

Evaluación del Seguro Popular de Salud

Informe

Octubre, 2002



INDICE

	Página
Antecedentes	2
Estrategia de Evaluación del Seguro Popular de Salud	7
Objetivos	8
Metodología	10
1) Del estudio de la población potencialmente demandante de servicios	
<i>Diseño</i>	10
<i>Poblaciones bajo estudio</i>	11
<i>Instrumentos de evaluación</i>	11
<i>Tamaño de muestra de las encuestas</i>	12
2) De las características y operación de los servicios	
Diseño	14
<i>Tamaño de muestra</i>	15
<i>Instrumento de recolección de información</i>	16
3) Estudio de la oferta, operación e impacto de los servicios del seguro popular	17
RESULTADOS	
I. Estudio de la Población Potencialmente Demandante de Servicios	
1. Dimensionar la demanda potencial del Seguro Popular	20
2.- Aceptación del Seguro Popular de Salud	22
3.- Gasto Catastrófico en Salud	24
4.- Identificación de los elementos de la atención prioritarios para la población	27
II - Características y operación de los servicios	
1.- Informe de los indicadores de gestión del Seguro Popular	28
2.- Conocer las características socio-demográficas de la población cubierta por el programa	30
3.- Evaluar patrones de utilización y calidad de los servicios de salud	33
4.- Cuantificar a la población con necesidades de salud no cubiertas.	37
III. Identificar los componentes gerenciales del Programa	
1.- Conocer el desempeño del seguro popular en su componente gerencial	38
V. Realizar las recomendaciones que sean pertinentes	
a) Conclusiones	46
b) Recomendaciones	56
BIBLIOGRAFIA	62

Antecedentes

La relación entre gasto familiar y la salud es un fenómeno que ha sido estudiado en México durante un periodo considerable. Diversos grupos (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, entre otros) han mostrado que muchas familias mexicanas viven en riesgo financiero por tener que pagar por servicios de salud. Esto se expresa en el hecho de que más de la mitad del gasto en salud proviene directamente del bolsillo de la familia. La Encuesta Nacional de Ingreso Gasto de los Hogares (ENIGH) de 1992 identificó que el 2.3% de los hogares mexicanos (400,136 en total) tuvieron gastos en salud que excedieron la mitad de sus ingresos en el trimestre previo a la entrevista, los cuales pueden ser categorizados como catastróficos. La Encuesta Nacional para Evaluar la Calidad de los Servicios de Salud de México (INSP, 2001) encontró que cerca del 10% de la población de más bajos ingresos tuvo gastos anuales de este tipo, lo cual ubica a más de 1.5 millones de hogares en riesgo cada año.

La falta de un sistema de financiamiento solidario para más de la mitad de la población, y la utilización de servicios de salud donde se paga directamente del bolsillo por servicio recibido, se traduce no sólo en la posibilidad de incurrir en gastos catastróficos sino también en la falta de acceso – geográfico o económico – a servicios de salud lo cual deja a una importante sección de la población con necesidades de salud no cubiertas. Este componente se analiza en la Encuesta Nacional de Salud (INSP/SSA 2000), en donde se encontró que la cuarta parte de la población decidió no acudir a los servicios de salud a pesar de identificar la necesidad de recibir atención. La mitad de esta población difirió la atención médica por falta de acceso, principalmente por barreras económicas, ya que consideraron los servicios muy caros o bien porque no contaban en ese momento con recursos

para ser atendidos. La importancia de este hecho radica en las consecuencias potenciales que ponen en riesgo a las familias como son la automedicación, la incapacidad de generar ingresos por ausentismo laboral, la posibilidad de que se agraven los padecimientos sin poder atenderlos de manera adecuada y, finalmente, el no poder romper el círculo de la pobreza.

Es en este sentido el Programa Nacional de Salud 2001 – 2006 introduce como uno de sus valores el otorgar la protección de la salud como un derecho social. Para poder llevar a la práctica este principio en el campo de la salud, se señala como requerimiento el compartir la responsabilidad de la atención de los grupos más vulnerables. Este principio de responsabilidad compartida o solidaridad se refiere a que los que más tienen participen financieramente en la atención de la salud de los que menos tienen. (SSA 2001)

En este sentido, el Programa Nacional de Salud anticipa la conformación de un sistema de salud que entre sus diversas características sea universal, equitativo, y solidario. De los elementos propuestos en el Programa, la equidad resulta el elemento más difícil de lograr. En este sentido se propone que para 2006 todo mexicano tenga acceso a un seguro de salud, independientemente de su capacidad de pago. (SSA 2001)

A fin de lograr esta meta, una de las principales líneas estratégicas impulsadas por el Poder Ejecutivo de la Federación en materia de salud es el componente de la protección financiera a la población, donde la primera estrategia de la línea se refiere a la consolidación de la protección básica mediante la promoción de un Seguro Popular de Salud. El objetivo último de éste, es incorporar a la totalidad de la población a un esquema de aseguramiento estructurado.

El Programa Nacional de Salud también señala la necesidad de dar acceso, a los hogares de más bajo ingreso a un seguro de salud, cuya principal vertiente ha sido la creación del Seguro Popular de Salud a cargo de las autoridades sanitarias estatales, además de contar, como una de sus opciones, la posibilidad de ingresar al Seguro de Salud de la Familia del Instituto Mexicano del Seguro Social. El seguro popular debe extender paulatinamente su cobertura para garantizar que en el 2006 se cubra bajo este esquema a toda la población que no cuente con capacidad económica para adquirir un seguro médico privado. En su constitución, y de acuerdo a lo publicado en el Diario Oficial de fecha 15 de marzo del presente, el Seguro Popular de Salud debe ser evaluado en su organización y sus avances. El presente documento integra dicha evaluación, incluyendo las observaciones que el grupo evaluador considera relevantes para mejorar el funcionamiento de dicho Programa.

La necesidad de generar y promover un nuevo seguro de tipo solidario nace de la existencia de una notable inequidad en la distribución de recursos para la salud. En general, se distinguen dos formas básicas de inequidad: una en el acceso legal a los servicios y otra en su prestación. El acceso legal, se refiere a las diferencias que pueden existir entre las poblaciones que son beneficiarias de la Seguridad Social o privada y aquellos que no cuentan con estos beneficios. Este proceso es complejo, debido a las diferencias económicas y sociales entre los grupos, por lo que se considera importante hacer uso de un enfoque que establezca la capacidad de los distintos estratos para tener acceso a los servicios, así como el impacto que tienen las erogaciones por el pago de servicios de salud sobre el ingreso familiar (FUNSALUD 1994). Por su parte, el segundo componente de la inequidad, la prestación de los servicios de salud, se ha referido a las diferencias en cuanto a la distribución de recursos financieros a las entidades, al acceso a tecnologías y medicamentos. (Frenk J, et al 1995, SSA 2001)

Desde esta perspectiva, la importancia estratégica del Seguro Popular de Salud estriba en que en su operación, el esquema de aportaciones solidarias al Programa reduce la probabilidad de que padecimientos individuales, cuyo costo habitualmente recae en la familia, lleguen a afectar el nivel de vida o a poner en riesgo la satisfacción de otras necesidades básicas. Cuando esto ocurre, se corre el riesgo de incurrir en gastos que son conocidos como catastróficos ya que consumen una gran proporción de los ingresos familiares.

Para los fines de la evaluación, se ha considerado la definición de gasto catastrófico cuando se presentan erogaciones que superan 50% del ingreso efectivo familiar mensual (ingresos que normalmente se destinan a consumo no alimentario). Así mismo, se define el gasto semi-catastrófico como aquel que representa entre 30 y 49% del ingreso efectivo familiar mensual (Knaul, et al 2001).

La implantación del esquema de aseguramiento del Seguro Popular se plantea sea gradual, y los avances dependerán de la disponibilidad de recursos, la existencia de infraestructura hospitalaria suficiente y la existencia de poblaciones organizadas, con capacidad de contribuir parcialmente al costo de la prima. Para tal fin, la Secretaría de Salud ha planteado un Seguro Popular de Salud público y voluntario cuyo costo sea cubierto mediante un subsidio federal, proveniente de recursos fiscales del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación y de cuotas de los beneficiarios por concepto de afiliación. En este punto diversos autores han señalado la importancia de lograr el equilibrio de asegurados, en donde una fracción de la población afiliada sea joven y sana, lo que permitiría cubrir de manera solidaria las necesidades de los más enfermos y de los que menos tienen (OIT-OPS, 1999; Titelman et al, 2000; Eichler Rena et al, 2000). El concepto de solidaridad de este seguro se expresa claramente en la estructura de su cuota de afiliación, que es progresiva según el nivel de ingreso de cada familia, y que es complementada por el subsidio federal para cubrir el costo de la prima.

En resumen, dentro de las metas que se han propuesto para el Seguro Popular de Salud, destacan dos: la extensión paulatina de la cobertura del seguro popular, para garantizar que, en 2006, esté cubierta toda la población que no cuente con capacidad económica para adquirir un seguro médico privado y no esté afiliada a alguna institución de seguridad social, la segunda gira en torno a la reducción de los gastos catastróficos en salud con la intención de aminorar en 75% tales gastos, sobre todo en los hogares de bajos ingresos no asegurados. Al reducir significativamente los pagos de bolsillo y sustituirlos gradualmente por pre-pagos de salud, las familias podrían liberar recursos para atender otras necesidades básicas. (SSA 2001)

Estrategia de Evaluación del Seguro Popular de Salud.

Con el fin de identificar el avance en los objetivos del Seguro Popular de Salud, el impacto de dicho programa, la gestión que se ha realizado con los recursos asignados y el desempeño institucional, se decidió utilizar un amplio enfoque en la evaluación, el cual incluye la evaluación de gestión y la evaluación del impacto.

El presente documento se enfoca en la evaluación del Seguro Popular en dos niveles: a) demanda y oferta de servicios, y b) el proceso de gestión e impacto del programa.

En el primer nivel, se presentan resultados del estudio de la demanda de servicios a través del análisis de la Encuesta Nacional de Aseguramiento y Gasto en Salud y de la Encuesta Estatal de Protección Financiera. Se busca identificar características sociodemográficas de la población, incluyendo la estimación del gasto en salud, así como la disposición a pagar la prima del seguro popular. Al estudiar a la población se logra una **evaluación del impacto** la cual se enfoca en la medición de los cambios, cuantitativos y cualitativos, en las condiciones financieras y de salud de la población objetivo del programa.

Del lado de la oferta se presentan resultados obtenidos de visitas realizadas a los estados piloto en las cuáles se recogió información de fuentes diversas. El estudio de la oferta se enfoca en la **evaluación de gestión** la cual se orienta a determinar el nivel de eficiencia global del programa, iniciando con el tipo de administración de los recursos, hasta llegar al efecto en el otorgamiento de los servicios de salud. Adicionalmente, se enfocan los procesos del funcionamiento del programa, desde la organización, manejo y asignación de subsidios, promoción, difusión, afiliación, credencialización, sistemas y operación de las unidades del Seguro Popular.

Objetivos

Con el fin de cumplir con los enfoques de la evaluación se consideraron los siguientes objetivos:

1. Identificar las características socioeconómicas de la población potencialmente demandante de servicios (particularmente riesgo económico – gasto de bolsillo /catastrófico)
2. Caracterizar la operación de los servicios dentro del programa
3. Identificar los componentes gerenciales del Programa
4. Realizar las recomendaciones que sean pertinentes

1. Identificar las características socioeconómicas de la población potencialmente demandante de servicios

- Dimensionar a los usuarios potenciales del Seguro Popular, a través de la composición del hogar, el nivel de ingreso, la aceptación del Seguro Popular, identificación de los elementos de la atención prioritarios para la población y la capacidad de pago
- Estimar en los estados piloto la proporción de hogares que por atender la salud de los integrantes incurre en gasto catastróficos.
- Cuantificar el gasto directo de bolsillo en salud de la población previo al arranque del programa.

2. Caracterizar la operación de los servicios dentro del programa

A través de un modelo que contraste a un grupo de población beneficiario del Seguro Popular y a otro compuesto por individuos sin este beneficio se cubrirán los siguientes objetivos.

- Conocer de las características socio-demográficas de la población cubierta por el programa.
- Evaluar los patrones de utilización y calidad de los servicios de salud
- Cuantificar a la población con necesidades de salud no cubiertas.
- Estimar el impacto del gasto en salud sobre el ingreso familiar.


3. Identificar los componentes gerenciales del Programa

- Conocer el desempeño del seguro popular en su componente gerencial (identificación de las condiciones socio-económicas de la población blanco, definición y manejo de los subsidios, credencialización, mecanismos de promoción y afiliación)
- Explorar la disponibilidad de la población adscrita al programa de renovar su contrato.
- Conocer las causas de insatisfacción de los afiliados al Seguro Popular con respecto a los mecanismos de afiliación, de cobro y del proceso de la atención.
- Conocer la percepción de los proveedores de salud en relación a su capacidad de dar respuesta a la demanda de atención.

