UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales

Maestría en Políticas Públicas

POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD A TRAVÉS DEL SEGURO POPULAR: ANÁLISIS DE LOS "GASTOS DE BOLSILLO" DE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN MORELIA, MICHOACÁN

Tesis

Para obtener el grado de

MAESTRA EN POLÍTICAS PÚBLICAS

Presenta:

LAF. Claudia María Ramírez Cendejas

Director de Tesis:

Dr. Casimiro Leco Tomás

Morelia, Mich., Agosto de 2016

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales
Maestría en Políticas Públicas

ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la Ciudad de Morelia, Mich., el día 18 de junio de 2016, los miembros de la Mesa de Sinodales designada por el H. Consejo Técnico del Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales (ININEE) de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH), aprobaron para presentar el examen de grado la tesis titulada:

POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD A TRAVÉS DEL SEGURO POPULAR: ANÁLISIS DE LOS "GASTOS DE BOLSILLO" DE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN MORELIA, MICHOACÁN

Presentada por la alumna:

Claudia María Ramírez Cendejas

Aspirante al grado de **Maestra en Políticas Públicas.** Después de haber efectuado las revisiones necesarias, los miembros de la Mesa de Sinodales manifestaron SU APROBACIÓN DE LA TESIS, en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

LA MESA DE SINODALES

Director de la Tesis

Dr. Casimiro Leco Tomás

Dra. América Ivonne Zamora Torres

Dr. Carlos A. Rodríguez Chávez

Dr. Carlos Ortiz Paniagua

Dr. Rubén Molina Martínez

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES
MAESTRÍA EN POLÍTICAS PÚBLICAS

CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS

En la ciudad de Morelia, Mich., el día 18 de Junio de 2016, la que suscribe Claudia María Ramírez Cendejas, alumna del programa de Maestría en Políticas Públicas adscrita al Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales (ININEE), manifiesta ser el autor intelectual del presente trabajo de tesis, desarrollado bajo la dirección del Dr. Casimiro Leco Tomás y cede los derechos del trabajo titulado: **"POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD A TRAVÉS DEL SEGURO POPULAR: ANÁLISIS DE LOS "GASTOS DE BOLSILLO" DE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN MORELIA, MICHOACÁN,** a la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo para su difusión con fines estrictamente académicos.

No está permitida la reproducción total o parcial de este trabajo de tesis ni su tratamiento o transmisión por cualquier medio o método sin la autorización escrita de la autora y/o director del mismo. Cualquier uso académico que se haga de este trabajo, deberá realizarse conforme a las prácticas legales establecidas para este fin.

_____

Claudia María Ramírez Cendejas

DEDICATORIA

A mis hijas Claudia Andrea y Samantha, impulso y motor de mi vida, gracias por el tiempo que como madre no dediqué a ustedes, pero sobre todo por su amor y palabras hermosas que grabo en mi corazón.

A mi esposo José Enrique, sin tu amor y apoyo en los momentos difíciles, no hubiera sido posible, te amo, gracias.

A mi madre quien siempre me ha apoyado e impulsado a la superación, gracias por tus palabras de aliento y tu amor incondicional, eres ejemplo de vida.

A mis hermanas y hermanos, gracias por su cariño y apoyo en el cuidado de mi familia.

Alejandra mi hermana gemela, pilar importante en mi vida, gracias por tu alegría, tu optimismo y por creer en mí.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por su infinita misericordia, por las bendiciones recibidas y por hacer posible este sueño.

Gracias al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por el apoyo económico que me brindaron, lo que me permitió dedicar todo mi tiempo al estudio.

Mi agradecimiento al Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales (ININEE) y la coordinadora de la maestría, Dra. Odette Virginia Delfín Ortega, por mostrar el camino al conocimiento y darme las facilidades necesarias para cursar y concluir esta maestría.

Gracias a mi director de tesis, Dr. Casimiro Leco Tomás por sus valiosos conocimientos, su paciencia, tiempo y guía para la elaboración de este trabajo de tesis.

A los integrantes de mi mesa sinodal, Doctores América Ivonne Zamora Torres, Carlos A. Rodríguez Chávez, Carlos Ortiz Paniagua y Rubén Molina Martínez, gracias por su tiempo y sus valiosas aportaciones que enriquecieron mi documento de tesis.

Mi profundo agradecimiento a todos mis profesores del Instituto, por sus conocimientos, su entrega, sus consejos, su guía, su amistad; no existe trabajo más loable que su labor de docentes, gracias otra vez.

Agradezco al personal de la Secretaría de Salud y su red de hospitales y centros de salud en Michoacán por las facilidades otorgadas para la aplicación de mi instrumento de medición.

A mis compañeros de travesía: Yésica, Juan Pablo, Thalía, Martha, Analí, Antonio, Yuridiana, Paulina, Tania y Nereyda, gracias por coincidir en mi camino, por crecer juntos en el conocimiento, por compartir tantos momentos; dejan gran parte de ustedes en mí, y yo parte de mí en ustedes, los quiero.

Un agradecimiento especial a mi amiga y compañera Martha Gabriela Orozco Rodríguez, por su valioso apoyo en la realización de mi trabajo. Porque posee una luz especial, que irradia amistad, apoyo, alegría, porque es capaz de dar sin esperar a cambio. Las personas como tú son las que cambian el mundo y están destinadas al éxito.

ÍNDICE

Relación de tablas y gráficos 8
Siglas y abreviaturas 12
Glosario 13
Resumen 15
Abstract 16
Introducción 16

FUNDAMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN 19
1. Planteamiento del problema 19
2. Preguntas de Investigación 28
   2.1 Pregunta General 28
   2.2 Preguntas Específicas 28
3. Objetivos de la investigación 28
   3.1 Objetivo General 28
   3.2 Objetivos específicos 29
4. Justificación 29
5. Horizonte temporal y espacial 30
6. Viabilidad de la investigación 30
7. Tipo de investigación 30
8. Método y metodología en la investigación científica 31
9. Hipótesis de la investigación 32
   9.1 Hipótesis general 32
   9.2 Hipótesis específicas 32
10. Identificación de variables 33
11. Alcances y limitaciones de la investigación 33

MARCO TEÓRICO
CAPÍTULO I. JUSTICIA SOCIAL, EQUIDAD E IGUALDAD, DERECHOS HUMANOS EN SALUD 34
   1.1 Teoría de la "Justicia social o justicia como equidad" de John Rawls 34
   1.2 Equidad e igualdad en salud 40
   1.3 Derechos humanos en Salud 43
   1.4 Política pública en salud basada en evidencia 45

CAPÍTULO II. POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD EN MÉXICO Y EN MICHOACÁN 52
   2.1 Sistema nacional de salud en México y su marco legal 61
   2.2 Historia del sistema mexicano de salud y la transición en salud 63
   2.3 Instituciones de salud en México 71
   2.4 La reforma al sistema de salud y la creación del sistema de protección social en salud (SPSS) 71
   2.5 La política pública en salud y el seguro popular en el estado de Michoacán 79

2.5.1 Salud de la población 87
2.5.2 Infraestructura hospitalaria 91

CAPÍTULO III. TRABAJO DE CAMPO PARA CAPTAR EL GASTO EN SALUD EN MORELIA, MICHOACÁN 93
3.1 Universo de estudio 94
3.2 Delimitación de la muestra 95
3.3 Instrumento de recolección de datos 96
3.4 Construcción del instrumento de escala nominal 97
3.5 Análisis e interpretación de resultados 100

PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA 138

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 151

BIBLIOGRAFÍA 153

ANEXOS 159
Anexo I.- Gasto en salud público y privado como porcentaje del PIB y gasto en productos farmacéuticos total y per cápita como % del PIB (OCDE, 2013) 160
Anexo II.- Personal médico, enfermería, técnico y administrativo de la Secretaría de Salud del estado de Michoacán (2012-2015) 177
Anexo III.- Infraestructura y equipamiento de la Secretaría de Salud en el estado de Michoacán (2012-2015) 179
Anexo IV.- Cuestionario 188
Anexo V.- Tablas de frecuencia y estadísticos descriptivos 196

RELACIÓN DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLAS:

1. Porcentaje de población nacional y estatal con seguro médico 20
2. Historia contemporánea del sistema de salud mexicano 66
3. Funciones del Estado en materia de salud 78
4. Datos demográficos de Michoacán 88
5. Afiliación histórica nacional y estatal 2002-2014 89
6. Cobertura geográfica del seguro popular 89
7. Afiliados al 2014 por decil de ingreso 90
8. Población afiliada en localidades con 40% de habla indígena 90
9. Personas afiliadas por tipo de localidad. 91
10. Operacionalización de variables 98
11. Gasto total en salud como porcentaje del PIB (OCDE 2013) 160
12. Gasto público en salud como porcentaje del PIB (OCDE 2013) 161
13. Gasto privado en salud como porcentaje del PIB (OCDE 2013) 162
14. Gasto en productos farmacéuticos como porcentaje del PIB (OCDE 2013) 163
15. Gasto en salud per cápita (OCDDE 2013) USD PPA* 164
16. Gasto en productos farmacéuticos per cápita (OCDDE 2013) USD PPA* 165
17. Porcentaje del gasto en productos farmacéuticos per cápita respecto al gasto total per cápita (OCDE 2013) 166
18. Gasto total en salud en México como porcentaje del PIB 2000-2013 167
19. Gasto público en salud en México como porcentaje del PIB 2000-2013 167
20. Gasto público y privado en salud como porcentaje del PIB México 2000 a 2013. . 168
21. Gasto total para México en productos farmacéuticos como porcentaje del PIB . . .168
22. Gasto público nacional en salud México población con seguridad social y población sin seguridad social 2000-2013 169
23. Aportación federal y estatal para el gasto público en salud de la población sin seguridad social 2000-2013 170
24. Composición del gasto federal en salud a nivel nacional para población no derechohabiente 2000-2013 171
25. Gasto público en salud por institución a nivel nacional para la población con seguridad social 2000-2013 172
26. Producto Interno Bruto (PIB) a nivel nacional 172
27. Gasto público en salud, población con seguridad social y población sin seguridad social Estado de Michoacán 2000-2013 173
28. Aportación federal y estatal del gasto público en salud de la población sin seguridad social en el estado de Michoacán 2000-2013 173
29. Composición del gasto federal en salud Michoacán para población no derechohabiente 2000-2013 174
30. Gasto público en salud por institución en el estado de Michoacán para la población con seguridad social 2000-2013 175

31. Población del estado de Michoacán 2000-2013 175
32. Producto Interno Bruto del estado de Michoacán 2000-2013 176
33. Personal médico de la Secretaría de Salud de Michoacán 2012-2015 177
34. Personal de enfermería de la Secretaría de Salud de Michoacán 2012-2015 178
35. Otro personal profesional de la Secretaría de Salud en Michoacán 2012-2015 . . 178
36. Camas de hospital de la Secretaría de Salud en Michoacán 2012-2015 179
37. Camas no censables de la Secretaría de Salud en Michoacán 2012-2015 179
38. Consultorios de la Secretaría de Salud en Michoacán 2012-2015 180
39. Quirófanos y salas de expulsión de la Secretaría de Salud en Michoacán 2012-2015 180
40. Ambulancias y servicios de apoyo de la Secretaría de Salud en Michoacán 2012-2015 181
41. Unidades de salud por jurisdicción sanitaria de la Secretaría de Salud en Michoacán 2012-2015 181
42. Red de hospitales de la Secretaría de Salud estado de Michoacán 2012-2015 . . 187

