. La zona rural tuvo mayor prevalencia que la urbana (10.5 y 9.2%, respectivamente). Al comparar la información actual con la de 2006, resaltó una leve disminución de 1.9% en los últimos seis años. La disminución más modesta ocurrió en población rural (0.8 puntos porcentuales) mientras en la urbana la disminución fue de 2.8%. Las diferencias encontradas entre la zona urbana y rural, así como por año deben tomarse con cautela pues no se contó con los elementos estadísticos necesarios para asegurar que fueran o no significativas.

³⁹ se analizaron datos de 359 adolescentes (12-19 años) representando a 654,667 individuos. La muestra fue de 142 en zona urbana, representando a 308,257 individuos, y 217 en zona rural, representando a 346,410 individuos.

⁴⁰ La evaluación se realizó en 1 409 individuos de entre los 2 195 049 adultos del estado. La muestra fue de 590 en zonas urbanas, representando a 1 113 877 individuos, y 819 de zonas rurales, representando a 1 081 172 individuos.

⁴¹ Se encuestó a 741 adultos, hombres y mujeres, de 20 a 59 años. Esta información representó a 1,758,514 adultos de ambos sexos en la entidad. El 9.8% presentó anemia. Esta prevalencia representó cerca de 172,333 casos en todo el estado.

En mayores de 60 años⁴², la prevalencia estatal de anemia fue de 23.6%. Dicha prevalencia fue notablemente mayor a la registrada en el ámbito nacional (16.5%). Al comparar la información actual con la obtenida en 2006, se observó que la prevalencia de anemia aumentó 2.9% en los últimos seis años (20.7% en 2006 a 23.6% en 2012). Esta tendencia fue similar en las áreas urbanas y rurales (un incremento de 3.7% y 3.6%, respectivamente).

Impacto en las causas de mortalidad

A través de la mortalidad también se mide el impacto que han tenido las políticas de salud en la prevención y control de la enfermedad, debido a que éste es un mecanismo subyacente en el proceso de causalidad de los factores que llevan hacia la mortalidad y presentan una mayor confiabilidad en su registro.

A partir de la información del Sistema Nacional de Información en Salud, se comparan las tendencias y diferencias entre las causas de mortalidad por tipo de enfermedad a nivel nacional y las del estado de Oaxaca.⁴³

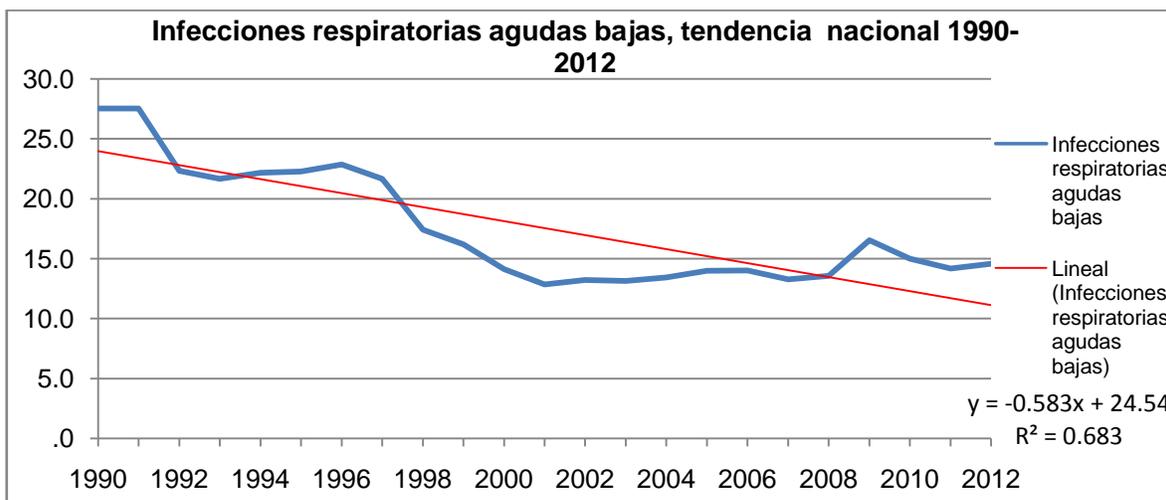
a) Infecciones respiratorias

Las diferencias entre las tendencias nacionales y la entidad han disminuido en los fallecimientos por causas infecto-contagiosas que se relacionan a afecciones por condiciones de pobreza, al mismo tiempo que los fallecimientos propios de padecimientos producto de cambios en estilos de vida, alimentación y aumento de la esperanza de vida comienzan a ser los relevantes en la estructura de los decesos en la entidad⁴⁴.

⁴²Se incluyeron los datos de información de 242 adultos, En hombres y mujeres, de 60 años o más de edad, de entre 421,245 individuos de ambos sexos de esta población.

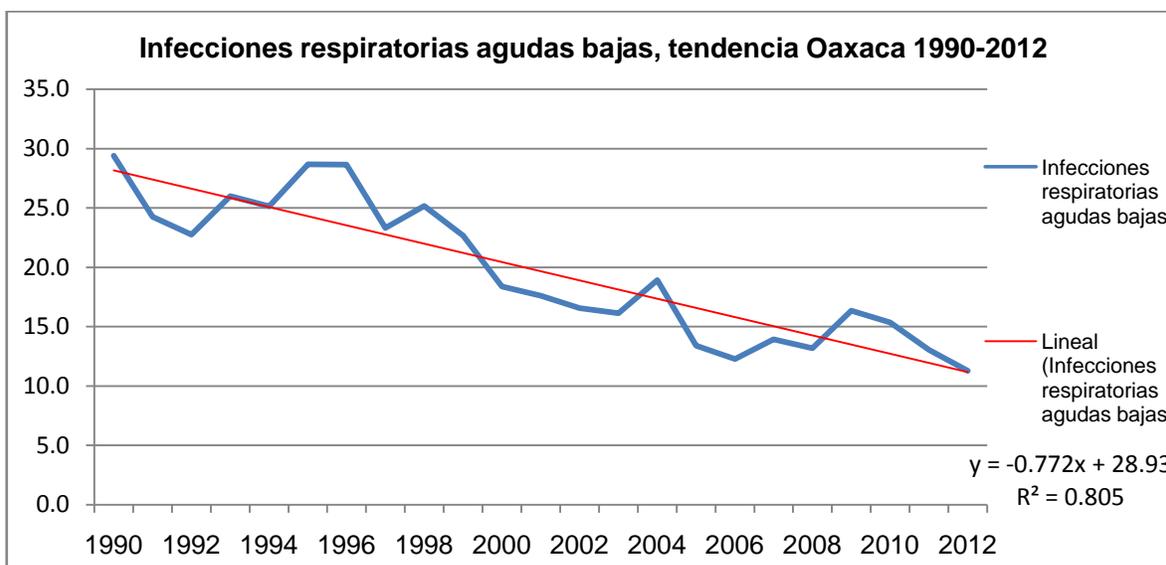
⁴³El análisis se basa en las series de tiempo 1990 al 2012 sobre las tasas de mortalidad por cada 100,000 habitantes para las principales causas de mortalidad.

⁴⁴ Las tablas completas con las tasas para cada año de la serie 1990-2012 para los padecimientos presentados se encuentran en los anexos.



Fuente: SINAIS 2013.

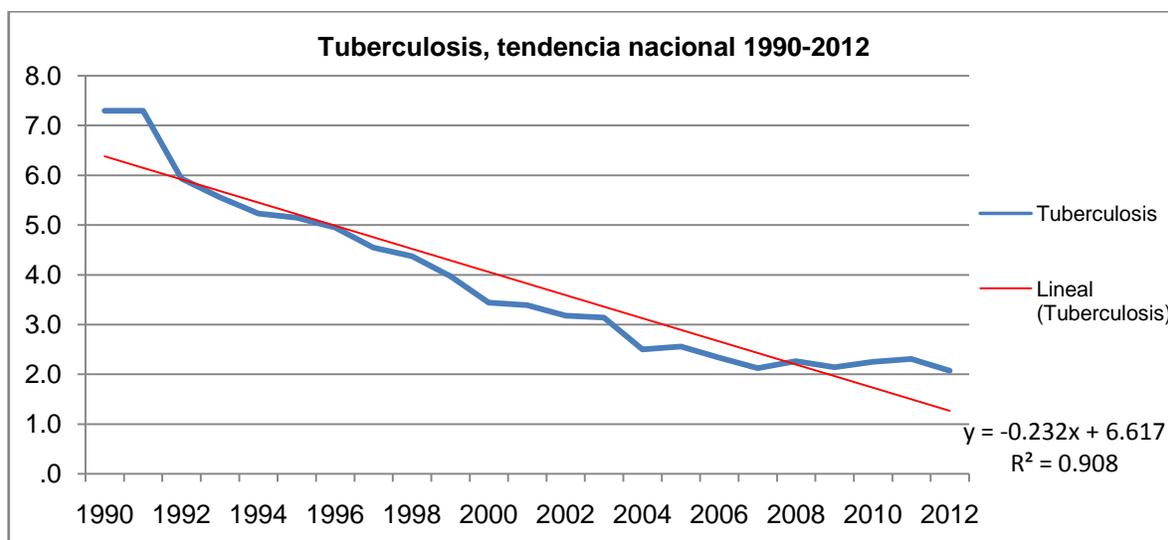
Las infecciones respiratorias agudas en Oaxaca eran equiparables a la estimación nacional de principios de la década de los años 90 (27.5 nacional y 29.4 en Oaxaca). Sin embargo, esta causa de mortalidad se ha mantenido en descenso tanto a nivel nacional como local y ha habido años en los cuales Oaxaca ha presentado una tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas menor a la tasa estimada para el resto del país. El Estado llegó a presentar una diferencia de 8.6 casos menos por cada 100 mil habitantes, respecto de la tasa nacional. Para el año 2012, la tasa es de 11.3 por cada 100 mil habitantes, es decir que presenta una reducción 3.3 casos menos que la nacional, que es de 14.6 casos, con una mejoría constante a partir del año 2005.



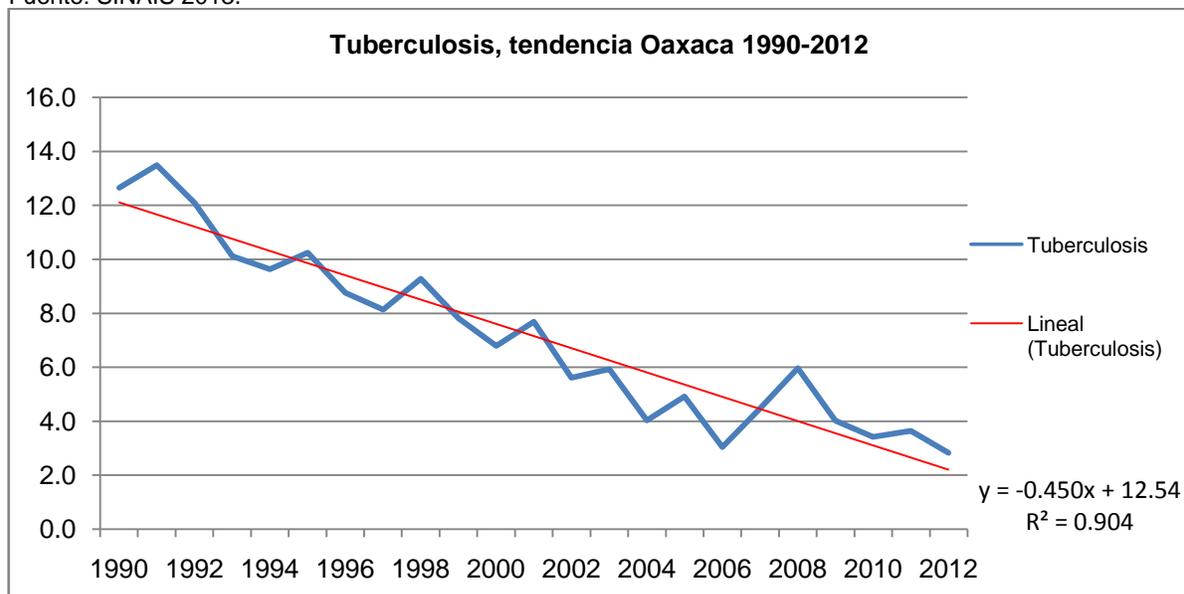
Fuente: SINAIS 2013.

b) Tuberculosis

La tuberculosis, que es una enfermedad altamente contagiosa por su vector de persona a persona producida por condiciones de hacinamiento además de falta de prevención por vía de la vacunación oportuna, también presenta una reducción significativa, cayendo de 12.3 casos por cada 100 mil habitantes en 1990, a 2.8, es decir, apenas -0.8 respecto de la tasa de defunciones a nivel nacional causadas por tuberculosis. Esto implica que la mortalidad por dicho padecimiento ya se encuentra en un nivel bajo y en permanente descenso tanto a nivel nacional como en el estado de Oaxaca.



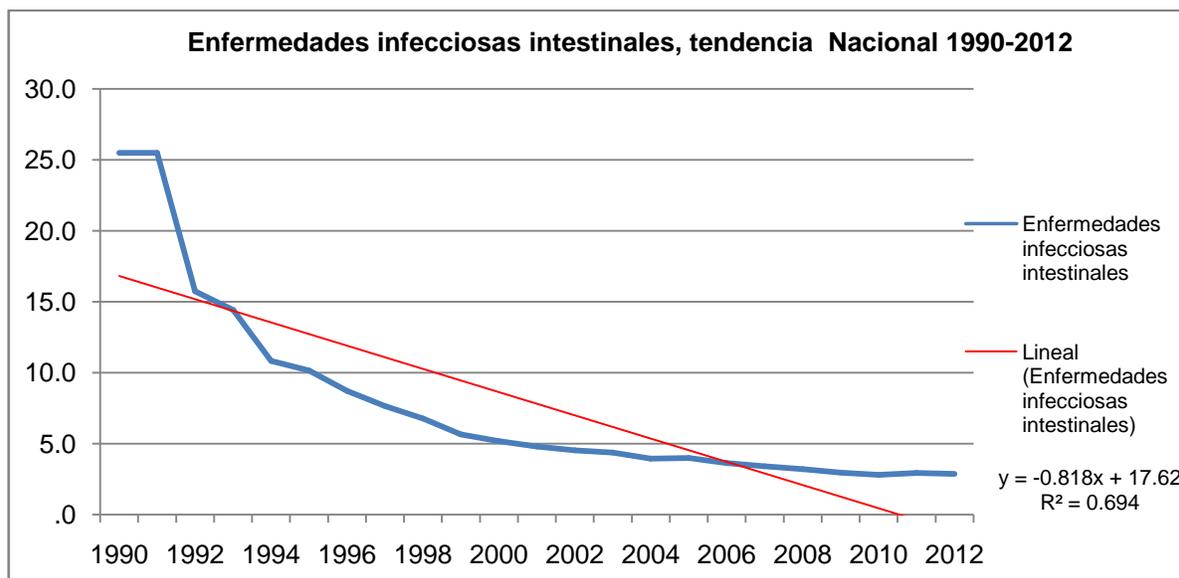
Fuente: SINAIS 2013.



Fuente: SINAIS 2013.

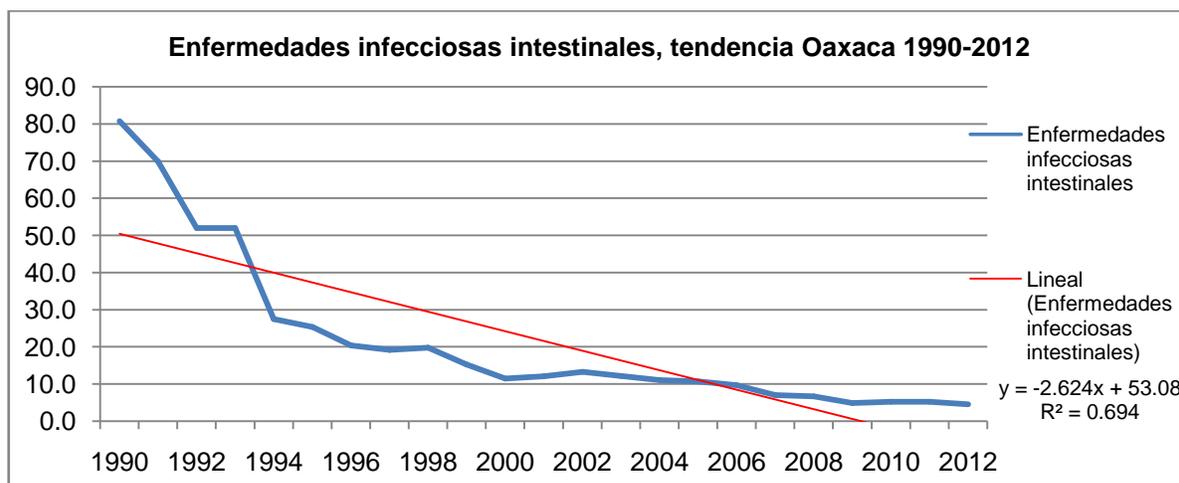
c) Enfermedades infecciosas intestinales

Como se observa, la brecha entre la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas ha ido disminuyendo en forma notable en los últimos años.