4. Realizar las recomendaciones que sean pertinentes



- Evaluación del Seguro Popular - Objetivos

1. Identificar las características socioeconómicas de la población potencialmente demandante de servicios (particularmente riesgo económico – gasto de bolsillo/catastrófico)
 2. Caracterizar la operación de los servicios
 3. Identificar los componentes gerenciales del Programa
 4. Realizar las recomendaciones que sean pertinentes
- 

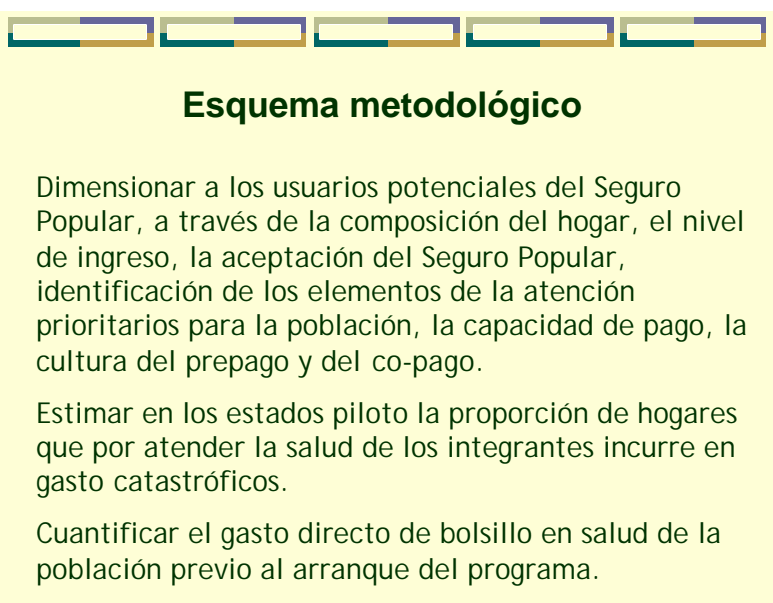
Metodología

1) Del estudio de la población potencialmente demandante de servicios

El esquema de evaluación del Seguro Popular en los estados piloto incluye tanto la recolección y análisis de la información obtenida a partir del Programa, como de la colección sistemática de información poblacional en forma cuantitativa y cualitativa.

Esta combinación de metodologías se utilizó tanto

para evaluar el componente de la demanda como el de la oferta de servicios del programa. Su contenido y estrategia fueron dadas a conocer a los responsables del Programa y a las áreas de evaluación de la Secretaría de Salud, por medio de la propuesta de evaluación del Seguro Popular de Salud.



Diseño

Con el fin de realizar el estudio de la población potencialmente demandante del Seguro Popular, se realizó un programa de encuestas en dos etapas. En la primera, a través de la Encuesta Nacional de Aseguramiento y Gasto en Salud 2001 (ENAGS, 2001), levantada en diciembre del 2001, se obtuvo el antecedente en el país de la disposición a pagar, y del gasto en salud, así mismo, se

caracterizó la cobertura, demanda y utilización de los servicios de salud. En la segunda etapa, con el propósito de conocer la situación que guardaban los estados piloto previo a la implementación del Programa, se levantó la Encuesta Estatal de Protección Financiera (EEPF), en la cual se exploraron los aspectos de interés antes mencionados, así como el conocimiento y difusión del programa en la población blanco. Esta encuesta se llevó a cabo en Aguascalientes, en diciembre de 2001, en Colima, en mayo de 2002, y en Campeche y Jalisco, durante julio de 2002.

Poblaciones bajo estudio

Tanto para la encuesta a escala nacional como para la de los estados piloto la población blanco fueron los residentes habituales de las viviendas que resultaron seleccionadas, independientemente de su condición de derechohabiente. En el caso de la Encuesta Nacional esta población se seleccionó como submuestra de la población ENIGH-2000 (1,980 hogares de los 10,108 disponibles) con el fin de utilizar la información, principalmente económica y del gasto familiar, de la ENIGH.

En el caso de los estados piloto, se definieron las áreas primarias de muestreo y a partir de éstas se construyeron marcos muestrales por entidad. El marco muestral permite conocer con precisión la probabilidad de la población de ser seleccionada, además de permitir un mejor control del levantamiento de datos y calidad de la información. Estos marcos fueron usados para seleccionar a la población, con la premisa de que todo individuo tiene una probabilidad de ser seleccionado y que esta probabilidad es conocida. Con esta información se generaron y aplicaron los ponderadores para estimar la situación de la población en el estado y, para los fines de la evaluación, la situación de los estados piloto en su conjunto.

Instrumentos de evaluación

En el levantamiento de las encuestas se aplicó un cuestionario estandarizado el cual consideró dos grandes áreas: una de preguntas nucleares que no se

modificaron durante los levantamientos, y la segunda área que consideró preguntas de interés local o que permitieron identificar los cambios de políticas del programa. El cuestionario estuvo integrado por siete secciones: 1) identificación de hogares; 2) datos generales; 3) condición de actividad e ingreso; 4) gasto total; 5) gasto en salud, utilización y calidad de los servicios de salud; 6) Disponibilidad a pagar y seguimiento del seguro popular y, 7) características de la vivienda.

Tamaño de muestra de las encuestas.

El cálculo del tamaño de muestra para los estados piloto se elaboró en función a los parámetros que se desearon estimar, el nivel de confianza deseado y el error relativo máximo que se está dispuesto a aceptar. Además, fue necesario incluir una corrección por no respuesta y, por tratarse de un esquema de selección que no es aleatorio simple, el efecto de diseño.

Así, el tamaño se calculo mediante la formula

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 (1-P) deff}{r^2 P TR}$$

donde

n Tamaño de muestra

P Proporción a estimar

$Z_{\alpha/2}^2$ Cuantial de una distribución normal asociado a un nivel de confianza deseado α

r Error relativo máximo que se está dispuesto a aceptar

$deff$ Efecto de diseño, que es la pérdida o ganancia en la eficiencia de diseño, por tratarse de un diseño complejo

TR Tasa de respuesta

Tamaño de muestra de la encuesta nacional.

Para la estimación del tamaño de muestra para la Encuesta Nacional se utilizó la formula descrita previamente, considerando los siguientes supuestos, que:

- La información tenga representatividad a en el ámbito nacional

- Los estimadores tengan una confianza mínima de 95% y precisión relativa de 22.5%
- Las proporciones que se desean estimar fuesen al menos de 5%
- La tasa de no respuesta esperada sea de 10%
- El efecto de diseño más alto sería de 1.7

Tamaño de muestra de las encuestas estatales.

El cálculo del tamaño de muestra para los estados piloto se elaboró en función a que se requería que:

- La información tenga representatividad a nivel estatal
- Los estimadores tengan una confianza mínima del 95% y precisión relativa de 22%
- Las proporciones que se desean estimar son al menos del 5%
- La tasa de no respuesta esperada fue del 15%
- El efecto de diseño más alto será de 1.7

El número de entrevistas generadas para cada una de las entidades piloto fue de:

1,855 para Aguascalientes

2,715 para Colima

2,652 para Campeche y

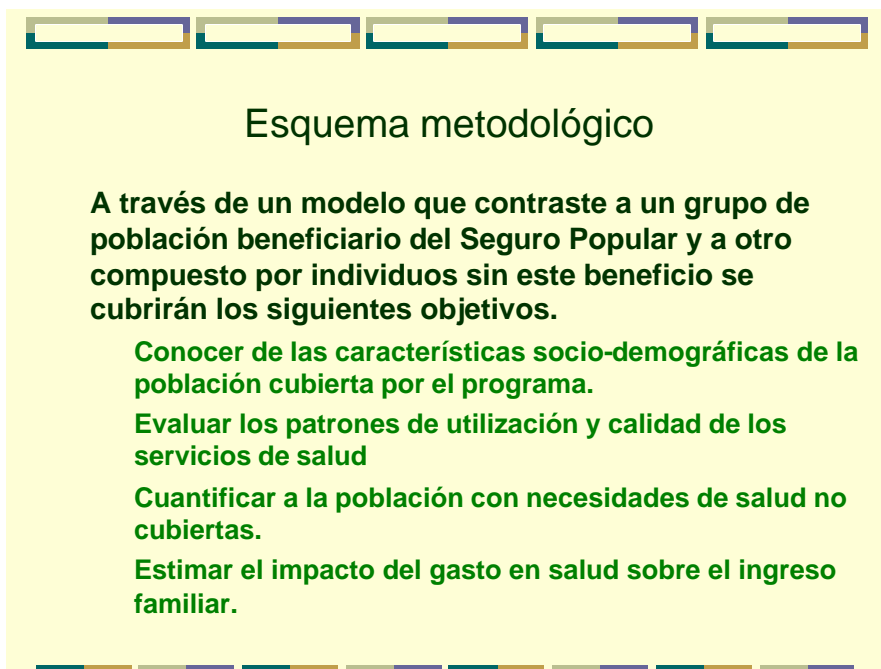
2,301 para Jalisco

Representando en conjunto un total de 9,523 hogares.

2) De las características y operación de los servicios

Uso de la estrategia de casos y controles para el estudio de la cobertura del Programa.

A fin de obtener información sobre las características de la población que se ha afiliado al Seguro Popular en Salud y las expectativas que este mismo Seguro puede tener en otras entidades, se decidió realizar un estudio de casos – los cuales son representados por los derechohabientes al Seguro Popular – y de controles – un control poblacional y otro control



emanado de la población que fue invitada a inscribirse al Seguro Popular, pero que por cualquier motivo decidieron no incorporarse – a fin de contrastar las características demográficas, conocer los patrones de salud-enfermedad, utilización de los servicios y conocer el impacto económico que el Seguro Popular representa, en contraste con los beneficios del mismo programa.

Diseño

El estudio de casos y controles se efectuó una vez finalizada la medición basal en las entidades piloto, y una vez que los asegurados contaban con un mínimo de tres meses de haberse afiliado. La fuente de información para esta etapa de la evaluación provino de los listados nominales de afiliación al Seguro Popular, ya que se consideró que los casos son aquellos que se han afiliado al Seguro

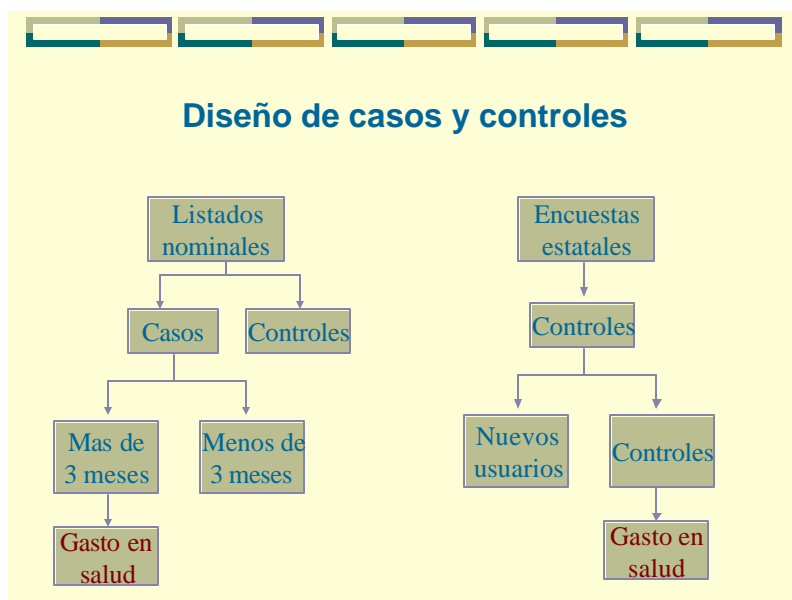
Popular. Adicionalmente, se obtuvo un primer control de esta misma base, debido a que se guarda registro de la población que por algún motivo decidió no inscribirse al Seguro Popular. Finalmente, de la base de datos del estudio transversal se generó un segundo control con el listado por estado de los hogares que no cuentan con seguridad social.

Tamaño de muestra

El principal supuesto para la definición del tamaño del estudio fue la proporción de la población que presenta gastos catastróficos, en particular entre la población control. En este rubro se consideró que la población continúa presentando niveles cercanos a los reportados por la ENIGH 2000 (gasto catastrófico anual en salud en el orden de 10%), se calculó que el tamaño de muestra para cada uno de los grupos es de 1034 hogares.

Prevalencia	Intervalo de confianza	Estimación del riesgo	Precisión relativa	Tasa de no respuesta	Porcentaje de población que cambia de control a caso	n
0.10	95%	2.0	25%	25%	10%	1034

La estimación considera el menor riesgo posible, seleccionando dos controles por cada caso. La selección y su procedimiento son del conocimiento de la SSA con el fin de que, conforme se integre un mayor número de entidades al programa, puedan incluirse al proceso de evaluación.



