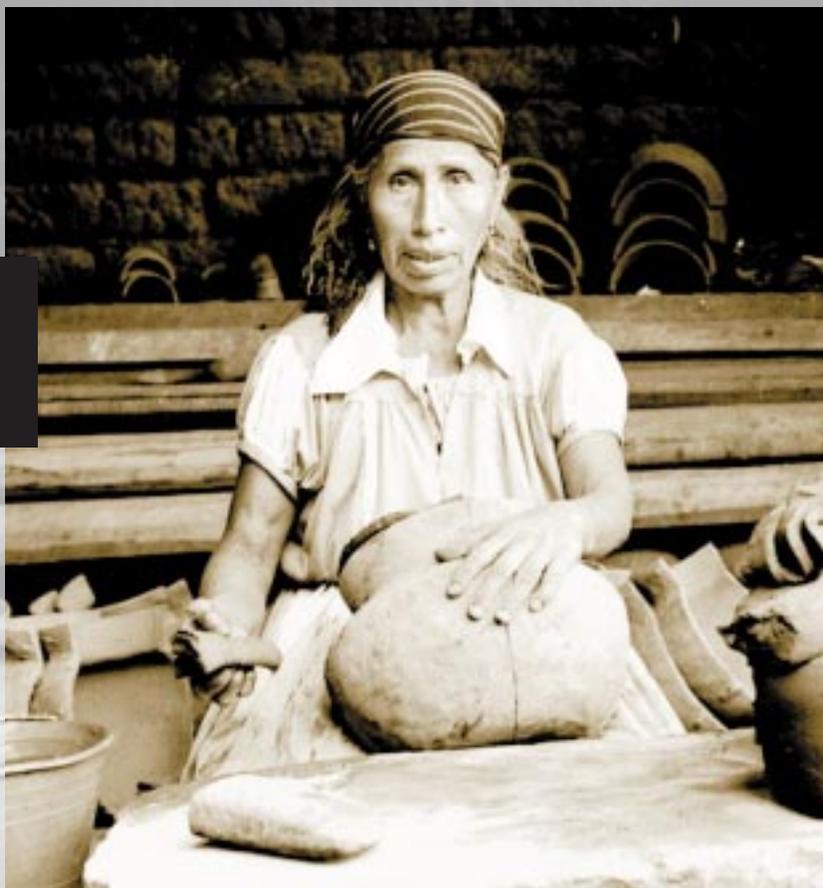
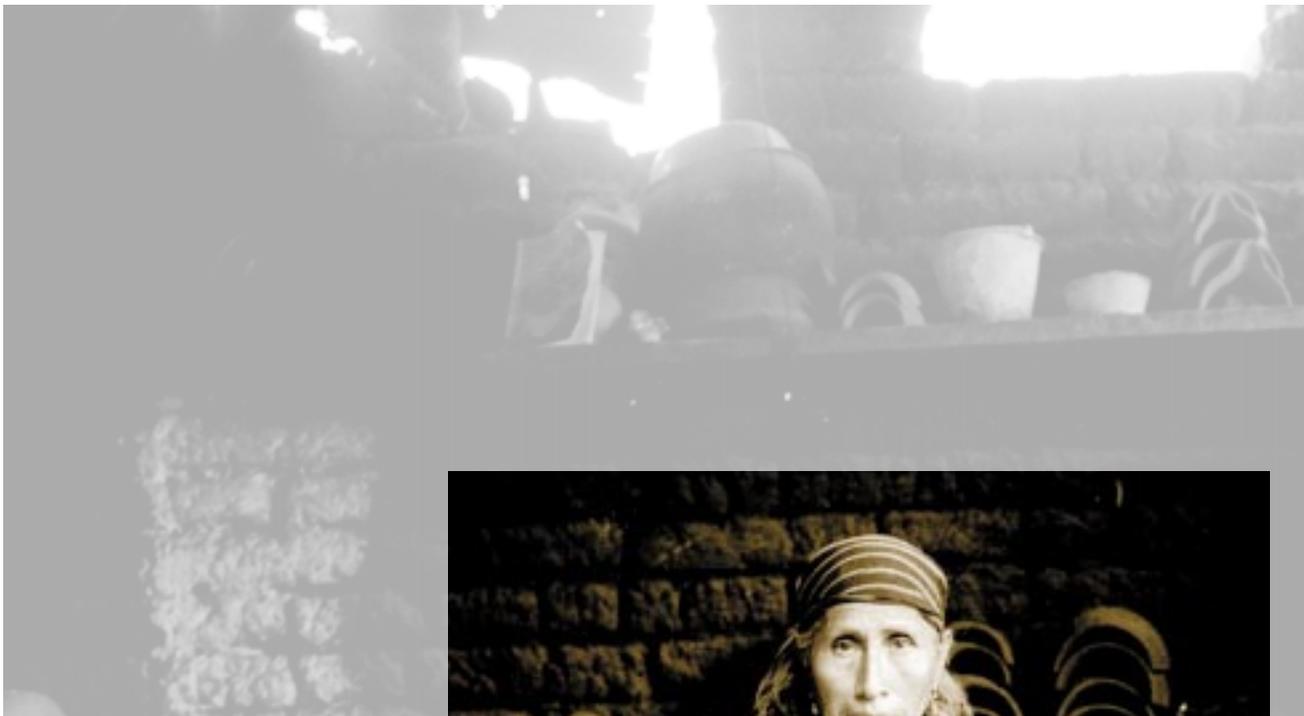


# Desempeño de los Sistemas de Salud

- Condiciones de salud
- Trato
- Protección financiera



Las evaluaciones en el sector salud tradicionalmente se han dirigido a estudiar estructuras, procesos y/o resultados de servicios, programas y políticas. Estas evaluaciones han permitido medir el cumplimiento de metas operativas y, en ocasiones, cuantificar el impacto de dichos servicios, programas y políticas sobre algunos indicadores simples de condiciones de salud. Sin embargo, el cumplimiento de las metas operativas no siempre implica el éxito de una iniciativa de salud, y la suma del impacto de los logros de los servicios, programas y políticas no necesariamente constituye un fiel reflejo del *desempeño agregado* de un sistema de salud. Los sistemas son, por definición, distintos a la suma de sus partes.

Por estas razones resulta necesario complementar estas evaluaciones con evaluaciones dirigidas a medir el desempeño global de los sistemas de salud. Esto significa básicamente cuantificar el grado en el que se están alcanzando los objetivos finales de estos sistemas.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los *objetivos finales, básicos o intrínsecos* de los sistemas de salud son tres: i) mejorar la salud de la población; ii) ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, y iii) garantizar seguridad financiera en materia de salud.<sup>1</sup>

En este capítulo se presentan los resultados de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002 (ENED 2002), que se realizó entre noviembre de 2002 y abril de 2003 en 38,746 hogares de las 32 entidades federativas del país. Estos resultados nos permiten evaluar, utilizando indicadores de condiciones de salud, trato y justicia en el financiamiento, el desempeño agregado de los 32 sistemas estatales de salud. Esta es la primera vez en la historia del sector salud mexicano que se produce una evaluación de esta naturaleza.

## Objetivos y funciones de los sistemas de salud

La razón de ser de todo sistema de salud es mejorar la salud. Esto implica alcanzar el mejor nivel posible de salud para toda la población durante todo el ciclo de vida, lo que a su vez supone contar con un sistema de salud *efectivo*. Sin embargo, en ocasiones se puede proteger o mejorar la salud promedio de la población atendiendo de manera desproporcionada las necesidades de ciertos grupos privilegiados. Esto no es deseable. El sistema de salud, por lo tanto, tiene también la responsabilidad de reducir las desigualdades, mejorando preferentemente la salud de aquellos que están en peores condiciones. En este sentido el sistema de salud debe ser también *equitativo*.

Los sistemas de salud deben además ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, lo que significa ofrecer servicios de salud en un marco que respete la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información. Esto es válido tanto para los servicios curativos como para los servicios ofrecidos a través de campañas preventivas o de promoción de la salud. El trato adecuado también supone la posibilidad de elegir al médico tratante o la clínica de primer

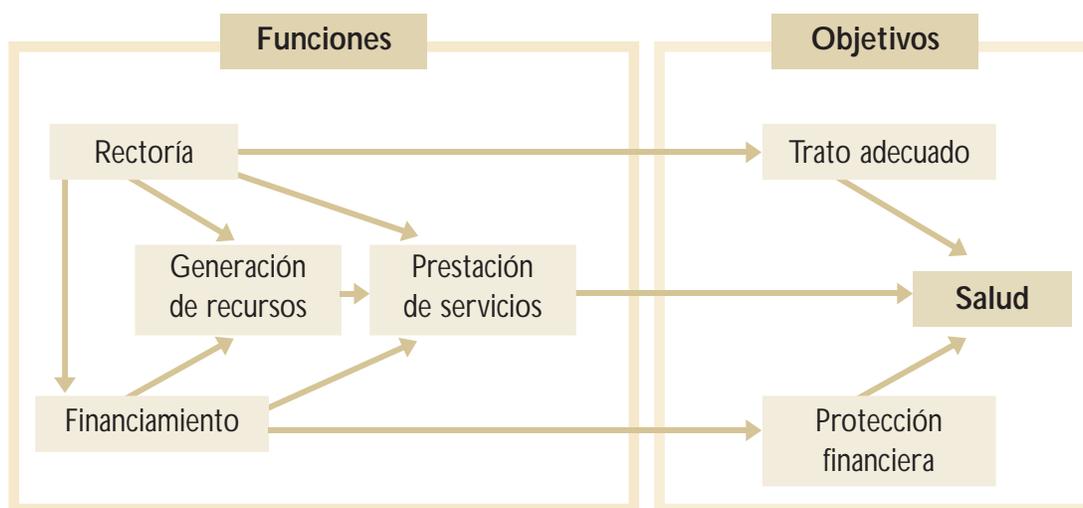
<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS, 2000.

contacto en la que se desea recibir la atención, disponer de servicios generales presentables en las unidades de salud, esperar tiempos de espera razonables por una consulta o una intervención, y tener acceso a redes de apoyo social, sobre todo durante las estancias hospitalarias.