GRÁFICOS:

1. Porcentaje de población nacional y estatal con seguro médico 2002 21
2. Gasto total en salud como porcentaje del PIB (OCDE 2013) 55
3. Gasto público en salud como porcentaje del PIB (OCDE 2013) 56
4. Gasto privado en salud como porcentaje del PIB (OCDE 2013) 57
5. Gasto en productos farmacéuticos como porcentaje del PIB (OCDE 2013) 58
6. Gasto en salud per cápita, público y privado (OCDDE 2013) USD PPA 59
7. Gasto en productos farmacéuticos per cápita (OCDDE 2013) USD PPA 60
8. Porcentaje del gasto en productos farmacéuticos per cápita respecto al gasto total per cápita (OCDE 2013) 61
9. Gasto total en salud en México como porcentaje del PIB 2000-2013 68
10. Gasto público en salud como porcentaje del PIB México (2000-2013) 69
11. Gasto total, gasto público y privado en salud como porcentaje del PIB (México 2000-2013) 69
12. Gasto total, gasto público y privado en salud como porcentaje del PIB (México 2000-2013) barras 70
13. Gasto total en productos farmacéuticos como porcentaje del PIB México (2000-2013) 70
14. Gasto público nacional en salud México población con seguridad social y población sin seguridad social 2000-2013. 80
15. Proporción del gasto público nacional en salud México población con seguridad social y población sin seguridad social 2000-2013 81
16. Proporción federal y estatal del gasto público nacional en salud en México 2000-2013 81
17. Composición del gasto federal en salud a nivel nacional para población no derechohabiente 2000-2013 82

18. Gasto público en salud por institución a nivel nacional para la población con seguridad social 2000-2013 82
19. Producto Interno Bruto (PIB) nacional 2000-2013 83
20. Población del estado de Michoacán 2000-2013 83
21. Gasto público en salud, población con seguridad social y población sin seguridad social Estado de Michoacán 2000-2013 84
22. Proporción del gasto público en salud, población con seguridad social y población sin seguridad social Estado de Michoacán 2000-2013 84
23. Composición del gasto federal en salud Michoacán para población no derechohabiente 2000-2013 85
24. Gasto público en salud por institución en el estado de Michoacán para la población con seguridad social 2000-2013 85
25. Población del estado de Michoacán 2000-2013 86
26. Producto Interno Bruto del estado de Michoacán 2000-2013 86
27. Hospital atención médica 101
28. Lugar de procedencia 102
29. Año de afiliación 103
30. Cuota anual 104
31. Jefe de familia 104
32. Número de personas en la familia 105
33. Actividad laboral actual 105
34. Frecuencia de ingresos 106
35. Cantidad de ingresos 107
36. Grado de estudios 108
37. Gasto de comida semanal 108
38. Frecuencia servicios Seguro Popular 109
39. Lugar de atención en la última vez que alguien se enfermó 110
40. Razón de atención 111
41. Satisfacción en la atención 111
42. Tiempo de espera en la consulta 112
43. Padecimiento o enfermedad grave o crónica 113
44. Cobertura Seguro Popular de enfermedad grave o crónica 113
45. Frecuencia de consultas médicas 114
46. Pago por consultas médicas 115
47. Motivo de pago por consultas médicas 115
48. Forma de pago de consultas médicas 116
49. Obtención del dinero para pagar 117
50. Interrupción de tratamiento médico 117
51. Frecuencia medicamento con receta 119
52. Pago por medicamentos con receta 119
53. Motivo de pago medicamento con receta 120
54. Forma de pago de medicamento con receta 121
55. Obtención del dinero para pagar medicamento con receta 121
56. Frecuencia de gasto medicamento sin receta 122

57. Pago por medicamento sin receta 123
58. Motivo de pago medicamentos sin receta 123
59. Forma de pago con medicamento sin receta 124
60. Obtención del dinero para pagar medicamento sin receta 124
61. Frecuencia de gasto en productos farmacéuticos 125
62. Pago por productos farmacéuticos 126
63. Motivo de pago productos farmacéuticos 126
64. Forma de pago de productos farmacéuticos 127
65. Obtención de dinero para pago de productos farmacéuticos 127
66. Pago por cirugía y hospitalización 128
67. Motivo de pago cirugía y hospitalización 129
68. Forma de pago cirugía y hospitalización 130
69. Obtención de dinero pago cirugía y hospitalización 130
70. Frecuencia de gasto análisis de laboratorio y gabinete 131
71. Pago por análisis de laboratorio y gabinete 132
72. Motivo de pago análisis de laboratorio y gabinete 132
73. Forma de pago análisis de laboratorio y gabinete 133
74. Obtención de pago análisis de laboratorio y gabinete 133
75. Pago de aparatos ortopédicos dentales y material quirúrgico 134
76. Motivo de pago por aparatos ortopédicos 135
77. Forma de pago aparatos ortopédicos 135
78. Obtención de dinero pago de aparatos ortopédicos 136

SIGLAS Y ABREVIATURAS

BID	Banco interamericano de desarrollo
CAUSES	Catálogo Único de Servicios de Salud
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
DGED	Dirección General de Evaluación del Desempeño
DOF	Diario Oficial de la Federación
ENED	Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño
ENESS	Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
FPCGC	Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos
FUNSALUD	Fundación Mexicana para la Salud, A.C.
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IMSS-O	Instituto Mexicano del Seguro Social Oportunidades
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LGS	Ley General de Salud
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de Salud
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PIB	Producto Interno Bruto
PSS	Programa Sectorial de Salud
REPSS	Régimen Estatal de Protección Social en Salud
SAEH	Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de Marina
SICUENTAS	Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales en Salud
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SP	Seguro Popular
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SS	Secretaría de Salud

GLOSARIO

Cultura del aseguramiento. Conocimiento de la población de que es mejor realizar pagos anticipados que pagos directos de bolsillo para evitar el riesgo de incurrir en gastos que pueden llegar a ser catastróficos.

Cuotas de afiliación. Monto de recursos que aportarán las familias que se afilien al programa del seguro popular de salud (SS).

Familia beneficiaria. Miembros de la familia nuclear que por su condición socioeconómica y laboral no sean derechohabientes de la seguridad social y elijan afiliarse al Seguro Popular de Salud.

Gasto catastrófico en salud. Gasto que constituye más del 30 por ciento del ingreso anual disponible (ingreso total menos el gasto en alimentación) del hogar y que pone en riesgo de empobrecimiento a los hogares de menores ingresos (SS).

Gasto de bolsillo. Pago directo que se realiza en el momento de requerir atención médica y que pone en riesgo de empobrecimiento a las familias de bajos ingresos (SS).

Hogar. Se refiere a las familias que viven en una vivienda y que dependen de un solo ingreso, en este sentido una vivienda puede tener más de un hogar.

Medicina preventiva. Intervenciones que fomentan conductas que mantienen la salud de las personas y que reducen el riesgo de padecer algún problema de salud.

Pago anticipado en salud. Pago por adelantado que se realiza para cubrir el costo de la atención en salud en caso de requerirla con el fin de proteger el ingreso de las familias y fomentar la atención oportuna y preventiva (SS).

Población beneficiaria. Grupo de personas que recibe los beneficios que se incluyen en algún programa público.

Población no asegurada. Personas que no son beneficiarias de alguna institución de seguridad social.

Población objetivo. Grupo de población que cumple con las condiciones necesarias para ser beneficiaria de algún programa público.

Precios básicos. Se definen como la cantidad a cobrar por el productor al comprador por una unidad de un bien o servicio, menos cualquier impuesto a pagar; más cualquier subsidio a cobrar, como consecuencia de su producción o venta. Excluye los gastos de transporte facturados separadamente por el productor (INEGI, 2015).

Precios constantes. La expresión constantes admite dos interpretaciones: la primera, representa la valoración de las corrientes de bienes y servicios a los mismos precios que se transaban en un año anterior, llamado año base; mientras que la segunda, constituye la valoración de los flujos monetarios, según su poder adquisitivo y se expresa en relación con un conjunto de bienes y servicios (INEGI, 2015).

Presupuesto de Egresos de la Federación. Es un lineamiento que se presenta en forma de anteproyecto ante la Cámara de Diputados en México y lo presenta la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) con el objeto de programar el gasto de los recursos federales que se recaudan por medio de impuestos, derechos y aprovechamientos y que se distribuye a los tres poderes de la Unión en sus tres niveles: federal, estatal y municipal.

Producto Interno Bruto. Conjunto de bienes y servicios producidos en un país durante un espacio de tiempo, generalmente un año (INEGI, 2015).

Promotor de salud. Personal encargado de organizar y promover las actividades de registro y afiliación del Programa del Seguro Popular a la población objetivo.

Seguridad social. Instituciones públicas de salud y prestaciones sociales que cubren a los trabajadores del sector formal de la economía.

Seguro Popular. Esquema de aseguramiento público y voluntario que brinda protección financiera en materia de salud a las familias que por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social (Seguro Popular, 2015).

RESUMEN

A partir de la reforma a la Ley General de Salud en el año 2003 mediante la cual se crea el régimen de protección social en salud, México pasó de invertir en salud del 4.9% que invertía en el año 2000 a 6.2% de su Producto Interno Bruto (PIB) en el 2013, aunque todavía estamos por debajo de la media de los países de américa latina que es del 7% y de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) que es de 8.9%. El gran logro de esa reforma fue el haber garantizado en el artículo 4° de la Constitución Política de nuestro País el derecho fundamental a la protección social en salud con independencia de la condición laboral o del estatus social o económico de las personas. El Seguro Popular (SP) alcanzó la cobertura total en el año 2012 con más de 52 millones de personas afiliadas, gracias al financiamiento del seguro popular, la infraestructura hospitalaria creció, se fortalecieron centros de salud y unidades de atención, aunque seguimos con un sistema de salud fraccionado en varias instituciones.

Se prevé que se tendrá cada vez más presión en el sistema de salud, pues las enfermedades han evolucionado de ser enfermedades infecciosas agudas a enfermedades crónicas y de ser enfermedades relativamente baratas a ser enfermedades de alto costo, por lo que se debe cambiar el paradigma de atención a la prevención. Esa misma presión se verá reflejada en los bolsillos de las personas en la medida que no se logre tener un sistema de salud integrado y eficiente que dé un verdadero acceso a la salud con calidad y equidad.

Aunque se han reducido los gastos de bolsillo en salud se tiene evidencia que las familias siguen teniendo un alto gastos de bolsillo, ya sea por el desabasto en los medicamentos, por la lejanía de las instituciones de salud o por la falta de eficiencia en la atención en las unidades médicas y hospitales, entre otros.