Instrumento de recolección de información

Se aplicó un cuestionario que permite el registro y medición de las variables que son comunes al grupo de casos y al de controles. Los apartados que la componen son: 1) destinado a la identificación de hogares y a la verificación de la condición de casos y controles; 2) datos generales de cada integrante del hogar y la condición de derechohabiente; 3) condición de actividad e ingresos para cada persona de 12 o más años de edad cumplidos; 4) gasto total del hogar por alimentación, vestido, calzado, educación, recreación, etcétera, sin considerar el gasto en salud; 5) características del gasto en salud, la utilización y calidad de los servicios de salud en los últimos tres meses, se incluye la demanda de servicios preventivos, la identificación de población con problemas de atención y los mecanismos de atención o las causas de no atención; 6) el antecedente de gasto excesivo, la cultura del prepago, para los controles la disponibilidad a pagar por el programa y, para los casos la evaluación del proceso y mecanismos de difusión e inscripción, la apreciación de los servicios otorgados por el programa.

3) Estudio de la oferta, operación e impacto de los servicios del seguro popular.

Para cumplir con ese objetivo se echó mano de una serie de técnicas cualitativas y cuantitativas para la recolección y análisis de la información. Por un lado se llevó a cabo una encuesta al personal de salud y, por otro, se realizaron entrevistas en profundidad con gerentes y prestadores de servicio, así como una observación acuciosa de hechos sobre los aspectos operativos del Programa.

Esquema metodológico

Los componentes gerenciales del seguro popular se evaluarán a través de:

Conocer el desempeño del seguro popular en su componente gerencial (identificación de las condiciones socio-económicas de la población blanco, definición y manejo de los subsidios, credencialización, mecanismos de promoción y afiliación)

Explorar la disponibilidad de la población adscrita al programa de renovar su contrato.

Conocer las causas de insatisfacción de los afiliados al Seguro Popular con respecto a los mecanismos de afiliación, de cobro y del proceso de la atención.

Conocer la percepción de los proveedores de salud en relación a su capacidad de dar respuesta a la demanda de atención.

Con el propósito de estructurar una evaluación general del Programa, se llevó a cabo un estudio orientado a conocer la percepción y satisfacción de los proveedores sobre el Seguro Popular de Salud. La identificación de los elementos estructurales implantados para su operación permitirá señalar las fortalezas y puntos débiles que deberán fortalecerse en un futuro.

El desarrollo de la presente evaluación cuenta con datos empíricos recopilados en los estados de la primera etapa piloto del Programa. Para ello se realizó trabajo de campo en ambos estados, recopilando información por medio de entrevistas y observación participante en oficinas, módulos de aseguramiento, centros de salud y hospitales adscritos al Seguro Popular de Salud.

Para la evaluación de la experiencia de los prestadores de servicios sobre el Seguro Popular de Salud se elaboró una propuesta en la que se estableció trabajar en la operación de los servicios de salud, documentando aspectos muy precisos del Programa, para proceder posteriormente a un mapeo de la operación del mismo, con el fin de identificar oportunidades y barreras para su funcionamiento.

La realización de la investigación de campo se llevó a cabo mediante la aplicación de las denominadas técnicas RAP¹, herramienta metodológica diseñada para la realización de investigaciones de campo en las que debe recopilarse información confiable en periodos reducidos de tiempo, para lo cual se diseñaron cinco guías temáticas, tanto de entrevistas como de observación. En este caso, las guías orientaron la investigación de campo realizada del 11 al 13 de septiembre en Colima, y del 2 al 3 de octubre en Campeche, etapa en la que se centraron las tareas de levantamiento de información con el personal del Seguro Popular de Salud, y en unidades de atención de primero y segundo nivel. Como resultado de este trabajo se realizaron en total tres entrevistas de grupo focal, cuatro individuales con tomadores de decisiones de los servicios de salud y, observaciones directas en oficinas y en cuatro unidades de atención, dos centros de salud y dos hospitales.

Paralelamente se aplicaron dos tipos de cuestionarios, a fin de cuantificar tanto la percepción como el nivel general de aceptación del programa, el primer cuestionario fue dirigido a 16 administradores de las unidades médicas de primer nivel y de los hospitales ancla del programa. El segundo cuestionario se aplicó a 68 médicos ubicados en diversos centros de salud y que entre sus funciones se encuentra el proporcionar atención médica a la población afiliada al SPS.

¹ Scrimshaw S. & Hurtado H. *Rapid Assessment Procedures*, United Nations University-UCLA, 1987

Para el análisis de la información se utilizó el programa de cómputo ATLAS-Ti, el cual coadyuvó al ordenamiento de la información primaria recopilada en campo. En el caso del mapeo político, éste se llevó a cabo mediante la recolección de información secundaria, particularmente prensa escrita y radio y televisión, así como indagando en las entrevistas acerca de las fortalezas y debilidades del Programa. Esta información fue capturada y procesada poniendo énfasis en el manejo de la política y sus lineamientos normativos, en la ubicación de los actores sociales más destacados en la implantación del programa y en información recopilada en las entrevistas sobre sus fortalezas y debilidades. En este caso, el programa utilizado fue el POLICY MAKER.

RESULTADOS

Los resultados de la evaluación se presentan divididos en dos secciones. La primera en relación al estudio de la población potencialmente demandante de servicios y los resultados de los indicadores de gestión generados por la Secretaría de Salud, el segundo en relación a las características y operación de la oferta de servicios del Seguro Popular de Salud. A fin de reducir la extensión del documento base, otros resultados de interés sobre las características de la población potencial del Seguro Popular se encuentran en el anexo estadístico del presente estudio.

I. Estudio de la Población Potencialmente Demandante de Servicios

1. Dimensionar la demanda potencial del Seguro Popular

Con el propósito de contar con un marco contextual basal del entorno sociodemográfico y financiero de la población previo a la implementación del Seguro Popular de Salud se efectuó la Encuesta Nacional de Aseguramiento y Gasto en Salud (ENAGS 2001), los 1980 hogares visitados en 28 entidades federativas entre el 5 y 19 de diciembre del 2001 corresponden a una muestra de los hogares entrevistados en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH 2000).

El propósito de trabajar con una submuestra aleatoria de la ENIGH 2000 fue el de obtener información complementaria, de la ENIGH 2000 se aprovecharía la información específica que permitiera la estimación del gasto catastrófico en salud

y con la ENAGS 2001 se explorarían factores concernientes a la demanda de atención, la cultura del prepago y la disponibilidad al prepago en salud.

Entre las variables que permiten una mejor comprensión del gasto en salud se encuentran las vinculadas a la derechohabiencia y al ingreso, al respecto se observa que casi la mitad de los hogares refirió tener algún tipo de derechohabiencia, al analizar por el género del jefe del hogar se aprecia que cuando el jefe del hogar es un hombre existen 3 veces más oportunidades de contar con seguridad social (75.3% vs 24.7%) que cuando el jefe es una mujer, lo cual es explicado por las mayores oportunidades en los hombres de insertarse en el mercado laboral formal situación que facilita los mecanismos de acceso a los servicios de salud.

En cuanto a la distribución de la población por edad y género según condición de

derechohabiencia se observa una relación directa entre la edad y la derechohabiencia. La distribución del grupo que carece de seguridad social

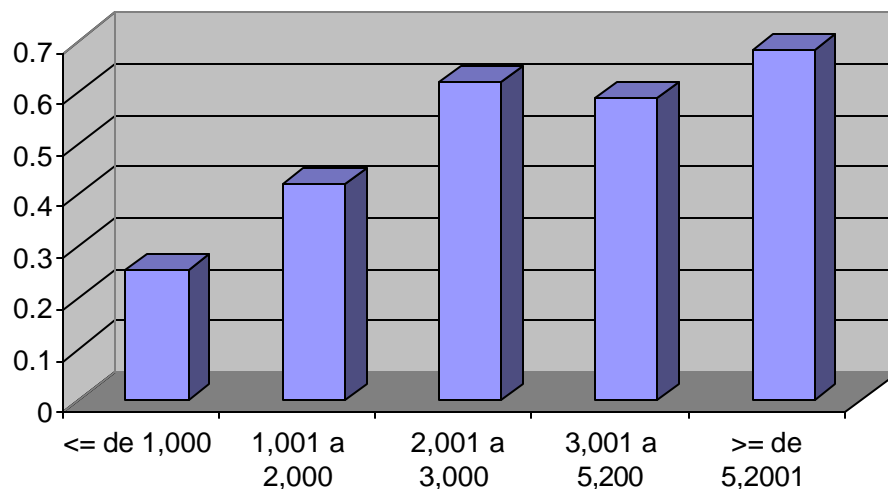
Cuadro 1.-Distribución porcentual de la población No derechohabiente por edad y sexo			
Edad	No derechohabientes		TOTAL
	Hombres	Mujeres	
0 a 9 años	50.5	49.5	18.9
10 a 19 años	51.6	48.4	25.0
20 a 29 años	49.7	50.3	17.1
30 a 39 años	48.0	52.0	12.5
40 a 49 años	45.6	54.4	11.5
50 a 59 años	57.3	42.7	7.4
60 a 69 años	45.8	54.2	3.7
70 a 79 años	44.5	55.6	2.6
80 y más años	28.9	71.1	1.3
TOTAL	49.6	50.4	100

Cuadro 2.- Distribución porcentual de la población con seguridad social por edad y sexo			
Edad	Derechohabientes		TOTAL
	Hombres	Mujeres	
0 a 9 años	42.4	57.6	16.1
10 a 19 años	42.6	57.4	19.4
20 a 29 años	39.7	60.3	13.1
30 a 39 años	51.7	48.3	13.9
40 a 49 años	39.0	61.0	17.3
50 a 59 años	46.6	53.4	8.8
60 a 69 años	36.7	63.3	6.3
70 a 79 años	56.9	43.1	3.4
80 y más años	16.6	83.4	1.7
TOTAL	42.9	57.1	100.0

muestra que entre los de menos de 1 año a los 19 años de edad se concentra el 43.9% de los individuos que tienen esta condición, y a medida que avanza la edad la tendencia disminuye, hasta los 39 años en cada grupo etario se presentan muy ligeras diferencias entre hombres y mujeres, a partir de los 40 años con excepción del grupo de 50 a 59 años prevalece un mayor número de mujeres sin derechohabiencia. El grupo que cuenta con alguna protección a la salud en cambio concentra en los dos primeros grupos etarios al 35.5% de los individuos tendiendo a la baja conforme la edad se incrementa. Las diferencias entre hombres y mujeres en cada grupo de edad ponen de manifiesto con excepción de la categoría que abarca los 30 a 39 años y los 40 a 49 que existe notablemente un mayor número de mujeres que de hombres con seguridad social.

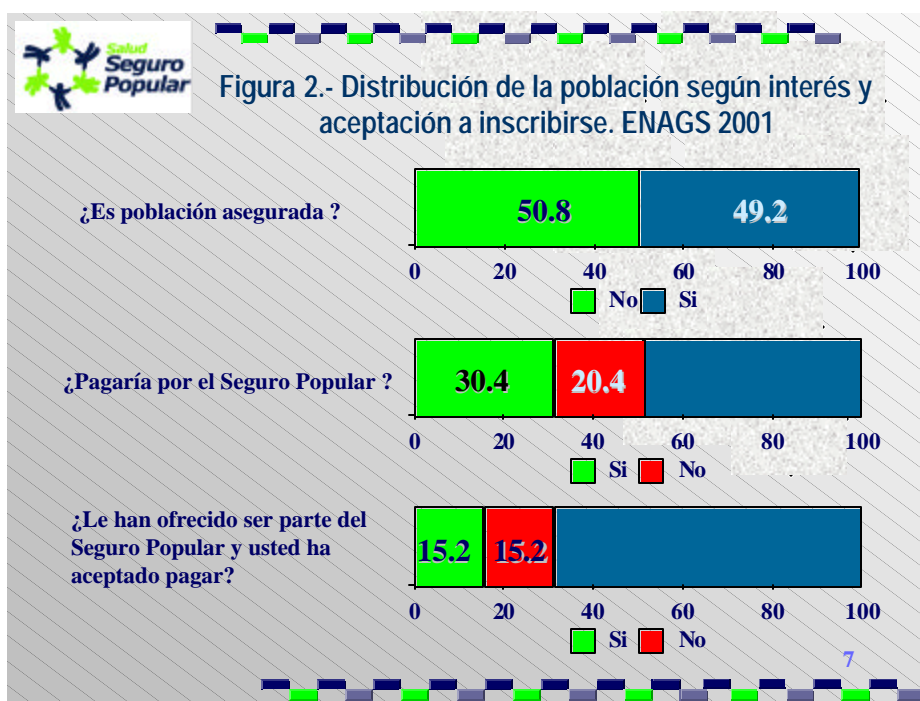
Distribución por quintil de ingreso de la población.- Al analizar la distribución de la derechohabiencia según quintil de ingreso mensual se observa que el mayor porcentaje de población que carece de seguridad social se ubica en el primer y segundo quintil (35.1% y 27.6%), mientras que en el superior sólo el 12.4% de los hogares carecen de seguridad social (ver cuadro 1.1.6). La probabilidad de tener algún tipo de derechohabiencia es de menos del 25% en la población con el menor ingreso, en contraste para las poblaciones de los tres quintiles superiores, esta probabilidad es superior al 60%, con el máximo en la población con ingresos superiores a 5,201 pesos mensuales (Figura 1).