Finalmente, el tercer objetivo básico de un sistema de salud es garantizar la seguridad financiera de los usuarios, lo que implica la existencia de esquemas de financiamiento de los servicios de salud justos –es decir, esquemas en donde la proporción del gasto en salud de los hogares respecto de su capacidad de pago sea igual para todos– y que protejan a la población contra gastos excesivos por motivos de salud. La seguridad en el financiamiento se mide calculando el porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud y el índice de justicia financiera.\*

Hay otros importantes objetivos de los sistemas de salud, como la disponibilidad de insumos, el acceso y la utilización de los servicios, y el uso eficiente de recursos, entre otros. A estos objetivos, sin embargo, se les ha denominado *instrumentales* porque son deseables sólo en la medida en que contribuyen a mejorar las condiciones de salud, el trato adecuado o la seguridad financiera, es decir, en la medida en que contribuyen a alcanzar los objetivos intrínsecos o medulares del sistema de salud.

De acuerdo con la OMS, los objetivos de un sistema de salud se alcanzan mediante el desempeño de cuatro funciones básicas: la prestación de servicios, el financiamiento de dichos servicios, la rectoría del sistema y la generación de recursos para la salud (Figura 1).



**Figura 1. Funciones y objetivos de un sistema de salud**

\* Los *gastos catastróficos* en salud son aquellos gastos que los hogares se ven obligados a hacer para atender sus necesidades de salud y que impactan de manera negativa la satisfacción de otras necesidades básicas, como la vivienda, la alimentación o la educación.

## Evaluación de los objetivos finales de los sistemas de salud

Las evaluaciones en el sector salud se han ubicado en el ámbito de las funciones, en particular en la esfera de la prestación, y se han centrado en medir el logro de los servicios y programas. A través de indicadores simples, se ha medido el grado en que se alcanzan los llamados objetivos de estructura y proceso de estos servicios y programas (por ejemplo, disponibilidad de infraestructura y equipo, disponibilidad de personal de salud, cumplimiento de metas en la prestación de servicios) y el impacto de dichos servicios y programas sobre ciertos indicadores simples de salud (por ejemplo, tasa de fecundidad, incidencia de sarampión, prevalencia de hipertensión, prevalencia de diabetes mellitus). Sin embargo, como se mencionó anteriormente, el cumplimiento de las metas de los servicios o los programas no garantiza el mejoramiento de las condiciones de salud. Asimismo, el impacto positivo sobre ciertos indicadores simples de salud tampoco garantiza un impacto positivo sobre los indicadores de salud agregados (mortalidad infantil, esperanza de vida).

El reto ahora es sumar a las evaluaciones de los servicios, programas y políticas, las evaluaciones dirigidas a medir el grado en que se están alcanzando los objetivos últimos del sistema de salud, utilizando para ello indicadores de condiciones de salud, trato adecuado y protección financiera.

En el caso de las condiciones de salud, la OMS propone utilizar indicadores que resuman la mayor cantidad posible de eventos de atención a la salud, como la esperanza de vida al nacer, la esperanza de vida saludable (EVISA), la sobrevivencia de los menores de 5 años, la mortalidad de los adultos o la auto-percepción del estado de salud. En todos estos casos el indicador debe dar cuenta tanto del nivel promedio alcanzado por la población bajo estudio como de su distribución entre los distintos grupos de la sociedad. Para este trabajo se decidió utilizar como indicadores de las condiciones de salud la auto-percepción del estado de salud y la prevalencia de limitaciones en la movilidad y el autocuidado.

Para la evaluación del trato la OMS propone utilizar mediciones de lo que ha llamado trato adecuado. Este indicador se descompone en ocho ámbitos, a saber: trato digno, comunicación, autonomía, confidencialidad en el manejo de la información, atención pronta, calidad de los servicios generales y elección del proveedor de la atención en el primer nivel. Para la atención hospitalaria sugiere agregar además el acceso a redes sociales de apoyo. Los ocho ámbitos de este indicador fueron evaluados en la ENED 2002.

Finalmente, para darle seguimiento a la protección financiera, la OMS sugiere utilizar indicadores que midan tanto la justicia en el financiamiento de los servicios de salud como la protección que ofrecen los sistemas de salud contra el riesgo de empobrecimiento por motivos de salud. Para este trabajo se utilizaron como indicadores de protección financiera el porcentaje de hogares con seguro de salud, el porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud y el índice de justicia financiera.

## Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002

La ENED 2002 se llevó a cabo en 38,746 hogares entre noviembre de 2002 y abril de 2003. Es una encuesta que tiene representatividad por entidad federativa y por estratos rural y urbano.

Por lo que se refiere a las condiciones de salud, los resultados de esta encuesta nos indican que los hombres tienen una percepción de su salud mejor que las mujeres. A nivel nacional poco más de 70% de ellos calificaron su estado de salud como bueno, destacando en este rubro los estados de Colima, Quintana Roo y Campeche. En contraste, poco más de 60% de las mujeres calificaron de esta manera su estado de salud, con el Distrito Federal y Jalisco con cifras particularmente bajas.

En el indicador de "individuos mayores de 60 años con dificultad extrema para realizar sus actividades de auto-cuidado" se observan también diferencias entre hombres y mujeres. A nivel nacional hay un poco más de 250 mil hombres que refieren presentar este tipo de dificultad. En Nuevo León y Guanajuato los porcentajes son particularmente elevados. Esta dificultad afecta a 288 mil mujeres, con cifras muy elevadas en Quintana Roo.

Por lo que toca al trato que reciben los usuarios de los servicios de salud en México, la ENED 2002 indica que de los ocho ámbitos del trato, la atención pronta fue la que recibió los menores porcentajes de aprobación (poco más de 70%). A nivel de institución, el IMSS y el ISSSTE presentaron los porcentajes más bajos, de poco más de 60 por ciento, y los servicios privados los más altos, con porcentajes superiores a 80 por ciento.

Al igual que en otros estudios llevados a cabo en diversos países, los ámbitos con mejores calificaciones fueron los relacionados con el respeto a los derechos humanos. En esta encuesta en particular, la confidencialidad y la comunicación en la atención ambulatoria, y el trato digno y la comunicación en la atención hospitalaria, fueron los ámbitos mejor calificados, con cifras de aprobación de casi 90 por ciento. Aquí también a nivel de institución las mejores cifras las obtuvieron los servicios privados y los porcentajes más bajos, las instituciones de seguridad social. Cabe destacar el extraordinario desempeño del estado de Zacatecas en prácticamente todos los ámbitos y en las dos esferas de atención, ambulatoria y hospitalaria. Guerrero mostró también un buen desempeño consistente en todos los ámbitos en atención hospitalaria.

Finalmente, los datos de esta encuesta corroboran los datos de las encuestas recientes de ingresos y gastos que indican que más del 55% del gasto total en salud en México es gasto de bolsillo. Esta cifra contrasta con las del Reino Unido (11%), Países Bajos (9%), Francia (10%) y Colombia (29%). No sorprende, por lo mismo, que de acuerdo con los datos de este estudio, alrededor de 893,000 hogares mexicanos (3.9% del total de hogares) hayan incurrido en el último trimestre previo a la encuesta en gastos catastróficos por motivos de salud. Este gasto se define como un gasto en salud superior al 30 por ciento del ingreso disponible, que es el ingreso con el que se cuenta una vez cubiertos los gastos de vivienda, alimentación y educación. Los hogares más afectados fueron los hogares pobres no asegurados. La entidades con mayores porcentajes de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud fueron Zacatecas, Michoacán y Chiapas. Las entidades con menores porcentajes fueron Aguascalientes, Colima y Yucatán. Un hogar de Michoacán o Chiapas corre un riesgo cinco veces mayor de incurrir en gastos catastróficos por motivos de salud que un hogar de Yucatán.

Estos últimos datos son consistentes con lo encontrado en el índice de justicia en la contribución financiera, que mide el grado de equidad en el financiamiento del sistema de salud. Yucatán, Colima y Nuevo León presentaron las mejores cifras, que contrastan con las de Michoacán, Chiapas, Durango y Zacatecas. Nuevo León y Colima son también dos de las ocho entidades que presentan porcentajes de aseguramiento en salud mayores de 60 por ciento.

## Percepción del estado de salud

El porcentaje de individuos que califican como bueno su estado de salud, es el resultado de sumar a los individuos que responden que su salud es buena o muy buena, dividiendo el resultado entre el total de sujetos entrevistados y multiplicando este cociente por 100. El porcentaje de individuos que califican como malo su estado de salud es resultado del mismo proceso, sumando, en este caso, los individuos que califican como mala o muy mala su situación actual de salud.

La información confiable y oportuna sobre la salud de la población es un requerimiento básico para la evaluación del sistema de salud. Aunque todavía las condiciones de salud de la población son medidas a través de indicadores de mortalidad o de los reportes institucionales sobre demanda de atención entre ciertas enfermedades, poco a poco va ganando terreno la medición de la salud positiva de la población.

Usualmente la salud se define de una forma negativa, como la ausencia de enfermedad. Por lo regular, al medir el estado de salud, se toma la salud como un nivel basal y se miden las desviaciones que de éste nivel se producen.

Una alternativa útil para la medición de la salud poblacional es la aplicación de encuestas en las cuales se pregunta a la población sobre su percepción del estado de salud en que se encuentran. Esta estrategia ha mostrado ser confiable y consistente y puede proporcionar cifras que son representativas de diversos subgrupos de la sociedad. Una ventaja adicional de esta

medición es que refleja el concepto amplio de salud como un estado de bienestar integral y no sólo se limita a detectar las alteraciones de tipo fisiológico o clínico.