Fuente: SINAIS 2013.

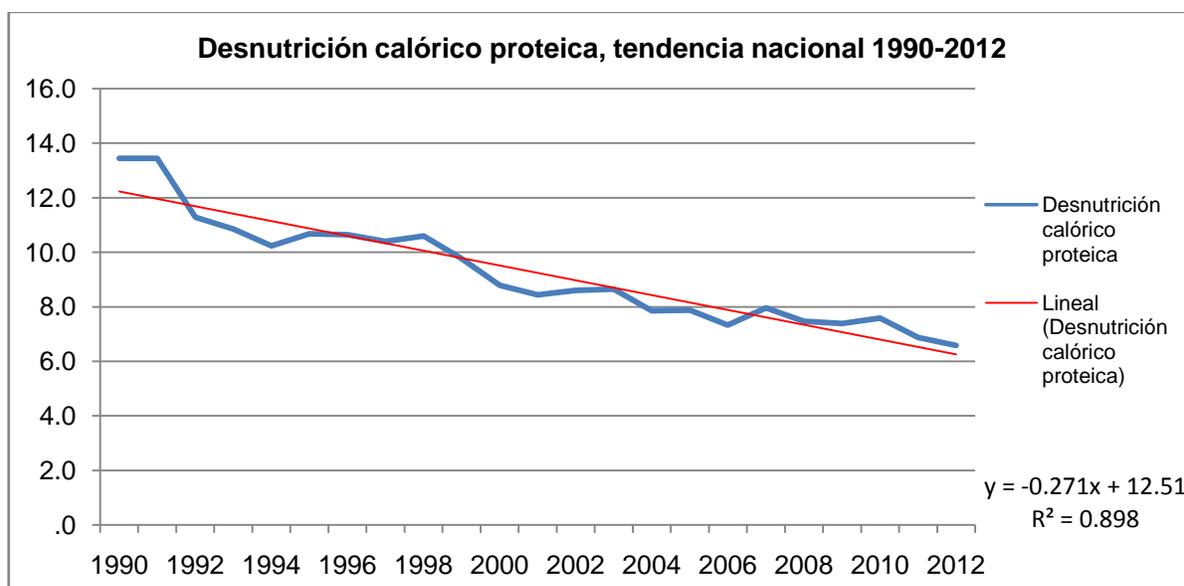
El caso más notorio e importante sobre los resultados en salud corresponde a la mortalidad por infecciones gastrointestinales, causa de muerte donde el estado de Oaxaca presentaba 80.8 casos en 1990 por cada 100 mil habitantes, respecto de la tasa nacional de 25.5 casos, y para el 2012 el estado presentó solamente 1.7 casos, tasa menor a la nacional que es de 2.9 casos.



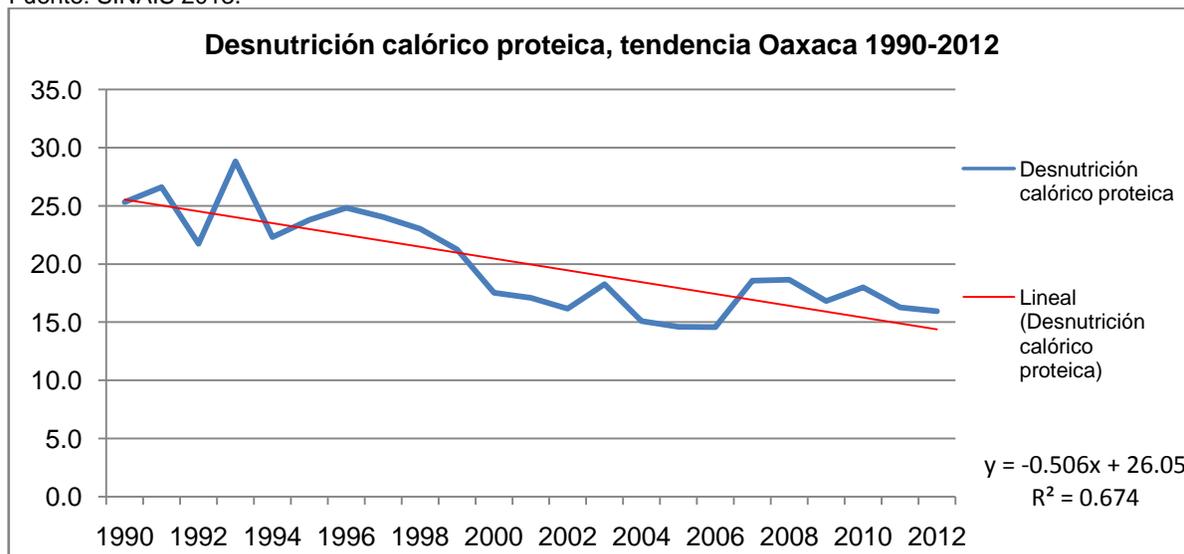
Fuente: SINAIS 2013.

d) Desnutrición

Las muertes asociadas a las pautas alimenticias deficientes también presentan la tendencia a disminuir, aunque siguen presentando cifras altas respecto de los cálculos para México. Las muertes por desnutrición en Oaxaca se han reducido a 16.0 casos por cada 100 mil habitantes, pero siguen estando 9.4 casos por encima de la tasa nacional. Esto se debe probablemente a la contribución de los municipios y localidades más apartados donde existen todavía condiciones de inseguridad alimentaria, sin ser esto una constante para todo el estado.



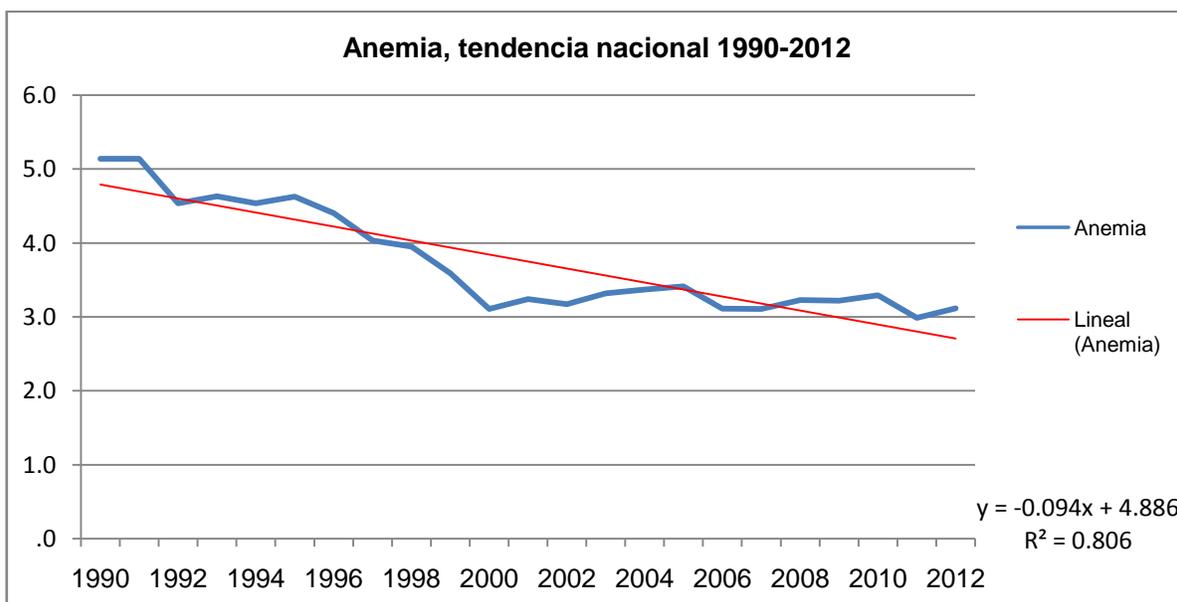
Fuente: SINAIS 2013.



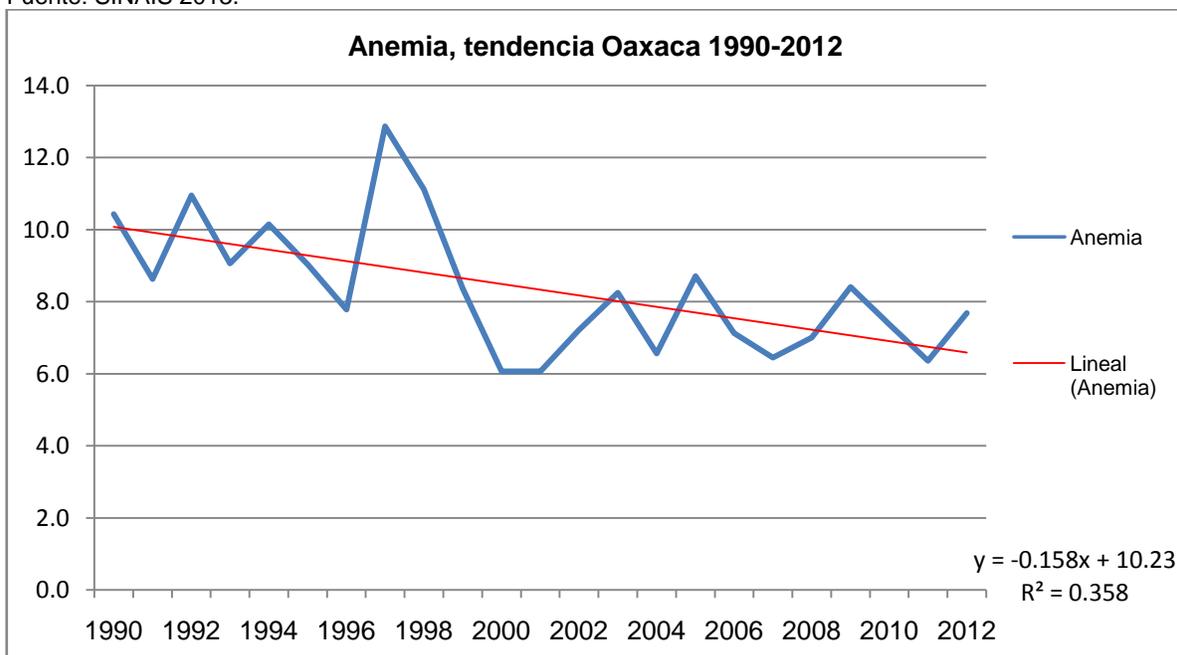
Fuente: SINAIS 2013.

e) Anemia

Por su parte, la anemia que produce mortalidad, debido a periodos prolongados de falta de alimento, en Oaxaca sigue duplicando las estimaciones a nivel nacional, al mantenerse a 4.6 casos por encima de las cifras estimadas en el país, sin embargo, se encuentra con una tasa baja y con una tendencia a la baja, por lo cual se puede inferir una mejoría en las condiciones de suministro de alimentos.



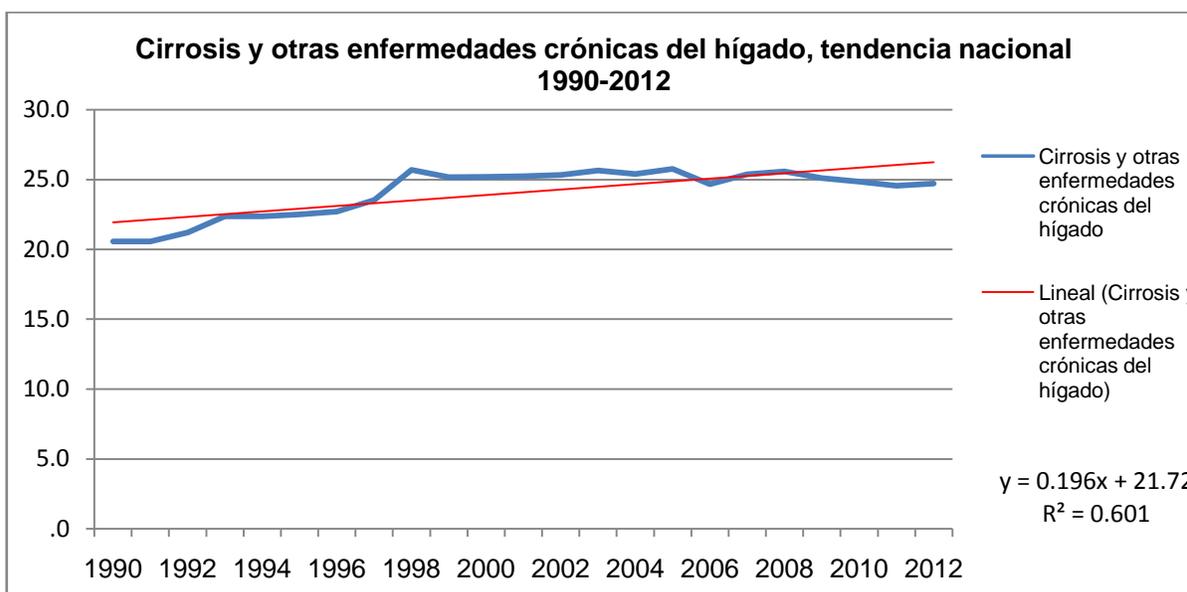
Fuente: SINAIS 2013.



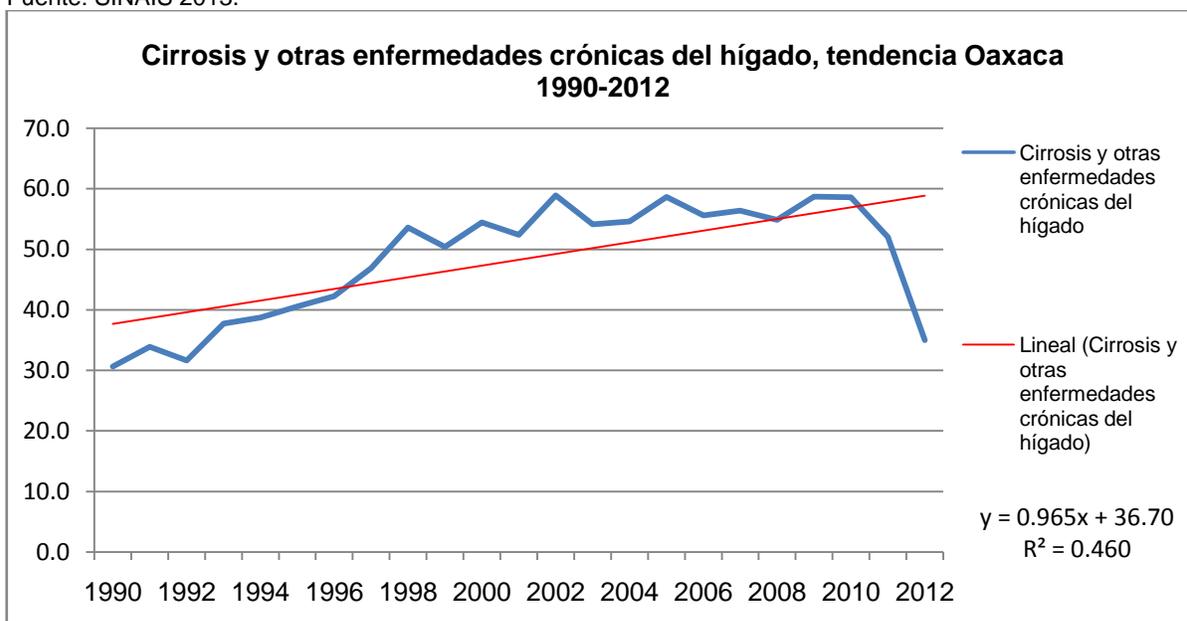
Fuente: SINAIS 2013.

f) Cirrosis y enfermedades del hígado

Las enfermedades relacionadas con el hígado, que en Oaxaca en 1990 presentaban tasas mayores a las nacionales, y han ido a la alza han ido a la alza con una tendencia a casi duplicar las cifras de principios de los noventa, apenas a 10.3 casos por cada 100 mil habitantes de distancia respecto de los cálculos a nivel nacional.