Figura 1.- Proporción de la población con algún tipo de derechohabiencia según quintil de ingreso



2.- Aceptación del Seguro Popular de Salud

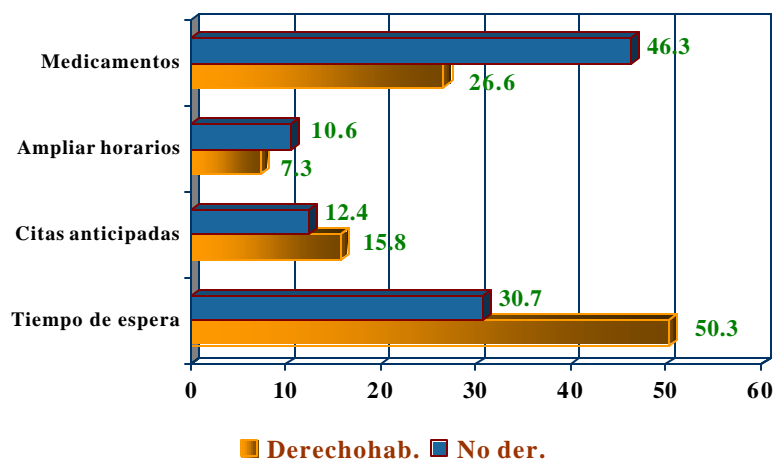
La medición de la aceptación del programa Seguro Popular de Salud a través de un prepago solidario se evaluó a partir de diferentes puntos de vista. El Seguro Popular de Salud está diseñado para la población no derechohabiente, con esta consideración cerca de la mitad de la población queda fuera del área de competencia del Programa (Figura 2). La población no asegurada representa entonces el 50.8% de la población objetivo, de éstos poco más de la mitad aceptaría pagar por ser inscritos en el Seguro Popular, lo cual representa el 30.4% del total de la población nacional. Al preguntar a la población que ya había recibido información sobre el Seguro Popular, si se habían aceptado hacer el pago de la inscripción, de los interesados, la mitad había decidido realizar el pago. Con esto, la población potencial del Seguro Popular corresponde al 15.2 % de la población nacional (+/- 2.5%), con lo cual el Seguro Popular de Salud es potencialmente la segunda instancia aseguradora en salud del país, sólo atrás del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Al considerar y contrastar a las poblaciones que de inicio aceptaban el pago del Seguro Popular de Salud se desprende información de interés, de esta llama la atención las motivaciones señaladas por la población para decidirse a hacer el pago del Seguro Popular.

Al considerar y contrastar a las poblaciones que de inicio aceptaban el pago del Seguro Popular de Salud se desprende información de interés, de esta llama la atención las motivaciones señaladas por la población para decidirse a hacer el pago del Seguro Popular.

Figura 3.- Principal motivo por el que la población acepta las actividades del Seguro Popular según Derechohabiencia. ENAGS 2001



La población que es derechohabiente desearía, que las acciones propuestas para el Seguro Popular contemplen, la reducción de los tiempos de espera (50.3%) y en segundo término la dotación de medicamentos (36.3%). La población no derecho-habiente consideró como primera prioridad la dotación de

medicamentos (46.3%) y en segundo término consideró el inscribirse si se reducen los tiempos de espera (30.7%). Otras consideraciones, como la ampliación de horarios o el aceptar citas por anticipado fueron consideradas secundarias por la población (Figura 3).

3.- Gasto Catastrófico en Salud

Al considerar el antecedente de gasto catastrófico, la aceptación del programa tiene el siguiente comportamiento, según datos de la ENIGH 2000 el 6.2% de los hogares incurrieron en gastos en salud que los llevó a presentar algún grado de empobrecimiento, el 4.2% de los mismos se ubican en la categoría de semi-catastróficos, mientras que el 2.0% realizó gastos catastróficos. Se presenta una mayor aceptación del Seguro Popular de Salud entre los hogares que no experimentaron empobrecimiento por gastos en salud entre quienes incurrieron en gasto semi-catastrófico y catastrófico la aceptación del programa disminuye gradualmente.

La estimación del gasto semi-catastrófico y catastrófico en salud representa por trimestre más de 1.37 millones de hogares en el país.

Corresponde al gasto semi-catastrófico más de 920,000 hogares y al gasto catastrófico 442,000 hogares por trimestre

Esta tendencia, aparentemente contradictoria, tiene su explicación en la menor capacidad de pago de la población. Es importante señalar que la estimación del gasto semi-catastrófico y catastrófico en salud de la encuesta representa más de 1.3 millones de hogares en el país. Correspondiendo al gasto semi-catastrófico más de 920,000 hogares y al gasto catastrófico 442,000 hogares por trimestre. Sin intentar anualizar estas cifras, las consecuencias económicas y sociales que representan son claras.

En la población potencialmente beneficiaria por el programa se exploraron a detalle aspectos relacionados con las cantidades máximas mensuales que se pagarían por el programa. En este sentido la población no derechohabiente consideró un pago máximo de 198 pesos mensuales como máximo aceptable.

Al analizar diversas variables que pueden influir en esta percepción de pago, llama la atención que la edad del jefe de familia constituye uno de los factores más importantes (ver cuadro anexo). Cuando la edad del jefe de familia oscila entre los 20 a 39 años se está dispuesto a pagar alrededor de 300 pesos mensuales, situación que puede estar asociada a la edad reproductiva. A partir de los 40 años el promedio de pago aceptable disminuye con rapidez, a excepción de lo reportado en aquellos hogares con un jefe del hogar de 80 y más años en donde el promedio de pago vuelve a incrementarse, en este caso el valor está afectado por el pequeño tamaño de muestra, ya que el grupo de edad representa cerca del uno por ciento de la población.

Cuadro 3.- Promedio del monto dispuesto a pagar, según edad del jefe de familia en los hogares no derechohabientes

Edad del jefe de familia	Promedio
10 a 19	51
20 a 29	332
30 a 39	302
40 a 49	196
50 a 59	134
60 a 69	115
70 a 79	64
80 y mas	174
TOTAL	198

Cuadro 4.- Promedio del monto dispuesto a pagar al SPS, según número de integrantes en el Hogar de no derechohabientes

Número de integrantes	Promedio
1-2	106
3-5	206
6-9	151
>=10	461

Otro factor de consideración es el número de integrantes en el hogar. Los máximos de pago referidos como aceptables van de un máximo de 461 pesos mensuales para cuando existen de 10 a más integrantes del hogar hasta 106 para sólo 1 ó 2 miembros.

Cuadro 5.- Promedio del monto dispuesto a pagar el SPS, según presencia de enfermedades crónicas en hogares no derechohabientes

Enfermedad Crónica	Promedio
SI	226
NO	157

Finalmente, la presencia de algún enfermo crónico tiene repercusiones en la contribución máxima reportada, las frecuencias señalan que las familias con esa condición pagarían 69 pesos más que los que no la tienen (226 vs 157 pesos).

4.- Identificación de los elementos de la atención prioritarios para la población

Para conocer el valor que asigna la población al paquete de servicios del Seguro Popular de Salud, se interrogó sobre la importancia que asignan a los componentes relevantes para el Seguro. El valor asignado al paquete de beneficios se abordó de manera individual para permitir la comparación entre los diversos elementos. Es notable que la población tiene una alta expectativa del Seguro Popular de Salud, ya que la población consideró importantes todos los elementos ofrecidos.

Es notable la alta expectativa que la población tiene del Seguro Popular de Salud, ya que la población consideró como “muy importantes” a todos los elementos ofrecidos.

Cuadro 6.- Expectativa de la población no derechohabiente sobre la importancia de algunos elementos del Seguro Popular

Actividad	Nivel de importancia				
	Mucho	Regular	Poco	Nada	No sabe
Consulta por la tarde	81.0	14.6	1.2	3.0	0.1
Consulta por la noche	77.4	15.5	2.4	4.7	0.1
Consulta los sábados	80.2	15.1	1.8	2.8	0.1
Cita anticipada	73.5	20.6	2.3	3.6	0.1
Disponibilidad de medicamentos	86.9	6.8	0.5	3.1	0.1
Tuvieran material y equipo necesario	89.5	6.5	0.8	3.1	0.1
Cercanía de su casa	84.3	6.7	5.4	3.5	0.1
Tiempo de espera	88.2	7.5	1.2	2.6	0.1
Buen trato	92.9	5.3	0.6	1.0	0.1
Importancia de escoger médico	81.4	10.8	4.1	3.6	0.1
Recibir información general y médica	88.4	6.0	3.2	2.3	0.2

Los elementos que tienen más importancia para los no derechohabientes son el buen trato (92.9%), los tiempos de espera cortos (88.6%) y que las unidades médicas se encuentren a una distancia cercana a su hogar (84.3%). La disponibilidad de medicamentos y de material y equipo necesarios fue considerado como de mucha importancia por 9 de cada 10 personas.

La valoración concedida a factores como consultas por la tarde (81.0%), por la noche (77.4%) o los sábados (80.2%), así como, la posibilidad de concertar citas con anticipación (73.5%) fue señalada como muy importantes por cerca de tres cuartas partes de la población, lo que representa los valores porcentuales más bajos encontrados, que sin embargo, continúan siendo notablemente elevados.

En la población derechohabiente se presentan algunos resultados de interés, sobresaliendo que el 86.5% de la población confiere mucha importancia a recibir información general y médica, seguida por el buen trato, la disponibilidad de medicamentos, material y equipo necesario.

II - Características y operación de los servicios

1.- Informe de los indicadores de gestión del Seguro Popular

En consideración al acuerdo relativo a las reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud, la Secretaría de Salud genera el informe del estado del Seguro Popular de Salud. Este informe comprende 11 aspectos relevantes (tabla - SSA1). El periodo que se informa es aquel en el que las entidades han desarrollado las actividades propias del Programa, este rango incluye del 15 de abril al 15 de octubre de 2002.

Tabla SSA1
Resultado de indicadores de evaluación (abril-octubre, 2002)

INDICADORES DE EVALUACION	Resultado
Porcentaje de familias incorporadas	77.4%
Porcentaje de familias dadas de baja	0
Porcentaje de familias afiliadas que se integran a la seguridad social	0
Promedio de cuotas captadas por familia afiliada	\$153.4
Porcentaje de la capacidad utilizada en consulta externa	47.6%
Porcentaje de la capacidad utilizada en hospitalización	53.7%
Porcentaje de la población afiliada que requirió atención hospitalaria	0.3%
Promedio de días de estancia por egreso hospitalario	3.9
Porcentaje de afiliados con expediente clínico	3.0%
Porcentaje de hospitales certificados	6.5%
Porcentaje de pacientes referidos al segundo nivel de atención	3.1%

El Programa ha dado un especial énfasis al proceso de reclutamiento de la población. El porcentaje de familias incorporadas es del 77.4% con respecto a la meta de más de 204 mil familias, previstas para este año. El número de familias incorporadas paso de 1,555 a 158,033 entre los meses de abril a octubre. En los estados piloto la afiliación alcanza cerca del 15% del total de la población en las áreas objetivo, lo cual señala una alta eficiencia en la afiliación, según el dato obtenido en el estudio nacional sobre la población potencialmente beneficiada por el Seguro Popular de Salud.

Los Estados de Colima, Jalisco, Tabasco y Campeche fueron los que iniciaron las acciones de promoción y afiliación de familias, seguidos de los estados de Aguascalientes, Baja California, Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, México, Morelos, Oaxaca, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas y Zacatecas. Con un promedio de 8,300 familias afiliadas por estado, con un máximo de 36 mil en Sinaloa y un mínimo de 300 en Morelos.

Durante el periodo no se han registrado bajas al seguro y consecuentemente integración a la seguridad social (porcentaje de familias dadas de baja, porcentaje de familias afiliadas que se integran a la seguridad social), situación esperada por el enfoque del programa ya que se encuentra en la fase de afiliación.

Se estima que \$153.40 es el promedio de cuotas captadas por familia afiliada por semestre, cifra que se ubica entre las cuotas de los deciles de ingreso I y II (\$120 y \$180).

La prestación de los beneficios del Seguro Popular de Salud se organiza en 277 Centros de Salud y en 46 Hospitales, que comprenden 79 Municipios. La población actualmente incorporada corresponde a 584722 personas, con un promedio de 3.7 miembros por familia.

El porcentaje de la capacidad utilizada en consulta externa fue del 47.6%, considerando 20 consultas diarias por médico general o familiar. Son pocos los pacientes que cuentan con expediente clínico como asegurados (3%), aunque en la mayoría de los casos los asegurados ya eran pacientes de las unidades médicas.

De los 46 hospitales incluidos en las redes de prestadores de servicios del seguro popular, sólo el 6.5% cuenta con la certificación correspondiente, aunque dentro de los criterios para la selección de unidades, uno de los más importantes es la promoción de la certificación de unidades médicas y de profesionales.

De los pacientes asegurados atendidos en los centros de salud se han referido el 3.1% a los hospitales, ya sea para una interconsulta con médico especialista, atención de una urgencia o para atención hospitalaria de los problemas de salud.

Del total de asegurados el 0.3% requirió atención hospitalaria, con un porcentaje de capacidad utilizada del 53.7% y con un promedio de 3.9 días de estancia por egreso hospitalario.