La presente investigación muestra los aspectos ligados a la atención médica en el seguro popular y mediante la aplicación de un cuestionario a una muestra de la población afiliada en la ciudad de Morelia, Michoacán, se pudo cuantificar el gasto en salud que es cubierto en el momento de la atención médica, representando así gasto de bolsillo. De acuerdo a los resultados obtenidos, se propone modificar la política pública de salud para disminuir los gastos de bolsillo de la población afiliada al seguro popular en el estado de Michoacán, aplicando la metodología de marco lógico (MML).

Palabras clave: Sistema de salud, política pública de salud, seguro popular, gasto de bolsillo, seguridad social.

ABSTRACT

From reform to the General Health Law in 2003 by which the system of social protection in health is created, Mexico went from investing in health 4.9% that invested in 2000 to 6.2% of its domestic product gross (GDP) in 2013, although we are still below the average of the countries of Latin america that is 7% and the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), which is 8.9%. The great achievement of this reform was to be guaranteed in Article 4 of the Constitution of our country the fundamental right to social protection in health regardless of employment status or social or economic status of people. Seguro Popular (SP) reached full coverage in 2012 with more than 52 million people affiliated, with funding from the popular insurance, hospital infrastructure grew, health centers and care units were strengthened, although we continue with a system fractionated health in various institutions.

It is anticipated that more pressure will have on the health system, because the disease has evolved from acute infectious diseases to chronic diseases and being relatively inexpensive to be high-cost diseases diseases, so you should change the paradigm of attention to prevention. That same pressure will be reflected in the pockets of the people to the extent that fails to have an integrated and efficient health system that gives real access to quality health and equity.

Although reduced expenses pocket health is evidence that families continue to have a high pocket expenses, either by the shortage in medicines, by the remoteness of health institutions or lack of efficiency in care in medical units and hospitals, among others.

This research shows aspects related to health care in the popular insurance and by applying a questionnaire to a sample of the population enrolled in the city of Morelia, Michoacan, could quantify health spending that is covered at the time health care, representing pocket expense. According to the results, it is proposed to change public health policy to reduce out of pocket expenses of the population affiliated with the popular insurance in the state of Michoacan, applying the methodology of logical framework (MML).

Keywords: health system, health policy, popular insurance, out of pocket health expenditure, social insurance.

INTRODUCCIÓN

El gasto en salud en México está conformado por el gasto público que realiza el gobierno y el gasto privado que a su vez encuentra integrado por el prepago de servicios médicos como el que promocionan las compañías aseguradoras, más las transferencias en efectivo o en especie como el programa de Oportunidades o Prospera, más el pago directo de los servicios que se realiza en el momento de recibir la atención, lo cual constituye lo que se denomina “gasto de bolsillo”.

En el año 2005 el estado de Michoacán firmó con la Federación el Convenio de Cooperación para operar el Seguro Popular en la Entidad por lo que resulta de especial interés los resultados que esta política ha tenido en términos económicos en la población, a diez años de su implementación. Con la presente investigación se logró un primer acercamiento a la cuantificación del gasto de bolsillo de las personas atendidas en la ciudad de Morelia, Mich. y afiliadas al seguro popular, herramienta de la política pública de salud.

Este documento está conformado por los fundamentos de la investigación: el planteamiento del problema, pregunta general y específicas para analizar el acceso al Seguro Popular y el gasto de bolsillo en los rubros de consultas médicas, medicamentos, cirugías y hospitalizaciones, estudios de laboratorio, gabinete y otros gastos en salud; los objetivos se encuentran en el mismo sentido que nuestra pregunta y se realiza su justificación. La investigación se delimita a las personas afiliadas y atendidas al seguro popular en la ciudad de Morelia, Mich., se plantea la hipótesis, el método y la metodología con la cual se llevará a cabo la comprobación o refutación de la misma, siendo el método científico transversal a la investigación. En cuanto a las variables, se plantea como dependientes el gasto de bolsillo en consultas, medicamentos, hospitalizaciones, estudios de laboratorio y gabinete y otros gastos en salud y como variable independiente el acceso al Seguro Popular y por último los alcances y limitaciones de la investigación.

En el marco teórico se encuentra como primer capítulo la teoría de la justicia social o justicia como equidad de John Rawls elegida para esta investigación, por considerar que es la que más se apega al tema propuesto pues el Seguro popular es un programa de la política social y de salud que busca precisamente justicia social y equidad en el acceso a la salud con enfoque de derechos humanos o derechos fundamentales, Rawls aborda ese derecho desde una posición original o estado de naturaleza. El concepto de equidad e igualdad en salud ampliamente tratado por la Organización Mundial de la Salud y otros organismos internacionales también se aborda en este capítulo por ser el seguro popular un programa que busca la universalidad en salud y por tanto persigue esa igualdad y equidad para todos en este País.

En el segundo capítulo se encuentran datos acerca de la salud en México y en Michoacán, abordando el marco legal que soporta al sistema nacional de salud, las instituciones que lo conforman, su financiamiento y operación, así como la política pública en salud vigente.

En el tercer capítulo se presenta el trabajo de campo para la captación del gasto en salud en Morelia, Michoacán, el diseño y aplicación del instrumento, así como el análisis e interpretación de los resultados procesados con el sistema computacional SPSS. Posteriormente se realizan las conclusiones y recomendaciones.

Finalmente se presenta la propuesta de política pública derivada de los resultados obtenidos en esta investigación elaborada con base en la Metodología de Marco Lógico (MML).

FUNDAMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. Planteamiento del problema

El bien de la salud no puede ser reemplazado, de ahí que el gasto en este rubro usualmente sea inevitable. Los costos de los servicios médicos son determinados por la disponibilidad de pago de los consumidores. En algunos casos el gasto puede convertirse en "catastrófico" si es mayor al 40% del ingreso disponible –entendido como el ingreso restante después del gasto en alimentos. El gasto catastrófico puede llevar a la pobreza estructural, pues pone en riesgo la viabilidad económica y financiera del hogar (CESO, 2011).

La enfermedad de un miembro del hogar no sólo produce sufrimiento sino también afecta la situación económica de los hogares, ya sea por la pérdida de tiempo trabajado o por los gastos erogados para paliar la enfermedad o recuperar la salud. El grado en que la economía del hogar es afectada depende en gran parte del sistema de salud, pues los costos disminuyen en tanto exista un sistema integrado, eficiente y con alta cobertura. Si estas condiciones no son ideales, el gasto de bolsillo en salud aumenta.

El gasto de bolsillo en salud se refiere al que realizan los hogares aún si contribuyen o no a la seguridad social y seguros privados de salud (OMS, 2014). A dicho gasto se le nombra de esa forma pues se considera como un gasto inesperado proveniente de ahorros, préstamos o venta de activos.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), el objetivo de la cobertura sanitaria universal es asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios necesarios sin tener que pasar penurias económicas para poder cubrirlos.

Para que un país pueda alcanzar esa cobertura universal tiene que cumplir 3 requisitos como: tener un sistema de salud sólido, un sistema de financiamiento de

los servicios de salud y acceso a medicamentos y tecnologías esenciales con personal capacitado.

La cobertura universal en salud tiene consecuencias directas para la salud y forma de vida de la población entre las que destacan la reducción de la pobreza y las desigualdades sociales pues las personas no desembolsan de su salario o su ingreso para pagar los servicios de salud; las personas sanas contribuyen más a la productividad y al bienestar de sus familias y comunidades; asegura que los niños asistan a la escuela y puedan aprender (Organización Mundial de la Salud, 2014).

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2005) al utilizar datos de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002-2003 (ENED) en el 2002, encontró que el 59.9% de la población mexicana no tenía ningún tipo de seguro médico, el 29.5% estaba afiliado al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el 5% al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el 3% a alguna otra institución de seguridad social. Los seguros de afiliación voluntaria –en los cuales se incluyen los seguros privados, el Seguro Popular de Salud (SP) y la afiliación voluntaria al IMSS cubrían al 2.4% de la población (Puentes, 2005).

En el estado de Michoacán en ese mismo año (Puentes, 2005) la población no asegurada era del 72.5%, el 19.3% estaba afiliado al IMSS y el 4.8% al ISSSTE el 0.9% a alguna otra institución de seguridad social. Los seguros de afiliación voluntaria –en los cuales se incluyen los seguros privados, el Seguro Popular de Salud, la afiliación voluntaria al IMSS cubrían a 2.2% de la población.

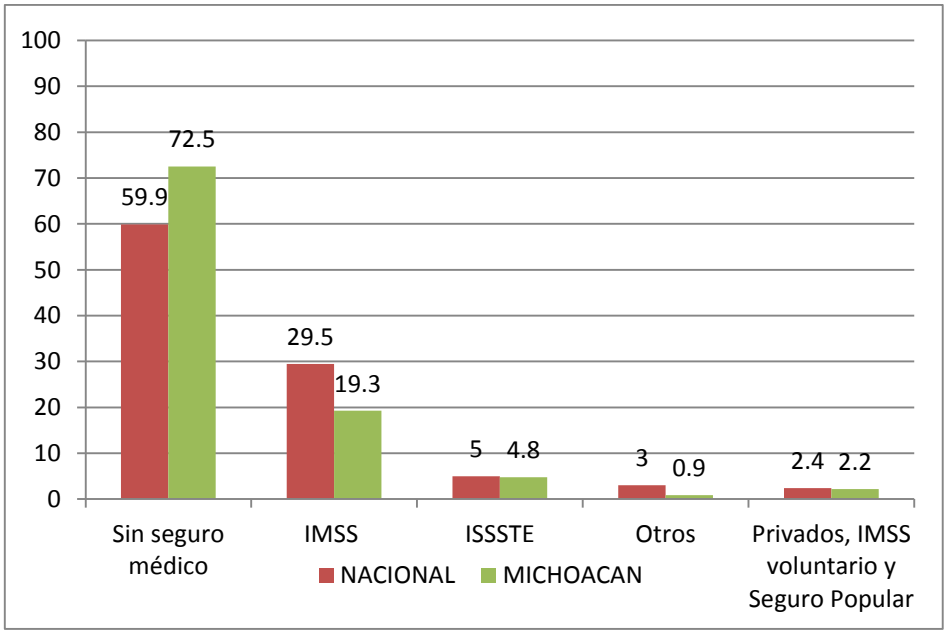
Tabla No. 1.- Porcentaje de población nacional y estatal con seguro médico

CONCEPTO	NACIONAL	MICHOACÁN
Sin seguro médico	59.9%	72.5%
IMSS	29.5%	19.3%
ISSSTE	5.0%	4.8%
Otros	3.0%	0.9%
Privados, IMSS voluntario y Seguro Popular	2.4%	2.2%

Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública (2002).