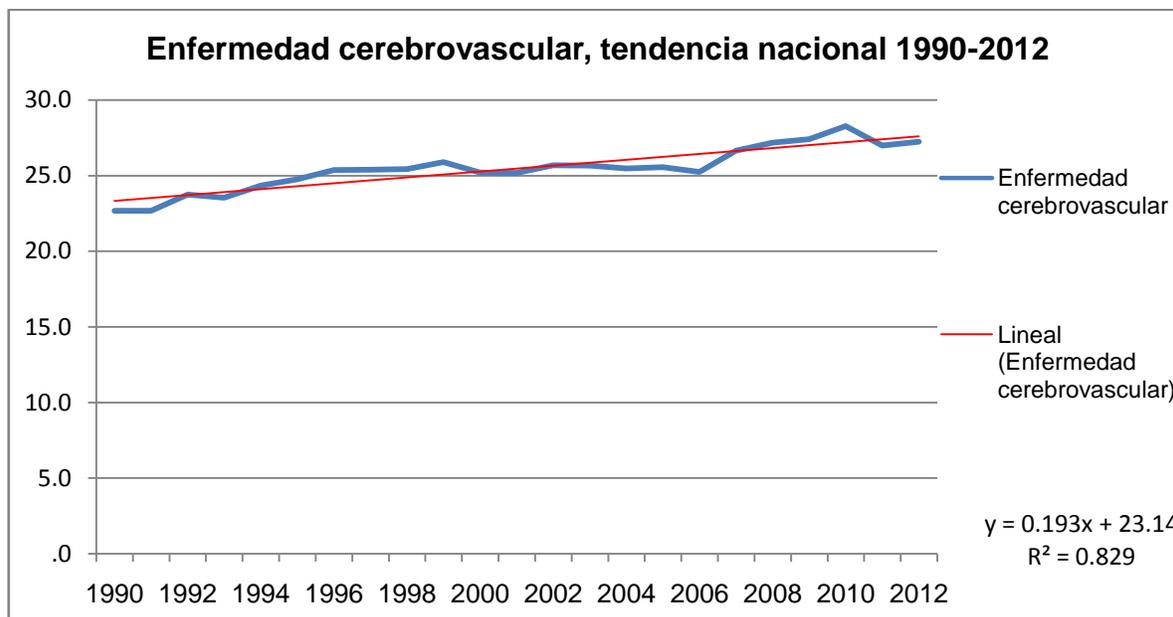
Fuente: SINAIS 2013.



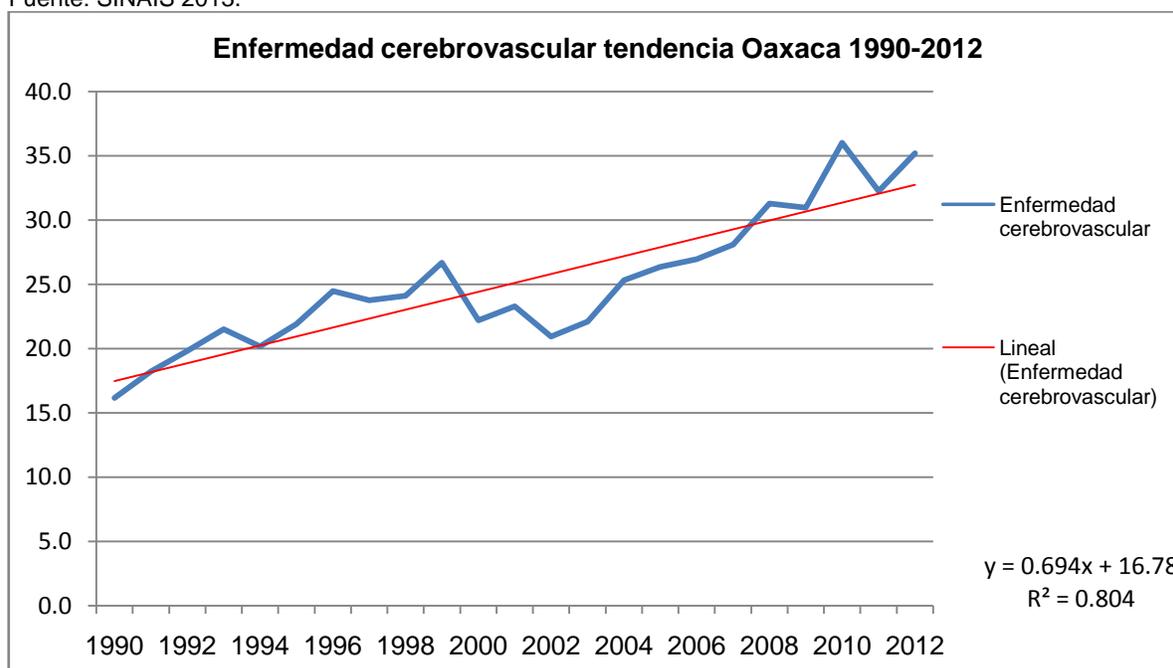
Fuente: SINAIS 2013.

g) Enfermedades cerebrovascular

También la enfermedad cerebrovascular ha ido a la alza, pasando de 18.1 casos por cada 100 mil habitantes a 35.2. En una tendencia mayor a la nacional, este cambio es muy reciente pues en el resto del país, previo a 1990, era una causa de mortalidad con niveles altos, sin embargo en Oaxaca representa un padecimiento creciente.



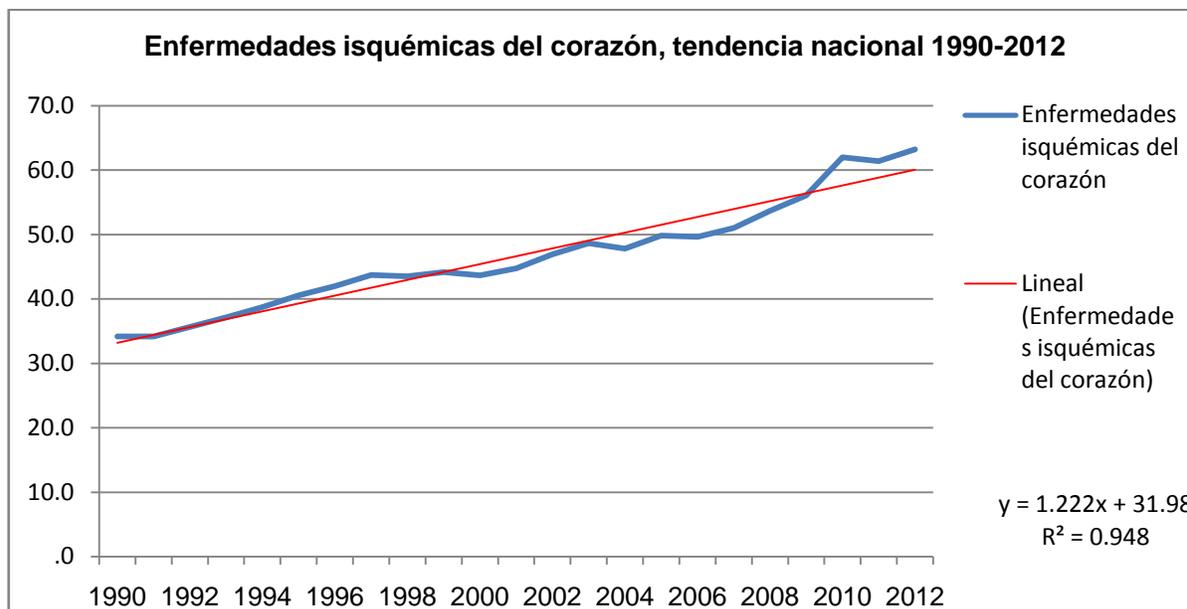
Fuente: SINAIS 2013.



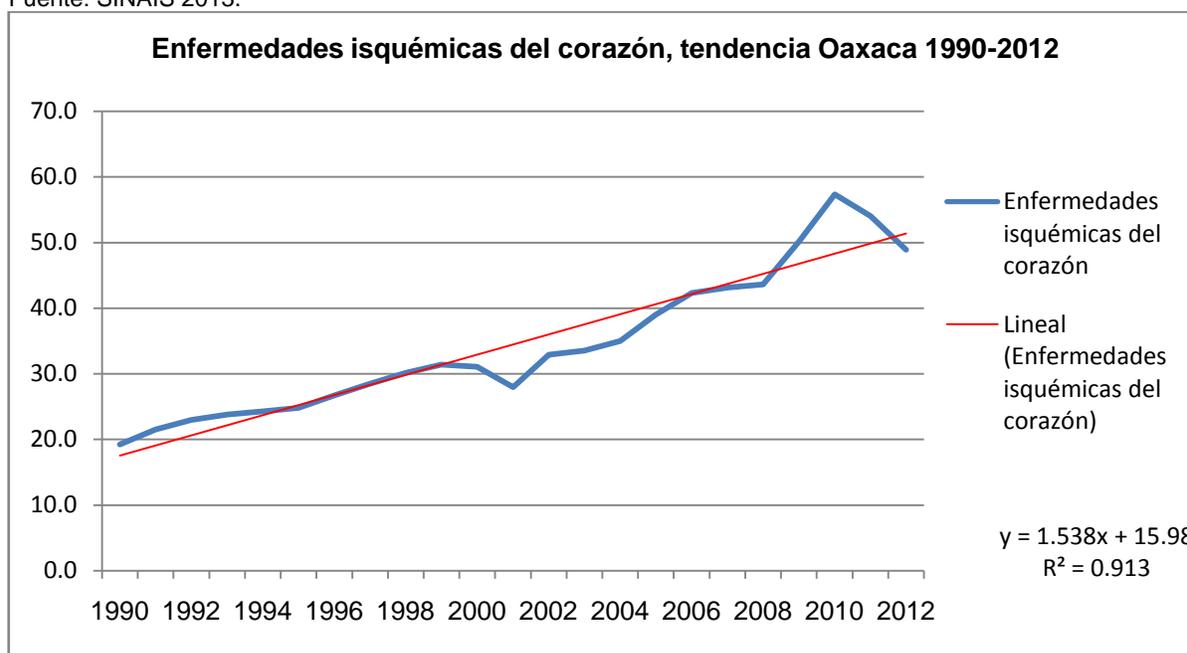
Fuente: SINAIS 2013.

h) Enfermedades isquémicas del corazón

En Oaxaca las enfermedades isquémicas del corazón han pasado de 17.7 casos por cada 100 mil habitantes a 48.9 casos por cada 100 mil habitantes, pero aún por debajo de las estimaciones para el resto del país. Sin embargo, la tendencia de la entidad es la misma que para el conjunto del país en el corto plazo.



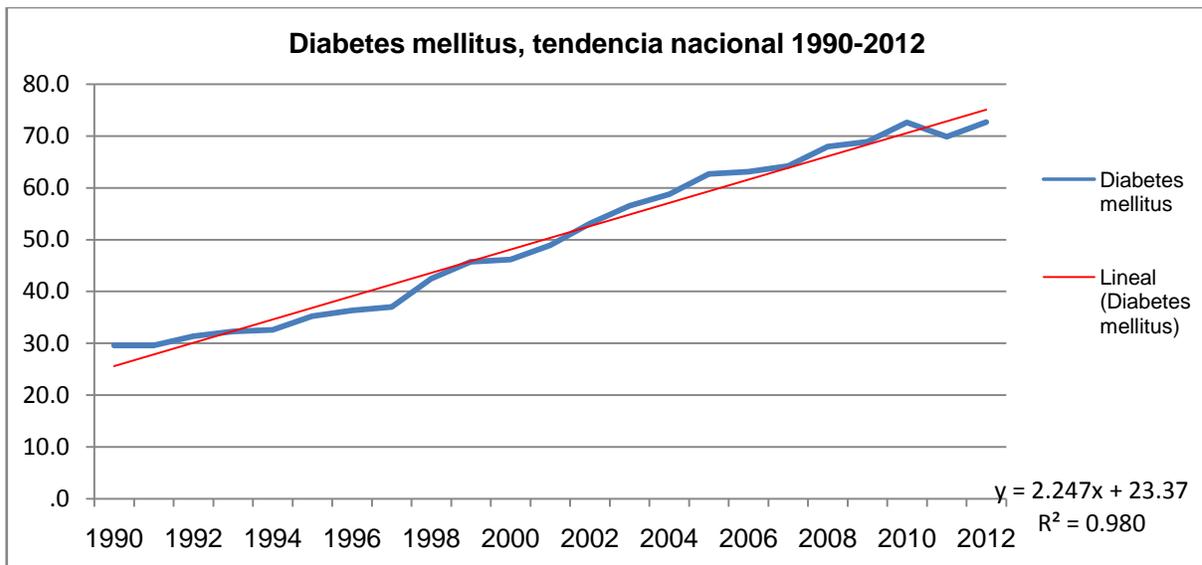
Fuente: SINAIS 2013.



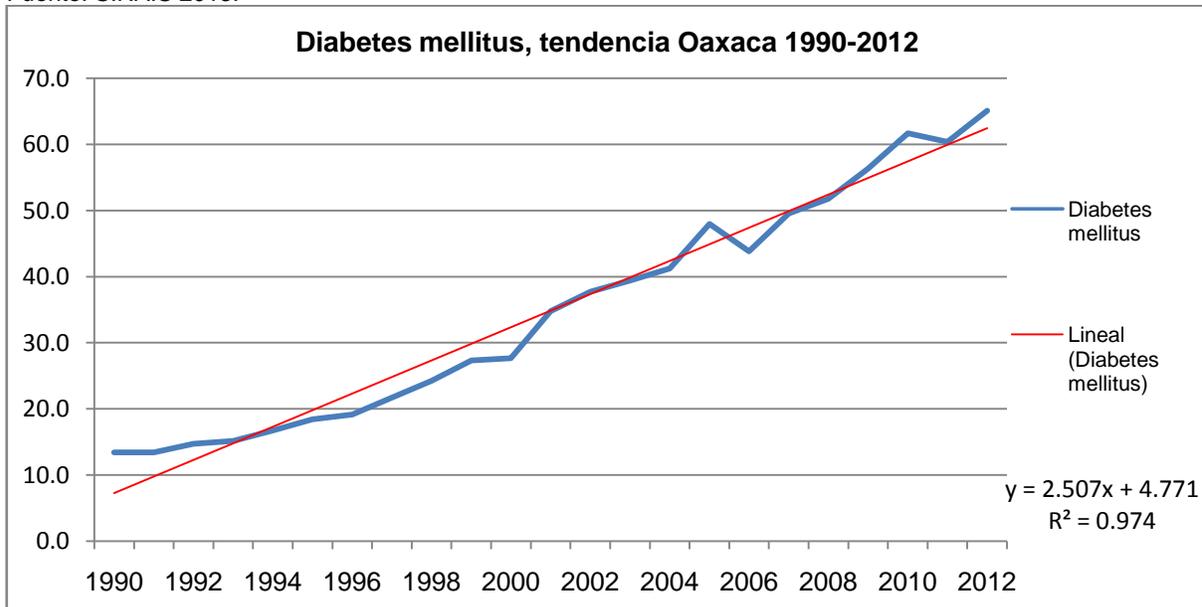
Fuente: SINAIS 2013.

i) Diabetes

Un lugar especial lo ocupan las cifras de diabetes, que en Oaxaca se encontraban en los 14.5 casos por cada 100 mil habitantes en 1990, y para el 2012 ascendieron a una tasa de 65.1 casos, siendo hoy día la primera causa de muerte, pero manteniéndose aún por debajo de la tasa nacional. En este caso, Oaxaca tiene la misma problemática de control y atención que en otros sistemas de salud de altos costos y complejidad para atender este padecimiento.