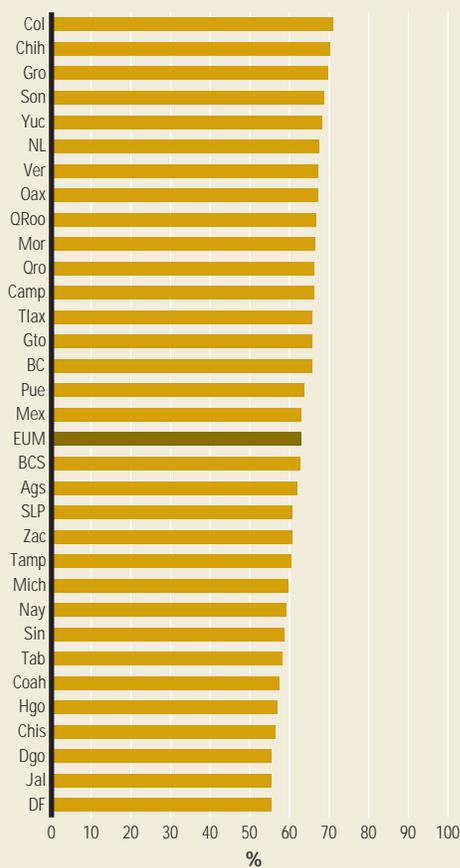
Los resultados de la ENED 2002, muestran resultados consistentes con lo observado en otros lugares del mundo y en estudios anteriores en nuestro país. La percepción del estado de salud de los mexicanos es mejor entre hombres que entre mujeres. En ambos sexos la percepción de buena salud disminuye conforme se incrementa la edad y se asocia de maneja negativa con la escolaridad. Por ejemplo, para individuos de la misma edad, el porcentaje que califican como mala su salud es cuatro veces menor entre los que cuentan con educación superior que entre quienes no realizaron estudios formales.

En resumen, 62% de las mujeres mayores de 18 años en México perciben que su estado de salud es bueno y 70% de los hombres opinan lo mismo sin observarse variaciones importantes entre los estados.

Porcentaje de hombres mayores de 18 años que califican su salud como buena por entidad federativa, México 2002

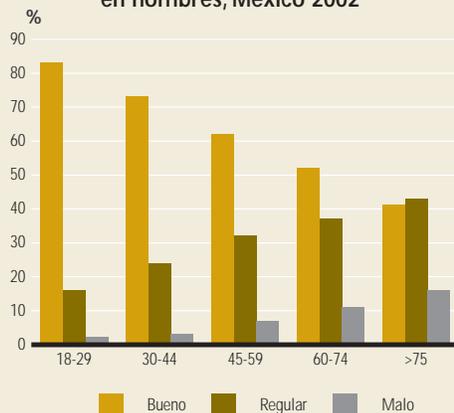


Porcentaje de mujeres mayores de 18 años que califican su salud como buena por entidad federativa, México 2002



A nivel nacional, sólo 62% de las mujeres califican su estado de salud como bueno. En los hombres este porcentaje asciende a poco más de 70%.

Percepción del estado de salud por edad en hombres, México 2002



Percepción del estado de salud por edad en mujeres, México 2002



El porcentaje de individuos que califica su estado de salud como bueno disminuye con la edad.

## Población con limitaciones en la movilidad y el autocuidado

El porcentaje de **población con limitaciones en la movilidad** es el cociente de la división del número de personas que calificaron su limitación en movilidad como extrema entre el total de personas entrevistadas.

El porcentaje de **individuos con limitaciones para el autocuidado** es el cociente de la división del número de personas que calificaron su limitación para el autocuidado como extrema entre el total de personas entrevistadas.

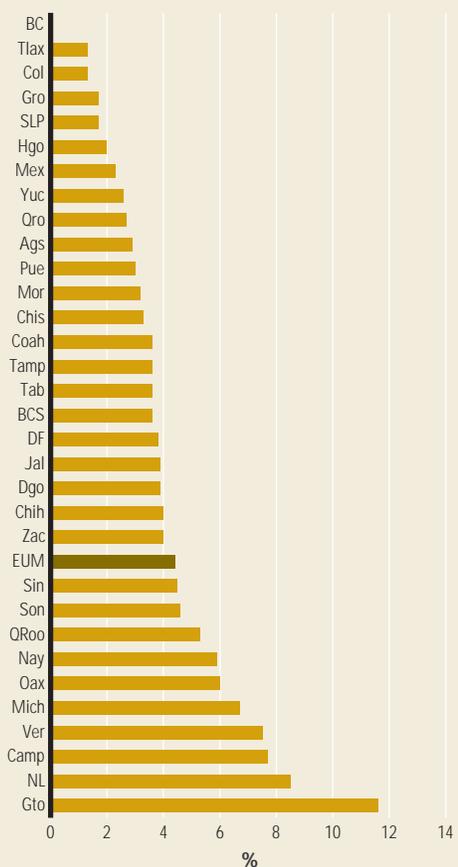
La medición de las funciones físicas, cognitivas, psíquicas y sociales de las personas está contribuyendo a definir de una manera más comprensiva los estados de salud y las necesidades correspondientes. Las personas que presentan alguna limitación en estas funciones ven mermada su calidad de vida, alteran la dinámica familiar, y requieren de cuidados de parte de los servicios de salud, las familias y la comunidad.

El funcionamiento se define como la capacidad que tienen las personas para desempeñar todas las actividades relacionadas con un cierto nivel de autonomía esperado en virtud de la edad, el sexo y un patrón cultural específico. Los dominios funcionales se clasifican en directos e indirectos. Entre los primeros destacan la medición del dolor, la movilidad, el estado de ánimo y el nivel de conciencia. Los dominios indirectos incluyen la funcionalidad en el autocuidado y en el desarrollo de actividades habituales. La medición

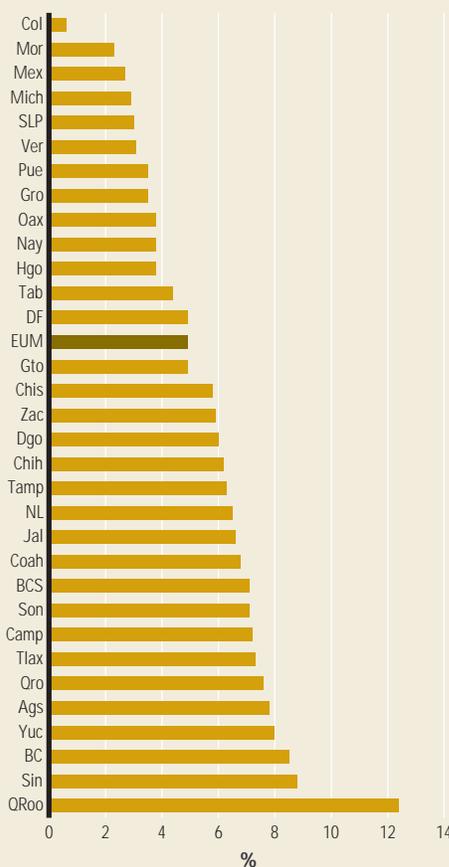
de las alteraciones de los dominios funcionales directos permiten prever la demanda de servicios toda vez que son los primeros en afectarse en presencia de una enfermedad. Por otra parte, la afectación de los dominios indirectos se relaciona con grados variables de dependencia de las personas hacia sus familias o a los proveedores de servicios.

Uno de los dominios funcionales directos es la movilidad, que mide la capacidad de las personas para desplazarse de un lugar a otro. 3.5% de las mujeres del país presentan una limitación extrema de esta función. En los hombres este porcentaje es de 2.5. Esta función se deteriora de manera creciente a medida que se incrementa la edad. Respecto de las funciones indirectas, se observa que 1% de la población nacional presenta una limitación extrema en las funciones de autocuidado. Estas personas dependen completamente de otras para realizar actividades de aseo personal, como bañarse, vestirse y peinarse.

Porcentaje de hombres mayores de 60 años que reportan dificultad extrema para realizar sus actividades de autocuidado, México 2002

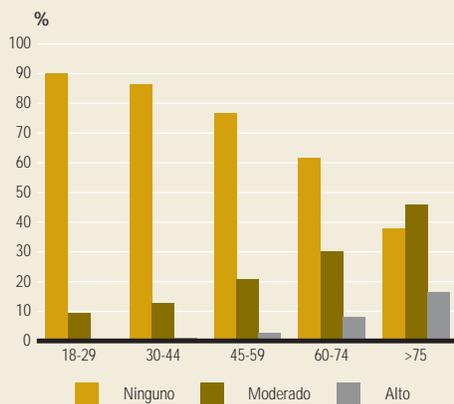


Porcentaje de mujeres mayores de 60 años que reportan dificultad extrema para realizar sus actividades de autocuidado, México 2002

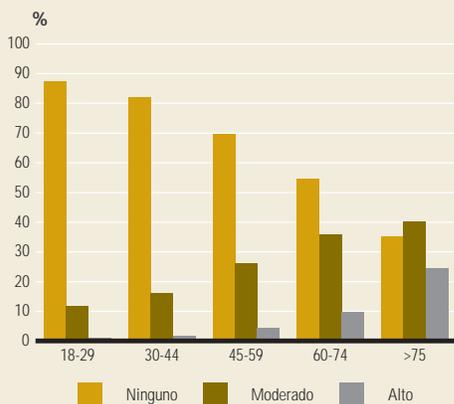


Las limitaciones en el autocuidado son un poco más frecuentes en las mujeres.

Grado de limitación en la movilidad en hombres por edad, México 2002



Grado de limitación en la movilidad en mujeres por edad, México 2002



Las alteraciones de la movilidad aumentan con la edad.

# Autonomía

El porcentaje de aprobación de la **autonomía** es el resultado de dividir el número de individuos que califican como buena o muy buena la oportunidad que el sistema de salud les ofrece para participar en la toma de decisiones con respecto a su salud, entre el total de entrevistados por 100.