En México el acceso a los servicios de salud ha estado tradicionalmente ligado a un trabajo formal. Las instituciones de salud que podían dar ese servicio a los trabajadores que cubrían cuotas obrero-patronales son el IMSS, ISSSTE, Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), etc. Las personas que vivían en la informalidad o eran trabajadores independientes tenían que pagarse su tratamiento en el momento de su utilización en detrimento de poder utilizar ese gasto para otros rubros esenciales como alimentación, educación y vivienda. En su defecto, la población no asegurada que contaba con más recursos tenía que contratar seguros médicos que por su alto costo sólo eran accesibles a una parte mínima de la población (Popular, 2014). El resto de la población, la que no era trabajador formal ni podía "darse el lujo" de pagar por su salud, tenía que conformarse con los servicios de asistencia médica que proporciona la Secretaría de Salud y Salubridad desde su creación y que son servicios meramente asistenciales por los que cobran cuotas mínimas de recuperación o puede ser gratuitos los servicios si las personas no tienen con qué pagar.

Gráfico 1. Porcentaje de población nacional y estatal con seguro médico 2002



Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública.

Aunque el gobierno de México desde al Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud en el año de 1996 ha transferido recursos a los sistemas de salud de los Estados fue hasta el 15 de mayo de 2003 que se publicó en el Diario Oficial de la Federación la reforma a la Ley General de Salud donde se establecieron las bases para crear el Sistema de Protección Social en Salud el cual sería operado a través del programa denominado Seguro Popular y que vendría a funcionar como una herramienta de la política pública para garantizar la protección financiera en salud (Federación, 2003).

Dicha reforma en el título tercero bis de la protección social en salud, capítulo 1, disposiciones generales, artículo 77 bis 1 en el Diario Oficial de la Federación del 15 de mayo de 2003 dice:

> *"… Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social"*

Con esta reforma, el Estado garantiza el acceso efectivo, oportuno, de calidad , sin desembolso al momento de su utilización (gasto de bolsillo) y sin discriminación. La reforma prevé el acceso a servicios médicos-quirúrgicos, de farmacia y hospitalarios para una atención integral a la salud desde la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, Como mínimo contempla la consulta externa en el primer nivel de atención, así como consulta externa y hospitalización en el segundo nivel de atención para especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría y geriatría.

A partir del año de 2004 comenzó a operar el Seguro Popular a nivel nacional, su objetivo principal es el dar acceso a los servicios de salud con una póliza de seguro que cubriera de manera conjunta a las familias o miembros de un hogar -en el entendido de que muchas veces en un hogar viven personas que o no son familiares

directos o ni siquiera se tienen rasgos de consanguinidad pero por las diferentes circunstancias de vida dependen de un ingreso conjunto-, y proteger a sus miembros de caer en la pobreza a causa de una enfermedad o de no tratarse la enfermedad por no poder pagar los servicios médicos.

El Seguro Popular es un programa coordinado por el Gobierno Federal, a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) y operado por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), mejor conocidos como Seguro Popular (SP), con el apoyo de los Servicios Estatales de Salud (SESA).

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud (SS) con autonomía técnica, administrativa y operativa que se encarga de establecer medidas y acciones para la tutela de los derechos de los beneficiarios del Sistema; administrar los recursos financieros para el desarrollo de programas de salud, así como los que son transferidos a los Estados y al Distrito Federal; y promover y coordinar las acciones de los REPSS y evaluar su desempeño (Popular, 2014).

El seguro popular cubre actualmente 284 intervenciones generales, 131 por cobertura ampliada y 58 del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPCGC) ligadas a padecimientos clasificados como los más comunes en nuestro país. Estas intervenciones están clasificadas en 6 agrupaciones: Salud Pública, Atención ambulatoria, odontología, urgencias, hospitalización, y cirugía general. Lo anterior incluye la cobertura de las consultas médicas, medicamentos y estudios de laboratorio y gabinete asociados a dichas enfermedades (Popular, 2014).

La afiliación o inscripción al Seguro Popular es de carácter voluntario y los requisitos que deben cubrirse para la afiliación son: residir en el país, no estar afiliado a ningún otro seguro público como IMSS o ISSSTE y pagar una cuota de afiliación la cual es progresiva dependiendo del nivel de ingreso de cada familia y que se compone de 10

niveles o deciles, los cuatro primeros están exentos de pago por ser los más bajos de ingresos y los otros seis van desde 2 mil hasta 11,300 pesos anuales.

El costo del Seguro Popular (SP) es pagado mediante subsidio federal proveniente de recursos fiscales del Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación y de las cuotas de los beneficiarios por concepto de afiliación (S. d. Salud, 2014).

Cabe hacer mención que el seguro popular se implementó en un contexto social y político en el que se dio la alternancia política donde por primera vez en 70 años ganaba la presidencia de la República un partido político diferente.

El estado de Michoacán se integró al programa del Seguro Popular a partir de la firma del Acuerdo de Coordinación que celebró con la Secretaría de Salud para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud el 14 de julio de 2005 pero que surtió retroactividad a enero de ese mismo año (S. d. Salud, 2005).

A partir de su implementación el Seguro Popular ha realizado algunos ajustes en su operación con el fin de adecuar los servicios de afiliación y garantizar el acceso a los servicios de salud, ampliando su cobertura que en un inicio (2004) era de 91 padecimientos, en 2005 de 154, en 2006 de 249 y así sucesivamente hasta llegar a los 284 padecimientos que cubre actualmente (Popular, 2006).

El seguro popular representa un avance en la igualdad y protección social de la salud al brindar protección financiera a las personas carentes de seguridad social, sin embargo al ser su paquete de servicios limitado aunado a la ineficiencia de la red de hospitales y centros de salud, en ocasiones propicia que la población busque la atención en el sector privado e incluso la automedicación (PND, 2013).

Tanto las cuotas de recuperación, como la atención privada de salud, e incluso la automedicación, constituyen una forma de gasto de bolsillo en salud.

Durante el siglo XX se desarrollaron complejos sistemas de salud en el mundo, aunado a los grandes avances tecnológicos en la atención médica, sin embargo una de las mayores preocupaciones es la encontrar mecanismos efectivos, equitativos y sustentables para financiar los servicios de salud. Desde la perspectiva ética, los sistemas de salud pueden clasificarse como sigue: a) Los sistemas que consideran a la salud como un bien social, el cual debe estar a disposición de todos los miembros de la sociedad, bajo los mismos términos de acceso, financiamiento y calidad, como ejemplo el sistema canadiense; b) Los sistemas que consideran a la salud como un bien social de manera que se cubra un conjunto de beneficios esenciales para todos los miembros de la sociedad bajo los mismos términos de acceso, financiamiento y calidad, y permitiendo que los grupos sociales con mayores recursos económicos adquieran cobertura complementaria, la mayoría de los sistemas de los países de Europa Occidental se encuentra en este grupo; c) Los sistemas que consideran a la salud como un bien de consumo privado, por lo tanto el acceso, el financiamiento y la calidad de este bien varía con el nivel socioeconómico de los miembros de la sociedad, el sistema de salud de Estados Unidos de América es el ejemplo clásico. Cada uno de esos grupos responde a percepciones distintas sobre el valor que tiene la salud para las distintas sociedades.

Algunos países de América Latina como Chile y Colombia han hecho esfuerzos importantes en sus sistemas de salud. El Informe sobre la Salud en el Mundo 2000, publicado por la Organización Mundial de la Salud, ha sido clave para analizar los logros y los desafíos que enfrentan los sistemas de salud a partir de un planteamiento conceptual sobre los objetivos y funciones que desarrollan los sistemas de salud. Este planteamiento establece, como uno de los objetivos de los sistemas de salud, lograr la equidad en las contribuciones financieras, es decir, que los hogares no deben verse obligados a empobrecerse o a pagar una proporción excesiva de sus ingresos para obtener atención médica. Esto conlleva la solidaridad social en los riesgos financieros y el principio de que los hogares con menores ingresos deben contribuir financieramente en menor proporción al sistema de salud que los hogares con mayores ingresos. Las contribuciones financieras al sistema

deben reflejar las desigualdades en el nivel de ingreso de los hogares. La Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud con el objetivo principal de reducir las inequidades en el acceso y financiamiento a los servicios de salud, lanzaron una iniciativa en el año 2002 en la que se definió la extensión de la protección social en salud como: "La garantía que la sociedad otorga, por conducto de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud, al obtener el acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo". (SPSS, 2005).

La exclusión de la protección social en salud se entiende como la imposibilidad de un individuo de obtener la garantía de acceso y financiamiento a la salud. El grupo de personas que conforman a la población excluida de la protección social en salud está compuesto generalmente por los pobres, los adultos mayores, las mujeres, los niños, los grupos indígenas, los trabajadores no asalariados, los trabajadores de la economía informal, los desempleados, los subempleados, así como la población rural.

El gasto de bolsillo rompe con la solidaridad financiera que permite que las personas enfermas y de escasos ingresos se beneficien de las contribuciones de las personas sanas y de mayores recursos. Así también, rompe con el principio básico de justicia financiera en salud, que indica que los individuos deben aportar de acuerdo con su capacidad de pago y recibir servicios en función de sus necesidades de salud. El gasto de bolsillo no permite la agregación y diversificación de riesgos, además de ser regresivo. Según datos de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares de 2002, los hogares ubicados en el decil más bajo de ingresos dedican, en pagos directos, alrededor de 6.8% de su ingreso a la atención de su salud, mientras que los hogares del decil de mayores ingresos dedican a este rubro 2.2% de su ingreso familiar. El gasto de bolsillo expone a las familias a pagos excesivos que son prácticamente imposibles de anticipar por la incertidumbre en la ocurrencia de alguna

enfermedad y en los accidentes. El gasto de bolsillo también frena la efectividad de la atención preventiva porque los pacientes suelen posponer la atención médica hasta que su enfermedad se agrava, en muchos casos de manera irremediable. Por último, la enfermedad debilita la posición del consumidor de servicios de salud, pues la emergencia no permite realizar juicios sobre calidad y costo. Todas estas situaciones son a las que se enfrenta una persona cuando tiene que pagar de su bolsillo por los servicios de salud que necesita (SPSS, 2005).

En el año 2002 se calculaba que cada año dos tres millones de familias mexicanas incurrían en gastos catastróficos por motivos de salud que con frecuencia provocaban su empobrecimiento. En el último trimestre de 2002, se estima que 3.9% de los hogares del país incurrieron en este tipo de gastos. Los hogares con gastos catastróficos por motivos de salud fueron de alrededor de 5% de los hogares no asegurados, mientras que los hogares asegurados que se enfrentan a la misma situación fue de 2.6%.4

Desde el año 2008 al 2012 México ha destinado anualmente el 0.4% de Producto Interno Bruto al rubro de salud y en términos netos ha transferido a los estados 64,124.6 millones de pesos (Presidencia de la República, 2014). La federación transfirió al estado de Michoacán durante 2012 recursos económicos por $ 3,429’581,994.46 de pesos y durante 2013 ascendió a la cantidad de $ 3,892’439,372.78 de pesos (Popular, 2014).

A partir de su implementación en el estado de Michoacán, el Seguro Popular ha tenido varios tropiezos financieros, especialmente en materia de cobertura de medicamentos (aún teniendo los recursos financieros disponibles) sin embargo ha tenido muchos aciertos y es importante analizar a casi 10 años de su implementación, si los logros obtenidos han sido suficientes para cumplir con el objetivo de dar protección financiera a las familias y analizar el efecto en los gastos de bolsillo de la población, lo cual será el centro de esta investigación.