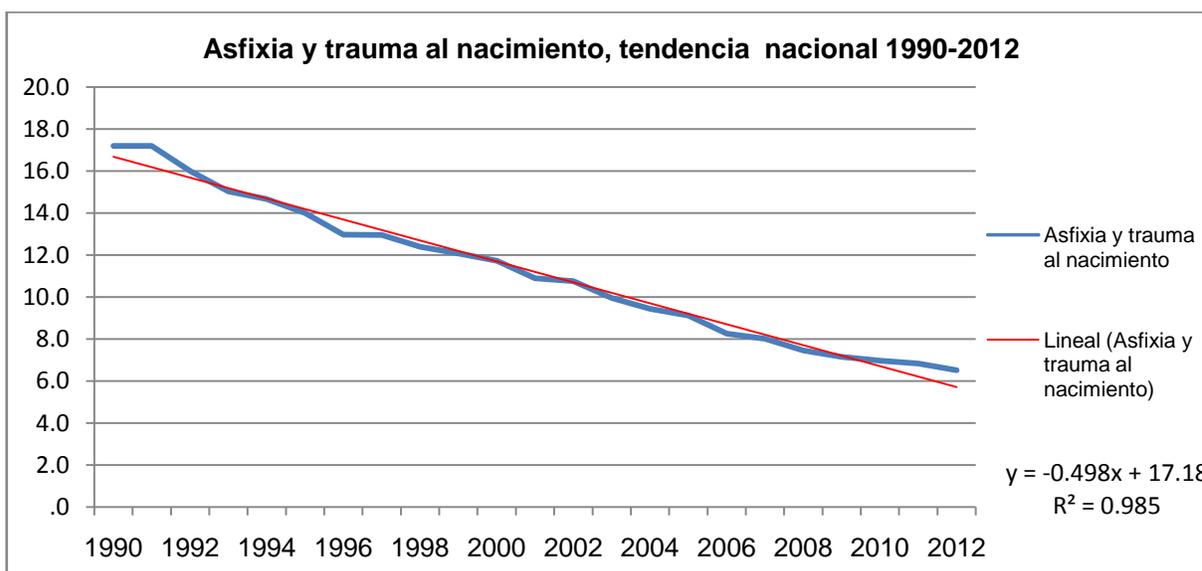
Fuente: SINAIS 2013.



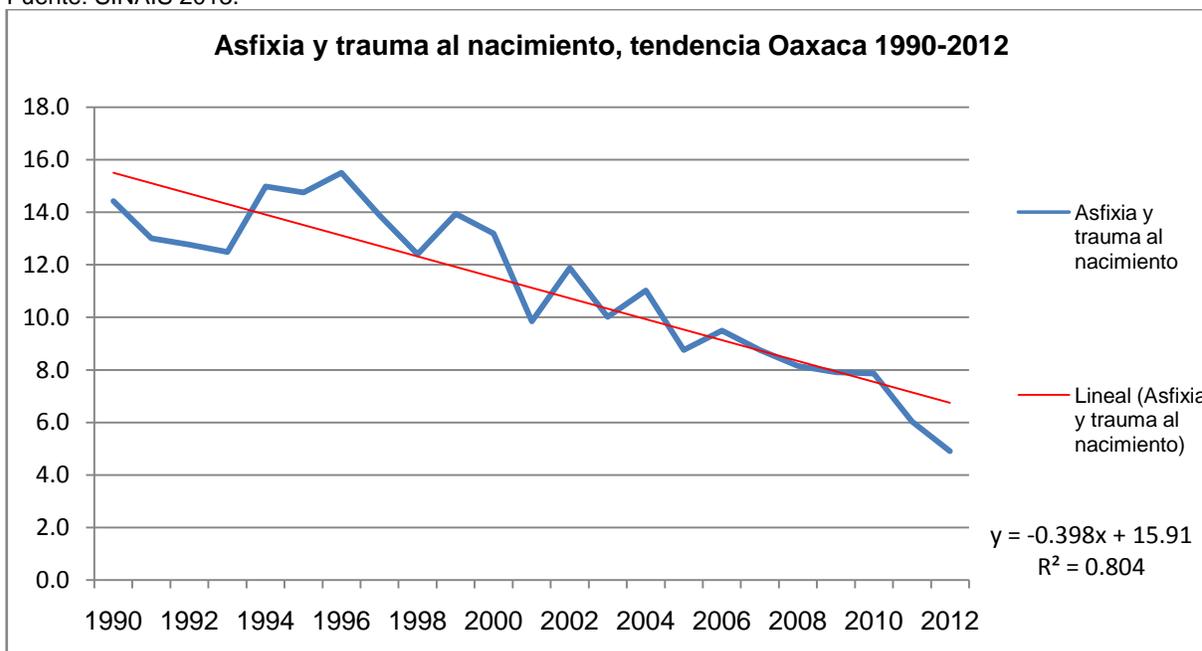
Fuente: SINAIS 2013.

j) Parto y atención al nacimiento

La tasa de mortalidad por padecimientos de parto y atención al nacimiento se mantiene con índices favorables para el estado de Oaxaca, pues a través del tiempo no solo se han reducido el número de casos, sino que se presenta una menor incidencia que a nivel nacional para el periodo 2010-2012. Esto quiere decir que pese a la amplia demanda en servicios obstétricos no registra los índices de decesos que se presentan en el país.



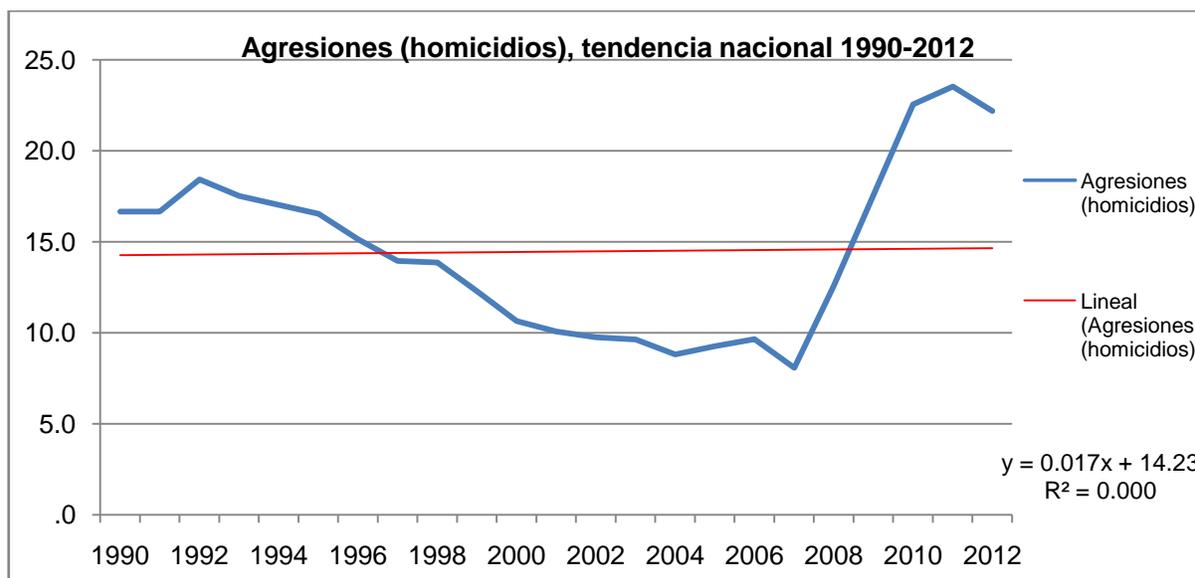
Fuente: SINAIS 2013.



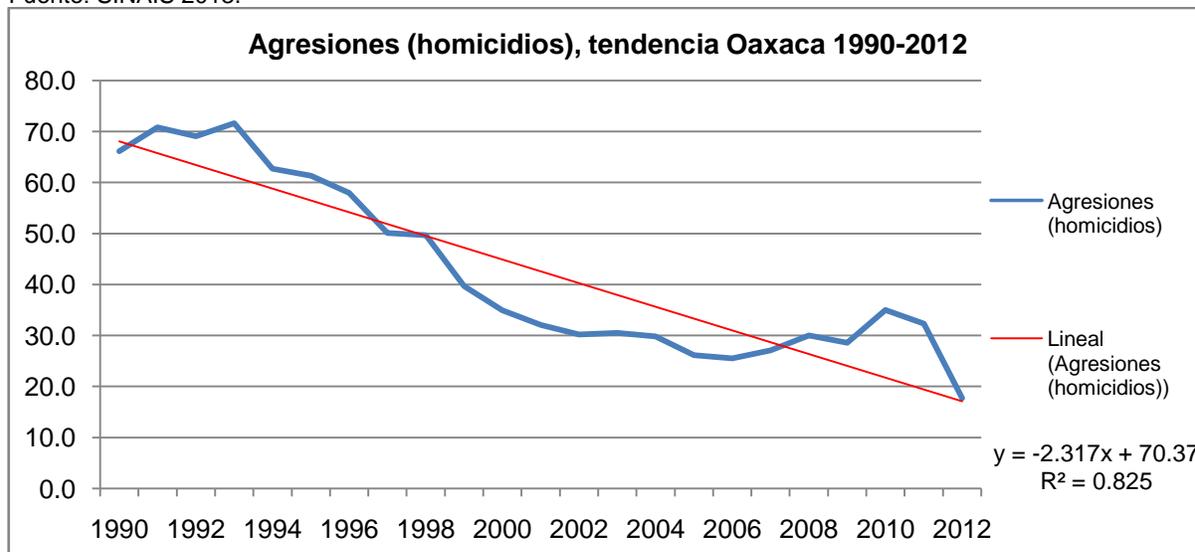
Fuente: SINAIS 2013.

k) Violencia

Las causas de muerte relacionadas a padecimientos derivados del estilo de vida presentan comportamientos muy específicos, Las muertes por agresiones (homicidios) presentan un importante descenso, pues si en 1990 la tasa de fallecimientos era de 36.0 para Oaxaca, es decir, 19.4 eventos encima de la estimación nacional, actualmente no sólo se redujo a 17.7, sino que ahora es incluso menor que la cifra nacional, que se ha elevado de manera notable desde el año 2008.



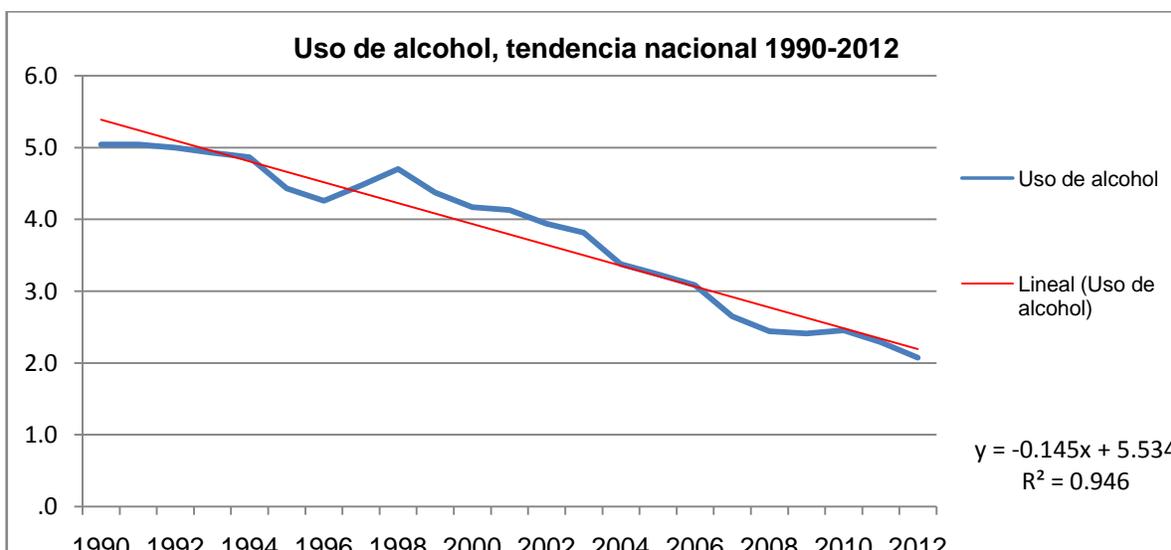
Fuente: SINAIS 2013.



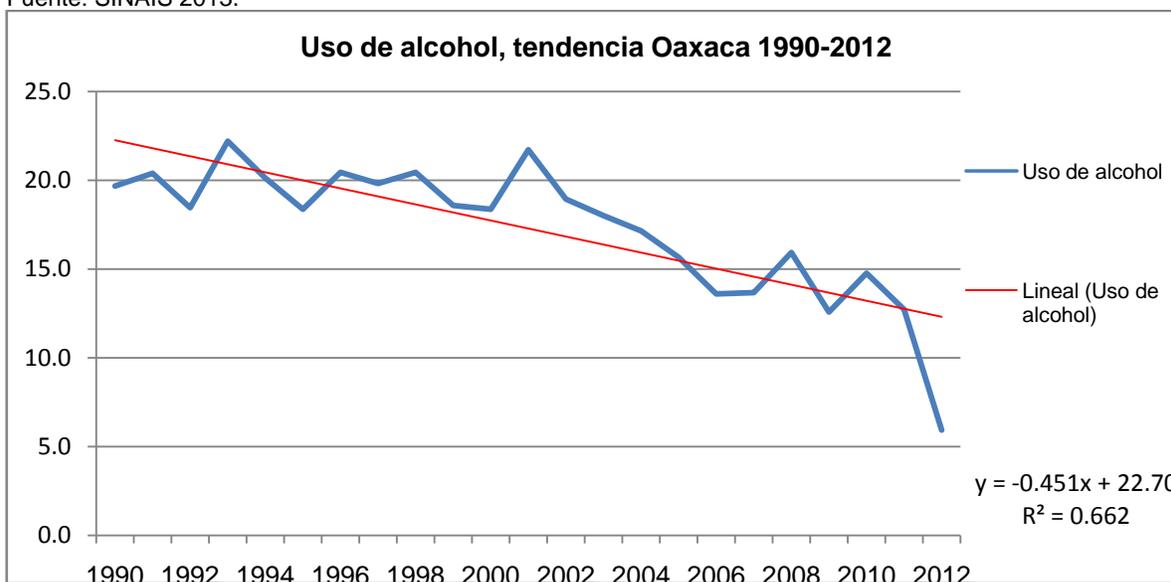
Fuente: SINAIS 2013.

I) Alcoholismo

En cuanto al consumo del alcohol, Oaxaca presenta una reducción gradual en muertes relacionadas con este padecimiento, que de acuerdo a la última estimación, se mantiene a 3.9 puntos encima de la tasa nacional. En 2012 Oaxaca presenta una tasa de 5.9 muertes por cada 100 mil habitantes, en comparación con las 2.1 de muertes promedio por consumo de alcohol estimadas para México. Este hecho implica que el consumo no impacta en forma importante en la mortalidad, pero sí en el uso de servicios médicos y en otros padecimientos relacionados como los hepáticos y/o la diabetes.



Fuente: SINAIS 2013.