La relación entre los usuarios y los prestadores de servicios de salud –no sólo médicos sino también enfermeras y personal administrativo– es una relación asimétrica. La incertidumbre y la vulnerabilidad que la enfermedad genera en el individuo que busca atención médica lo pone en desventaja frente a la autoridad del médico u otros miembros del personal de salud. Por esta razón es muy importante promover el respeto de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud.

Evaluar la autonomía supone medir el grado en que el sistema de salud ayuda a que la información que maneja el personal de salud llegue a los usuarios de una forma comprensible y les permita tomar decisiones informadas acerca de

su enfermedad y sus posibles alternativas de tratamiento. Aunque puede argumentarse que el ejercicio de la autonomía implica limitar el papel del médico como experto, el objetivo de este dominio es proteger la capacidad del usuario de tomar decisiones informadas sobre su salud. En este sentido, la autonomía no es más que el ejercicio de la libertad individual.

En la ENED 2002, la autonomía recibió las calificaciones más bajas de los ámbitos relacionados con los derechos humanos básicos, en particular en la atención hospitalaria. Las calificaciones otorgadas a los servicios privados, tanto en la atención ambulatoria como en la hospitalaria, fueron mucho más altas que las otorgadas a los servicios públicos.

**Aprobación de la autonomía en la atención ambulatoria, México 2002**



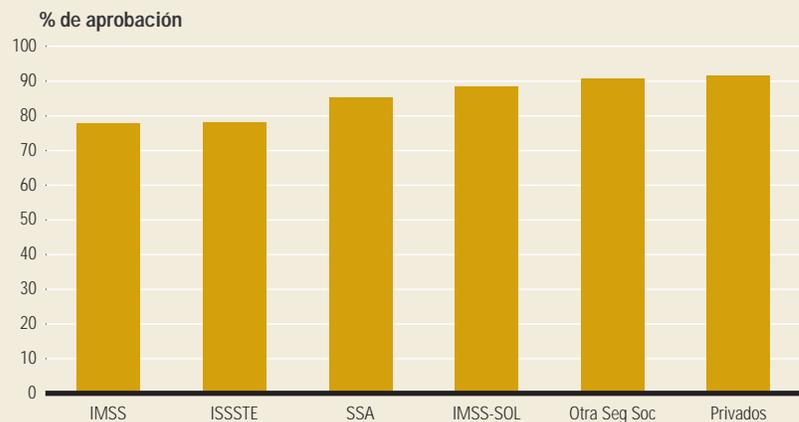
**Aprobación de la autonomía en la atención hospitalaria, México 2002**



Los porcentajes de aprobación del ámbito autonomía fueron mayores de 70% en casi todas las entidades federativas.

La autonomía recibió los porcentajes de aprobación más altos en los servicios privados y los más bajos en las dos grandes instituciones de seguridad social.

**Aprobación de la autonomía en la atención ambulatoria según institución proveedora del servicio, México 2002**



# Trato digno

El porcentaje de aprobación del **trato digno** es el resultado de dividir el número de individuos que califican como bueno o muy bueno el trato con respeto a su dignidad e intimidad, entre el total de entrevistados por 100.

Las personas que buscan atención médica no son sólo pacientes, son individuos en pleno ejercicio de sus derechos. El término de trato digno hace referencia al derecho que tienen las personas a ser tratadas con respeto, interés y cortesía por parte del personal de salud.

La importancia que la población atribuye al trato digno en los servicios de salud es alta. Una de las solicitudes más constantes entre los pacientes es la de "humanizar" la atención médica. El maltrato de pacientes y familiares por razones económicas o por consideraciones de género, clase social, raza o nacionalidad debe ser evitado en cualquier ámbito del sistema de salud. Tampoco el tipo de padecimiento debe condicionar la forma en que se trata a los usuarios. De hecho, el trato respetuoso tendría que ser enfatizado en padecimientos que por su propia naturaleza han sido estigmati-

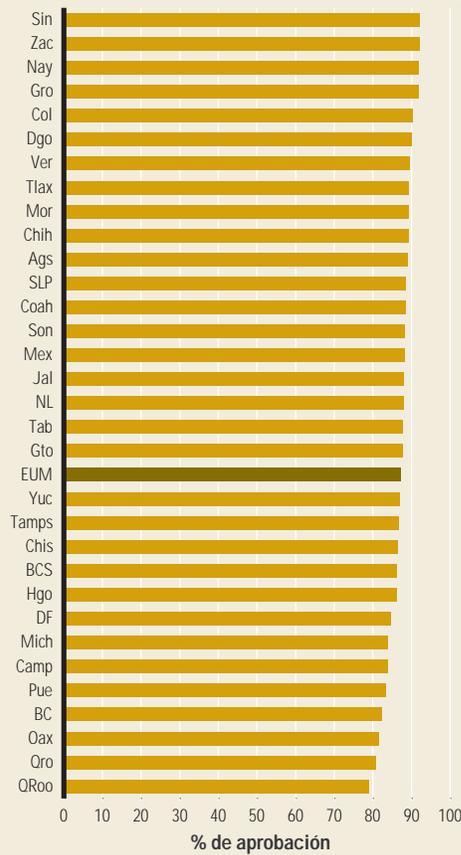
zados por la sociedad, generando discriminación y aislamiento. Un aspecto adicional que debe ser tomado en cuenta es el de la privacidad. Los exámenes físicos, los procedimientos terapéuticos y la atención del parto, entre otros, deben tomar en cuenta las preocupaciones y expectativas de las personas relacionadas con el respeto a su intimidad.

El trato respetuoso fue bien calificado en la mayoría de las entidades federativas, las cuales muestran porcentajes de aprobación superiores al 79%, tanto para los servicios públicos como para los privados. No obstante, debe destacarse que 3.8% de los usuarios de los servicios hospitalarios y 2.7% de los usuarios de los servicios ambulatorios indicaron haber recibido algún tipo de maltrato en los servicios de salud en el último año. Los motivos más frecuentes de maltrato fueron la falta de dinero y el género del paciente.

**Aprobación del trato digno en atención ambulatoria por entidad federativa, México 2002**



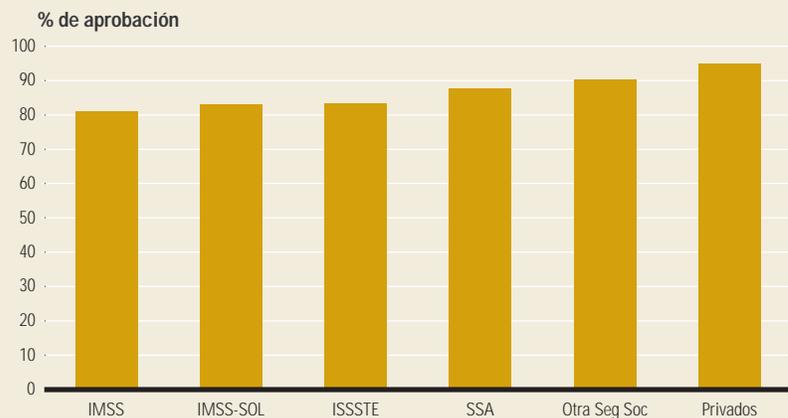
**Aprobación del trato digno en atención hospitalaria por entidad federativa, México 2002**



El trato digno es uno de los ámbitos con porcentajes de aprobación más altos en todas las entidades federativas.

En todos los proveedores de servicios el porcentaje de aprobación del ámbito trato digno es superior al 80%.

**Aprobación del trato digno por institución en atención ambulatoria, México 2002**



# Comunicación

El porcentaje de aprobación de la **comunicación** es el resultado de dividir el número de individuos que califican como buena o muy buena la posibilidad de realizar preguntas y recibir información de calidad con respecto a su padecimiento y a sus alternativas de tratamiento, entre el total de entrevistados por 100.

La cantidad y calidad de la información que se intercambia entre los usuarios y los prestadores de servicios de salud es uno de los insumos básicos de toda acción de salud. En el ámbito de los servicios personales, la información que se le proporciona al paciente es en sí misma un resultado de la intervención, ya que disminuye la incertidumbre y el temor inherentes a la enfermedad, y le proporciona al paciente elementos para contender con la situación que enfrenta.

Cuando el personal de salud le proporciona al paciente información sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, se abre la posibilidad de que el paciente participe en la toma de decisiones relacionadas con su problema de salud. En estas circunstancias es muy probable que

el paciente concluya que él también es responsable de su curación y no un simple sujeto de la atención. Diversos estudios internacionales han demostrado que la comunicación es uno de los dominios del trato adecuado que más se relacionan con los derechos humanos básicos.

De acuerdo con la ENED 2002, en México la comunicación en la atención proporcionada por el sistema de salud mexicano es mejor calificada en el medio rural que en el urbano, y no existen diferencias en la percepción de la comunicación entre los servicios ambulatorios y hospitalarios. Por lo que se refiere al tipo de proveedor, las calificaciones más bajas de este dominio se observaron en los tres grandes subsistemas del sector público.

**Aprobación de la comunicación en la atención ambulatoria, México 2002**



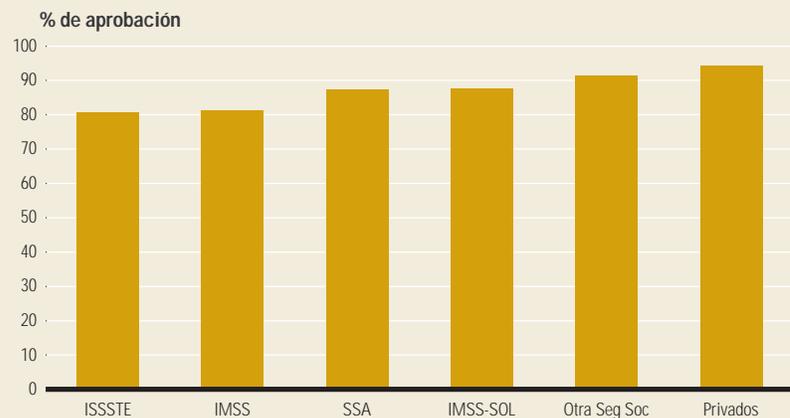
**Aprobación de la comunicación en la atención hospitalaria, México 2002**



A nivel nacional, más del 85% de los usuarios aprobó el nivel de comunicación en las consultas médicas. En la atención hospitalaria, Guerrero presentó un porcentaje de aprobación superior a 95%.