2. Preguntas de Investigación

Con la presente investigación se pretende dar respuesta a las preguntas siguientes:

2.1 Pregunta General

¿Cuál ha sido el efecto de la política pública de salud a través del acceso al Seguro Popular en los “gastos de bolsillo” en consultas, en medicamentos, en cirugías y hospitalización y en estudios de laboratorio, gabinete y otros gastos en salud, de las personas que son atendidas en Morelia, Michoacán?

2.2 Preguntas Específicas

1. ¿De qué manera incidió la política pública de salud a través del acceso al Seguro Popular, en los “gastos de bolsillo” en consultas de personas que son atendidas en Morelia, Michoacán?

2. ¿Cómo afectó la política pública de salud a través del acceso al Seguro Popular en los “gastos de bolsillo” en medicamentos de las personas que son atendidas en Morelia, Michoacán?

3. ¿Cómo ha contribuido la política pública de salud a través del acceso al Seguro Popular, en los “gastos de bolsillo” en cirugías y hospitalización de las personas afiliadas que son atendidas en Morelia, Michoacán?

4. ¿En qué forma coadyuvó la política pública de salud a través del acceso al Seguro Popular en los “gastos de bolsillo” en estudios de laboratorio, gabinete y otros gastos en salud de las personas que son atendidas en Morelia, Michoacán?

3. Objetivos de la investigación

3.1 Objetivo General

Cuantificar el efecto de la política pública de salud a través del acceso al seguro popular en los “gastos de bolsillo” en consultas, en medicamentos, en cirugías y

hospitalización y en estudios de laboratorio, gabinete y otros gastos en salud, de las personas atendidas en Morelia, Michoacán.

3.2 Objetivos específicos

1. Examinar de qué manera incidió la política pública de salud a través del acceso al Seguro Popular en los “gastos de bolsillo” en consultas de las personas que son atendidas en Morelia, Michoacán.

2. Indagar cómo afectó la política pública de salud a través del acceso al Seguro Popular en los “gastos de bolsillo” en medicamentos de las personas que son atendidas en Morelia, Michoacán.

3. Investigar cómo contribuyó la política pública de salud a través del acceso al Seguro Popular en los “gastos de bolsillo” en cirugías y hospitalización de las personas que son atendidas en Morelia, Michoacán.

4. Determinar en qué forma coadyuvó la política pública de salud a través del acceso al Seguro Popular en los “gastos de bolsillo” en estudios de laboratorio, gabinete y otros gastos en salud de las personas que son atendidas en Morelia, Michoacán.

4. Justificación

A una década de la implementación del Seguro Popular en Michoacán, resulta relevante estimar el impacto que ha tenido esa política pública de salud en el gasto de bolsillo en salud de las familias con el fin de analizar si se ha cumplido con el objetivo primordial para el que fue creado: evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud y garantizar el acceso a los servicios de salud para evitar que las personas no atiendan sus problemas de salud por la falta de acceso a los mismos lo cual supone una desigualdad e inequidad del derecho humano a la salud. Existen

diversos estudios de esta naturaleza a nivel nacional, pero se considera relevante realizar la presente investigación en el estado de Michoacán con el fin de obtener datos más cercanos y precisos de nuestro entorno social.

5. Horizonte temporal y espacial

Se pretende realizar la presente investigación en la ciudad de Morelia con datos extraídos de la aplicación de un cuestionario que se desarrolló para tal fin y que se aplicará en los principales hospitales de la secretaría de salud de Morelia que son el Hospital General Dr. Miguel Silva, Hospital de la Mujer, Centro Estatal de Atención Oncológica (CEAO) conocido como Hospital Oncológico y Hospital Infantil "Eva Sámano de López Mateos.

6. Viabilidad de la investigación

Se cuenta con el apoyo de la Secretaría de Salud del Estado de Michoacán para aplicar el instrumento desarrollado en los principales hospitales de Morelia pertenecientes a dicha Secretaría como son el Hospital General Dr. Miguel Silva (hospital civil), Hospital de la Mujer, Centro de Atención Oncológica (CEAO) llamado hospital oncológico y el Hospital Infantil de Morelia "Eva Sámano de López Mateos", por ser los hospitales en los que pueden acudir los afiliados al Seguro Popular para su atención. Se cuenta con datos estadísticos del INEGI, de la encuesta nacional de ingreso y gasto de los hogares (ENIGH), con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT). También se tienen datos de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) y del Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Michoacán (REPSS) mejor conocido como Seguro Popular.

7. Tipo de investigación

Se utilizará el método científico y el tipo de investigación será cuantitativo. Se obtendrán datos de las variables del acceso al seguro popular con el gasto de las personas en cirugías y hospitalizaciones, consultas médicas, medicamentos y estudios de laboratorio, gabinete y otros gastos en salud, mediante la elaboración de

un instrumento de medición y una vez obtenidos los datos se analizarán e interpretarán de acuerdo a nuestro objeto de investigación.

8. Método y metodología en la investigación científica

La Teoría es un conjunto de conceptos, categorías y leyes que reflejan objetivamente la realidad y que se basa en estructuras complejas del conocimiento como cálculos o leyes y que se encuentran ligadas a la práctica; de esta forma, la teoría nos explica la realidad y se orienta hacia el conocimiento y resolución de los problemas (Münch y Ángeles, 2007, 13, citado en Navarro Chávez, J.C. 2011).

La palabra método proviene del griego metá: al lado y odos: camino, o sea, al lado del camino. En un sentido más amplio, significa el camino más apropiado para lograr un fin. El método científico es la explicación, descripción y predicción de fenómenos, para obtener el conocimiento científico.

Por su parte, la metodología es el conocimiento del método. Mientras que el método son los pasos sucesivos que deben darse para descubrir conocimientos nuevos, la metodología es el conocimiento de esos pasos (Münch y Ángeles, 2007, 13, citado en Navarro Chávez, J.C. 2011). Dicho de otro modo, la metodología es el conjunto de aspectos operativos del proceso de investigación y está compuesta por todos los procedimientos escrutables pertinentes, es decir por los procedimientos dirigidos por reglas que arroja conocimiento objetivo y que pueden justificar tanto teórica como empíricamente.

Aunque a lo largo de la historia han predominado tres métodos científicos básicos como el baconiano que postula el desarrollo de la inducción, el galileano que postula la experimentación y el cartesiano que postula la duda fundamentada en el análisis y la síntesis de los problemas, en la actualidad estos métodos se han complementado y se reconocen otros métodos como el deductivo, inductivo, analítico, sintético, etc., así como los métodos de investigación cualitativa y cuantitativa.

En la presente investigación se utilizará el método científico como transversal a toda la investigación con un enfoque cuantitativo el cual utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento. Para la medición del instrumento se utilizará la escala nominal y los datos se analizarán mediante el software estadístico SPSS.

9. Hipótesis de la investigación

9.1 Hipótesis general

La política pública de salud a través del acceso al Seguro Popular no ha logrado reducir los gastos de bolsillo en consultas, en medicamentos, en cirugías y hospitalización y en estudios de laboratorio, gabinete y otros gastos en salud, de las personas que son atendidas en Morelia, Michoacán.

9.2 Hipótesis específicas

1. La política pública de salud a través del acceso al Seguro Popular no ha logrado reducir los gastos de bolsillo en consultas de las personas afiliadas que son atendidas en Morelia, Michoacán.

2. La política pública de salud a través del acceso al Seguro Popular no ha logrado reducir los gastos de bolsillo en medicamentos de las personas que son atendidas en Morelia, Michoacán.

3. La política pública de salud a través del acceso al Seguro Popular no ha logrado reducir los gastos de bolsillo en cirugías y hospitalización de las personas que son atendidas en Morelia, Michoacán.
4. La política pública de salud a través del acceso al Seguro Popular no ha logrado reducir los gastos de bolsillo en estudios de laboratorio, gabinete y otros gastos en salud, de las personas que son atendidas en Morelia, Michoacán.

10. Identificación de variables

Variables Dependientes

“Gasto de bolsillo” en consultas

“Gasto de bolsillo” en medicamentos

“Gasto de bolsillo” en cirugías y hospitalización

“Gasto de bolsillo” en estudios de laboratorio, gabinete y otros gastos en salud

Variable Independiente

Acceso al Seguro Popular

11. Alcances y limitaciones de la investigación

En esta investigación no se tocarán a fondo los aspectos de calidad y de atención a los usuarios de los servicios médicos, ni la infraestructura sanitaria de los servicios de salud únicamente nos centraremos en el gasto en salud que realizan las personas afiliadas al Seguro Popular y a otros servicios de salud por no poder acceder a los servicios médicos por diversas causalidades.

MARCO TEÓRICO
CAPÍTULO I
JUSTICIA SOCIAL, EQUIDAD E IGUALDAD, DERECHOS HUMANOS EN SALUD

Se considera la teoría de la justicia como imparcialidad de John Rawls porque el seguro popular es un programa de la política de salud de México con el que precisamente se busca la justicia social en materia de salud, siendo ésta un derecho fundamental. La equidad se da cuando quien está más enfermo obtiene más atención médica en función de sus necesidades y no en función de su economía.

1.1 Teoría de la "Justicia social o justicia como equidad" de John Rawls

Teoría de la justicia de Rawls propone una sociedad que se dirija hacia la obtención de ventajas mutuas mediante un sistema en donde todos participen activamente, teniendo como punto de partida a los individuos ubicados en una posición de imparcialidad, olvidando odios y simpatías (el velo de la ignorancia), pero sin descuidar los principios económicos, aspectos políticos, la organización social y las leyes de la psicología humana. (Rawls, 2002).

Rawls intenta resolver el problema de la justicia distributiva mediante el contrato social. La teoría resultante se conoce como "Justicia como equidad", de la cual Rawls deriva sus dos célebres principios de justicia: El principio de la libertad y el principio de la diferencia.

La posición original

Rawls pertenece a la tradición contractualista al igual que Hobbes, Locke, Rousseau y Kant pero Rawls desarrolla principios de justicia por medio del uso de un recurso totalmente artificial que denomina la *posición original*, desde la que se deciden dichos principios detrás de un *velo de ignorancia* cuya función es cegar a las personas sobre hechos de sí mismos que pudieran nublar la noción de justicia.

John Rawls plantea que nadie conoce su lugar en la sociedad, su posición de clase o estatus social y tampoco su suerte en la distribución de activos y habilidades naturales, su inteligencia, su fuerza, y cosas similares. Asume incluso que las partes no conocen sus concepciones del bien o sus propensiones psicológicas particulares. Los principios de justicia se eligen detrás de un velo de ignorancia sobre sí mismo que conducirá a principios que sean justos para todos. Rawls afirma que quienes se encuentren en la posición original maximizaría la posición de los menos afortunados.

Se trata de los principios que personas racionales y libres interesadas en promover su propio interés aceptarían en una posición original de igualdad de modo que defina los fundamentos de los términos de su asociación.