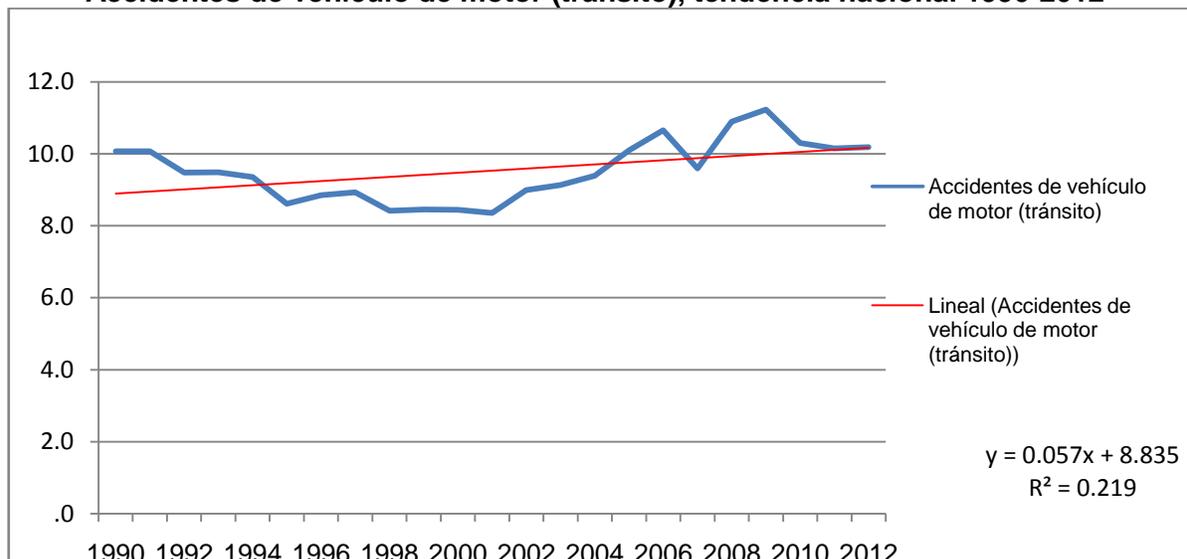


Fuente: SINAIS 2013.

m) Accidentes vehiculares

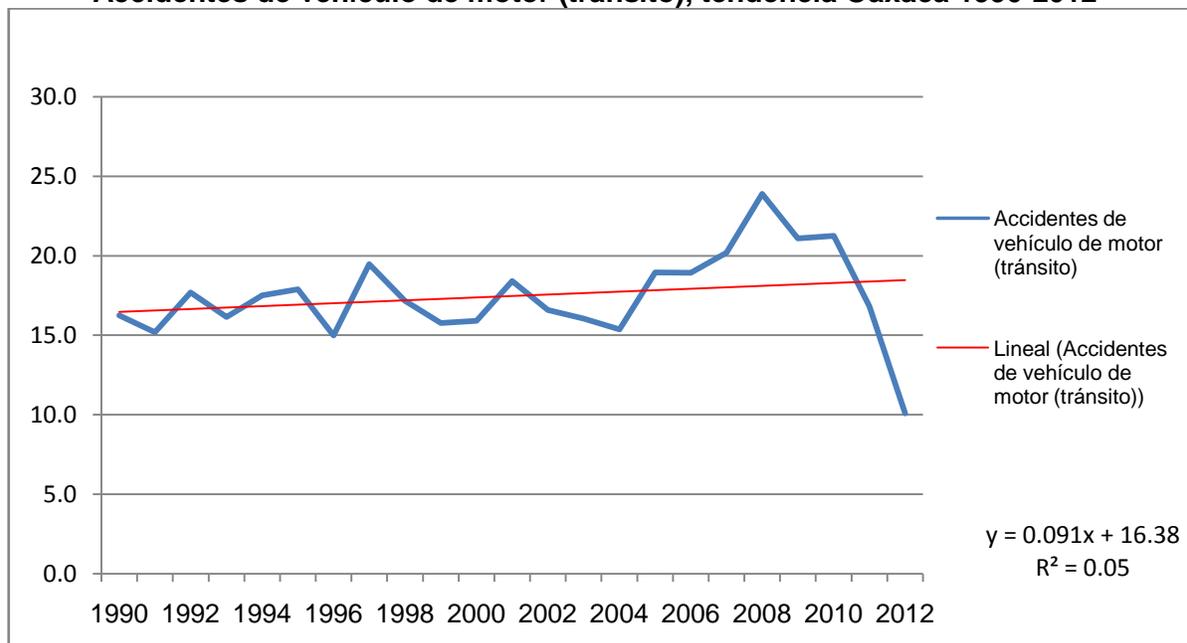
En Oaxaca, la tasa de muertes relacionadas a accidente por vehículo de motor es similar a la nacional, se observa recientemente una caída en la incidencia. Este evento está relacionado con hábitos sociales y tiene un gran impacto, tanto en el costo para los servicios de salud, como para la persona y su calidad de vida.

Accidentes de vehículo de motor (tránsito), tendencia nacional 1990-2012



Fuente: SINAIS 2013.

Accidentes de vehículo de motor (tránsito), tendencia Oaxaca 1990-2012



Fuente: SINAIS 2013.

Indicadores para medir el desempeño del Sistema de Protección Social en Salud en el estado de Oaxaca

La evaluación y monitoreo de las acciones de gobierno se observan actualmente bajo el marco de la Gestión para Resultados (GpR) y tiene como base legal lo establecido en el de 2006 en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,⁴⁵ y las reformas de las administración pública del año en donde se creó el modelo de Presupuesto basado en Resultados (PbR), el cual tiene como fin “la alineación entre la planeación, la programación, el presupuesto, el control, el ejercicio, el seguimiento y la evaluación del gasto público”. Desde el 2009 se está llevando a cabo la consolidación de dicha iniciativa en la esfera federal y en el ámbito estatal y municipal.

El PbR tiene como objetivo que la toma de decisiones, sistemáticamente, se base en los resultados tangibles de los programas presupuestarios y la aplicación de los recursos asignados a estos (bajo los lineamientos publicados en el DOF, 31/03/08).

Se prevé que con este tipo de monitoreo se entregarán “mejores bienes y servicios públicos a la población, se elevará la calidad del uso del gasto público y promoverá una más adecuada rendición de cuentas y transparencia”.⁴⁶

La propuesta de indicadores para medir el desempeño del REPSS del estado de Oaxaca se fundamenta en el Sistema de Evaluación del Desempeño (SED) que se define según los lineamientos oficiales como “el conjunto de elementos metodológicos que permiten realizar una valoración objetiva del desempeño de los programas, bajo los principios de verificación del grado de cumplimiento de metas y objetivos, con base en indicadores estratégicos y de gestión”.⁴⁷

Este sistema se encuentra concebido para conocer el impacto social y económico de las acciones de gobierno con los siguientes objetivos:

⁴⁵El artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que :“Los recursos económicos de que dispongan la Federación, los estados, los municipios, el Distrito Federal y los órganos político-administrativos de sus demarcaciones territoriales, se administrarán con eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez para satisfacer los objetivos a los que estén destinados. Los resultados del ejercicio de dichos recursos serán evaluados por las instancias técnicas que establezcan, respectivamente, la Federación, los estados y el Distrito Federal, con el objeto de propiciar que los recursos económicos se asignen en los respectivos presupuestos en los términos del párrafo anterior.”

⁴⁶ CONEVAL, SHCP Y SFP (2010). Guía para la Construcción de la Matriz de Indicadores para Resultados. México D.F.

⁴⁷ CONEVAL, SHCP Y SFP (2010). Guía para el diseño de indicadores estratégicos. México D.F.

1. “Conocer los resultados del ejercicio de los recursos y el impacto social y económico de los programas.”
2. “Identificar la eficacia, eficiencia, economía y calidad del gasto.”
3. “Mejorar la calidad del gasto mediante una mayor productividad y eficiencia de los procesos gubernamentales.”

Los indicadores que se establecen bajo el modelo del SED, tienen como propósito constatar el grado de avance en objetivos y metas, con base en considerar a los mismos bajo el criterio de indicadores de desempeño (estratégicos y de gestión). Para ello, se estableció la Metodología de Marco Lógico (MML) como parte central del SED, esta se define como: *“una herramienta que facilita el proceso de conceptualización, diseño, ejecución, monitoreo y evaluación de programas y proyectos”*.

Su uso permite a los operadores del programa: “Presentar de forma sistemática y lógica los objetivos de un programa y sus relaciones de causalidad; identificar y definir los factores externos al programa que pueden influir en el cumplimiento de los objetivos; y, evaluar el avance en la consecución de los objetivos, así como examinar el desempeño del programa en todas sus etapas.”

Las principales ventajas de utilizar la MML se describen a continuación:

1. Estandariza la información a nivel nacional, estatal y municipal, de todos los programas presupuestarios.
2. Propicia una expresión clara y sencilla de la lógica interna de los programas, proyectos y de los resultados esperados con su ejercicio, y con ello, el destino del gasto público asignado a dichos programas y proyectos.
3. Crea las condiciones para que los involucrados en la ejecución del programa trabajen de manera coordinada para establecer los objetivos, indicadores, metas y riesgos del programa.
4. Facilita la alineación de los objetivos de los programas o proyectos, entre sí y con la planeación nacional. Estandariza el diseño y sistematización de los programas presupuestarios, por ejemplo, una terminología homogénea que facilita la comunicación.
5. Genera información necesaria para la ejecución, monitoreo y evaluación del programa presupuestario, así como para la rendición de cuentas.

6. Proporciona una estructura para sintetizar, en un solo cuadro, la información más importante sobre un programa o proyecto: MIR.

Los principales usos de la MML son: Apoya la toma de decisiones sobre los programas y la asignación de recursos, propicia la planeación participativa y estimula el logro de acuerdos y su instrumentación, y apoya al monitoreo/seguimiento y a la evaluación.

Con base en lo anterior se recomienda la elaboración de un modelo básico de indicadores, como herramienta que puede ser modificada por el REPSS según sus específicas necesidades, se ha identificado en esta propuesta de MIR, *las funciones de cobertura y afiliación como el fin y propósito fundamental a cubrir por el sistema mientras que la dotación de las bases financieras y los servicios para el seguimiento del desempeño del REPSS de Oaxaca basado en la metodología de la MIR*, este modelo está sustentado tanto en la norma oficial como en las siguientes recomendaciones sobre el uso de los indicadores. La lógica horizontal (causa-efecto del Sistema) indica que la base del sistema se basa en una identificación básica de las necesidades de afiliación, para mantener después las capacidades financieras mediante la acreditación de la ASE, que lleva a la proporción de servicios de salud, los cuales se reflejan al menos en el acceso por las consultas y la dotación de los medicamentos prescritos.

Características que deben considerarse para construir indicadores de calidad⁴⁸

<p>1) <i>Un número o cifra previamente medida por un procedimiento ya tradicional no significa necesariamente que se tiene un buen indicador.</i></p>	<p>Un error común en el trabajo en indicadores sociales es creer que porque una cierta institución oficial ha medido algo con cierta regularidad es algo sólido, un indicador basado en esa sola consideración es probable que tenga poco valor.</p>
<p>2) <i>Los indicadores eficaces requieren una base conceptual clara.</i></p>	<p>Se precisa siempre para crear un buen indicador, pasar un gran tiempo de reflexión hasta clarificar exactamente qué es lo que se está intentando medir. Si no</p>

⁴⁸Cobb, C. and C.Rixford. 1998. Lessons Learned from the History of Social Indicators. San Francisco: Redefining Progress.

	<p>se hace, se puede terminar con un indicador que mida algo que no se pensó o se omitió. Tomar el tiempo de desarrollar claridad conceptual parece una clase de ejercicio intelectual inútil y académico; sin embargo, una carencia de la claridad puede conducir a los problemas sin fin.</p>
<p>3) <i>Una lista enorme de indicadores es enemiga de la eficacia.</i></p>	<p>Una gama estrecha de indicadores es de mejor alcance que una lista de deseos. Es más eficaz encontrar algunos indicadores profundos y que representen complejo de relaciones bien pensadas y vitales.</p>
<p>4) <i>No combinar o confundir los indicadores con la realidad.</i></p>	<p>Los indicadores pueden ayudarnos a entender situaciones complejas condensando un arsenal de información en un número o un gráfico simple. Con todo, hay siempre un peligro de que el indicador sea tomado como la realidad subyacente. Es fácil llegar a olvidarse del proceso metodológico que creó el número.</p>
<p>5) <i>Los indicadores tienen sentido como herramienta solamente y a veces no son parte de un plan de acción más grande.</i></p>	<p>El acoplamiento entre los indicadores y la acción es a menudo tenue o casi nulo. En un lado la jerarquía organizacional de los gobiernos ha compilado históricamente cantidades tremendas de estadísticas que no afectó en algún modo la política o una decisión de poder. Por ejemplo, la estadística de la salud no ha salvado necesariamente vidas.</p>
<p>6) <i>Los indicadores deben revelar causas,</i></p>	<p>Los indicadores que se centran solamente</p>

<p><i>no síntomas.</i></p>	<p>en síntomas pueden solucionar raramente el problema real. Para alterar un síntoma, es necesario tener una teoría sobre qué la está causando y probar esa teoría en varias ocasiones con mejores indicadores.</p>
<p><i>7) Es más probable moverse desde indicadores a los resultados si se tiene control sobre recursos y acción directa.</i></p>	<p>El fin de los indicadores es, a los tomadores de decisiones, sobre la existencia y la causa de problemas de modo que puedan ser solucionados. Esto es solamente posible cuando los grupos responsables del desarrollo de los indicadores (expertos y funcionarios) tienen una conexión a estos con la influencia de realizar cambios substantivos. Si no, los indicadores pueden alejarse de influenciar los resultados.</p>

Debido a que los indicadores son útiles en el sentido de su pertinencia y de guía para realizar acciones, es que se recomienda que en el momento en que los indicadores dejen de ser útiles y claros, se deben cambiar, de lo contrario se vuelvan camisas de fuerza que producen más problemas a la operación gubernamental.

Propuesta de Indicadores con la metodología y estructura de la Matriz de Marco Lógico

RESUMEN NARRATIVO	
Ficha de indicador (FIN)	
Elemento	Características
Tipo de Indicador: FIN	Es el indicador que mide una de la característica fundamental de la política a supervisar y que se deriva en crear impactos medibles, si este no se cumple, la política misma no tiene sentido y fundamento (pertenece al orden superior de la política en cuestión), es decir la política carece de impactos. Se encuentra alineado a la planeación del sector al que pertenece.
Indicador	Porcentaje de población con afiliada a los servicios del Sistema de Protección Social en Salud con respecto a la población sin seguridad social en servicios de salud
Objetivo sectorial	Avanzar en la afiliación y acceso a los servicios del Sistema de protección Social en Salud en el Estado para proporcionar acceso los servicios.
Supuesto:	Falta de recursos federales para lograr el sostenimiento de la afiliación y el acceso a los servicios financiados por el Sistema de Protección Social en Salud.
Descripción general	El indicador mide la proporción de población que no cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, en las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, PEMEX, Ejército o Marina) o los servicios médicos privados
Observaciones	Resulta de la población afiliada entre el total estimado del número de personas en situación de carencia por acceso a los servicios de salud , multiplicado por 100
Periodicidad	ANUAL/Desglose estatal y jurisdiccional.
Fuente	Bases y registros del Régimen de protección Social en salud del Estado de Oaxaca.
Referencias adicionales	Rectoría: REPSS Estimación: Área de afiliación del REPSS con apoyo en proyecciones de población (ejemplo CONAPO, COESPO)
Línea base	Meta 2018
2013: 90%	95%
Consideraciones para el cálculo de la meta	
<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de tendencia de los datos de afiliación de la población que requiere los servicios por no contar con acceso a la salud por seguridad social. • Acciones de mejora en la gestión y rendición de cuentas del proceso de afiliación poblacional. bajo el marco del Sistema de protección Social en Salud. • Efectividad de las acciones de mejora en la gestión y rendición de cuentas del proceso de afiliación. 	

RESUMEN NARRATIVO	
Ficha de indicador (PROPOSITO)	
Elemento	Características
Tipo de Indicador PROPOSITO	Es el indicador que mide la política para que se mantenga sustentable y con resultados en otras palabras indica el efecto directo, si este no se cumple la misma no puede cumplir su fin establecido es decir carece de medios para producir algún tipo de resultado objetivo..
Indicador	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de población nueva en el Seguro Popular con respecto a la programa a afiliarse en cada año • Porcentaje de población reafiliada con respecto a la programada a reafiliarse cada año.
Objetivo sectorial	Avanzar en la afiliación y reafiliación acceso a los servicios del Sistema de protección Social en salud en el Estado
Descripción general	Este indicador es uno de los componentes de la medición de acceso al Sistema de Protección Social en salud con el fin de mantener la afiliación en niveles adecuados
Supuesto:	No contar con los medios para mantener la afiliación y reafiliación para alcanzar a la mayoría de la población sin seguridad social debido a falta de recursos para su incorporación al sistema tanto por falta de apoyo federal como por eventos coyunturales en la entidad.
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Resulta de estimar la afiliación de persona nuevas según lo programado anualmente con el padrón del REPSS del estado de Oaxaca dividido contra las personas nuevas afiliadas lograda en el mismo periodo multiplicado por 100. • Resulta de estimar la reafiliación según lo programado anualmente con el padrón del REPSS del estado de Oaxaca dividido contra la reafiliación lograda en el mismo periodo multiplicado por 100.
Periodicidad	Semestral/Desglose estatal y jurisdiccional.
Fuente	Bases y registros del Régimen de protección Social en salud del Estado de Oaxaca
Referencias adicionales	Rectoría: REPSS Estimación: Área de afiliación del REPSS
Línea base	Meta 2018
2013: % (Última información oficial disponible validada por el REPSS)	80.0%
Consideraciones para el cálculo de la meta	
<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de tendencia de los datos de reafiliación y nuevas personas a incorporar. • Acciones de mejora en la gestión y rendición de cuentas del proceso de reafiliación y nuevas personas a incorporar. • Acciones de mejora en la gestión y rendición de cuentas de la atención de la operación y afiliación en la entidad. 	