Los servicios de salud privados y los proporcionados por instituciones como PEMEX y las Fuerzas Armadas muestran altos porcentajes de aprobación del ámbito comunicación a nivel nacional.

**Aprobación de la comunicación en atención ambulatoria por institución, México 2002**



# Confidencialidad

El porcentaje de aprobación de la **confidencialidad** es el resultado de dividir el número de individuos que califican como buenos o muy buenos los esfuerzos por garantizar la privacidad y confidencialidad de la información relacionada con su salud, entre el total de entrevistados por 100.

“**E**n un pequeño centro de salud rural esperan la atención del médico cinco personas de la misma localidad. Una sábana cuelga en el marco de la puerta que divide el consultorio de la sala de espera. En su interior, el médico interroga a una mujer sobre el motivo de la consulta. Este diálogo es seguido con atención por el resto de los usuarios.”

El escenario anterior puede parecer exagerado. No lo es; es muy común. Una de las expectativas que tienen las personas cuando interactúan con el sistema de salud es que su información personal se mantenga resguardada de la indiscreción de terceros. Este derecho debe ser promovido y asegurado por los prestadores de servicios de salud mediante arreglos institucionales que incluyan espacios adecuados para la privacidad de las consultas médicas, mecanismos de protección de los expedientes clínicos y el consentimiento del paciente para divulgar parte o la totalidad de la información personal.

Hay situaciones específicas donde la divulgación de la información personal afecta los derechos humanos. Un portador de VIH puede ser despedido de su trabajo si su condición es conocida y mal interpretada por el empleador. En otras ocasiones la divulgación de la información personal puede ser necesaria por razones de salud pública. En estos casos debe promoverse que el propio individuo decida compartir dicha información con las demás personas en situaciones de riesgo.

Los resultados de la ENED 2002 señalan que la confidencialidad en el manejo de la información personal fue mejor percibida por los usuarios de la atención ambulatoria. En general, los jóvenes dieron calificaciones más bajas a este ámbito, tanto para la atención ambulatoria como hospitalaria. Los servicios privados fueron mejor calificados.

**Aprobación de la confidencialidad de la información en servicios ambulatorios por entidad federativa, México 2002**



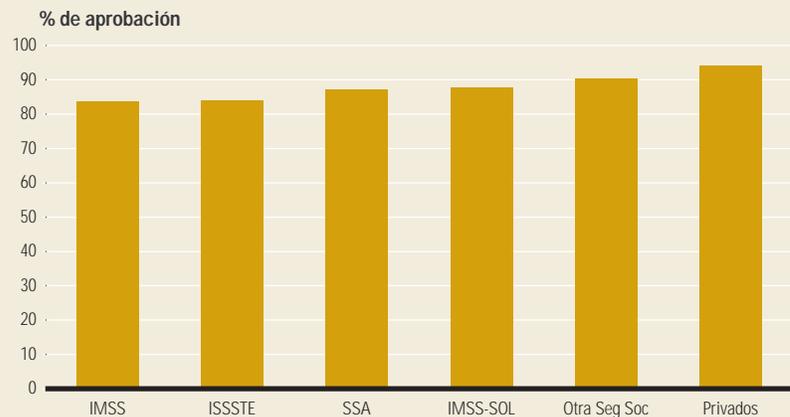
**Aprobación de la confidencialidad de la información en servicios hospitalarios por entidad federativa, México 2002**



Los porcentajes de aprobación del manejo confidencial de la información personal son más altos en la atención ambulatoria en todas las entidades federativas.

Las diferencias en confidencialidad son menores entre los proveedores de servicios respecto de otros ámbitos de trato.

**Aprobación de la confidencialidad de la información por institución proveedora del servicio en atención ambulatoria, México 2002**



# Atención pronta

El porcentaje de aprobación de la **atención pronta** es el resultado de dividir el número de individuos que califican como bueno o muy bueno el tiempo que tardan en ser atendidos, entre el total de entrevistados por 100.

La atención pronta se refiere al tiempo y factores que median entre el inicio de la búsqueda de atención y la interacción con el prestador de servicios. Incluye el componente de accesibilidad a los servicios de salud en cualquiera de sus modalidades (geográfica, cultural y económica).

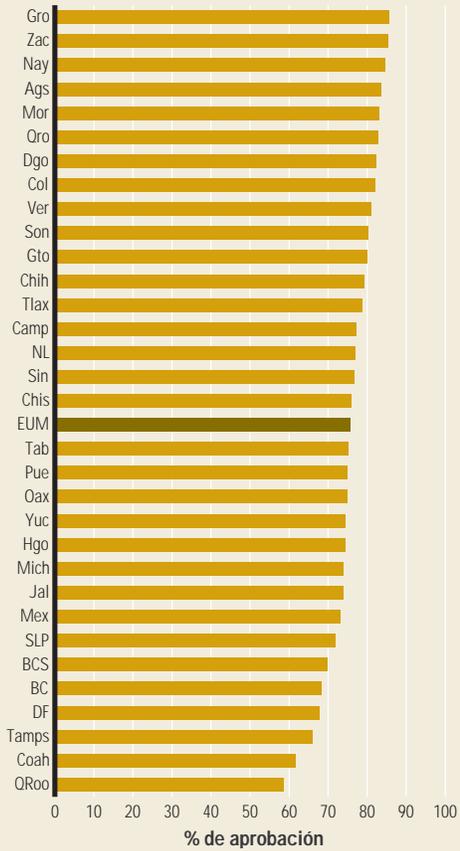
La disponibilidad de unidades de atención y un acceso conveniente para los usuarios, asociados a tiempos de espera razonables, contribuyen al bienestar de las personas mediante la percepción de seguridad y reducción del estrés. Este dominio se mide en tiempos de traslado y espera para recibir atención, tanto en consulta externa como en urgencias, y en tiempos de espera para recibir intervenciones más complejas (cirugías, tratamiento de cáncer, etc.).

La rapidez en la atención a la salud es un determinante básico de la percepción que el usuario tiene de la calidad de los servicios que ofrece un sistema de sa-

lud. El retraso en la atención médica produce molestias en el usuario y puede agravar la condición de salud cuando se trata de una urgencia médica. Se considera que la atención es suficientemente pronta cuando los tiempos de traslado y espera no provocan molestias adicionales a los usuarios de los servicios de salud más allá de los que ha provocado la enfermedad.

Los resultados de la ENED 2002 muestran que la atención pronta es uno de los elementos del trato adecuado que la población identifica como más deficientes. Las calificaciones son particularmente bajas en la atención ambulatoria. En las instituciones públicas los niveles más altos de satisfacción se encuentran entre los usuarios de los servicios de la Secretaría de Salud y en algunas instituciones de seguridad social, como PEMEX y las Fuerzas Armadas.

**Aprobación de la atención pronta en usuarios de servicios ambulatorios por entidad federativa, México 2002**



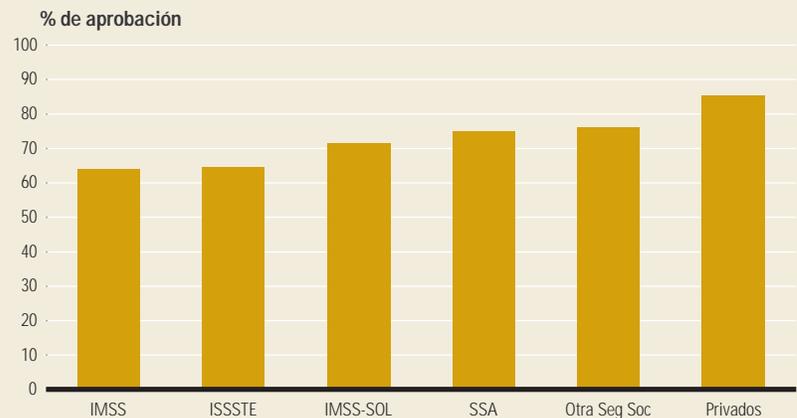
**Aprobación de la atención pronta en usuarios de servicios hospitalarios por entidad federativa, México 2002**



Guerrero y Zacatecas presentan los porcentajes de aprobación más altos en el ámbito de atención pronta.

Los servicios privados muestran un mejor desempeño en materia de atención pronta. Las calificaciones más bajas se observan en algunas instituciones de seguridad social.

**Aprobación de la atención pronta en servicios ambulatorios por institución, México 2002**



## Elección del proveedor de servicios de salud

El porcentaje de aprobación de la **capacidad de elección del proveedor** es el resultado de dividir el número de individuos que califican como buena o muy buena la posibilidad que tienen para elegir al médico tratante y la unidad donde serán atendidos, entre el total de entrevistados por 100.

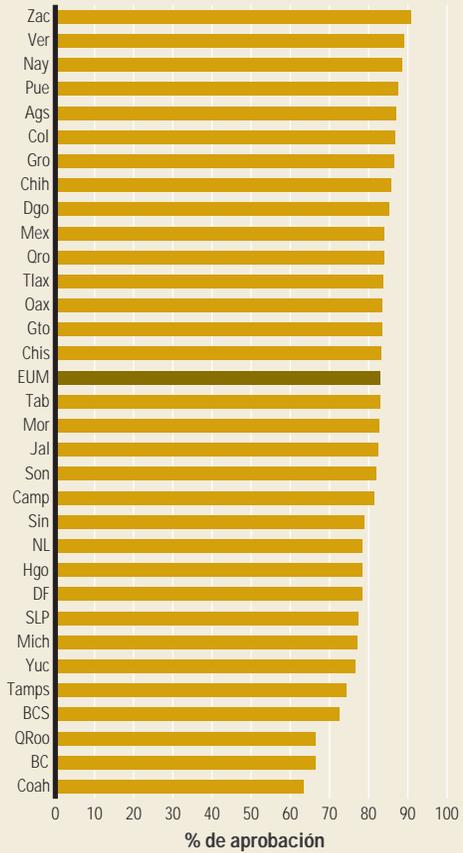
La libertad del usuario para elegir la unidad de salud o el médico de su preferencia es un tema que no se ha incorporado de manera definitiva a la agenda de nuestro sistema de salud. Pareciera que la posibilidad de elegir al proveedor de servicios de salud es un lujo frente a la escasez de recursos y la forma en que se organiza la provisión de servicios en las instituciones públicas de salud. Sin embargo, aún en estas condiciones los usuarios desarrollan estrategias informales para ejercer este derecho.