2.- Conocer las características socio-demográficas de la población cubierta por el programa.

Cuadro 7.- Distribución porcentual de la población según edad, género y su condición de inscripción en el Seguro Popular de Salud				
Edad	Con Seguro Popular		Sin Seguro Popular	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0 a 9	27.4	22.9	23.7	21.2
10 a 19	27	25.4	25.2	23.7
20 a 29	8.7	12.7	16.9	18.6
30 a 39	12.2	14.8	12	13.3
40 a 49	9.9	11.5	8.7	9
50 a 59	7.6	6.4	6.4	6.5
60 a 69	3.9	3.9	3.9	3.4
70 a 79	2	1.9	1.8	2.2
80 y más	1.2	0.9	1.2	1.1
Total	46.7	53.2	49.4	50.6

La estructura por edad de la población inscrita al Seguro Popular es más joven que la de los no inscritos, el porcentaje de población masculina entre 0 y 19 es de 54.4% en el primer grupo y de 48.9% en el segundo. En el caso de las mujeres, para las inscritas el porcentaje es 3 puntos porcentuales más elevado en comparación con las no inscritas (48.3% y 44.9%). Sobresale el

hecho de que en el grupo de edad de 20 a 29 se reduzca la proporción de población tanto masculina como femenina inscrita al Seguro Popular de Salud (8.7% y 12.7% en varones y mujeres, respectivamente) e inversamente, aumente en las personas sin seguro sobre todo en las mujeres (16.9% y 18.6%, en varones y mujeres, respectivamente). En el grupo etareo de 30 a 49 años, el porcentaje de personas inscritas al Seguro Popular (22.1% y 26.3% en varones y mujeres, respectivamente) es más elevado que en los no inscritos (20.7% y 22.3% en varones y mujeres, respectivamente). El promedio de edad de los miembros del hogar no revela alguna diferencia en ambos grupos (25.4 para inscritos y no inscritos).

La composición del hogar por sexo del jefe, muestra un ligero incremento de hogares encabezados por mujeres en los hogares inscritos al Seguro Popular (23.6) en comparación con

Cuadro 8.- Distribución porcentual de los hogares, según sexo del Jefe de familia e inscripción en el Seguro Popular de Salud

Sexo	Inscripción en el Seguro Popular		Total
	SI	NO	
Hombre	76.4	78.7	78.0
Mujer	23.6	21.3	22.0
Total	33.4	66.6	100.0

los que no están inscritos (21.3%). Al respecto, la prueba de Cochran-Mantel-Haenszel no señala que las diferencias sean significativas.

Cuadro 9.- Distribución porcentual de los hogares, según escolaridad del Jefe de familia e inscripción en el Seguro Popular

Escolaridad	Inscripción en el Seguro Popular		TOTAL
	SI	NO	
Ninguno	13.7	14.3	14.2
Preescolar	0.0	0.5	0.3
Primaria	57.3	51.7	53.6
Secundaria	18.9	20.1	19.7
Prepa o vocacional	5.2	5.9	5.7
Normal	0.3	0.2	0.2
Carrera técnica o comercial	2.6	3.0	2.8
Licenciatura	1.9	3.8	3.1
Postgrado	0.1	0.1	0.1
No sabe	0.2	0.4	0.3
TOTAL	33.4	66.6	100.0

Los datos muestran que en casi el 60 por ciento de los hogares inscritos al Seguro Popular, el jefe del hogar contaba con por lo menos un año de educación primaria (57.3 %), cinco puntos porcentuales por arriba de los hogares no inscritos (51.7%). Como se puede esperar por tratarse de una población sin derechohabencia, el

número de hogares en donde el nivel de escolaridad del jefe de familia es superior a la primaria va disminuyendo a medida que aumenta el nivel de instrucción alcanzado por el jefe del hogar.

En relación a la inscripción por problemas de salud en el hogar, aún cuando existe una discreta diferencia entre los inscritos y los no-inscritos (49% contra 43%), tampoco se observa que este sea un factor determinante.

Por otro lado, los indicadores de demanda de atención especializada son claramente desfavorables para el Seguro Popular. La proporción de embarazadas en los hogares inscritos al Seguro Popular supera en más del doble a los no inscritos (10.1% contra 4.7%), situación que se reproduce en cuanto a la demanda de consultas prenatales y de atención del parto. La demanda de atención hospitalaria es del 14.1% en los hogares inscritos y del 8.2% en los no inscritos, en los hogares inscritos adicionalmente se encuentra un exceso de 10% de enfermos crónicos.

La principal consideración al determinar la composición de la población inscrita al Seguro Popular se refiere a la búsqueda de patrones negativos para el desarrollo del

Cuadro 10.- Distribución porcentual de los hogares de acuerdo a condiciones de salud de sus integrantes y de inscripción en el seguro popular			
Condición de salud	Inscripción en el Seguro Popular		Total
	SI	NO	
Algun problema de salud en los últimos 3 meses	48.93	43.15	45.08
Mujer embarazada en los últimos 3 meses	10.09	4.7	6.5
Mujer que acude a consultas prenatales en los últimos 3 meses	9.46	3.9	5.76
Mujer a la que se le atendió un parto en los últimos 3 meses	4.38	1.12	2.21
Algun hospitalizado en el último año	14.11	8.24	10.2
Algún enfermo crónico	44.73	34.99	38.25

programa. Estos patrones negativos se refieren a la edad de la población, un bajo nivel de ingreso, el número de individuos dentro del hogar y un bajo nivel de salud. En los estados piloto del Seguro Popular de Salud en México, solo en el caso de tener una mayor proporción de enfermos o personas que requieren atención especializada se encuentra este fenómeno.

3.- Evaluar los patrones de utilización y calidad de los servicios de salud

El 20% de la población en estudio tuvo algún problema de salud en los 3 meses previos a la entrevista. Independientemente de la severidad del problema de salud, el 77% de los inscritos al Seguro Popular que tuvieron problemas de salud en el último trimestre acudieron al médico; mientras que sólo el 67% de los no inscritos buscaron ayuda médica. La mitad de los individuos inscritos al Seguro Popular de Salud consideraron que su problema de salud era leve; sin embargo casi el 70% acudieron al médico, mientras que, más del 80% de los que consideraron su problema como moderado o severo, buscaron ser atendidos por un médico.

El 80% de los individuos, inscritos al Seguro Popular,

Independientemente de la severidad del problema de salud, el 77% de los inscritos al Seguro Popular que tuvieron problemas de salud en el último trimestre acudieron al médico; mientras que solo el 67% de los no inscritos buscaron ayuda médica.

Cuadro 11.- Distribución porcentual de los individuos inscritos en el Seguro Popular con algún problema de salud en los últimos tres meses según severidad y quien lo atendió,

Persona que atendió	Severidad del problema de salud			TOTAL
	Leve	Moderado	Severo	
Médico	69.5	83.9	86.0	77.1
Otro personal de salud	0.9	0.5	2.1	1.1
El mismo o nadie	22.0	10.9	7.4	15.6
Otro	7.6	4.7	4.5	6.2
TOTAL	50.9	22.8	26.3	100.0

Cuadro 12.- Proporción de individuos que obtuvieron atención médica ambulatoria en los últimos tres meses, según lugar de atención y condición de inscripción en el Seguro Popular

	Inscripción en el Seguro		TOTAL
	SI	NO	
SSA	33.2	45.2	41.0
Seguro Popular SSA	47.3	0.6	17.1
IMSS	1.6	3.5	2.8
ISSSTE	0.3	0.8	0.6
Privado	12.3	37.4	28.5
Otra institución pública	3.0	8.2	6.4
Otra	2.4	4.3	3.6

que buscaron atención médica ambulatoria la obtuvieron en instalaciones médicas de la Secretaría de Salud, y solo el 45% de los no inscritos acudieron a atenderse con médicos de la Secretaría de Salud. El 12.3% de los inscritos al Seguro Popular fueron atendidos en servicios médicos

El 80% de los individuos, inscritos al Seguro Popular, que buscaron atención médica ambulatoria la obtuvieron en instalaciones médicas de la Secretaría de Salud, y solo el 45% de los no inscritos acudieron a atenderse con médicos de la Secretaría de Salud

privados, en comparación con el 37.4% de los no inscritos. El resto de los inscritos al Seguro Popular fueron atendidos en instalaciones del IMSS (1.6%), en el ISSSTE (0.1%), en otra institución del gobierno, como SEDENA, PEMEX, Marina, (3.0%) y en otro tipo de institución médicas como hospitales civiles (2.4%).

Poco más del 87% de los usuarios de la Secretaría de Salud, inscritos o no al Seguro

Popular de Salud, regresarían a la misma unidad de atención médica. Porcentajes ligeramente más

elevados muestran los usuarios de los servicios médicos privados y de otra institución.

Poco más del 75% de los usuarios de la Secretaría de Salud,

Cuadro 13.- Proporción de individuos que obtuvieron atención médica ambulatoria en los últimos tres meses, según si regresaría al mismo lugar e institución que atendió

	Lugar de atención médica ambulatoria			
	Seguro Popular	SSA	Privada	Otra institución
Si	87.8	87.5	91.6	89.3
No	12.2	12.5	8.4	10.7

Cuadro 14.- Proporción de individuos que obtuvieron atención médica ambulatoria en los últimos tres meses, según calidad de la atención e institución que atendió.

	Lugar de Atención médica ambulatoria			
	Seguro Popular	SSA	Privada	Otra institución
Muy buena	13	14.8	28.3	17.8
Buena	63.2	61.4	66.4	64.1
Regular	17.5	20.2	4.6	15
Mala	5.5	3.5	0.5	2.5
Muy mala	0.8	0.2	0.2	0.7

inscritos o no al Seguro Popular de Salud califican como buena o muy buena la atención recibida; mientras que los usuarios de otras instituciones y de servicios médico privados califican como buena o muy buena a la atención recibida en 82% y 94.7% respectivamente. Esto señala que los usuarios del Seguro Popular de Salud son claramente más demandantes y severos en sus juicios que el resto de la población. Situación previsible y deseable de la población usuaria del Seguro Popular.

El 60.8% de los individuos inscritos al Seguro Popular de Salud y que requirieron de atención hospitalaria, fueron internados en unidades médicas de la Secretaría de Salud; mientras que, el 38.9% de los no inscritos

Distribución porcentual de los individuos que fueron hospitalizados en el último año, según lugar de hospitalización y condición de inscripción en el Seguro Popular			
	Inscripción en el Seguro		TOTAL
	SI	NO	
SSA	30.4	38.4	35.1
Seguro Popular SSA	30.4	0.5	12.8
IMSS	10.1	13.7	12.3
ISSSTE	0.7	1.4	1.1
Privado	8.8	20.9	15.9
Otra institución pública	2.7	3.3	3.0
Otra	16.9	21.8	19.8

fueron hospitalizados en la Secretaría de Salud. El 10.1% de los inscritos al Seguro Popular fueron hospitalizados en unidades médicas del IMSS y el 0.7% en el ISSSTE, esto probablemente al periodo de un año, que fue incluido en esta pregunta. El 8.8% de los inscritos que requirieron hospitalización en comparación con el 20.9% de los no inscritos en el Seguro Popular fueron internados en unidades médicas privadas. Finalmente, cerca del 20% fueron hospitalizados en otras instituciones, tanto entre los inscritos como en los no inscritos en el Seguro Popular.

El 90% de los usuarios del Seguro Popular que fueron

Distribución porcentual de los individuos que fueron hospitalizados en el último año, según si regresaría al mismo lugar e institución que atendió.				
	Lugar de Atención hospitalaria			
	Seguro Popular	SSA	Privada	Otra institución
Si	97.8	84.1	84.2	85.0
No	2.2	15.9	15.8	15.0

hospitalizados, informaron en la entrevista que regresarían al mismo lugar a hospitalizarse, en caso necesario. El 97.8% de los usuarios de la Secretaría de Salud, sin Seguro Popular, mencionaron que regresarían, y solo el 84.2% de los usuarios de los servicios médicos privados dijeron que regresarían al mismo lugar.

Poco más del 85% de los individuos que fueron hospitalizados durante el año previo a la entrevista en unidades médicas de la Secretaría de Salud inscritos en el SPS y 77% de los no inscritos en el Seguro Popular, califican

Cuadro 15.- Proporción de individuos que fueron hospitalizados en el último año, según calidad de la atención e institución que atendió.				
	Lugar de Atención hospitalaria			
	Seguro Popular	SSA	Privada	Otra institución
Muy buena	32.6	18.3	33.3	22.1
Buena	54.4	58.7	56.1	63.0
Regular	13.0	17.5	8.8	11.0
Mala	0.0	5.6	0.0	2.4
Muy mala	0.0	0.0	1.8	1.6

la calidad del servicio recibido como bueno o muy bueno. Los usuarios de los servicios médicos privados califican como buena o muy buena la calidad de la atención en un 84.4%; mientras que, los usuarios de otras instituciones lo hacen en casi un 85.1%.

4.- Cuantificar a la población con necesidades de salud no cubiertas.