Las partes en la posición original adoptarían dos principios de este tipo, los cuales gobernarían entonces la asignación de derechos y obligaciones y regularían la distribución de ventajas sociales y económicas a través de la sociedad. Se da prioridad a la libertad y propone que las desigualdades entre los individuos sean inadmisibles, pretende disminuir las desigualdades por medio de la elección de una política maximin (maximizar el beneficio de los menos desfavorecidos); manifiesta la aceptación de la desigualdad entre los hombres, siempre que se entienda que son justas, considera que para la efectiva realización de los criterios de justicia es necesaria la intervención gubernamental a través de sus instituciones.

Los principios de justicia que son objeto de un acuerdo entre personas racionales, libres e iguales en una situación contractual justa pueden contar con una validez universal e incondicional, él mismo denominó a su teoría justicia como imparcialidad. Rawls demanda imparcialidad en los resultados y en la igualdad de oportunidades. (Caballero, 2006:1, citado en Ruiz M., 2011.

Roben Nozick (1974) (Parsons, 2007:82, citado en Ruiz M., 2011) en su libro Anarchy, State and Utopia realizó una crítica a la teoría de Rawls relacionada con la distribución de resultados de manera imparcial pues argumentó que la justicia distributiva no se sostiene ni en la teoría, ni en el ejercicio de la realidad cotidiana, Nozick se basa en la idea del “derecho a” y de los derechos del individuo “La justicia

tiene que ver con aquello a lo que las personas tienen derecho y no con la imparcialidad: la distribución puede ser justa, pues cada uno tiene derecho a aquello que posee, pero puede no ser imparcial en un sentido distributivo. Ambas teorías han contribuido al resurgimiento de una filosofía aplicable a las políticas públicas.

Según John Rawls (2002), la justicia es la primera virtud de las instituciones sociales, como la verdad lo es de los sistemas de pensamiento. No importa que las leyes e instituciones estén ordenadas y sean eficientes: si son injustas han de ser reformadas o abolidas.

Cada persona posee una inviolabilidad fundada en la justicia que ni siquiera el bienestar de la sociedad en conjunto puede atropellar. Por esta razón la justicia niega que la pérdida de libertad para algunos se vuelva justa por el hecho de que un mayor bien es compartido por otros no permite que los sacrificios impuestos a unos sean compensados por la mayor cantidad de ventajas disfrutadas por muchos. Los derechos de la justicia no están sujetos a regateos políticos ni al cálculo de intereses sociales. Lo único que nos permite tolerar una teoría errónea es la falta de una mejor

El objeto primario de la justicia social es la estructura básica de la sociedad o, el modo en que las grandes instituciones sociales distribuyen los derechos y deberes fundamentales y determinan la división de las ventajas provenientes de la cooperación social. Por grandes instituciones se entiende la constitución política y las principales disposiciones económicas y sociales (ejm. Protección jurídica de la libertad de pensamiento y de conciencia, la competencia mercantil, la propiedad privada de los medios de producción y la familia monógama son ejemplos de las grandes instituciones sociales). Tomadas en conjunto, las grandes instituciones definen los derechos y deberes del hombre e influyen sobre sus perspectivas de vida, sobre lo que puede esperar hacer y sobre lo que haga.

La estructura básica es el tema primario de la justicia porque sus efectos son muy profundos y están presentes desde el origen. EL concepto intuitivo es de que esta

estructura contiene varias posiciones sociales y que los hombres nacidos en posiciones sociales diferentes tienen diferentes expectativas de vida, determinadas en parte tanto por el sistema político como por las circunstancias económicas y sociales.

La justicia de la estructura básica no tiene conflicto con la noción tradicional del sentido más específico que Aristóteles da a la justicia y del cual se derivan las formulaciones más familiares, es el de abstenerse de la *pleonexia*, esto es de obtener para uno mismo cierta ventaja apoderándose de lo que pertenece a otro, sus propiedades, sus remuneraciones, su empleo; o negándole a una persona lo que le es debido, el cumplimiento de una promesa, el pago de una deuda, el mostrarle el debido respeto, etc. Rawls piensa que los derechos de lo que le pertenece a otra persona y de lo que le es debido, se derivan de instituciones sociales y de las expectativas legítimas que ellas originan.

El objetivo principal de la concepción de la justicia. Idea principal de la justicia como imparcialidad de Rawls lleva al más alto nivel de abstracción la concepción tradicional del contrato social tal como se encuentra en Locke, Roussseau y Kant. La idea directriz es que los principios de la justicia para la estructura básica de la sociedad son el objeto del acuerdo original. Es decir, son los principios que las personas libres y racionales interesadas en promover sus propios intereses aceptarían en una posición inicial de igualdad como definitorios de los términos fundamentales de su asociación. Estos principios han de regular todos los acuerdos posteriores; especifican los tipos de cooperación social que se pueden llevar a cabo y las formas de gobierno que pueden establecerse. A este modo de considerar Rawls lo llamó: justicia como imparcialidad.

En la justicia como imparcialidad, la posición original de igualdad corresponde al estado de naturaleza en la teoría tradicional del contrato social. Entre los rasgos esenciales de esta situación, está el de que nadie sabe cuál es su lugar en la sociedad, su posición, clase o status social, nadie sabe tampoco cuál es su suerte en

la distribución de ventajas y capacidades naturales, su inteligencia, su fortaleza, etc.. los principios de la justicia se escogen tras un velo de ignorancia.

La justicia como imparcialidad es una teoría contractualista lo cual denota el carácter público que es condición de los principios de la justicia. Estos principios son el resultado de un acuerdo en el que los ciudadanos conocerán los principios observados por los demás. Es característico de las teorías contractuales el subrayar la naturaleza pública de los principios políticos.

Parece razonable suponer que en la posición original los grupos son iguales, esto es todos tienen los mismos derechos en el procedimiento para escoger principios, cada uno puede hacer propuestas, someter razones para su aceptación. El propósito de estas condiciones es representar la igualdad entre los seres humanos en tanto que personas morales, en tanto que criaturas que tienen una concepción de lo que es bueno para ellas y que son capaces de tener un sentido de la justicia. Como base de la igualdad se toma la semejanza en estos dos aspectos. Los sistemas de fines u objetivos no están jerarquizados en cuanto a su valor y se supone que cada quien tiene la capacidad necesaria para comprender y actuar conforme a cualesquier principios adoptados. Estas condiciones, junto con el velo de la ignorancia, definen los principios de justicia como aquellos que aceptarían en tanto que seres iguales en tanto que personas racionales preocupadas por promover sus intereses, siempre y cuando supieran que ninguno de ellos estaba en ventaja o desventaja por virtud e contingencias sociales y naturales.

Dos principios de la justicia (Rawls, 2002)

Los dos principios de la justicia respecto a los que habría acuerdo en la posición original son:

1. Cada persona ha de tener un derecho igual al esquema más extenso de libertades básicas que sea compatible con un esquema semejante de libertades para los demás.

2. Las desigualdades sociales y económicas habrán de ser estructuradas de manera que sean para:

   a) Mayor beneficio de los menos aventajados, de acuerdo con un principio de ahorro justo y,

   b) unidos a los cargos y las funciones asequibles a todos, en condiciones de justa igualdad de oportunidades.

Primera norma de prioridad (La prioridad de la libertad)

Los principios de justicia han de ser clasificados en un orden lexicográfico y por tanto las libertades básicas sólo pueden ser restringidas en favor de la libertad. Hay dos casos:

a) una libertad menos extensa debe reforzar el sistema total de libertades compartido por todos;
b) Una libertad menor que la libertad igual debe ser aceptable para los que tienen una libertad menor

Segunda norma de prioridad (La prioridad de la justicia sobre la eficiencia y el bienestar).

El segundo principio de la justicia es lexicográficamente anterior al principio de la eficiencia y al de maximizar la suma de ventajas; y la igualdad de oportunidades es anterior al principio de la diferencia. Hay dos casos:

a) La desigualdad de oportunidades debe aumentar las oportunidades de aquellos que tengan menos;
b) Una cantidad excesiva de ahorro debe, de acuerdo con un examen previo, mitigar el peso de aquellos que soportan esta carga.

Concepción general

Todos los bienes sociales primarios – libertad, igualdad de oportunidades renta, riqueza y las bases de respeto mutuo- han de ser distribuidos de un modo igual, a

menos que una distribución desigual de uno o de todos estos bienes redunde en beneficio de los menos aventajados.

Algunos críticos alegan que el argumento de Rawls se debilita en su fracaso de calificar la seguridad social como un bien primario. Los partidarios responden afirmando que una seguridad social costeable y accesible aparece como resultado inevitable de los beneficios obtenidos de seguir las consecuencias de la posición original.

Amartya Sen ha realizado diversas aportaciones a la justicia social (Gutiérrez, 2008) tales como que los valores centrales de igualdad y libertad deben incluir la seguridad social y económica; la capacidad de los individuos para desarrollar funciones dependen esencialmente de su capacidad de transformar bienes en funciones; la equidad debe ser definida como la igualdad de oportunidades siempre y cuando se compensen las desigualdades de capacidades, pues en la sociedad todos los individuos son diferentes como resultado de características biológicas y sociales, las cuales pueden compensarse o agravarse dependiendo de la política social vigente.

La responsabilidad social entre la que se encuentra la salud y es donde deben ser definidos los recursos distribuibles y no redistribuibles pero que justifican la intervención pública, como la distribución de los recursos económicos (Porto, 2002, citado en Gutiérrez, 2008).

1.2 Equidad e igualdad en salud

El concepto de salud durante la primera mitad del siglo pasado era simple al referirse a ella como la ausencia de enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) le dio un giro radical al definir a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”. (Organización Panamericana de la Salud, 1991). La salud se ha definido desde

entonces en un contexto más amplio, entendiéndose en relación con el medio ambiente, la nutrición, la alimentación el trabajo y las condiciones de vida, además de abarcar los factores que constituyen un obstáculo para alcanzarla como lo son la pobreza y la distribución del ingreso.

La Organización Panamericana de la Salud (2002) define a la salud pública como: “el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo.

La equidad en salud se puede definir en dos dimensiones (Frenk, 1993): la primera es que los recursos son distribuidos en forma proporcional a la contribución de cada individuo y la segunda que la equidad en salud existe cuando los recursos son distribuidos en forma proporcional a las necesidades de cada persona.

La taxonomía clásica de equidad en salud permite plantear la vinculación entre sanidad y equidad por lo que habrá equidad en salud cuando exista: Igualdad de salud, igualdad de utilización de la asistencia sanitaria para igual necesidad, igualdad de acceso a la asistencia sanitaria para igual necesidad e igual gasto sanitario per cápita. (Tamayo, 2001, citado en Gutiérrez, 2008).