Aunque en nuestro sistema de salud el usuario tiene la opción de elegir un proveedor privado para recibir atención médica, la capacidad de la población para acceder a estos servicios está restringida

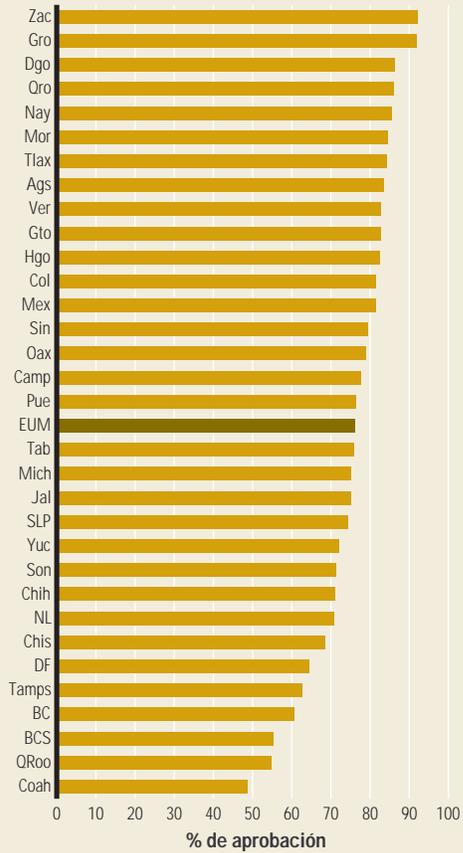
por razones económicas. Las instituciones de la seguridad social y del Seguro Popular de Salud están discutiendo ya la posibilidad de establecer arreglos institucionales que eventualmente permitan la libre elección del proveedor en la atención ambulatoria.

Los resultados de la ENED 2002 muestran que las calificaciones más bajas para la capacidad de elección del proveedor de servicios se presentaron en las instituciones de seguridad social, tanto en la atención ambulatoria como en la hospitalaria. Los porcentajes más altos en este ámbito se otorgaron a los servicios privados, que están casi 20 puntos porcentuales por arriba de los servicios públicos.

**Aprobación de la capacidad de elección del proveedor de servicios en atención ambulatoria, México 2002**



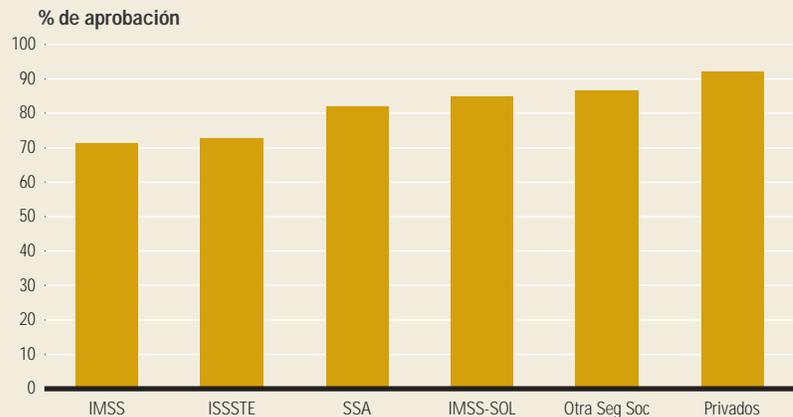
**Aprobación de la capacidad de elección del proveedor de servicios en atención hospitalaria, México 2002**



Los porcentajes de aprobación de la capacidad de elección del proveedor de servicios son más altos en la atención ambulatoria.

Los porcentajes más bajos en la elección del proveedor de servicios ambulatorios corresponden a las instituciones de seguridad social.

**Aprobación de la capacidad de elección del proveedor de servicios ambulatorios por institución, México 2002**



## Comodidades básicas

El porcentaje de aprobación de las **comodidades básicas** es el resultado de dividir el número de individuos que califican como buenas o muy buenas las condiciones de limpieza, amplitud y ventilación, tanto de las salas de espera como en las habitaciones y los consultorios, entre el total de entrevistados por 100.

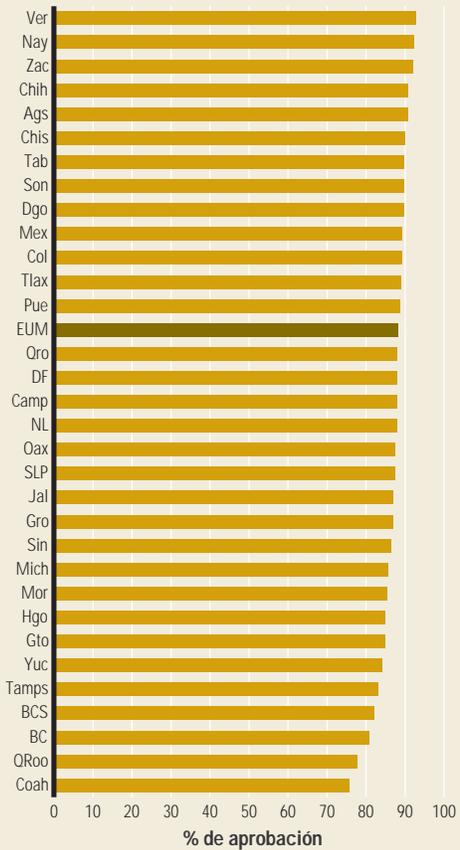
La limpieza, ventilación, iluminación y la disponibilidad de insumos y mobiliario básicos en salas de espera, consultorios y en cuartos de hospital son factores que propician una estancia confortable de los usuarios en las unidades de salud. La alimentación suficiente y de buena calidad en los hospitales también contribuye al bienestar de los pacientes.

Aunque los recursos financieros suelen ser insuficientes para asegurar ambientes confortables en las unidades de salud, hay condiciones mínimas que deben cumplirse mediante acciones de conservación y mantenimiento de las unidades para que la estadía de los usuarios en las instalaciones de salud transcurra de la mejor manera posible.

De acuerdo con la ENED 2002, las comodidades básicas en el sector priva-

do tienden a ser mejor calificadas por los usuarios. Sin embargo, no debe olvidarse el papel que juegan las expectativas de las personas en la calificación otorgada a este dominio en las encuestas. Una calificación favorable puede ser producto de un buen servicio o de una expectativa limitada que puede ser fácilmente cubierta con un mínimo de condiciones. Esta razón puede explicar que las calificaciones de las comodidades básicas disminuyan conforme se incrementa el nivel de escolaridad de las personas y, también, que las calificaciones en el medio rural sean siempre más altas que en el urbano, a pesar de no contar con el mismo tipo de instalaciones y recursos.

Porcentaje de aprobación de las comodidades básicas en la atención ambulatoria por entidad federativa, México 2002



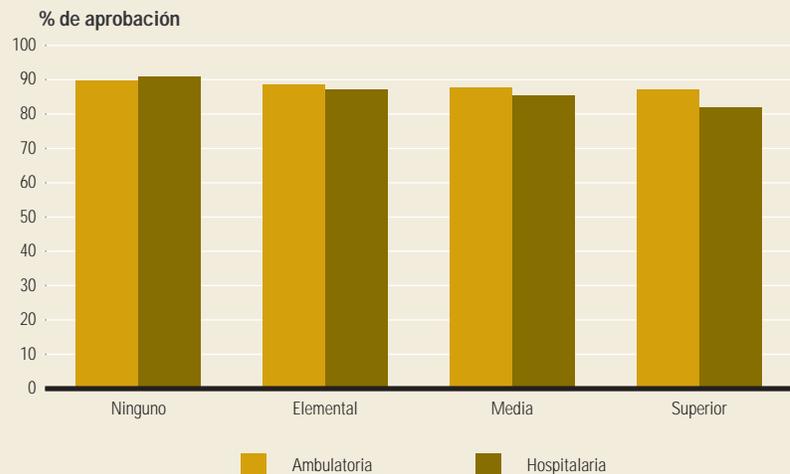
Porcentaje de aprobación de las comodidades básicas en la atención hospitalaria por entidad federativa, México 2002



En Guerrero, Zacatecas y Querétaro más de 90% de los usuarios aprobó la calidad de las comodidades básicas en la atención hospitalaria.

Las calificaciones otorgadas a las comodidades básicas disminuyen conforme aumenta el nivel de escolaridad de los usuarios.

Porcentaje de aprobación de las comodidades básicas por nivel de escolaridad y tipo de atención, México 2002



## Acceso a redes sociales de apoyo

El porcentaje de aprobación del **acceso a redes sociales de apoyo** es el resultado de dividir el número de individuos que califican como buena o muy buena la capacidad de mantener el contacto con sus familiares y amigos cuando se encuentran hospitalizados, entre el total de entrevistados por 100.

Uno de los factores que más contribuye al bienestar de los pacientes hospitalizados es la continuidad del contacto personal con familiares y amigos durante su estadía en el hospital. Para el paciente la pérdida transitoria de su entorno social y familiar lo coloca en una condición de incertidumbre y vulnerabilidad, razón por la que cualquier arreglo institucional que favorezca el contacto del paciente con el mundo exterior, sin menoscabo de las actividades y funciones propias de las instituciones, se verá reflejado en el bienestar emocional y físico de los enfermos. Es conocido el efecto sinérgico entre las mejoras en salud y la disponibilidad de redes sociales funcionales: se logra una mayor adherencia a las intervenciones, se complementan los cuidados y se comparten los recursos para la atención de los enfermos.