RESUMEN NARRATIVO	
Ficha de indicador COMPONENTE	
Elemento	Características
Tipo de Indicador	Es el indicador que registra un objetivo de la política para que se generen actividades específicas que llevan a ofrecer productos y servicios específicos, sin estas actividades a entregar a los afiliados carecen de sentido y llevan al cumplimiento de la política en sus características generales.
Indicador	Periodo de tiempo programado para acreditar la ASE contra el tiempo programado obtenido.
Objetivo sectorial	Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud para lograr el apoyo del financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud
Descripción general	El indicador forma parte de un objetivo enfocado a mejorar la gestión de los recursos materia de salud.
Supuesto:	Eventos coyunturales que lleven al atraso o no acreditación de la ASE por factores externos al REPSS de la entidad que pongan en riesgo lograr los recursos federales para mantener el Sistema.
Observaciones	Resulta de dividir el tiempo promedio para acreditar la ASE según lo programado contra el tiempo realizado de la acreditación multiplicado por 100.
Periodicidad	Anual
Fuente	Bases y registros del Régimen de protección Social en salud del Estado de Oaxaca
Referencias adicionales	
Línea base	Meta 2018
2011: 82.8% (Última información oficial disponible)	85.0%
Consideraciones para el cálculo de la meta	
<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de tendencia de los datos de gasto administrativo • Acciones de mejora en la gestión y rendición de cuentas del gasto administrativo • Efectividad de las acciones de mejora 	

RESUMEN NARRATIVO	
Ficha de indicador ACTIVIDAD	
Elemento	Características
Tipo de Indicador ACTIVIDAD	Es el indicador mide una acción específica y muy concreta para lograr el cumplimiento de la política, se encuentra articulado para crear las formas para entregar bienes y servicios que se pueden registrar de forma tangible por los usuarios que los reciben.
Indicador	Consultas proporcionadas por afiliado en el periodo anual
Objetivo sectorial	El indicador forma parte de un objetivo enfocado a mejorar la gestión de los servicios de salud el indicador mide las capacidades para incrementar la atención en las unidades de salud una vez que se han cubierto los principios de la afiliación, la acreditación financiera y el de las unidades de servicio.
Descripción general	Este indicador es uno de los componentes de la medición de acceso al Sistema de Protección Social en salud con el fin de mantener la atención en niveles adecuados en los diferentes niveles de atención.
	Eventos coyunturales que lleven al atraso o no acreditación de la ASE por factores externos al REPSS de la entidad que pongan en riesgo lograr los recursos federales para mantener el Sistema, que produzcan un cierre de los servicios o su poca disponibilidad de atención.
Observaciones	Se obtiene de dividir el número de consultas otorgadas a los usuarios del SPPS en Oaxaca contra el número total de afiliados en la entidad en el mismo periodo multiplicado por 100.
Periodicidad	Trimestral/Desglose estatal y jurisdiccional.
Fuente	Bases y registros del Régimen de protección Social en salud del Estado de Oaxaca. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)
Referencias adicionales	Rectoría: REPPS Estimación: Área de afiliación de gestión medica REPSS
Línea base 2013	Meta 2018
1.28	1.5
Consideraciones para el cálculo de la meta	
<ul style="list-style-type: none"> • Acciones de mejora en la gestión y rendición de cuentas del proceso de afiliación poblacional. bajo el marco del Sistema de protección Social en Salud. • Efectividad de las acciones de mejora en la gestión y rendición de cuentas del proceso de afiliación 	

RESUMEN NARRATIVO	
Ficha de indicador (ACTIVIDAD)	
Elemento	Características
Tipo de Indicador ACTIVIDAD	Es el indicador mide una acción específica y muy concreta para lograr el cumplimiento de la política, se encuentra articulado para crear las formas para entregar bienes y servicios que se pueden registrar de forma tangible por los usuarios que los reciben.
Indicador	Porcentaje de surtimiento completo de recetas médicas
Objetivo sectorial	Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud
Supuesto:	Eventos coyunturales que lleven al atraso o no acreditación de la ASE por factores externos al REPSS de la entidad que pongan en riesgo lograr los recursos federales para mantener el Sistema, así como factores que eviten adquirir los medicamentos y/o distribuirlos en tiempo y forma..
Descripción general	El indicador forma parte de un objetivo enfocado a mejorar la gestión de los recursos estatales y la gestión en el servicio además de la eficiencia en los procesos de compra e inventarios para incrementar el surtimiento completo de recetas médicas.
Observaciones	Se obtiene dividiendo el número de pacientes a los que se entregó la totalidad de los medicamentos marcados en su receta entre el total de pacientes encuestados con receta médica, multiplicado por cien
Periodicidad	Trimestral/Desglose estatal y jurisdiccional.
Fuente	Bases y registros del Régimen de protección Social en salud del Estado de Oaxaca
Referencias adicionales	
Línea base	Meta 2018
2012: 65.2% (Última información oficial disponible)	90.0%
Consideraciones para el cálculo de la meta	
<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de tendencia de los datos de gasto en medicamentos • Acciones de mejora en la gestión y rendición de cuentas del gasto en medicamentos, incluyendo compra consolidada y negociaciones de precio de compra pública, entre otras. • Efectividad de las acciones de mejora en la gestión de compra de medicamentos. 	

Conclusiones y recomendaciones

El Sistema de Protección Social en Salud es determinante para dar cobertura en salud en Oaxaca, ya que de él depende más del 74% de su población.

Como se desprende del análisis realizado al marco jurídico y administrativo que regulan la operación del REPSS todas sus actividades se encuentran delimitadas por disposiciones federales o locales.

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud funge como órgano rector de la operación del Sistema de Protección Social en Salud, mientras que el Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Oaxaca tiene como función garantizar las acciones de protección social en salud, mediante el financiamiento y la coordinación eficiente, oportuna y sistemática de la prestación de los servicios de salud a la persona otorgados en la entidad, ya sea a través de los Servicios de Salud de Oaxaca o de otros prestadores privados o sociales.

Tanto la afiliación, reafiliación, gestión de servicios de salud y tutela de derechos de los afiliados, son procesos que se encuentran regulados por la Ley General de Salud, su reglamento en materia de Protección Social en Salud, y por aquellas disposiciones administrativas emitidas por la Comisión, es decir, acorde con el artículo 77 bis 5 inciso a) de la Ley General de Salud es desde la federación la instancia en la cual se desarrolla, coordina, supervisa y establecen las bases para la regulación de los REPSS; mientras que para las entidades se reservan rubros como la aplicación de los recursos transferidos, la coordinación estatal y municipal y la relación de los REPSS con los Servicios Estatales de Salud en cuanto a la prestación de servicios.

Por lo que alude al caso particular, el REPSS Oaxaca en términos generales aplica todas aquellas bases jurídicas y administrativas que norman su actuación, destacándose que su normatividad interna guarda una armonía jerárquica no solo con las disposiciones que regulan el Sistema de Protección Social en Salud, sino también con aquellas que regulan la materia financiera y la contabilidad gubernamental tanto a nivel federal como local, el control de archivos, la fiscalización, el control interno institucional y, la transparencia y rendición de cuentas.

Por lo que hace a la materia de Salud, se han observado importantes avances a pesar de tener condiciones de desarrollo económico poco favorables. El Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Oaxaca (REPSS), dentro de sus atribuciones, ha implantado una estrategia de atención en la salud acertada y en muchos casos sus logros están por arriba del promedio nacional.

Con relación al ritmo de afiliación, éste ha variado de acuerdo a las políticas nacionales: acelerada en los años 2010 y 2011 debido al cambio de la cápita por familia a la cápita por persona, y en el último año se ha tenido crecimiento de la afiliación más modesto.

En el 2013, el REPSS dirigió sus esfuerzos hacia las prioridades de afiliación establecidas en el anexo II y la requerida en la estrategia Cruzada Nacional contra el Hambre. La entidad ha cumplido con las metas de afiliación establecidas en el anexo II.

Sin embargo, la forma en que está calculado el crecimiento de la afiliación con relación a la media nacional y el peso que tiene en la salud de dicha población el Seguro Popular, muestra un sesgo desfavorable para el estado, por lo que se recomienda incrementar en forma significativa la meta anual de nuevas afiliaciones para llegar a la cobertura a la población potencial que lo requiere en el menor tiempo posible.

La percepción de los usuarios de los servicios es buena, debido a que el sistema ha respondido a las principales demandas para la atención en salud, porque la entidad ha sido capaz de atender la presión sobre el incremento de la demanda de servicios por parte de los afiliados, pero las tendencias actuales de crecimiento de la demanda se incrementarán en el corto y mediano plazo, debido al cambio epidemiológico, por lo que se requiere realizar una planeación integral de los requerimientos financieros.

En Oaxaca, a pesar de ser uno de los estados con menor desarrollo económico del país, en materia de salud ha logrado disminuir de manera continua las enfermedades transmisibles, típicas de la pobreza. Sin embargo, se están produciendo de transición epidemiológica hacia enfermedades crónico-degenerativas y de hábitos de vida de poblaciones con un mayor nivel de desarrollo económico.

Se identificaron 59 municipios que requieren una intervención especial para que no queden rezagados en materia de salud.

La mortalidad en los procesos de nacimiento e infantil, también se encuentra en descenso pero no han llegado al nivel promedio en el país, por lo que se requiere que se fortalezcan las acciones en esta materia.

Las enfermedades como la diabetes mellitus, las isquémicas del corazón, cerebrovasculares y hepáticas son actualmente las que presentan una tasa de crecimiento mayor en la mortalidad y la morbilidad.

La población indígena del Estado, es la que representa la mayor dispersión y desigualdad social, también manifiesta en lo general una reducción de enfermedades infecciosas y de crecimiento hacia las crónico-degenerativas.

Las decisiones sobre el destino de una parte importante de los recursos del Seguro Popular están fuera de su capacidad de gestión del REPSS por la arquitectura misma del Sistema, situación que puede cambiar en forma favorable para mejorar la eficiencia de su utilización con las modificaciones a la Ley General de Salud de mayo del 2014.

Las características específicas de morbilidad del estado de Oaxaca no están correlacionadas con la forma como se calcula el costo de las intervenciones a nivel general por la CNPSS, lo que quita eficiencia o complica el mecanismo de comprobación de gastos al REPSS de Oaxaca.

Los destinos del gasto del financiamiento del Seguro Popular: Atención y prestación de servicios de salud contenidos en el CAUSES, Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y Fondo de Previsión Presupuestal, se deben programar en forma integral, para que el estado pueda optimizar todos los recursos del Sistema y disminuir pérdidas directas o indirectas por falta de capacidad instalada.

Como podemos observar la reducción paulatina de las enfermedades infecciosas y de los vectores transmisibles en Oaxaca, en especial desde mediados de la primera década del siglo XXI, se puede considerar un gran éxito, que permite enfocar los esfuerzos a atender procesos de gestión para enfermedades crónico-degenerativas, enfermedades adquiridas no transmisibles y padecimientos derivados de comportamientos sociales y culturales no ligados de manera determinante por la pobreza en los hogares.

Las enfermedades crónicas degenerativas presentan un alarmante incremento en el estado de Oaxaca, que se refleja en el aumento en las tasas de mortalidad siendo el horizonte próximo de atención. No obstante, es necesario establecer medidas que no dejen de atender aquellos padecimientos que llevan a la muerte en enfermedades infecciosas, todavía extendidas en zonas muy específicas.

De este modo, a más de diez años de la implementación del Sistema de Protección Social en Salud y a casi ocho años de la creación del REPSS en la entidad, este mecanismo de previsión social en salud se ha convertido tanto por número de afiliados como por prestación de servicios en el más importante en el estado.

No obstante que se han dado pasos importantes en la reestructuración organizacional del REPSS, pero se requiere concluir el proceso de modernización y formalización de la misma tomando en cuenta las modificaciones a la Ley General de Salud de mayo del 2014.

El REPSS de Oaxaca ha sido eficiente en el cumplimiento de los objetivos de dar cobertura en salud a la mayoría de la población del estado, sus resultados se han reflejado en la disminución, tanto de la mortalidad como la morbilidad, de enfermedades transmisibles típicas en estados con el mismo nivel de desarrollo.

Se enfrentan a un nuevo reto, resultado del crecimiento de enfermedades no transmisibles, las cuales tienen una mayor complejidad y costo.

Bibliografía

Charvel, Sofía. et al., Diagnóstico y propuesta de adecuación del marco jurídico administrativo del sistema de protección social en salud. Centro de Investigación y Docencia Económicas A.C.

CIDE, Análisis de la heterogeneidad de la protección financiera del Seguro Popular a nivel estatal, 2012.

CIDE, Análisis de los mecanismos de regulación, supervisión y evaluación del desempeño del SPSS e identificación de mejores prácticas, 2011.

CIDE, Estudio de la capacidad organizacional e institucional de la CNPSS para incidir en materia de regulación, supervisión y evaluación del desempeño en el Sistema de Protección Social en Salud, 2012.

CIDE, Estudio para el fortalecimiento de la coordinación, administración efectiva y eficiente del Sistema de Protección Social en Salud en las entidades federativas, 2010.

CIDE, Evaluación Costo-Efectividad del Programa U005 Seguro Popular, 2012.

CIDE, Seguimiento de las condiciones socioeconómicas, el gasto en salud y el uso de los servicios de salud de los afiliados al Seguro Popular, 2012.

CIESAS, La calidad de la rendición de cuentas: transparencia y acceso efectivo al Seguro Popular y al Programa Oportunidades en México, 2012.

CNPSS, Encuesta de Satisfacción de los Usuarios del SPSS, 2009-2013.

Cobb, C. and C.Rixford. 1998. Lessons Learned from the History of Social Indicators. San Francisco: RedefiningProgress.

CONAPO, Proyecciones de Población 2010-2050, mayo 2014.

CONAPO, Informes sobre la Situación demográfica de México, 2010-2012.

COLMEX, Evaluación sobre consistencia del padrón de afiliación, 2013.

CONEVAL, Evaluación de Consistencia y Resultados del Seguro Popular, 2012.

CONEVAL, Evaluaciones Específicas de Desempeño, 2010-2012.

CONEVAL, SHCP Y SFP (2010). Guía para la Construcción de la Matriz de Indicadores para Resultados. México D.F.

CONEVAL, SHCP Y SFP (2010). Guía para el diseño de indicadores estratégicos. México D.F.

CONEVAL, Informe de indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud del Seguro Popular, 2014.

CONEVAL, Medición de la pobreza en los municipios de México 2010, Diciembre 2011.

CONEVAL, Informe de la Pobreza en México, 2012.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

CNPSS, Compilación Jurídica del SPSS 2012.

Exposición de Motivos del Proyecto de Decreto que reforma los artículos 77 bis 12 y 77 bis 13 de la Ley General de Salud, aprobada y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de diciembre de 2009.

Fix-Zamudio, Héctor y Carmona Valencia, Salvador. Derecho Constitucional mexicano y comparado. Quinta Edición. Editorial Porrúa. México, 2007. Pág. 433.

García, Rolando, Sistemas Complejos, Gedisa Editorial, mayo 2007.

Gamboa Montejano, Claudia. Reforma Constitucional relativa a los derechos humanos y los tratados internacionales. H. Cámara de Diputados. Junio, 2012. Pág. 6. En <http://www.diputados.gob.mx/cedia/sia/spi/SAPI-ISS-15-12.pdf>

Gobierno de la República, Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

Gobierno del estado de Oaxaca, Plan Estatal de Desarrollo de Oaxaca 2011-2016.

González Pier, Eduardo y otros. Sistema de Protección Social en Salud elementos conceptuales, financieros y operativos. Secretaría de Salud, Segunda Edición, México, 2006.

INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010.

INEGI, Censo de Población y Vivienda 2005.

INEGI, CONAPRED, Encuesta Nacional de Discriminación 2011.

INEGI, Encuesta Nacional de Ingreso Gasto de los Hogares, 2008-2012.

INEGI, Encuesta Nacional de Victimización 2012.

Instituto Nacional de Salud Pública, Encuesta Nacional de Salud Pública y Nutrición 2012.

Instituto Nacional de Salud Pública, Encuesta Nacional de Salud Pública y Nutrición 2006.

Instituto Nacional de Salud Pública, Reporte Oaxaca 2006.

Instituto Nacional de Salud Pública, Reporte Oaxaca 2012.

Lazcano-Ponce E, Gómez-Dantés H, Rojas R, Garrido-Latorre F. Sistema de Protección Social en Salud. Evaluación externa 2012. Primera Edición. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, 2013.

Moctezuma Barragán, Gonzalo. Derechos de los usuarios de servicios de salud. Cámara de Diputados-UNAM- Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 2000.

Mondragón Pérez Angélica Rocio, ¿Qué son los indicadores?, Revista de información y análisis Núm. 19, 2002.

OECD, Reporte PISA México, 2008,2010, 2012.

Ortigoza, Javier, Análisis del Acceso y Uso Efectivo de los Servicios de Salud de la Población Indígena Afiliada al Seguro Popular, Universidad Autónoma de Chapingo, 2012.

PNUD, Informe sobre el Desarrollo Humano, 2013.