Otra forma de definir la equidad en salud con tres dimensiones (Tovar, 2001, citado en Gutiérrez, 2008): equidad en la asignación de recursos financieros: significa que cada población y área dispongan del volumen de dinero suficiente para satisfacer sus necesidades, para lo cual es importante discernir entre tratamiento igualitario (que todos reciban lo mismo) y tratamiento equitativo (cada quién reciba lo que necesita, de acuerdo a las características de cada individuo); equidad en el acceso a los servicios: implica la posibilidad de recibir atención en cualquier episodio de la enfermedad y en cualquier nivel de complejidad, de manera equivalente para todos; equidad en los resultados: es el extremo en equidad, pues ofrece la posibilidad de

alcanzar resultados equitativos de salud para todos los individuos sin importar las condiciones sociales, económicas, su lugar de origen y trabajo.

La equidad en salud no concierne únicamente a la salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, y prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humanas (Amartya Sen, 2001, citado en iusconstifil, 2014).

En el mundo contemporáneo ninguna teoría de la justicia podría tener verdadera credibilidad si no valorara la igualdad en algún espacio, en el que esa teoría considerara importante. La salud adquiere un carácter crítico, haciendo que la equidad en salud sea fundamental para entender la justicia social. La salud participa en el ámbito de la justicia social de varias formas distintas y no todas proporcionan exactamente la misma lectura de acuerdos sociales particulares. En consecuencia, la equidad en salud es inevitablemente multidimensional. (constitucional, 2014).

Primero, la salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades humanas que tenemos motivos para valorar. Ninguna concepción de la justicia social que acepte la necesidad de una distribución equitativa y de una formación eficiente de las posibilidades humanas puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana, sin enfermedades y sufrimientos evitables ni mortalidad prematura. La equidad en la realización y distribución de la salud queda así incorporada y formando parte integral de un concepto más amplio de la justicia (SEN, 2001) Citado en iusconstifil, 2014.

Para (SEN, 2001) lo que es particularmente grave como injusticia es que algunos pueden no tener la oportunidad de alcanzar una buena salud debido a acuerdos sociales y no, digamos, a una decisión personal de no preocuparse particularmente por su salud. En este sentido, una enfermedad que no es prevenida ni tratada por

motivos sociales (digamos por la pobreza o por la fuerza aplastante de una epidemia), y no por una elección personal (como el tabaquismo y otros comportamientos de riesgo de los adultos), tiene una repercusión particularmente negativa en la justicia social.

De acuerdo a la postura de (SEN, 2001) es importante distinguir, por una parte el logro y la posibilidad, y por otra las facilidades sociales ofrecidas para dicho logro, como la atención sanitaria. Sostiene el exponente que al contrario de lo que a veces se piensa, abogar por la equidad en salud no puede consistir simplemente en demandas relacionadas con la distribución de la atención sanitaria en particular. Los factores que pueden contribuir a los logros y fracasos en el campo de la salud van mucho más allá de la atención sanitaria e incluyen muchas influencias muy distintas, desde las predisposiciones genéticas, los ingresos individuales, los hábitos alimentarios y los estilos de vida hasta el entorno epidemiológico y las condiciones de trabajo. La equidad en salud no se puede entender en términos de distribución de la atención sanitaria.

La equidad en salud no puede preocuparse únicamente de la desigualdad en la salud o en la atención sanitaria, y debe tomar en consideración cómo se relaciona la salud con otras características a través de la asignación de recursos y de los acuerdos sociales.

El acceso a la salud actualmente está considerado como derecho humano y su universalidad supone igualdad, equidad y justicia social. El seguro popular tiene como objetivo primordial el brindar protección financiera a la población sin seguridad social y particularmente sin seguridad en salud.

1.3 Derechos humanos en Salud

Los derechos humanos son garantías esenciales para que podamos vivir como seres humanos. Sin tales derechos, no podemos cultivar ni ejercer plenamente nuestras cualidades, inteligencia, talento y espiritualidad.

La Organización Mundial de la Salud en 1946 estableció que: “La salud de todos los pueblos es fundamental para alcanzar la paz, la seguridad y depende de la más completa cooperación entre el individuo y el Estado” lo cual implica la responsabilidad de los pueblos para buscar la salud de los mismos (Soberón, 2003). En la constitución de la Organización Mundial de Salud (O. M. D. L. SALUD, 1948) y el programa de salud para todos de 1978 en la declaración Alma-Ata, se establece que la salud es un derecho humano fundamental.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) establece en su artículo dos, numeral uno: “Toda persona tiene los derechos y libertades proclamadas en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición” y en su artículo 25: “Todos tienen derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad” (ONU, 2015).

Dicha declaración se redactó por representantes legales y culturales de todo el mundo y proclamada por la asamblea general de las Naciones Unidas en París el 10 de diciembre de 1948 y los Estados miembros se comprometieron a asegurar que todos los seres humanos, ricos y pobres, fuertes y débiles, hombres y mujeres, todas las razas y religiones sean tratados de forma igualitaria, pues establece que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos a la vida, la libertad, seguridad de su persona, libertad de expresión, a no ser esclavizados, a un juicio justo y a la igualdad ante la ley, la libertad de circulación, a una nacionalidad, a contraer matrimonio y fundar una familia, a un trabajo y salario igualitario. Esta

declaración no es de carácter obligatorio, sin embargo, gracias a su aceptación por países de todo el mundo, ha adquirido peso moral (ONU, 2015).

El objetivo de establecer y reconocer los derechos humanos es el de conferir a todos los individuos un cierto estatus existencial, de la misma manera el Estado tiene la responsabilidad de hacer todo para que los individuos alcancen dicho estatus. (Hofbauer y Lara, 2002, citado en Gutiérrez, 2008).

Las obligaciones de los Estados son respetar los niveles básicos de subsistencia para vivir con dignidad, protegerlos para que no sean menoscabados por terceros y tomar medidas para que los grupos en situación de vulnerabilidad satisfagan sus necesidades de subsistencia. Asimismo se menciona que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas enfatiza que "un Estado miembro en el que un número significativo de personas sean privadas de asistencia alimentaria esencial, de servicios básicos de salud, de vivienda o de los niveles básicos de educación, está fallando en cumplir con las obligaciones contraídas bajo el pacto de derechos económicos, sociales y culturales, por lo cual para satisfacer dichos derechos, deben hacer uso del máximo de recursos disponibles, lo más pronto posible y de manera efectiva. Los gobiernos tienen obligación de implementar estrategias efectivas con el objeto de reducir las inequidades existentes. (Hofbauer y Lara, 2002, citado en Gutiérrez, 2008).

1.4 Política pública en salud basada en evidencia

El análisis de política pública no tiene una definición acabado sobre su programa ni sobre sus métodos de investigación. Desde el proyecto original de Harold Lasswell, las contribuciones de las ciencias duras al desarrollo de la disciplina han sido marginales, pero las ciencias sociales han encontrado en las políticas públicas uno de los campos más importantes de su evolución reciente, en particular las ciencias económica y política y con ellas la teoría de las organizaciones (Merino, M. y Cejudo M. G., 2010).

Desde cualquiera de los enfoques que se adopte, el análisis de las políticas supone la capacidad para desagregar esos problemas por sus causas y cualquiera que sea la metodología del enfoque, de ellas dependerá el curso definitivo de acción que seguirá el proceso.

En el enfoque económico la acción es racional (bienestar) y orientada a la solución de problemas mediante métodos cuantitativos como costo-beneficio, econometría y marginal, generaliza a través de patrones. Respecto a sus ventajas, se puede anticipar resultados en una teoría de juegos, el dato duro legitima.

El enfoque sistémico nos dice que la política pública es un producto o resultado de la interacción del sistema (conjunto de elementos). No busca predecir el futuro, busca explicar las causas de un fenómeno para tomar las mejores decisiones, escoge sus variables y las analiza mediante el uso de modelos computacionales. Una desventaja de este enfoque es que se toman decisiones en base a una aproximación.

Por último, en las políticas públicas que son basadas en evidencia como acción informada y objeto de investigación, su aportación es diferenciar entre la información, el dato, la evidencia de políticas públicas, pues no todo es verdadero o útil. El dato se construye, los hechos hay que interpretarlos.

Evidencia y justificación

El tema de la cobertura universal en salud es tan importante tanto para la Organización Mundial de la Salud, como para nuestro país, que este último en su Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (Republica, 2014) en el eje de un México incluyente plantea enfocar la acción del Estado a garantizar el ejercicio de los derechos sociales para disminuir la desigualdad social, lo que implica hacer efectivos derechos sociales a través del acceso a servicios básicos como la seguridad social. También señala a la pobreza como situación que pone en riesgo la salud.

Entre los factores que inciden de forma negativa en la capacidad que tiene el Estado para dar vigencia al derecho de salud y que necesitan atención, señala la rectoría y arreglo organizacional donde prevalecen las instituciones verticalmente integradas y fragmentadas que limitan la capacidad operativa y la eficiencia del gasto en el sistema de salud pública (Republica, 2014).

El gasto ejercido en México en salud, como proporción del PIB, se encuentra muy por debajo de los montos asignados por los países miembros de la OECD. En el año 2000 el promedio del Gasto en Salud como proporción del PIB de los países miembros de la OECD fue de 7.9% y en 2004 fue de 8.4%. Países como Canadá y Estados Unidos destinan hasta el 6.9% del PIB a la Salud Pública mientras que en México el promedio de 2001 a 2008 fue de tan sólo el 4.2% (Cámara de Diputados, 2007).

Según el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 , el gobierno federal invertirá 72,800 millones de pesos para la salud cifra que desde año 2004 ha ido en aumento pues en ese año se invirtieron 20,973.0 mdp (millones de pesos), en 2005 34,024.5 mdp, en 2006 42,355.5 en 2007 55,583.2 mdp, 2008 63,426.1 mdp y en 2009 85,036.5 mdp, lo cual demuestra la importancia que el gobierno de México ha dado a este sector en los últimos años (INEGI, 2010).

Como podemos ver, el acceso a la seguridad social y la cobertura universal en salud son temas fundamentales para el diseño de políticas públicas (INEGI, 2013).

La directora de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Margaret Chang en su visita a México en febrero del 2013 felicitó a México por acercarse a la cobertura universal de salud y dijo que “se estima que cada año de 100 a 150 millones de personas caen en pobreza por atender su salud (La Crónica, 2012). Sugirió volver a la atención primaria de salud, el acceso a medicamentos esenciales y a la cobertura universal. Subrayó la urgencia de dar a los gobiernos el control de lo que el Estado hace para la salud de sus pueblos, se trata de cómo un gobierno se gana la

credibilidad de sus ciudadanos, los votantes (Azteca noticias, 2012). El Secretario de Salud, Salomón Chertorivski dijo que deberán considerar más el concepto de costo-efectividad de los tratamientos.

Al día de hoy 52.6 millones de mexicanos tienen póliza del seguro popular, según David García Junco Machado, comisionado de Protección Social en Salud. Rodolfo de la Torre, director de la Oficina de Investigación de Desarrollo Humano en México de Naciones Unidas dijo que esta cobertura no significa una igualdad en derechos de los tienen IMSS o ISSSTE pues el seguro popular sólo cubre algunas enfermedades y padecimientos que estipula en su catálogo único de servicios (CAUSES), mientras que las otras instituciones cubren cualquier enfermedad y en este sentido se tiene una dicotomía de derechos (CNN, 2012).