Mantener el contacto del paciente hospitalizado con sus redes sociales de

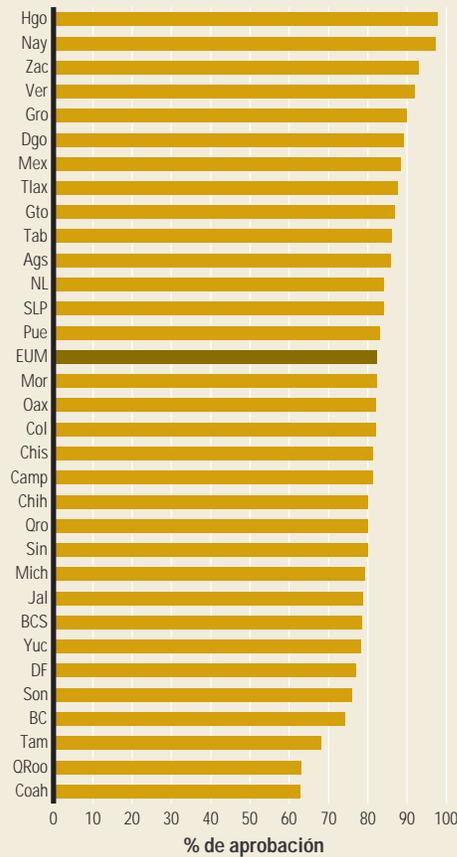
apoyo no sólo implica favorecer sus vínculos con el mundo exterior, sino también la posibilidad de que los familiares contribuyan a una mejor estancia del paciente coadyuvando en el cuidado personal, en el suministro de algunos insumos, en la relación con los prestadores de servicios y en el apoyo emocional del paciente.

En la ENED 2002 el acceso de los pacientes hospitalizados a sus redes de apoyo fue mejor calificado por los residentes de las áreas rurales, por las mujeres y por las personas de mayor edad. Con relación al tipo de institución, los usuarios de servicios privados calificaron este ámbito de mejor manera que los usuarios de los servicios públicos. Asimismo, se observó una relación inversa entre la calificación de este ámbito y la escolaridad de las personas entrevistadas.

**Aprobación del acceso a redes sociales de apoyo durante la hospitalización en zonas rurales, México 2002**



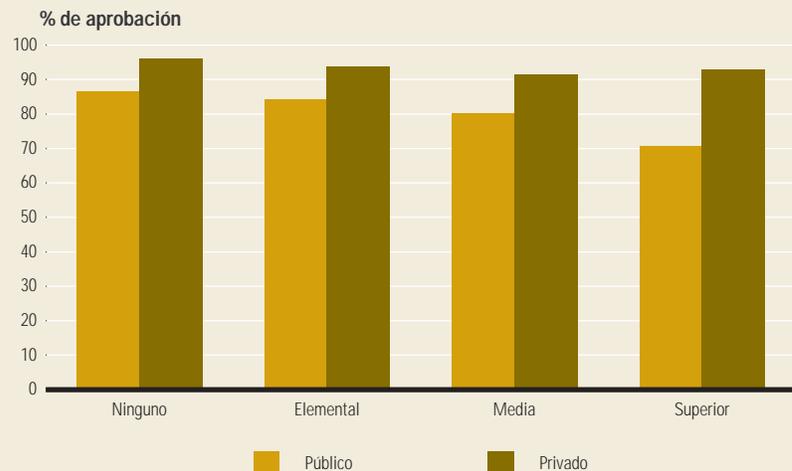
**Aprobación del acceso a redes sociales de apoyo durante la hospitalización en zonas metropolitanas, México 2002**



La mayor parte de las entidades federativas presentaron un alto porcentaje de aprobación en acceso a redes sociales de apoyo.

La aprobación del acceso a redes sociales de apoyo en casos de hospitalización es mayor del 90% en el sector privado.

**Aprobación del acceso a redes sociales de apoyo durante la hospitalización por nivel de escolaridad y por institución prestadora de servicios, México 2002**



## Gastos catastróficos por motivos de salud

Un hogar con **gastos catastróficos por motivos de salud** se define como todo aquel que está destinando más del **30%** de su capacidad de pago al financiamiento de la salud de sus miembros. En el gasto en salud se incluyen: el gasto de bolsillo, las contribuciones a la seguridad social y el gasto gubernamental en salud transferido a los hogares. La capacidad de pago se define como el excedente de recursos efectivos del hogar, el cual se mide descontando del gasto total de los hogares el gasto de subsistencia, medido a través del gasto en alimentación o una línea de pobreza, y el gasto en salud financiado por impuestos.

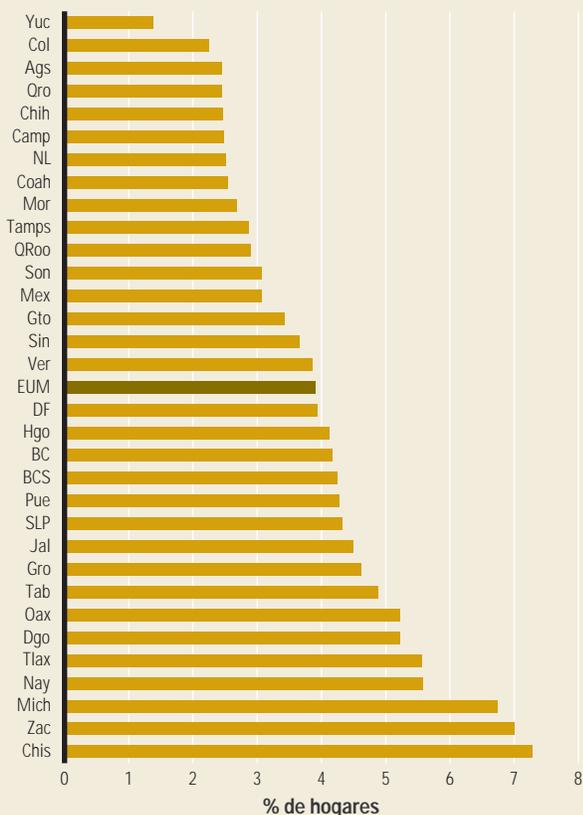
Cualquier hogar puede llegar a enfrentar la enfermedad de alguno de sus miembros. Si la familia afectada se ve obligada a asumir directamente el costo de la atención, su capacidad para cubrir otras necesidades básicas –alimentación, educación o vivienda– puede verse súbitamente mermada. Las familias de altos ingresos pueden tener que vender sus bienes o hacer uso de sus ahorros. Los hogares más pobres pueden llegar a perder el patrimonio de toda una vida. Lo más lamentable es que estas situaciones por lo general se presentan en casos de enfermedad que podrían atenderse con intervenciones a las que resulta fácil acceder cuando se cuenta con un seguro de salud, especialmente cuando éste se financia con recursos públicos.

Las familias mexicanas continúan pagando con sus recursos los servicios médicos y los medicamentos en el momento en que los necesitan: más del 50% del gasto en salud es gasto de bolsillo. Esta forma de pago

directo es la más inequitativa porque provoca dos problemas importantes: expone a las familias al riesgo de empobrecimiento por motivos de salud y desalienta la utilización de los servicios médicos en las familias que no tienen dinero para pagarlos.

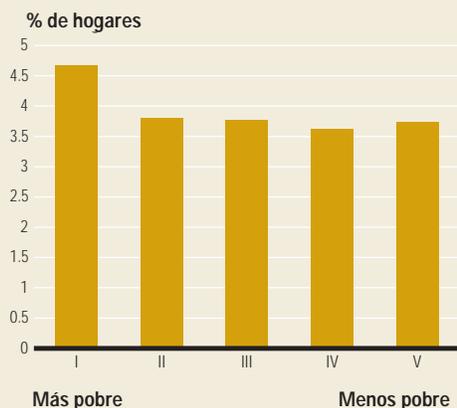
En el último trimestre de 2002, el 3.9% de los hogares del país incurrieron en gastos catastróficos por motivos de salud. Esta situación fue más frecuente en los hogares más pobres, los hogares no asegurados y los residentes en áreas rurales. Las entidades federativas con mayores porcentajes de hogares con gastos catastróficos fueron Chiapas, Zacatecas y Michoacán. En Aguascalientes, Colima y Yucatán se presentaron los porcentajes más bajos. Es importante mencionar que además existen hogares que aunque no incurren en gastos catastróficos presentan gastos en salud que los pueden empobrecer, es decir, que hacen que crucen la línea de pobreza.

Hogares con gastos catastróficos por motivos de salud por entidad federativa, México 2002



Un hogar de Michoacán o Chiapas corre un riesgo cinco veces mayor de empobrecerse por motivos de salud que un hogar de Yucatán.

Hogares con gastos catastróficos por motivos de salud por quintil de gasto per cápita, México 2002



Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud por condición de aseguramiento, México 2002



Los gastos catastróficos por motivos de salud son más frecuentes en el quintil de gasto más pobre y en los hogares no asegurados.

# Índice de justicia en la contribución financiera

**E**l índice de justicia en la contribución financiera mide el grado de equidad en el financiamiento del sistema de salud. El sistema de salud es justo o equitativo en la medida en que el gasto en salud se distribuye proporcionalmente en relación a la capacidad de pago de los hogares, independientemente de su nivel socioeconómico. El índice de justicia varía entre 0 y 100. Un valor de 100 indica que el sistema de salud es completamente equitativo.

**U**n sistema de salud es justo desde el punto de vista de su financiamiento cuando los costos de la atención médica y de las acciones de salud pública se distribuyen de acuerdo con la capacidad de pago de las familias: el que más tiene más paga y el que nada tiene nada paga.