Evaluar las necesidades no satisfechas en el renglón de servicios por parte del Seguro Popular al inicio del programa representa matices de

Cuadro 16.- Proporción de hogares con problemas de salud en los últimos seis meses y que no obtuvo atención médica, según condición de inscripción en el Seguro Popular			
Requirió de atención médica y no la obtuvo	Inscripción en el Seguro Popular		TOTAL
	SI	NO	
SI	6.1	3.9	4.6
NO	93.9	96.1	95.4
TOTAL	33.4	66.6	100.0

importancia: el primero se refiere a los ajustes que el programa recibe en sus fases piloto, la segunda está asociada con el empoderamiento de la población. En

este último es importante resaltar que la población debe empezar un proceso gradual en el que las demandas sean mayores y los motivos de insatisfacción mas comunes, en particular por el incremento en la expectativa de servicios. (Normand, C; Weber, A. 2002).

En este sentido la población de los hogares inscritos al Seguro Popular presentan un porcentaje mayor de necesidades de salud no cubiertas que los no inscritos, (6.1% y 3.9%) esta diferencia no es estadísticamente significativa.

La demanda insatisfecha, en el caso de los inscritos al Seguro Popular de Salud se refiere, principalmente a las demandas de consulta externa (64.7%), donde los no inscritos tienen notablemente menos quejas (44.8%). Otros servicios de

Cuadro 17.- Proporción de hogares que no obtuvieron atención médica según servicio e inscripción en el seguro popular

	Inscripción en el Seguro Popular	
	SI	NO
Servicio preventivo	17.7	21.8
Consulta Externa	64.7	44.8
Consulta Especialización	10.3	10.3
Hospitalización	7.4	6.9
Urgencias	25.0	33.3
Médico privado	1.5	4.6

importancia se refiere a la atención de urgencias que representa en 25.0% para la población inscrita y 33.3%, para los no inscritos. La demanda insatisfecha en otras áreas es equivalente entre las poblaciones en estudio. Llama la atención que aún es común la insatisfacción de acceso a la medicina privada, aún cuando en este caso es extremadamente rara entre los usuarios del Seguro Popular.

III. Identificar los componentes gerenciales del Programa

1.- Conocer el desempeño del seguro popular en su componente gerencial.

El desarrollo de la presente propuesta cuenta con datos empíricos de tipo etnográfico recopilados en los estados de Colima y Campeche, ambos de la primera etapa piloto del programa. Para ello, se realizó trabajo de campo en ambos estados, recopilando información por medio de entrevistas y observación participante en oficinas, módulos de aseguramiento, centros de salud y hospitales adscritos al Seguro Popular de Salud.

En el presente apartado se presenta la información obtenida directamente en las entidades federativas en las que se realizó trabajo de campo. Esta información se refiere a la promoción, la afiliación, la prestación de servicios y la disponibilidad de medicamentos.

Colima

a) Promoción. De acuerdo con la información recopilada en campo, en el nivel operativo las tareas de promoción son realizadas por el personal contratado para el programa, el cual realiza diversas actividades relacionadas entre sí. Al respecto, los promotores apuntaron que su trabajo está centrado en primer lugar en la conformación de brigadas de afiliación, mismas que acuden a poblados y colonias a promover el programa por medio de pláticas en los centros de salud, el reparto de trípticos informativos y el perifoneo. Los medios que se emplean en las tareas de promoción destacados por los promotores además de los trípticos y el

perifoneo son también los anuncios espectaculares, la prensa, la radio y la televisión, de los cuales en opinión de los directivos del programa, la radio es el medio que mayor éxito ha aportado a la difusión del Seguro Popular de Salud.

b) Afiliación. La afiliación al Seguro Popular de Salud puede llevarse a cabo tanto en los módulos del programa como en sus oficinas, mismas que forman parte de la infraestructura de los Servicios de Salud de Colima. El procedimiento que se sigue generalmente es tomar como punto de partida la promoción, misma que influye en que la ciudadanía se acerque a los módulos de afiliación.

Una vez en el módulo correspondiente, el personal responde a las dudas de los futuros derechohabientes y les persuade con la finalidad de que adquieran un seguro para sí y su familia. Al respecto, los promotores establecieron que las inquietudes que les manifiestan de manera más recurrentes quienes acuden a ellos están relacionadas con el tipo de servicios que se ofrecen así como con la disponibilidad de medicamentos.

Los promotores establecieron que las inquietudes que les manifiestan de manera más recurrentes quienes acuden a ellos están relacionadas con el tipo de servicios que se ofrecen así como con la disponibilidad de medicamentos.

En materia de proceso de trabajo, podría decirse que la Secretaría de Salud de Colima en coordinación con la federación implementó una infraestructura informática orientada a facilitar en gran medida las tareas de los promotores. Esta infraestructura cuenta, aparte de

Cuando el usuario se ubica en los deciles más bajos se pone en la cédula la leyenda “subsidiado”, absorbiendo el Gobierno estatal el monto correspondiente.

módulos debidamente señalizados, con equipo de cómputo en los que el personal introduce los datos generales y socioeconómicos del usuario para generar una plantilla en la que automáticamente se establece su tabulador y el monto que debe aportar; al respecto, cuando el usuario se ubica en los deciles más bajos se pone en la cédula la leyenda “subsidiado”, absorbiendo el Gobierno estatal el monto correspondiente. En este caso, personal directivo del programa enfatizó que este subsidio es aportado por adelantado a fin de cumplir con las instrucciones del Gobernador de no dejar a nadie fuera del programa.

Una vez que el usuario queda afiliado al Seguro Popular de Salud, recibe junto con su credencial un folleto en el que se le enuncian sus derechos así como una lista en la que detallan los medicamentos a que tendrá acceso. En este punto es importante consignar que en Colima se realizaron algunas modificaciones operativas tales como ampliar el número de acciones en materia de atención a la salud de 78 a 110 y el cuadro básico de medicamentos de 191 a 221.

c) Prestación de servicios. Un aspecto que resultó problemático para prestadores de servicios tanto del primero como del segundo niveles de atención, fue el discriminar entre usuarios asegurados por el seguro popular y no asegurados. En este punto hubo correspondencia de opiniones en el sentido de que les resultaba difícil priorizar a un grupo respecto del otro, por lo que se está trabajando en procedimientos de mejora continua de la calidad derivados de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, buscándose que estas mejoras en tiempos de espera y en procedimientos terapéuticos beneficien a los usuarios de los servicios de salud sin importar su condición de derechohabiente o no al

Un aspecto que resultó problemático para prestadores de servicios tanto del primero como del segundo niveles de atención, fue el discriminar entre usuarios asegurados por el seguro popular y no asegurados.

Seguro Popular de Salud.

Es importante destacar que aparte de los dilemas relacionados con la atención a la población, se identificaron también algunas modificaciones locales al catálogo de intervenciones de las Reglas de Operación de Seguro Popular de Salud donde éste en Colima consta de 115 acciones frente a 78 del catálogo de beneficios médicos del Plan Familiar del programa.

En el primer nivel destaca la correspondencia de opiniones entre el Jefe Jurisdiccional y el médico encargado del centro de salud en el sentido de que el programa no creó un aumento en la demanda de atención médica. En este sentido, el médico del centro de salud destacó que el trabajo cotidiano rara vez excede las 10 consultas, amén de que diversas consultas relacionadas por ejemplo con la atención de partos las refiere directamente al hospital “para evitar riesgos y complicaciones”, aun cuando sus usuarias hayan tenido sus embarazos debidamente controlados en el centro de salud.

d) Medicamentos. El tema de los medicamentos mostró diversos aspectos de interés en materia de atención y expectativas de los derechohabientes. Cabe destacar que si bien no se tuvo la oportunidad de verificar a fondo las listas disponibles, fue posible recopilar en campo algunos aspectos de interés tales como la verificación de la existencia de un sistema de control que abarca las compras, el almacenaje, la distribución y el consumo de los mismos, así como las modificaciones que hizo la Secretaría de Salud de Colima al cuadro básico publicado en las Reglas de Operación del programa.

El sistema de control de medicamentos fue diseñado por uno de los trabajadores del Seguro Popular de Salud de Colima

El sistema de control de medicamentos fue diseñado por uno de los trabajadores del Seguro Popular de Salud de Colima, aunque se nutre de buena parte de los procesos existentes en la Secretaría de Salud del Estado. En este caso particular, nos fue referido por el personal directivo del programa que su manejo sigue la normatividad vigente para la Secretaría de Salud, aunque se ha hecho un gran esfuerzo para manejar por separado los recursos financieros y los medicamentos correspondientes al Seguro Popular de Salud.

El control de medicamentos en las unidades se realiza a través de los recetarios propios del Seguro Popular de Salud entregados a los médicos para que prescriban a los derechohabientes en las recetas correspondientes. Sobre este tema, fue referido por los directivos estatales que si bien hubo lineamientos de la federación para la elaboración de

El control de medicamentos en las unidades se realiza a través de los recetarios propios del Seguro Popular de Salud entregados a los médicos para que prescriban a los derechohabientes

los recetarios, ellos le imprimieron también su sello propio introduciendo algunas modificaciones. Al respecto, en las unidades visitadas se verificó la disposición de los recetarios, y se observó también a derechohabientes surtiendo sus recetas sin problema alguno.

Campeche

a) Promoción. Con base en la información recopilada en la entidad, la promoción se lleva a cabo por brigadas que vinculan el trabajo de promoción y afiliación. De acuerdo con la información aportada por los promotores, las brigadas realizan, con base en un programa de trabajo, visitas a las comunidades ubicadas en los municipios seleccionados para la primera etapa del Seguro Popular de Salud. En este caso, las brigadas recurren a la realización de pláticas informativas en unidades de salud o en centros de reunión como las escuelas, tal y como se

documentó directamente. De manera adicional, la promoción se realiza también utilizando el perifoneo, mismo que se realiza con equipo de las unidades de salud.

Como parte de la estrategia de medios implementada en el Estado, el personal privilegió el trabajo directo con la población. En este caso, son las pláticas el medio más utilizado, mismo que se acompaña del reparto de trípticos y folletos. De manera adicional, se comentó que también se han

El Gobierno del Estado de Campeche promociona de manera directa el Seguro Popular de Salud como uno de los logros en materia de gestión más importante de la actual administración.

empleado otros medios tales como la radio y la prensa escrita para promocionar el programa, a la vez que se han obtenido beneficios de la campaña nacional desplegada por televisión. Destaca también en este punto que la página electrónica del Gobierno del Estado de Campeche promociona de manera directa el Seguro Popular de Salud como uno de los logros en materia de gestión más importante de la actual administración.

Como una innovación local destaca el que se hayan realizado para la radio, promocionales en lengua maya

Como una innovación local destaca el que se hayan realizado para la radio, promocionales en lengua maya, misma que tiene una presencia muy significativa en la región.

b) Afiliación. Al igual que en Colima, los módulos del programa en Campeche cumplen con la finalidad de aclarar las dudas de los interesados cuando éstos han decidido acudir a éstos como resultado de la promoción previa. Destaca en este punto que el personal del programa en materia de afiliación enfatizó la importancia del cumplimiento de los criterios establecidos en las Reglas de Operación para tal fin, razón por la cual se observó que los promotores – afiliadores son muy precisos

al informar a los ciudadanos acerca de lo cubre y lo que no cubre el Seguro Popular de Salud.

Es importante destacar en este punto un conjunto de aspectos destacados en materia de la afiliación que se realiza en Campeche. En primer lugar no existe la cuota cero, es decir, todos los futuros asegurados aportan una cuota incluidos los beneficiarios del programa Oportunidades; en segundo lugar, los usuarios afiliados se encuentran dentro de los tres deciles más bajos, correspondiendo la mayoría de ellos a los dos más bajos; tercero, de acuerdo con las observaciones realizadas, los “ajustes” que realiza el personal no colocan a los usuarios más allá de un decil más abajo del que arrojó el programa de afiliación en el estudio socioeconómico.

En materia de manejo de la información, se ha procurado que todos los folios de afiliados se concentren en las oficinas centrales mediante un proceso en el cual se registran en discos compactos los nuevos afiliados a fin de que el Jefe del Departamento de Afiliación concentre la información, llevándose con ello un padrón completo, actualizado e integrado de derechohabientes.

c) Prestación de Servicios. En relación con la accesibilidad a los servicios de salud para la población derechohabiente, el personal tanto directivo como operativo destacó la importancia de contar con dos hospitales en el Seguro Popular de Salud, lo cual les permitirá brindar

El personal era enfático al explicar a los futuros asegurados que tanto las intervenciones médicas como el cuadro básico de medicamentos eran limitados

atención de segundo nivel en el centro y el sur del Estado. Sobre el particular, nos fue referida la importancia de dar buena orientación a los derechohabientes relacionada con la utilización adecuada de los servicios, lo cual busca evitar la

saturación de los hospitales y fortalecer a los centros de salud vinculados al programa.

Durante nuestra estancia en el Módulo de atención del Hospital General de Campeche se pudo observar una afluencia constante de usuarios que acudían al módulo fuera a preguntar, o bien a continuar y / o a finiquitar sus trámites de aseguramiento. Como parte de estas actividades, el personal era enfático al explicar a los futuros asegurados que tanto las intervenciones médicas como el cuadro básico de medicamentos eran limitados, para lo cual les hacían entrega de un folleto denominado “*carta de Derechos del asegurado*”.