PNUD Índice de Desarrollo Humano Municipal, nueva metodología 2010, 2014

PNUD, Índice de Desarrollo Humano en México: Cambios metodológicos e información para las entidades federativas, 2012

Romero F, María de los A., Historia breve de Oaxaca, FCE, Colegio de México, 2008.

Secretaría de Salud, DGIS, Sistema de Información en Salud. 2013.
<http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.html>

Secretaría de Salud. Financiamiento Justo y Protección Social Universal: La Reforma Estructural del Sistema de Salud en México. 1º Edición, México, D.F., 2004.

Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud 2007, enero 2008.

Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud 2008, enero 2009.

Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud 2009, enero 2010.

Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud 2010, enero 2011.

Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud 2011, enero 2012.

Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud 2012, enero 2013.

Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud 2013, enero 2014.

Secretaría de Salud, Programa Sectorial de Salud, 2013-2018.

Anexos

Anexo I Metodología

La principal característica de la evaluación del desempeño que se realiza es la de dar un valor agregado a todos los estudios, evaluaciones y encuestas que se han realizado en los últimos años al SPSS en Oaxaca y al REPSS. En este sentido, se considera que si los resultados de las evaluaciones hechas con diferentes metodologías presentan una constante, son éstas las que hay que atender prioritariamente.

Uso y elección de las fuentes de información

Las evaluaciones que se realizan sobre los programas sociales y acerca de las diversas estrategias gubernamentales, son necesarias para analizar con evidencia su funcionamiento y resultados, con el fin de generar información relevante para los tomadores de decisiones. Las evaluaciones producidas desde el año 2004, han seguido el propósito de cumplir con el marco de la Ley General de Desarrollo Social además de la Ley de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

Son útiles también los diversos instrumentos de encuestas del “Sistema Nacional de Información Estadística” que son aquellos derivados no sólo de los realizados por el Instituto Nacional de Geografía (INEGI) sino todos aquellos sobre los temas de la agenda social, presentan información útil para obtener evidencia en el nivel de las entidades federativas.

En este sentido, la evaluación que se propone para el Sistema de Protección Social en Salud de Oaxaca, busca emplear los insumos de las fuentes nacionales de información, que han sido verificadas y validadas. Es así, que en este caso se utilizan los resultados de las evaluaciones y de los instrumentos nacionales estadísticos con el objetivo de obtener información para medir y evaluar el desempeño en la entidad. Con este fin, se debe precisar cuáles son las fuentes empleadas, su alcance y la forma en que documentarán el presente proyecto.

Se cuenta, como parte central, con las fuentes del Sistema Estadístico Nacional que abarca el universo de la población a observar y que son, en primer lugar, el Censo de Población y Vivienda, la fuente principal de datos de hogares y población del país, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), así como los datos

del Sistema de Información en Salud (SINAIS) que mantiene la Secretaría de Salud bajo la administración de la Dirección General de Información en Salud (DGIS), las encuestas a hogares, en especial la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), además de las elaboradas por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS).

Censos y Encuestas Nacionales

Los datos del Censo de Población y Vivienda bajo el control del INEGI, junto con los del Sistema de Información en Salud (SINAIS) son las fuentes más sólidas debido a que son datos de los conjuntos poblacionales. La primera se ocupa de todas las unidades de hogares del país y la segunda, de todos los servicios de salud y datos epidemiológicos del país del conjunto del sistema de salud. Estos datos tienen desagregaciones hasta los niveles más amplios de las entidades federativas y se constituyen, el primero con un levantamiento general, y el segundo a partir de los reportes de todos los establecimientos que reportan atención en salud para todos los tipos de usuarios en el conjunto de las intervenciones clínicas y médicas, además de acciones de salud pública.

El censo de población y vivienda sirve para dar un contexto de las variables claves de la población de la entidad y de las características de los hogares, además de la composición de las localidades. Mientras que el SINAIS tiene el reporte de todo el recuento de las acciones médicas, infraestructura de los establecimientos de salud, la mortalidad y la morbilidad de la población para toda la entidad desagregadas por las variables básicas de las personas como son sexo y edad, al igual que la desagregación por las distintas jurisdicciones y municipios de la entidad.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) es el resultado de un largo desarrollo de metodologías y avances técnicos que actualmente permiten establecer un conocimiento más preciso de la población en México y su estado de salud, tanto objetivo como percibido. Por ejemplo, la nutrición es captada de forma percibida (es decir cómo la gente ve su consumo de alimentos) y objetiva (mediante medidas de talla y peso, así como con pruebas sobre el nivel de nutrición por hemoglobina).

Se debe aclarar que las fuentes poseen las características de validez, es decir miden lo que conceptualmente definen, tanto en términos de unidades poblacionales como de sus características y variables estadísticas. Adicionalmente, mantienen un alto nivel de confiabilidad, lo cual implica que debido a que son levantamientos universales o

encuestas con alto nivel de diseño, presentan una desviación de los resultados muy baja, además de consistencia interna, esto es que son comparables con los ejercicios previos y al igual con los que sean elaborados posteriormente, lo que permite hacer seguimientos en el tiempo.

En este sentido, son centrales (para esta evaluación) las medidas de pobreza y las carencias sociales que son producidas por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), ente autónomo que realiza las mismas a partir del Censo y las Encuestas Nacionales de Ingreso Gasto de los Hogares (ENIGH) del INEGI. Dicho consejo usa dos tipos de medidas, la primera es únicamente por ingresos que establece tres líneas de pobreza: Alimentaria, Capacidades y Patrimonial. En este trabajo se emplea, por razones de comparación, en el mediano plazo la medición de las tres líneas de ingreso de pobreza más que el nuevo índice multidimensional.

Las evaluaciones del Sistema de Protección Social en Salud, (en específico las de CONEVAL desde el 2008) y la organizada por la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud (de forma continua desde el 2005) son estudios basados en indicadores y marcos conceptuales muy sólidos que emplean como fuentes las encuestas nacionales, además de los datos del Sistema Nacional de Información Estadística. Sus resultados han sido probados y discutidos no sólo por el personal que labora en la operación del Sistema de Protección Social en Salud, sino por expertos en materia de salud pública, estadística, ciencias económico-administrativas y otros relacionados con la investigación del Sistema Nacional de Salud, por lo cual sus hallazgos, representan una pieza sólida para documentar este trabajo.

Encuestas producidas por la CNPSS.

La **Encuesta de Satisfacción de los Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud**, es la encuesta más amplia producida por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud para captar el servicio hacia los usuarios del Sistema en las distintas entidades. Los objetivos específicos establecidos en el Diario Oficial de la Federación (DOF) para llevar a cabo la misma, son las siguientes:

1. Establecer las características de un muestreo confiable y robusto que permita captar las características representativas de la satisfacción de los usuarios en el nivel nacional, estatal y el conjunto de las jurisdicciones médicas para todos los niveles de atención.

2. Crear una cédula de satisfacción que sea capaz de establecer, de forma confiable y válida de la satisfacción del usuario, tanto en percepciones como en hechos específicos (la recepción de servicios y medicamentos).

3. Difundir información que sea pertinente, clara, comparable y replicable en el tiempo para observar los cambios que el Sistema presenta en su implementación y crecimiento.

Debido a la metodología de la encuesta, la solidez de sus resultados, se debe en su mayor parte, a dos aspectos en la implementación de la misma:

a) Contar con un equipo que pudiera realizar el acceso en áreas remotas sin contratiempos para resolver las contingencias de seguridad usuales en este tipo de zonas, levantando las cédulas a los usuarios en el menor tiempo posible y con la menor pérdida de información.

b) Elaborar el proceso de análisis con suficiencia técnica y sustento de todos los productos requeridos, en los tiempos programados y realizar todos los ajustes requeridos en la propuesta y los entregables parciales por la CNPSS, para hacer cumplir el proyecto sin retraso.

Cuadro comparativo de unidades geográficas a observar 2010-2013

Año	Encuestas	Entidades	Niveles de atención	Jurisdicciones	Localidades
2010	21,000	32	3	100	275
2011	22,000	32	3	237	500
2012	22,000	32	3	241	570
2013	25,000	32	3	N.A	600 (Estimado)

Este diseño metodológico implica un levantamiento nacional amplio con amplia dispersión territorial para observar la afiliación en localidades apartadas y de difícil acceso, además que requiere de personal capacitado, con el fin encuestar a dicha población adecuadamente.

Los **Informes de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud**, son los documentos que por Ley presenta la Comisión Nacional de Protección Social en Salud cada seis meses al Congreso de la Unión, en cumplimiento al artículo 77 Bis 31 de la Ley General de Salud y el 140 del Reglamento de la Ley General de Salud.

El informe se integra a partir de la información que genera la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la cual tienen carácter oficial y auditable. La información sobre todas las áreas y funciones del Sistema de Protección Social en Saludes de vital importancia ya que presenta los avances trimestrales de las acciones llevadas a cabo por todas las entidades federativas y la Federación en materia de afiliación, gestión de servicios de salud, financiamiento y transparencia de la política Seguro Popular y de los programas Seguro Médico Siglo XXI y Desarrollo Humano Oportunidades.

Las fuentes y los diseños metodológicos que las soportan e instrumentos de recolección de información utilizados en este trabajo de evaluación son públicos y se encuentran a detalle en las páginas de los organismos u organizaciones citadas.

Usos de los datos y cuestionamiento de las fuentes elegidas

El diseño permite no sólo decir que se encuentra más allá de cualquier uso con características marcadamente ideológicas o de los vaivenes de la política coyuntural, sino que son fuentes que permiten observar tendencias de más larga duración así como tendencias muy específicas en espacios complejos, como en este caso es la unidad de análisis que es el estado de Oaxaca.

De esta manera, el análisis de los datos de las fuentes en este trabajo, se realiza con el objetivo de servir a la operación y objetivos de la política del Sistema de Protección Social de Salud de Oaxaca como un todo integrado que considera que, para realizar una intervención exitosa de las acciones de la misma, se deben al menos observar y tomar en cuenta los indicadores centrales presentados a lo largo del trabajo.

Las dimensiones de las fuentes para el uso de los datos empleados aquí, forman el núcleo esencial de una concepción y definición de analítica sobre el estado socio-económico, las condiciones de salud, los niveles de pobreza y desigualdad con un corte multidimensional:

- a) Análisis normativo, es aquel que buscará encontrar con la revisión de las fuentes legales del SPSS, la forma en cómo se encuentra articulado dicho conjunto de reglas para una entidad específica como es Oaxaca. En este análisis, se busca encontrar cuáles son las fortalezas con la que cuenta la entidad en la actual legislación así como los problemas que originan ciertos aspectos de la misma para la operación local.

El objetivo es que dicho análisis sirva, con el apoyo de la información de las fuentes de datos, para poder establecer posibles acciones a llevar a cabo en el marco legal, al igual que propuestas que se puedan realizar para modificar, en la medida de lo posible, el marco regulatorio del Sistema.

- b) Las entrevistas semiestructuradas tienen una razón específica, proporcionar sustento a los datos de las fuentes elegidas, debido a que en muchas ocasiones los datos estadísticos forman una pintura o tendencia que no puede ser entendida del todo, sin las particularidades de los agentes que operan el REPSS de Oaxaca. Pese a su variabilidad de diseño (que es un rasgo común de todas las fuentes estadísticas), los datos nos proporcionan las tendencias, los informes y las cuestiones analíticas a considerar dentro de la evaluación. Por su parte, las entrevistas nos brindan las formas en que, quienes operan al REPSS, interactúan en un medio complejo para tomar decisiones cotidianas donde todos estos elementos se conjuntan, tanto para cuestiones coyunturales como para otras acciones que se reflejan en el mediano y largo plazo.

Anexo II Estudio de caso: Análisis de población indígena y el uso de los servicios de salud

Por la importancia que tiene la población indígena en el estado de Oaxaca, se presentan los principales resultados del estudio sobre el acceso de la población indígena a los servicios de salud realizado por la Universidad Autónoma Chapingo en el año 2010.

a) Cobertura

Al primer semestre de 2010, el número de afiliados que se ubica en *municipios indígenas*, *municipios con presencia indígena* y *municipios con población indígena dispersa*, ascendió a 3'453,767, equivalente al 9.4% con respecto a la población total afiliada y el 28.8% con relación a la población indígena nacional.

En la Figura presentada más adelante se puede notar que aun refiriéndose al mismo espacio geográfico regional, existen diferencias en el indicador de IDH entre la población indígena y no indígena. Las diferencias por región son menos notables en entidades donde se podría asumir que fueran más amplias como Chiapas, Oaxaca y Guerrero, hecho no explicado por una equidad entre la población indígena y no indígena, sino porque en estos municipios los porcentajes de población indígena es mayor a 70%.

En relación con la población afiliada al Seguro Popular, al primer semestre de 2010, se tenían afiliados 36'818,558 personas. Esto representa un avance del 75% respecto a la meta de cobertura. Con relación a la población indígena, el número de beneficiarios que se ubican en localidades con una proporción de población indígena de 40% ó más, ascendió a 3'453,767 personas.

Cobertura del Seguro Popular por Región Indígena (OAXACA*) corte al mes de junio de 2010 CNPSS Los datos de la población total e indígena, se obtuvieron del Censo de Población y Vivienda del INEGI (2005).

Región	POB indígena	Indígenas Afiliados	% POB Indígena Afiliada
Chinanteca	194,375.00	76606	39.4
Mixe	130,037.00	58670	45.1
Mixteca	347,501.00	146659	42.2
Costa y Sierra Sur de Oaxaca	181,728.00	105185	57.9
Valles Centrales	103,236.00	37987	36.8
Sierra de Juárez	69,104.00	28586	41.4
Istmo	190,741.00	42116	22.1
Chimalapas	8,803.00	5286	60.1
Total para OAXACA*	1,225,525.00	501,095	40.9

(* Datos no al 100% para Oaxaca exclusivamente, dado que algunas regiones se traslapan con otros estados).

Fuente: estudio sobre el acceso de la población indígena a los servicios de salud realizado por la Universidad Autónoma Chapingo en el año 2010.

Accesibilidad

- La necesidad de desplazarse hacia otra localidad para recibir los servicios de salud, se ve reflejado también en la población No afiliada; un 28.7% tiene que salir de su localidad en busca de asistencia médica de primer nivel. Esta situación se presenta con mayor frecuencia en las regiones Chimalapas, Sierra de Juárez, Mixe, Valles Centrales, Costa y Sierra Sur de Oaxaca, Chinanteca e Istmo, en las que existe una menor disponibilidad de centros de salud y hospitales acreditados y, en consecuencia, se encuentra el mayor número de localidades que no disponen de una unidad médica de primera atención.

- En contraste, para el resto de la población cuya unidad de atención médica asignada se ubica fuera de su localidad y el recorrido es mayor a 5 km, la distancia sí representa una barrera para el acceso a los servicios sanitarios, encontrándose en las categorías de acceso muy bajo y sin acceso geográfico, según la clasificación anterior. De acuerdo con la ubicación geográfica de la unidad médica asignada, estas categorías de acceso tienen mayor frecuencia en zonas las Mixteca, Mixe, Costa y Sierra Sur de Oaxaca.

- Desde el punto de vista del personal médico, el tiempo promedio de traslado a la localidad más alejada a la que prestan atención es de 2 horas y 38 minutos, pudiendo ser de una hasta 11 horas, en el medio de transporte más usual. Por región, las distancias más grandes de tiempo promedio de traslado de acceso a los servicios sanitarios se localizan en la Costa y Sierra Sur y Mixteca.

- Actualmente el Programa Oportunidades brinda servicios médicos en torno al paquete básico garantizado de salud hacia la prevención y detección de enfermedades. Conforme a información del SNPSS, los servicios de salud los debe otorgar la Secretaría de Salud a través de la CNPSS. Sin embargo, en tres de las regiones indígenas estudiadas (Selva Lacandona, Costa y Sierra Sur de Oaxaca e Istmo) se encontró que los médicos responsables de las UMR IMSS-Oportunidades, desconocen su participación en el Seguro Popular y por lo tanto las intervenciones que cubre el CAUSES, aunque de todos modos se les brinda el servicio médico a la población. Asimismo, 50% de los entrevistados no afiliados al Seguro Popular manifestó ser beneficiarios de Oportunidades.