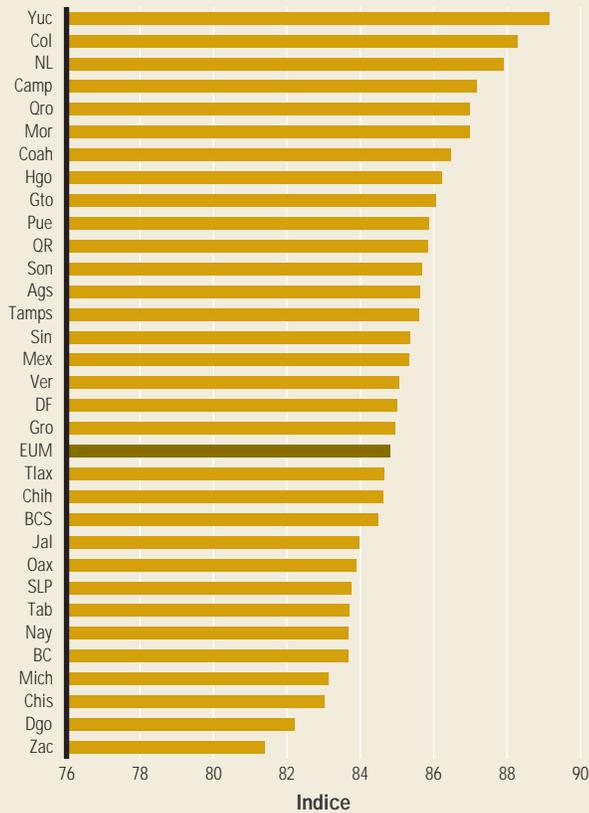
Por esta razón, uno de los objetivos del financiamiento equitativo de la salud es evitar que las familias pobres paguen proporcionalmente más por atender su salud que las familias adineradas, lo que se conoce como pagos regresivos. Otro es evitar que los hogares se empobrezcan por incurrir en gastos catastróficos por atender sus necesidades de salud.

Existe una relación estrecha entre los hogares con riesgo de empobrecimiento por motivos de salud y la equidad financiera del sistema de salud. Cuando las familias pagan directamente por la atención

de sus necesidades de salud en el momento de requerirla aumenta su probabilidad de incurrir en gastos catastróficos y se incrementa la injusticia en el financiamiento.

Los datos de la ENED 2002 muestran una relación inversa entre el porcentaje de hogares con gastos catastróficos y el índice de justicia en la contribución financiera. Según esta encuesta, los sistemas estatales de salud más justos son los de Nuevo León, Colima y Yucatán. Si tomamos la cifra nacional de protección financiera como umbral, tenemos a 12 entidades federativas con un alto gasto catastrófico y un bajo índice de justicia financiera; 16 con un bajo gasto y un alto índice de justicia financiera, y cuatro entidades con un alto gasto catastrófico y un índice de justicia financiera alto.

Indice de justicia en la contribución financiera de los sistemas nacional y estatales de salud, México 2002



Yucatán, Colima, Nuevo León, Campeche, Querétaro y Morelos financian sus sistemas de salud de manera más equitativa.

Relación entre el porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud y el índice de justicia en la contribución financiera por entidad federativa, México 2002

En general, los sistemas estatales de salud más equitativos desde el punto de vista financiero presentan los porcentajes más bajos de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud.



## Hogares con seguro de salud

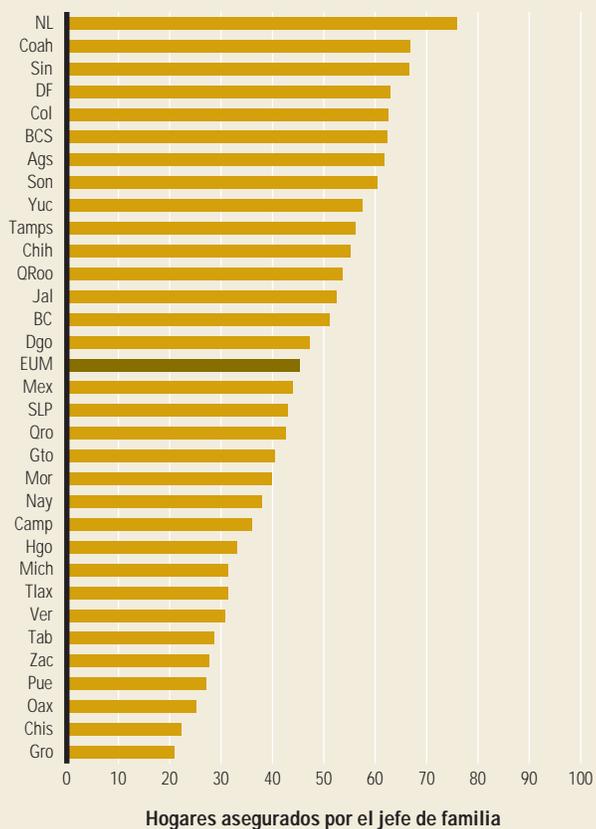
**El hogar asegurado** se definió como todo hogar cuyo jefe reportó haber tenido algún esquema de aseguramiento ya fuera social o voluntario. El porcentaje de hogares asegurados se calculó dividiendo los hogares asegurados entre el total de hogares

**E**n general se acepta que el pago por anticipado es el mejor método de financiamiento de la atención a la salud, ya que disminuye el riesgo de incurrir en gastos excesivos. Estos pagos dan origen a los llamados seguros de salud, que pueden ser públicos o privados. Los seguros privados se financian con las llamadas primas. Los seguros públicos, que en general son más equitativos y eficientes, se financian con impuestos o con contribuciones a los esquemas de seguridad social.

En México, en el último trimestre de 2002, sólo 45.3% de los hogares contaba con alguna forma de aseguramiento. Los

estados con mayor porcentaje de hogares asegurados fueron Nuevo León, Coahuila y Sinaloa, con 75.9, 66.8 y 66.6%, respectivamente, mientras que los estados de Oaxaca y Chiapas presentaron los menores porcentajes de aseguramiento, con 20.8 y 22.3% respectivamente. La seguridad social concentra el mayor porcentaje de hogares asegurados, con 43%. El 1.5% de los hogares cuenta con dos esquemas de aseguramiento; 0.34% de los hogares están afiliados al Seguro Popular de Salud y menos de 2% de los hogares tienen seguro privado de salud.

Porcentaje de hogares asegurados por el jefe de familia, México 2002



Los estados de Nuevo León, Sinaloa, Coahuila, Distrito Federal, Colima, Baja California Sur y Aguascalientes presentaron porcentajes de aseguramiento en salud mayores de 60%.

Hogares asegurados por el jefe de familia por institución, México 2002

Los seguros privados de salud protegen a menos del 1% de los hogares mexicanos.



## Familias afiliadas al Seguro Popular de Salud

El número de **familias afiliadas al Seguro Popular de Salud** se obtuvo del registro nominal de familias, actualizado a diciembre de 2002.

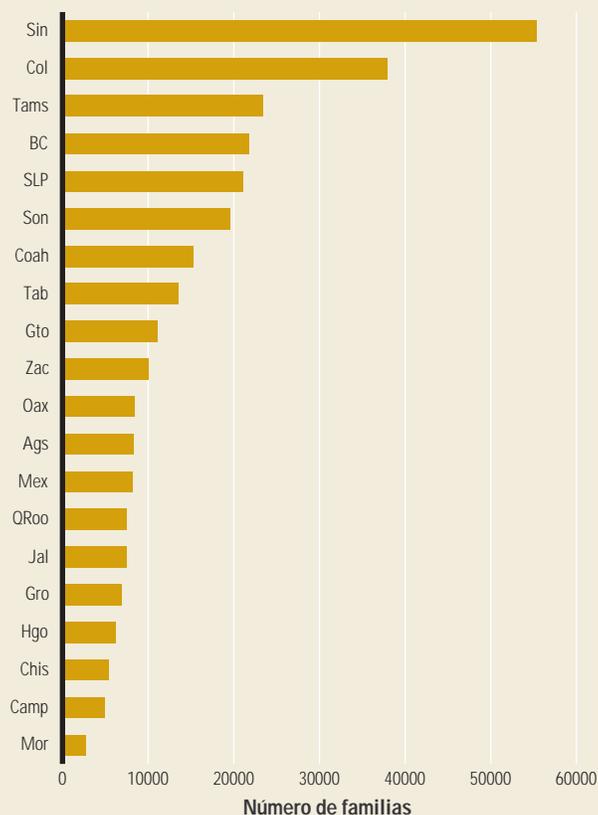
**E**n 1943, año en el que se crea nuestro actual sistema de salud, la población del país quedó dividida en dos segmentos: una fracción de la población con plenos derechos a la seguridad social y otra sujeta a la acción asistencial del estado. Actualmente, alrededor de 45 millones de mexicanas y mexicanos carecen de seguridad social formal. Esta brecha histórica, sin embargo, comienza a cerrarse. El 15 de mayo de 2003 se publicó en el Diario Oficial de la Federación un cambio fundamental a la Ley General de Salud por el cual se crea el Sistema de Protección Social en Salud.

El Seguro Popular de Salud (SPS) es el instrumento de esta reforma financie-

ra del sistema de salud. Ofrece una opción de aseguramiento público en materia de salud a los ciudadanos que por su condición laboral o socioeconómica no pueden acceder a las instituciones de seguridad social. Este protegerá a las familias contra gastos catastróficos por motivos de salud y ampliará el acceso a servicios integrales de salud.

Hasta diciembre de 2002 se habían afiliado al SPS 295,000 familias; 98.3% de ellas se ubican en los primeros cuatro deciles de ingreso. Se espera que en 2003 se incorpore el estado de Michoacán y el número de familias afiliadas alcance la cifra de 524,000.

Familias afiliadas al Seguro Popular de Salud por entidad federativa, México 2002



Los estados de Sinaloa y Colima destacan en el rubro de familias afiliadas al Seguro Popular de Salud.

El Seguro Popular de Salud está protegiendo a las familias más pobres del país.

Procentaje de familias afiliadas al Seguro Popular de Salud por decil de ingreso, México 2002