Este módulo estaba integrado por tres promotores y una médica del PAC comisionada por los Servicios de Salud precisamente para orientar a los derechohabientes y usuarios, así como para fortalecer las actividades del módulo relacionadas con surtimiento de recetas y gestión de medicamentos. Este personal contaba con una computadora, una impresora y una cámara fotográfica para realizar sus actividades de orientación y apoyo a los usuarios, equipamiento que no se observó en otro módulo instalado en un centro de salud de la ciudad capital.

d) Medicamentos. En el caso particular del tema de los medicamentos se recopiló información que muestra la necesidad de desarrollar mecanismos de control y distribución de medicamentos en Campeche, dada la importancia de este tema como factor condicionante de la afiliación de la población. El abordaje de esta temática muestra de inicio que en Campeche no se hicieron modificaciones al listado original publicado en las Reglas de Operación del Seguro Popular de Salud. De acuerdo con la información recopilada en campo, el manejo en general de los medicamentos se lleva a cabo de manera centralizada, concentrándose éstos en un almacén central desde el cual se distribuyen a los distintos programas y regiones.

V. Realizar las recomendaciones que sean pertinentes

a) Conclusiones

La información presentada en este informe permite establecer que el Seguro Popular de Salud representa el programa que da forma a la estrategia de Protección Financiera de la Secretaría de Salud, la cual deriva de la evidencia disponible que señala la existencia de una notable inequidad en la distribución de recursos para la salud, en particular entre aquellas poblaciones que tienen derecho a los servicios de la Seguridad Social (derechohabiente) y aquellos que no cuentan con este recurso (no derechohabiente). En el esquema propuesto por el Seguro Popular, la población realiza aportaciones solidarias y la Federación transfiere la mayor parte de los recursos necesarios, con lo que, se busca reducir la probabilidad de que la atención de problemas de salud, cuya carga financiera recae frecuentemente en las familias, lleguen a afectar el nivel de vida o pongan en riesgo la satisfacción de otras necesidades básicas. La protección financiera que promueve el Seguro Popular de Salud empodera a la población para demandar la más alta calidad en relación al tipo de los servicios que reciben.

De acuerdo a la información disponible, es alta la posibilidad de que los gastos en salud tengan un efecto negativo en la economía de las familias, especialmente a partir del conocimiento de que el gasto de bolsillo representa el 52% del gasto total en salud. El gasto en salud familiar se ha definido como semi-catastrófico o catastrófico dependiendo de la proporción que representa del monto mensual de los ingresos disponibles.

En este contexto, el Seguro Popular de Salud inició en cinco estados piloto, siendo estos Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco. En los cuales el periodo de organización e implementación del Seguro Popular tomó los primeros meses del año y el proceso de promoción y afiliación, se encuentra en su etapa más dinámica. Es por esto que se considera que la evaluación de la experiencia inicial del Seguro Popular, aún cuando limitada en algunos indicadores económicos, será de utilidad para refinar los procedimientos de promoción, afiliación y la provisión de los servicios de salud.

La estrategia de evaluación utilizó dos procesos, en la evaluación de impacto, se identificaron las características sociodemográficas de la población objetivo del Seguro Popular, el gasto en salud, la posibilidad de presentar gasto catastrófico y la disposición a pagar la prima del Seguro Popular. A pesar de que el programa se encuentra en su fase inicial, se buscó evaluar los cambios, cuantitativos y cualitativos, en las condiciones financieras y de salud de la población.

Adicionalmente, la evaluación de gestión sirvió para determinar las características de la operación de los servicios, así como el nivel de eficiencia global del programa, desde la administración de los recursos hasta los procesos de funcionamiento y otorgamiento de los servicios.

Las conclusiones más relevantes de la evaluación realizada se listan a continuación:

Evaluación de Impacto

1.- La población en el estudio nacional, se distribuyó proporcionalmente entre derechohabiente y no derechohabiente. Sin embargo, al evaluar otras características se demostró que la población más joven, los más pobres y los hogares donde la mujer es el jefe de familia, tienen mayor probabilidad de no ser derechohabientes de algún servicio de seguridad social. Este resultado ubica el

segmento de la población en el que es más necesario el Seguro Popular, debido a que esta población es la que se encuentra en mayor riesgo de tener gastos catastróficos en salud, ya sea por tener que pagar del bolsillo por falta de los servicios o por las severas limitaciones económicas en las que generalmente se encuentran.

2.- El análisis realizado mostró que el 6.2% de la población incurre en gastos de salud trimestrales que le lleva a presentar algún grado de empobrecimiento; el 4.2% de los mismos se ubican en la categoría de semi-catastróficos (30 – 50% del gasto disponible) y el 2.0% se ubican como gasto catastrófico (más del 50% del gasto disponible). Con este dato la información que la Secretaría de Salud ha dado a conocer sobre gasto catastrófico se confirma, estimándose que cerca de 2 millones de hogares cada año presentan gastos catastróficos. Lo que no había sido adecuadamente señalado es que este riesgo es 10 veces superior en la población más pobre y que, adicionalmente, otros 4 millones de hogares realizan gastos semi-catastróficos, que de igual manera se encuentran con una frecuencia mayor notablemente entre la población más pobre. La información disponible sugiere que otra forma de evaluar la falta de acceso se refiere al análisis de la demanda insatisfecha, la cual representa una cuarta parte (25%) de los eventos en salud. En este caso, la razón de la no atención referida es diferente entre los derechohabientes, quienes no consideraron que fuera necesario en contraste con lo que los no derechohabientes refirieron, puesto que un tercio de ellos refirió no atenderse por una razón económica.

3.- El nivel de aceptación de un programa como el Seguro Popular es elevado, el Seguro Popular de Salud está diseñado para la población no derechohabiente, con esta consideración cerca de la mitad de la población queda fuera del área de competencia del Programa (Figura 2). La población no asegurada representa entonces el 50.8% de la población objetivo, de éstos poco más de la mitad aceptaría pagar por ser inscritos en el Seguro Popular, lo cual representa el 30.4% del total de la población nacional. Al preguntar a la población que ya había recibido

información sobre el Seguro Popular, si se habían aceptado hacer el pago de la inscripción, de los interesados, la mitad había decidido realizar el pago. Con esto, la población potencial del Seguro Popular corresponde al 15.2 % de la población nacional. El potencial del Seguro Popular es considerable en México, al generalizar el programa en el país, es factible que se constituya como el segundo asegurador a nivel nacional. Este nivel de aceptación y la cobertura inicial lograda no son de extrañar si se considera el alto riesgo de padecer gastos semi y catastróficos, por parte de la población.

Es necesario tener presente, sin embargo, que estos niveles de aceptación pueden verse afectados si no se satisfacen las expectativas de los asegurados, empezando desde las condiciones de los establecimientos de salud hasta la calidad y trato en el servicio.

4.- La disposición a pagar se estudió extensivamente, en particular en los estados piloto, a fin de identificar las características que determinan el tipo y monto de la participación de la población. Con base en estas estimaciones fue posible establecer que la población joven – en particular la que se encuentran en la etapa reproductiva – estaría dispuesta a pagar, en promedio montos cercanos a los 300 pesos mensuales por un Seguro Popular de Salud. Una segunda característica determinante para el monto aceptable se refiere al tamaño de la familia y el tercer elemento es la presencia de enfermos crónicos en la vivienda. Se considera que esta distribución de la disposición a pagar no es debida al azar, puesto que es durante la edad reproductiva cuando la población requiere un mayor acercamiento a los servicios, sólo superado cuando la familia tiene personas con enfermedades crónicas.

5.- Los elementos que la Secretaría de Salud ha incluido como parte del Seguro Popular fueron evaluados en el interés de la población. Los resultados muestran que, en términos generales, la expectativa de buen trato, mejor acceso, ampliación

de horarios, la dotación de insumos y medicamentos y la posibilidad de seleccionar a su médico fueron considerados como muy importantes por la población. Resulta notable también que a pesar de que se ha manifestado interés en la provisión de medicamentos, otros aspectos de la consulta (instrumental completo, citas, consultas los sábados y por las tardes) y de la calidad del servicio son igualmente relevantes para la población.

Evaluación de la Gestión

6.- La información aquí consignada sugiere que el Seguro Popular de Salud, aun y cuando cuenta con Reglas de Operación muy precisas, opera en condiciones distintas en los estados seleccionados para el plan piloto. En principio, la etapa inicial del Seguro Popular de Salud fue evaluada en dos estados que atravesaban por procesos sociales complejos, y donde la diversidad cultural en torno a las necesidades de salud juega un rol importante en materia de acceso y utilización de servicios de salud.

7.- En materia de promoción del programa, se observó que se han aprovechado medios que abarcan desde la promoción televisiva impulsada por la federación hasta los medios locales. De manera adicional, en Colima se ha aprovechado el apoyo del gobierno estatal en materia de promoción publicitaria, mientras que en Campeche se han promovido programas en lengua maya para, buscándose en ambos casos una mayor penetración mediática del programa hacia su población blanco.

Las similitudes en materia de trabajo de promoción con equipos integrados por personal del Seguro Popular de Salud en cada estado son igualmente relevantes, considerándose en ambos casos que los promotores han sido un elemento clave del programa para hacerlo llegar a las zonas más apartadas. Al respecto, este esfuerzo debe ser valorado y considerarlo como una de las fortalezas del programa.

Otro aspecto relevante relacionado con la promoción fue la información sobre el programa proporcionada a la población por los promotores, tema sobre el que se identificaron algunas diferencias relacionadas con el apoyo estatal. Sobre este tema destaca el que en uno de los estados la promoción haya girado en torno a la gratuidad mientras que en el otro no, tema que puede ser entendido a partir de la aportación realizada por uno de los gobiernos para financiar el acceso a los sectores ubicados en el tabulador en los dos deciles más bajos. Este quizá sea uno de los temas más sensibles de la promoción, puesto que las Reglas de Operación no establecen gratuidad en ninguno de los casos. De hecho, mientras en uno de los estados el Gobierno estatal pagó las cuotas de los derechohabientes pertenecientes al programa Oportunidades en el otro acuden los promotores el día del pago a las familias de este programa asistencial para convencerlos de la importancia de su aportación económica al Seguro Popular de Salud.

8.- En materia de afiliación se identificaron diferencias importantes, las cuales giran en torno a la aplicación del tabulador y el otorgamiento de los beneficios del programa. Al respecto, en el primer caso, mientras uno de los estados buscó por medio de diversas estrategias incluir al mayor número de derechohabientes para cubrir o superar su meta de afiliación, en el otro se busca asegurar únicamente a las personas que después de su estudio socioeconómico realizan su aportación económica al programa aun estando en el decil más bajo del tabulador de cuotas.

Es importante señalar que mientras en uno de los estados visitados se aplicaban subsidios a la gran mayoría de los usuarios que acudían a los módulos de aseguramiento, en el otro se aplicaba el criterio del afiliador para colocar al usuario en un decil más bajo cuando a su juicio la persona interesada en asegurarse no podría cubrir el monto solicitado para ser incluido en el programa.

Los módulos de aseguramiento en las unidades de segundo nivel y en las oficinas centrales de ambos estados estaban bien equipados, contando con computadoras, impresoras y cámaras fotográficas, equipo que en su conjunto se utiliza para la realización de los estudios socioeconómicos de los usuarios. En contraste, los módulos ubicados en unidades del primer nivel funcionan más como módulos de información que de afiliación por no contar con la misma infraestructura que los módulos ubicados en unidades de segundo nivel, situación que se compensa en ambos estados mediante el uso de equipo móvil para hacer más accesible el servicio a la población.

Las metas de afiliación se modificaron en uno de los estados de 11,940 familias a 26,341 familias, en el otro fue de 9,700 sin haberse modificado. Al momento de la evaluación se encontraban en cumplimiento parcial de la meta con 14,000 familias en Colima, y 3,500 en Campeche.

9.- En materia de atención a los usuarios se observó el dilema de diferenciar población derechohabiente de la no derechohabiente tanto para la atención médica como para el otorgamiento de medicamentos, ya que hasta el momento, el personal de las unidades de salud, considera a los usuarios indistintamente como “población abierta”.

En este rubro, algunas de las diferencias identificadas entre ambas entidades federativas muestran el desarrollo de aportaciones estatales a la prestación de servicios a los derechohabientes. Destaca que en el caso de Colima se incrementó el número de intervenciones médicas establecidas en las Reglas de Operación, mientras que en Campeche se desarrolló un sistema de manejo de pacientes que permite establecer de manera automatizada para el segundo nivel de atención tanto las consultas de especialidad como los recursos asignados a la atención de las mismas.

De manera adicional, podría decirse que en ambos estados existe escasa información entre los prestadores de servicios sobre la naturaleza e iniciativas del Segundo Popular de Salud, así como la idea de que con este programa se incrementará su carga de trabajo. Para subsanar esta percepción equivocada, se realizan pláticas de sensibilización dirigidas al personal de las unidades de atención con la finalidad de establecer acuerdos tendientes a reducir la tensión que ocasiona al personal sobre todo la idea de que se incrementará su carga de trabajo.