- Existen importantes diferencias entre estados. El Distrito Federal cuenta con tres médicos por 1,000 habitantes; Oaxaca, Guanajuato y Chihuahua cuentan con uno. Para 2007 en las zonas indígenas de Oaxaca el número de médicos por cada 1,000 indígenas es de 0.13 lo cual contrasta con el 0.94 en todo el estado y el 1.85 a nivel nacional (PNS, 2007-2012).
- Al respecto, el 79.4% de los entrevistados han asistido a los servicios de salud que se proporcionan a través del SP. Las regiones Costa y Sierra Sur de Oaxaca fue donde se captó la menor cantidad de afiliados que hacen uso de los servicios de salud, lo cual se debe a que en las comunidades donde se realizó la mayor parte del muestreo existen unidades médicas rurales (UMRs) que prestan los servicios de IMMS-Oportunidades a la población, independientemente de que sean o no beneficiarios de Oportunidades o afiliados al Seguro Popular. En esta región, a los afiliados al Seguro Popular se les asignó una clínica en una localidad distinta, por lo que prefieren hacer uso de los servicios de IMSS-Oportunidades.
- La razón de que los entrevistados no hayan hecho uso de los servicios de salud del Seguro Popular es referida por la distancia. La mayor parte de los afiliados que dieron esta referencia, coincidieron en que la unidad que le asignaron al momento de afiliarse, se ubica en otra localidad, aun habiendo un centro de salud en su propia localidad. Estos casos se presentaron principalmente en las regiones Costa y Sierra Sur de Oaxaca (San Pedro el Alto y San Vicente Lachixio)
- Las regiones Costa y Sierra Sur de Oaxaca, presentan el promedio más bajo cuando se acude a los servicios de salud cada vez que se tiene la necesidad (1.1 visitas por año); es, en esta región, en la que se reporta el mayor número de afiliados que no han hecho uso de los servicios que se otorgan a través del Seguro Popular. En muchos de los casos, la población indígena no considera necesario acudir a consulta médica por padecimientos como infecciones en vías respiratorias e infecciones intestinales. En las regiones Costa y Sierra Sur de Oaxaca y Sierra de Juárez, en la misma entidad, se obtuvieron porcentajes importantes de población indígena que no acude a los servicios de salud cuando se enferman de éstas.

Embarazo y Nutrición

- Existen otros estudios que ponen de relieve su importancia en el panorama de la atención a la salud. En la montaña de Guerrero, donde viven pueblos nahuas y mixtecos, una investigación del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés) y de la SS, comprobó que 70% de los partos son atendidos por parteras tradicionales, 17%, por familiares de la parturienta y sólo el 3% por personal profesional. Se estima que en Oaxaca 60% de los partos son atendidos por parteras tradicionales con o sin capacitación institucional. En cuanto a las regiones indígenas, se encontró que en la: Otomí, Mazahua-Otomí, Costa y Sierra Sur de Oaxaca, Valles Centrales y Sierra de Juárez; poco más del 20% de las mujeres no reciben asistencia para el control de embarazo

En relación con lo anterior, se midió el uso de los servicios de salud a través de la estrategia de Embarazo Saludable y SMNG, como una política enfocada a disminuir la morbimortalidad materno-infantil, la cual es común entre la población indígena y marginada. Como datos importantes, se encontró que hay una cobertura importante en cuanto al seguimiento y control de los embarazos; 90.5% de la mujeres que han estado embarazadas desde la puesta en marcha de la estrategia, manifestaron recibir seguimiento y control del embarazo de manera continua, a excepción de las regiones Mazahua Otomí, Costa y Sierra Sur de Oaxaca, Valles Centrales y Sierra de Juárez en las cuales poco más del 20% de la mujeres no han recibido asistencia para el control del embarazo.

- El seguimiento nutricional en los niños, se presentó con mayor frecuencia principalmente en las regiones indígenas Costa y Sierra Sur de Oaxaca, Otomí, Sierra de Juárez, Mazahua-Otomí, Purépecha y Chontal de Tabasco, donde al 50% de los niños se les da seguimiento nutricional en las unidades médicas que prestan servicio al Seguro Popular.

Accesibilidad Sociocultural

El 77.6% de los médicos entrevistados declaró no hablar la lengua indígena local. El 42% de los entrevistados manifestó que no existe personal en el centro de salud que lo apoye para comunicarse con el médico. La región que presenta en mayor medida esta necesidad es la Mixteca, seguida de la zona Mixe.

Anexo III Tablas de tasas de mortalidad 1990-2012

Tasas de mortalidad por cada 100,000 habitantes entre México y Oaxaca para enfermedades infecciosas 1990-2012

Padecimientos	Enfermedades infecciosas intestinales Nacional	Enfermedades infecciosas intestinales Oaxaca	Diferencias	Infecciones respiratorias agudas bajas Nacional	Infecciones respiratorias agudas bajas Oaxaca	Diferencias	Tuberculosis Nacional	Tuberculosis Oaxaca	Diferencias
1990	25.5	78.5	53.0	27.5	27.6	.1	7.3	12.3	5.0
1991	25.5	71.7	46.2	27.5	23.7	-3.8	7.3	11.3	4.0
1992	15.7	50.5	34.8	22.3	22.2	-.1	5.9	10.8	4.9
1993	14.4	50.0	35.6	21.7	26.0	4.3	5.6	9.0	3.5
1994	10.8	26.1	15.3	22.2	24.9	2.8	5.2	8.0	2.8
1995	10.1	13.2	3.1	22.3	14.9	-7.3	5.1	7.7	2.5
1996	8.7	10.1	1.4	22.9	14.1	-8.7	4.9	4.3	-.6
1997	7.6	19.2	11.6	21.7	24.0	2.3	4.5	7.0	2.4
1998	6.8	18.4	11.6	17.4	24.3	6.9	4.4	7.1	2.7
1999	5.6	13.4	7.7	16.2	20.7	4.5	4.0	6.1	2.2
2000	5.2	12.2	7.0	14.1	18.8	4.7	3.4	5.8	2.4
2001	4.8	11.8	7.0	12.9	16.4	3.6	3.4	7.7	4.3
2002	4.5	14.1	9.5	13.2	23.5	10.2	3.2	6.5	3.3
2003	4.4	11.5	7.1	13.1	16.0	2.9	3.1	4.8	1.6
2004	3.9	10.4	6.4	13.4	17.1	3.7	2.5	3.8	1.3
2005	4.0	10.4	6.4	14.0	13.9	-.1	2.6	3.8	1.2
2006	3.6	9.1	5.5	14.0	10.7	-3.3	2.3	2.4	.1
2007	3.4	7.3	3.9	13.3	12.3	-.9	2.1	3.5	1.4
2008	3.2	7.3	4.1	13.6	11.5	-2.1	2.3	4.2	1.9
2009	2.9	5.1	2.1	16.5	14.2	-2.3	2.1	2.8	.6
2010	2.8	5.6	2.8	15.0	12.9	-2.1	2.2	6.6	4.3
2011	2.9	5.2	2.2	14.2	11.0	-3.1	2.3	2.8	.5
2012	2.9	4.6	1.7	14.6	11.3	-3.3	2.1	2.8	.8

Fuente: SINAIS, DGIS, Secretaría de Salud.

Tasas de mortalidad entre México y Oaxaca por cada 100,000 habitantes para enfermedades crónico degenerativas 1990-2012

Padecimientos	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado Nacional	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado Oaxaca	Diferencias	Enferme-dad cerebrovascular Nacional	Enferme-ad cerebrovascular Oaxaca	Diferencias	Enfermedades isquémicas del corazón Nacional	Enfermedades isquémicas del corazón Oaxaca	Diferencias	Diabetes mellitus Nacional	Diabetes mellitus Oaxaca	Diferencias
1990	20.6	18.4	-2.1	22.7	18.1	-4.6	34.2	17.7	-16.5	29.6	14.5	-15.1
1991	20.6	20.1	-.5	22.7	20.5	-2.2	34.2	19.5	-14.7	29.6	15.7	-14.0
1992	21.2	19.4	-1.8	23.8	20.3	-3.5	35.7	20.1	-15.6	31.4	16.9	-14.5
1993	22.4	22.9	.5	23.5	23.0	-.6	37.1	23.1	-14.1	32.3	17.9	-14.4
1994	22.4	23.0	.6	24.4	22.3	-2.0	38.7	22.6	-16.1	32.6	20.3	-12.3
1995	22.5	21.1	-1.4	24.8	11.4	-13.3	40.6	12.9	-27.6	35.3	9.6	-25.7
1996	22.7	20.9	-1.8	25.4	12.1	-13.3	42.0	13.2	-28.8	36.4	9.4	-26.9
1997	23.5	28.4	4.9	25.4	25.3	-.1	43.7	26.1	-17.7	37.1	24.6	-12.5
1998	25.7	32.9	7.2	25.4	25.8	.3	43.5	27.2	-16.3	42.5	27.8	-14.7
1999	25.1	29.6	4.4	25.9	25.5	-.4	44.2	26.9	-17.3	45.8	29.1	-16.7
2000	25.2	36.1	10.9	25.2	27.7	2.5	43.7	30.7	-13.0	46.2	34.5	-11.7
2001	25.2	32.3	7.1	25.2	25.5	.3	44.8	26.2	-18.5	48.9	36.3	-12.6
2002	25.3	31.1	5.8	25.7	27.1	1.4	47.0	28.4	-18.6	53.1	30.6	-22.5
2003	25.6	32.1	6.5	25.7	24.0	-1.7	48.7	30.5	-18.2	56.5	43.4	-13.2
2004	25.4	33.4	8.0	25.5	27.2	1.7	47.8	30.4	-17.4	58.7	46.0	-12.7
2005	25.7	36.2	10.5	25.6	27.9	2.4	49.9	34.9	-14.9	62.7	49.9	-12.8
2006	24.7	33.9	9.3	25.3	28.2	2.9	49.6	38.0	-11.6	63.1	46.9	-16.3
2007	25.4	35.5	10.2	26.7	30.2	3.6	51.0	38.2	-12.9	64.2	51.8	-12.4
2008	25.6	34.6	9.0	27.2	32.7	5.5	53.7	39.0	-14.8	68.0	55.4	-12.6
2009	25.1	36.6	11.5	27.4	34.1	6.6	56.1	43.4	-12.7	68.8	57.5	-11.4
2010	24.8	35.9	11.1	28.3	36.6	8.3	62.0	50.6	-11.4	72.6	65.6	-7.0
2011	24.5	32.6	8.1	27.0	33.1	6.1	61.4	47.8	-13.7	69.8	63.0	-6.9
2012	24.7	35.0	10.3	27.3	35.2	8.0	63.3	48.9	-14.4	72.7	65.1	-7.5

Fuente: SINAIS, DGIS, Secretaría de Salud.

Tasas de mortalidad entre México y Oaxaca por cada 100,000 habitantes para enfermedades derivadas de comportamientos y hábitos de vida 1990-2012

Padecimientos	Agresiones (homicidios) Nacional	Agresiones (homicidios) Oaxaca	Diferencias	Uso de alcohol Nacional	Uso de alcohol Oaxaca	Diferencias	Accidentes de vehículo de motor (tránsito) Nacional	Accidentes de vehículo de motor (tránsito) Oaxaca	Diferencias
1990	16.7	36.0	19.4	5.0	10.5	5.5	10.1	9.8	-0.31
1991	16.7	37.7	21.1	5.0	10.6	5.6	10.1	9.8	-0.24
1992	18.4	37.1	18.7	5.0	10.1	5.1	9.5	10.9	1.44
1993	17.5	38.5	21.0	4.9	11.7	6.8	9.5	10.3	0.81
1994	17.0	33.6	16.5	4.9	10.6	5.7	9.4	11.4	2.01
1995	16.5	32.0	15.5	4.4	9.6	5.1	8.6	9.3	0.71
1996	15.1	28.6	13.5	4.3	10.1	5.8	8.9	7.4	-1.45
1997	13.9	27.2	13.2	4.5	10.8	6.3	8.9	12.4	3.49
1998	13.9	26.6	12.7	4.7	10.8	6.1	8.4	10.8	2.37
1999	12.3	20.5	8.2	4.4	9.6	5.2	8.5	9.5	1.03
2000	10.6	21.1	10.5	4.2	10.8	6.6	8.4	10.4	1.96
2001	10.1	17.4	7.3	4.1	11.6	7.4	8.4	11.6	3.28
2002	9.8	21.6	11.8	3.9	10.1	6.1	9.0	10.0	1.00
2003	9.6	16.7	7.1	3.8	9.6	5.8	9.1	9.9	0.74
2004	8.8	16.7	7.9	3.4	9.2	5.8	9.4	10.2	0.77
2005	9.3	14.6	5.3	3.2	8.2	5.0	10.1	12.1	2.04
2006	9.6	13.9	4.2	3.1	7.3	4.2	10.7	11.5	0.86
2007	8.1	14.9	6.8	2.7	7.3	4.6	9.6	12.6	3.05
2008	12.6	16.2	3.6	2.4	8.1	5.7	10.9	14.1	3.25
2009	17.5	15.6	-2.0	2.4	6.6	4.2	11.2	12.5	1.30
2010	22.5	19.0	-3.5	2.5	7.8	5.3	10.3	12.8	2.51
2011	23.5	17.6	-6.0	2.3	6.5	4.2	10.2	10.0	-0.11
2012	22.2	17.7	-4.5	2.1	5.9	3.9	10.2	10.1	-0.09

Fuente: SINAIS, DGIS, Secretaría de Salud.

Tasas de mortalidad entre México y Oaxaca por cada 100,000 habitantes para enfermedades derivadas pautas alimenticias 1990-2012

Padecimientos	Desnutrición calórico proteica Nacional	Desnutrición calórico proteica Oaxaca	Diferencias	Anemia Nacional	Anemia Oaxaca	Diferencias
1990	13.4	26.6	13.1	5.1	10.9	5.7
1991	13.4	25.8	12.3	5.1	9.1	4.0
1992	11.3	25.0	13.7	4.5	10.7	6.2
1993	10.9	30.0	19.2	4.6	10.4	5.7
1994	10.2	25.4	15.2	4.5	11.1	6.5
1995	10.7	12.4	1.7	4.6	4.7	.1
1996	10.6	12.3	1.6	4.4	3.8	-.6
1997	10.4	24.5	14.1	4.0	12.5	8.4
1998	10.6	25.7	15.1	3.9	11.1	7.2
1999	9.8	22.3	12.5	3.6	9.3	5.7
2000	8.8	20.5	11.7	3.1	7.5	4.4
2001	8.4	18.0	9.5	3.2	6.5	3.3
2002	8.6	26.9	18.3	3.2	9.8	6.6
2003	8.6	19.4	10.7	3.3	8.4	5.1
2004	7.9	16.0	8.2	3.4	7.7	4.4
2005	7.9	15.9	8.0	3.4	8.8	5.4
2006	7.3	14.7	7.3	3.1	7.6	4.5
2007	8.0	20.0	12.0	3.1	7.4	4.3
2008	7.5	19.1	11.7	3.2	7.5	4.3
2009	7.4	16.8	9.4	3.2	8.9	5.7
2010	7.6	18.2	10.6	3.3	7.8	4.5
2011	6.9	17.1	10.2	3.0	7.3	4.3
2012	6.6	16.0	9.4	3.1	7.7	4.6

Fuente: SINAIS, DGIS, Secretaría de Salud.

Tasas de mortalidad entre México y Oaxaca por cada 100,000 habitantes para padecimientos de parto y atención al nacimiento 1990-2012

Padecimientos	Asfixia y trauma al nacimiento Nacional	Asfixia y trauma al nacimiento Oaxaca	Diferencias
1990	61.6	43.1	-18.5
1991	60.4	39.1	-21.3
1992	59.0	37.2	-21.8
1993	56.2	36.4	-19.8
1994	55.7	43.7	-12
1995	54.1	42.4	-11.7
1996	51.2	46.8	-4.4
1997	52.2	44.9	-7.3
1998	49.9	40.3	-9.6
1999	50.6	44.1	-6.5
2000	50.1	44.2	-5.9
2001	47.4	35.6	-11.8
2002	47.7	42.2	-5.5
2003	44.9	35.7	-9.2
2004	43.3	39.3	-4
2005	42.5	33.3	-9.2
2006	39.1	33.0	-6.1
2007	36.0	31.5	-4.5
2008	36.5	30.3	-6.2
2009	35.7	30.7	-5
2010	35.4	30.6	-4.8
2011	35.2	23.2	-12
2012	34.0	23.4	-10.6

Fuente: SINAIS, DGIS, Secretaría de Salud.

Grupo de trabajo**Centro de Consultoría en Administración Pública (CECAP)****Coordinador del Proyecto:**

Víctor Manuel Nájera de la Torre

Cuerpo de investigadores del Proyecto:

Alfredo Cordero Esquivel

Valentín Vargas Arenas

Juan Eduardo Lozano Ortega

Carlos Hernández C.