10.- En el caso de los medicamentos, se identificaron un conjunto de diferencias que sugieren la importancia de un manejo adecuado de los recursos asignados al Seguro Popular de Salud, por ser éstos fundamentales para su operación y aceptación. En uno de los estados se desarrolló un sistema administrativo y contable para el manejo de los recursos del programa, así como un conjunto de procedimientos para la compra, almacenaje, distribución, inventario, prescripción y otorgamiento de medicamentos a los derechohabientes y recetarios propios.

En otro caso no se contaba con un sistema administrativo para la administración de los recursos del programa. Como consecuencia de ello se observaron algunas dificultades para el surtir adecuadamente las recetas.

Evaluación de Impacto – Resultados iniciales

11.- Uno de los principales problemas documentados en programas similares al Seguro Popular, es la sobrecarga del sistema por la población con mayores problemas de salud y menores recursos, situación donde el pago solidario no es posible y la viabilidad financiera del Seguro Popular se reduce. En este sentido se realizó un riguroso análisis para contrastar a la población inscrita, con aquellos que aún no forman parte del Seguro Popular de Salud. Los resultados mostraron que existen pequeñas diferencias en cuanto a características demográficas; sin embargo, ninguna de ellas de suficiente magnitud para considerar un riesgo para

el Seguro Popular. Por otro lado, al considerar los niveles de salud de la población fue claro que la proporción de individuos que han tenido algún problema de salud en los últimos tres meses, aquellos que tienen algún padecimiento crónico y aquellos que demandan hospitalización, así como los casos de embarazo y parto, es mayor en los inscritos al Seguro Popular. Estos indicadores de demanda de atención especializada sugieren claramente en el inicio de su operación escenarios desfavorables para el Seguro Popular.

12.- La población que se ha inscrito al Seguro Popular tiene una mayor probabilidad de utilizar los servicios de salud en los casos de enfermedad, que los no inscritos. (77% contra 67%) Esta diferencia en la utilización se encuentra, principalmente, en los casos que se consideraron leves y moderados.

Una vez que la población se inscribe al Seguro Popular, utiliza los servicios. De la población no derechohabiente de la Seguridad Social, el 80% de los inscritos al Seguro Popular utilizaron los servicios que la Secretaría de Salud provee, en contraste solo el 45% de los no inscritos utilizaron estos servicios.

El hecho de que alrededor del 90% de la población inscrita al Seguro Popular declare que regresaría a atenderse a instalaciones médicas ambulatorias de la Secretaría de Salud es importante en términos de la satisfacción del usuario y el servicio que brindan las unidades médicas; sin embargo, preocupa que sólo una octava parte de la población usuaria declare como “muy buena” la calidad del servicio médico ambulatorio, menos de la mitad que en el servicio privado. En contraste, los resultados para los usuarios del Seguro Popular cuando requirieron hospitalización, son alentadores. De hecho, solo se compara con la calificación otorgada a los servicios médicos privados.

13.- El principal motivo de insatisfacción, en el caso del Seguro Popular de Salud, se refiere a la consulta externa, en donde aún se tienen fallas de importancia para la provisión del servicio. En el caso de otros servicios como son hospitalización,

urgencias o consulta especializada las demandas de los inscritos son semejantes a las presentadas por los no inscritos. Adicionalmente, una proporción de la población tiene conciencia poco clara de sus derechos, ya que un pequeño porcentaje, continúan asistiendo con el médico privado por lo que incurren en doble gasto.

14.- El análisis de la asociación entre el nivel económico de la población no derechohabientes de la seguridad social y la disposición a aportar la cuota familia de aseguramiento muestra resultados de interés; en particular que las familias en los niveles más altos de ingreso están poco interesados en el Seguro Popular, concentrándose el potencial e interés de afiliación en la población de menores ingresos.

b) Recomendaciones

El Seguro Popular de Salud inició sus actividades durante el presente año, situación que determina una baja probabilidad de identificar cambios en los patrones de gasto y los indicadores de gasto en el hogar. Por otro lado, se tuvo una clara visión de los procesos de promoción, afiliación y el inicio de las actividades del Seguro Popular, tendencias todas consignadas en las conclusiones, en este sentido se derivan las recomendaciones:

1. La aceptación del Seguro Popular es clara, en particular debido a la inclusión de los medicamentos, la reducción en los tiempos de espera y mejoría en la calidad de la atención. Estos tres elementos deben ser claramente el eje en el que el Seguro Popular se desarrolle. La notable aceptación que tiene en la población, puede experimentar cambios drásticos si la provisión de estos elementos falla.
2. Se sugiere un análisis más riguroso de la capacidad potencial de producción de los servicios de los centros de salud de la Secretaría de Salud, en los estados piloto con el fin de asegurar el acceso y atención oportuna de la población a los servicios de atención médica especializada cuando esta sea necesaria.
3. El Seguro Popular de Salud debe continuar desarrollando procedimientos para identificar a la población objetivo. Las conclusiones de la evaluación muestran que es la población del menor nivel de ingreso los que pueden ser mayormente beneficiados por el Seguro Popular, en particular mediante el fomento de la afiliación de familias en las que en las que la mujer es la jefa de familia. Estos grupos coinciden con aquellos que tienen el mayor riesgo de tener gastos catastróficos.

4. Otros grupos de bajo riesgo deben recibir una mejor promoción a fin de lograr este “pago solidario”, en donde se transfiera el costo a grupos de mayor ingreso y menor probabilidad de enfermar, beneficiándose a cambio con las intervenciones preventivas consignadas en las Reglas de Operación que podrían generar a mediano plazo gastos significativos (atención dental, detección oportuna e intencionada de padecimientos crónicos). Estos grupos difícilmente pueden ser identificados en las unidades de salud, por lo que la promoción en otras áreas (áreas centrales, otras oficinas de gobierno, centros comerciales, etc.) es indispensable.
5. Adicionalmente, la evaluación señala que la distribución demográfica de la población es adecuada, pero la distribución de la enfermedad es notablemente mayor en la población afiliada; esto refuerza la percepción de que se requiere incrementar las áreas de captación de la población para el Seguro Popular y fomentar los programas preventivos entre los derechohabientes sanos.
6. La afiliación del Seguro Popular de Salud es voluntaria; sin embargo, esto no lo limita a buscar afiliaciones de grupos u organizaciones sociales que faciliten la inscripción y la recolección de cuotas. Este ejemplo se ha dado en Colima y Jalisco con la inclusión de la población de Oportunidades.
7. Sobre el programa de cuotas es necesario garantizar que se considere este pago solidario como un componente esencial del Seguro Popular, por lo que se considera importante que ninguna familia deje de aportar la parte de la prima que le corresponde. En este mismo sentido es importante garantizar que el instrumento para la identificación de la condición socio-económica de la población sea aplicado de manera

correcta y que las apreciaciones personales no influyan en la ubicación de la familia en la categoría que le corresponda.

8. Las poblaciones objetivo del Seguro Popular de Salud y el Seguro Familiar voluntario del IMSS son diversas. El segmento poblacional en el que el Seguro Familiar es más eficiente según nuestro análisis, es el de mayor ingreso. Por otro lado, es la población de más bajo ingreso en donde el Seguro Popular puede tener un mejor impacto. Por esto, es importante que ambos tipos de Seguro trabajen coordinadamente a fin de incrementar el impacto y cobertura de ambos programas.
9. Se sugiere el desarrollo e implementación de un sistema único de inscripción al seguro popular, el cual pueda ser accesado a nivel central, estatal, jurisdiccional y por unidad médica.
10. Es recomendable que la promoción se haga por distintos canales y que los mensajes se adecuen a las características socio-culturales de las poblaciones a afiliar en cada entidad.
11. En términos gerenciales, se considera relevante asegurar que la operación del seguro popular en cada estado se mantenga independiente de la operación cotidiana de los Servicios de Salud.
12. En la evaluación del Seguro Popular de Salud se identifican factores que pueden actuar como indicadores del desempeño de metas específicas, entre los indicadores disponibles se encuentran:
 - i. Acceso – Obtención de servicios en tiempo y forma
 - ii. Pertinencia – de acuerdo a necesidades y estándares
 - iii. Continuidad – Coordinación, conducción, integración y mecanismos de referencia y contrarreferencia en los servicios.
 - iv. Eficiencia técnica

- v. Competencia de los proveedores
- vi. Resultados en salud
- vii. Calidad

13. La fortaleza financiera del Seguro Personal de Salud está referida a los recursos que ingresen vía población o recursos gubernamentales. Por el otro lado, la población tiene un acceso más fácil a los servicios, lo cual puede favorecer la sobre-utilización de los mismos. Una posibilidad de limitar este sobre-uso que puede determinar riesgos económicos es implementar una política de copagos. Una de las alternativas sería implementar el copago en los medicamentos (individuales o por receta surtida), una segunda opción se refiere a los casos de gastos extraordinarios, como ejemplo la consulta directa con médicos especialistas.

14. Los fondos para apoyar las operaciones del seguro popular en los estados deben ser transferidos en los tiempos definidos para garantizar la continuidad del programa. Para ello se requiere reforzar la capacitación del personal médico ambulatorio en cuanto a su relación interpersonal con el paciente sobre todo en lo relativo a la explicación de la enfermedad y de su tratamiento al paciente, ya que éstos son dos aspectos altamente valorados por los usuarios del Seguro Popular.

15. Se requiere determinar con precisión la relación entre ingreso y gasto del Seguro Popular, principalmente se requiere contar con información sobre el manejo de medicamentos y su participación en el costo del Seguro, para esto se recomienda integrar información sobre:

- i. Las cuotas que paga el asegurado
- ii. Número de consulta y tipo
- iii. Medicamentos en uso del cuadro básico

- iv. Medicamentos utilizados que quedan fuera del cuadro básico y que son recetados a los asegurados

Esto permite considerar la cobertura del paquete de servicios, actualizar los costos e identificar nuevos riesgos a la salud que pueden incluirse en el paquete de servicios.

BIBLIOGRAFIA

Eichler Rena, et al. Financiamiento del seguro social de la salud: Una Herramienta para la Evaluación del Seguro Social para Decisiones Referentes a las Políticas. Publicación Núm. 42 de la Iniciativa de Reforma del Sector Salud en Latinoamérica y el Caribe (LAC); Boston Massachussets, noviembre 2000.

Frenk J, et al. Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, 1994.

Fundación Mexicana para la Salud, La dimensión política en los procesos de reforma del sistema de salud, documentos para el análisis y la convergencia 13. FUNSALUD, México, 1995.

Knaul Felicia, et al. The impact of extending universal pre-paid coverage on the fairness of financial finance and catastrophic health espendirures in México. Documento de trabajo, WHO 2001.

Infante Alberto, et al. Reforma de los sistemas de salud en América latina y el Caribe: situación y tendencias. Rev. Panam Salud Publica /Pan Am J Public Health 8(1/2), 2000; 13-20.

Madies Claudia Viviana, et al. Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas del sector de la salud. Rev. Panam Salud Publica /Pan Am J Public Health 8(1/2), 2000; 33-42

Organización Internacional del Trabajo, Organización Panamericana para la Salud (OIT-OPS), El gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe: razones de eficiencia para la extensión de la protección en salud, OIT-OPS, México 1999.

Titelman Daniel, et al. Hacia una nueva seguridad social en el siglo XXI: sin solidaridad en el financiamiento no habrá universalidad. Rev. Panam Salud Publica /Pan Am J Public Health 8(1/2), 2000; 112-117.

Secretaria de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México, D.F.: SSA, 2001.

Drummond M, O'Brien B, Stoddart G, Torrance G, 1999. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. 2ª ed, Oxford University Press. UK.

Johansson PO, 1995. *Evaluating Health Risks: An economic approach*. Cambridge University Press. UK.

Drummond M, 1993. "The Contribution of health economics to cost – effective health – care delivery2. En : Drummond M, Maynard A, Wells N. *Purshasing and Providing Cost –effective Health Care*. Churchill Livingstone, 1ª. Ed. Pp: 16 – 30.

Clemmer B, Haddix A, 1996. Cost Benefit Analysis. En : Haddix A, Teutsch S, Shaffer P, Duñet D. *Prevention Effectiveness: A guide to decision analysis and economic evaluation*. Oxford, Oxford University Press. Pp: 85 – 102.

Creese A, 1994. Cost Benefit Analysis. En : Creese A, Parker D. *Cost analysis in primary health care: A training manual fro programme managers*. England, World health Organization.

Secretaria de Salud. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000; SSA-INSP (No publicado)

Scrimshaw S. & Hurtado H. *Rapid Assessment Procedures*, United Nations University-UCLA, 1987

Acuerdo por el que la Secretaria de Salud da a conocer las Reglas de Operación e indicadores de gestión y operación del Seguro Popular de Salud. Diario Oficial de la Federación. 15 de marzo del 2002

Normand, C; Weber, A. Social Health Insurance – A guidebook for planning. WHO-ILO 2002.