Según Marisol Luna, investigadora de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Luna), el seguro popular no sólo no da los mismos beneficios que el IMSS y el ISSSTE, tampoco ha logrado superar problemas como el desabasto de medicamentos y los largos tiempos de espera, lo que ha llevado a las familias a seguir desembolsando montos significativos de dinero en medicamentos y en clínicas privadas. Algunos estudios reportan que debido a insatisfacción, tiempos de espera largos, distancias, etc., algunas familias al ir a consulta prefieren sistemas privados teniendo que gastar de su bolsa consulta y medicamentos. Continúa que algunos estudios dan evidencia que la población de bajos ingresos afiliada al seguro popular realiza un gasto de bolsillo hasta de 55% mayor si se compara con los afiliados a otros esquemas de salud.

A pesar de lo anterior, según investigaciones realizadas por Julio Frenk, ex secretario de Salud en el sexenio de Vicente Fox y actual investigador de la Universidad de Harvard, la mayoría de los mexicanos afiliados al seguro popular ya no realizan gastos catastróficos o sea no pagan por intervenciones mayores, pues en el año 2000 casi 4 millones de familias empobrecían por este concepto.

El comisionado de Protección Social en Salud reconoció que a pesar de los avances de 2004, año de la implementación del seguro popular, al 2012 han sido relevantes, se han enfrentado con los problemas de desabasto de medicamentos o largos tiempos de espera de los pacientes. Asimismo señaló que el seguro popular es una política pública muy evaluada por universidades extranjeras y públicas como el CIDE, Universidad de Chapingo, etc.

Juan Scott, académico del CIDE señaló en un estudio de 2010 que el gasto que se ha realizado para la implementación del Seguro Popular no se ha traducido en beneficios directos para los usuarios. Según información de gobierno el programa recibió 18,000 millones de pesos en 2006 y en 2010 sumó 52,000 millones (CNN, 2012).

Scott informó que a pesar del gasto creciente, la calidad de los servicios es pobre, pues el índice de desarrollo humano en el apartado de salud no ha mostrado mejoras sustanciales.

Hasta aquí nos queda claro que la política pública de la cobertura universal en salud es de suma importancia para México tanto en la dimensión nacional como en la internacional. A una década de su implementación aún queda mucho por hacer para alcanzar los objetivos que se planteó en un principio, si bien a través del seguro popular se han alcanzado logros importantes en materia de accesibilidad a los servicios a estas alturas tendríamos que preguntarnos si realmente existe esa accesibilidad por lo que aquí se plantea como problema público que el seguro popular realmente no está impactando en la reducción del gasto en salud que las familias realizan por lo que es importante y urgente evaluar la política implementada y retroalimentar para su redefinición.

Algunos de los atributos del problema son la falta de fiscalización, seguimiento y control de los recursos que el gobierno federal y el gobierno estatal destinan al Seguro Popular, pues no queda claro el motivo por el cual existe desabasto de

medicamentos, y aunado a la mala atención, la falta de infraestructura hospitalaria o insuficiente, pone en duda la efectividad del programa en cuanto a la cobertura financiera.

Dado que se destina una cuantiosa y creciente suma de dinero a esta política de salud es importante que se legitime el gasto que los gobiernos realizan para este rubro pues si no se atiende se corre el riesgo de ser una bandera política en la que sexenio tras sexenio se escuden los partidos políticos para ganar votos y el país y sobre todo su población más desprotegida quedarían abandonados a su suerte en la desprotección engrosando cada día más la cifra de pobreza, desigualdad e inequidad social. Si no se vigila estrechamente el verdadero acceso a los servicios con calidad, oportunidad e igualdad como el derecho humano que es la salud, se corre el riesgo de que el seguro popular se convierta en una institución donde la ineficiencia y posteriormente la corrupción sean las más beneficiadas con la supuesta cobertura universal.

Factibilidad política

Los necesarios e imprescindibles cálculos racionales de eficiencia técnica y o eficiencia económica deben ser complementados por e integrados al análisis de factibilidad de las opciones y particularmente al de su factibilidad política. En los gobiernos democráticos las libertades económicas y políticas de individuos y grupos organizados condicionan y limitan el acto decisorio de gobierno.

Para el gobierno federal es una prioridad la política social de derechos universales y protección de los grupos vulnerables y está consciente de la necesidad de una población saludable para poder elevar la productividad y crecimiento económicos del país. Tan evidente como que cada año incrementa los recursos que destina para el rubro de salud.

Asimismo, el combate a la pobreza a través de la dimensión de salud (entre otras por supuesto) es un tema que no encuentra oposición de ningún partido político y de

ningún grupo de la sociedad civil, por lo que no es ningún obstáculo para llevar a cabo acciones encaminadas a la mejora de la cobertura universal en nuestro país y de la supervisión y evaluación del seguro popular y de la eficientización de los recursos que se destinan para su operación. Los actores interesados en esta política son el gobierno federal, el gobierno estatal, gobiernos municipales, Secretarías de Salud, de desarrollo social, sociedades civiles, grupos de interés y sociedad en general como involucrados usuarios de los servicios de salud, así como la Comisión Nacional de Protección Social en Salud quien tiene la importante tarea de vigilar la correcta aplicación de los recursos.

Algunas limitaciones o restricciones, Giandomenico Majone (Majone, 1997) a las que nos enfrentamos es la burocracia o aparato administrativo complejo por demás en el estado de Michoacán y a poder empatar los procedimientos y los objetivos federales con los estatales es necesario un reacomodo de las estructuras administrativas destinadas a la atención en los hospitales y centros de salud, así como en los módulos del seguro popular, así como de sus funciones y una fuerte capacitación. Los tiempos desfasados en que los recursos federales llegan al Estado es una restrición importante para el abastecimiento de los medicamentos, insumos y pago de obras de infraestructura. Otra restricción es el fuerte endeudamiento del Estado y las aportaciones que el mismo tiene que hacer para complemento de los recursos federales destinados a salud.

CAPÍTULO II
POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD EN MÉXICO Y EN MICHOACÁN

“Una política no es algo que acontece de una vez por todas. Es algo que se rehace sin cesar…” elaborar una política es un proceso de aproximaciones sucesivas hacia algunos objetivos deseados que van cambiando a la luz de nuevas (Lindblom, 1959, citado en Aguilar V. Luis, 1992). Las políticas públicas dan origen a formar un patrón de comportamiento entre gobierno y sociedad.

La OCDE fundada en 1961 agrupa 34 países miembros y su misión es promover políticas que mejoren el bienestar económico y social de las personas alrededor del mundo. Los gobiernos comparten experiencias y buscan soluciones a problemas comunes. Fijan estándares internación ales en temas de políticas públicas como salud, comercio, economía, sociedad y medio ambiente (OCDE, 2015b).

Los países miembros son Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Chile, Corea, Dinamarca, España, Estados Unidos, Eslovenia, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Japón, Luxemburgo, México, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Suecia, Suiza y Turquía. También tienen colaboración con países clave como Brasil, China, India, Indonesia, Sudáfrica y colaboran con otras 60 naciones. Están en proceso de adhesión Rusia, Colombia y Letonia.

Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2015), varios de los países europeos redujeron el gasto en salud durante el año 2013, sobre todo en Grecia, Italia y Portugal. La mayor parte de los países que forman parte de la Unión Europea tuvieron un gasto per cápita en salud por debajo del nivel generado durante 2009. Por otra parte, en el resto del mundo que no pertenece a Europa, el gasto en salud ha ido creciendo desde el año 2010 a razón del 2.5% anual.

El índice de bienestar de la OCDE compara el bienestar en varios países basándose en 11 temas esenciales para las condiciones de vida materiales y la calidad de vida. Estos temas son: vivienda, ingresos, empleo, comunidad, educación, medio ambiente, compromiso cívico, salud, satisfacción, seguridad y balance vida-trabajo (OCDE, 2015a). Según el índice de bienestar de la OCDE (2015), México obtuvo un 4.7% en salud, uno de los últimos, sólo superando a Brasil que obtuvo 4.6%, Estonia 4.4% y Hungría 4.2%.

El nivel de partículas atmosféricas PM10 (partículas contaminantes del aire lo suficientemente pequeñas para penetrar en los pulmones y dañarlos) es de 29.8 microgramos por metro cúbico en las grandes zonas urbanas, no así en la media de la OCDE de 20.1 microgramos por metro cúbico. En cuanto a la calidad de agua, la media de la OCDE es del 81%, mientras que en México el 67% de las personas dicen estar satisfechas con la calidad del agua, siendo una de las más bajas de la organización.

En las últimas décadas la mayoría de los países de la OCDE tuvieron avances notables en la esperanza de vida de su población debido a las mejoras en las condiciones de vida, las intervenciones de salud pública y los adelantos médicos. En lo particular, México obtuvo mejoras espectaculares en la esperanza de vida, de más de 17 años, y una baja estable en las tasas mortalidad infantil. Aún así, en México la esperanza de vida al nacer es de casi 75 años, cinco años menos que el promedio de la OCDE que es de 80 años y una de las más bajas de los países miembros. La esperanza de vida para las mujeres es de 77 años y para los hombres de 72 años, esta diferencia sí coincide con la brecha de género promedio de la OCDE de cinco años (82 años para las mujeres y 77 para los hombres) (OCDE, 2015a).

Una mayor esperanza de vida se relaciona generalmente con un mayor gasto en atención a la salud por persona, aun cuando en esta cifra intervengan diversos factores como los estándares y estilos de vida, la educación y el medio ambiente y el lugar donde se trabaje. Por otra parte, la pobreza y los estilos de vida poco saludables son situaciones que atentan contra la salud y que pueden explicar la alta

incidencia de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón y los tumores malignos (PND, 2013).

La OCDE en su evaluación de bienestar en México encontró que a la pregunta "¿Cómo calificas tu salud?", 66% de los habitantes contestaron que era buena, comparativamente menor con el promedio de la OCDE de 68%. Aunque dicha pregunta tiene un carácter subjetivo, se percibe como un buen indicador del uso que las personas harán de los servicios de atención a la salud. También encontraron que es más probable que los hombres califiquen mejor su salud que las mujeres con promedios de 67% y 64% respectivamente en México lo cual es menor al promedio de la OCDE que es de 70% para los hombres y 67% para las mujeres. Para darse una idea de los distintos factores culturales, económicos y sociales que pueden afectar las respuestas a esta pregunta, según la OCDE (2015) en Nueva Zelanda el 90% de los adultos señalan que gozan de buena salud, mientras que en Corea, Japón y Portugal menos del 50% de la población califica su salud como buena o muy buena.

Según la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE, 2015) a pesar de que la esperanza de vida en México es aún la tercera más baja de la OCDE y que su mortalidad prematura es la mayor, México puso en marcha una ambiciosa reforma al sistema de salud y en un período espectacularmente corto (ocho años) logró dar cobertura universal a la mitad de la población que estaba desprotegida y desde el año 2004 atiende a 50 millones de personas que carecían de acceso a la seguridad social en salud, refiriendo los usuarios tasas de satisfacción del 97%.

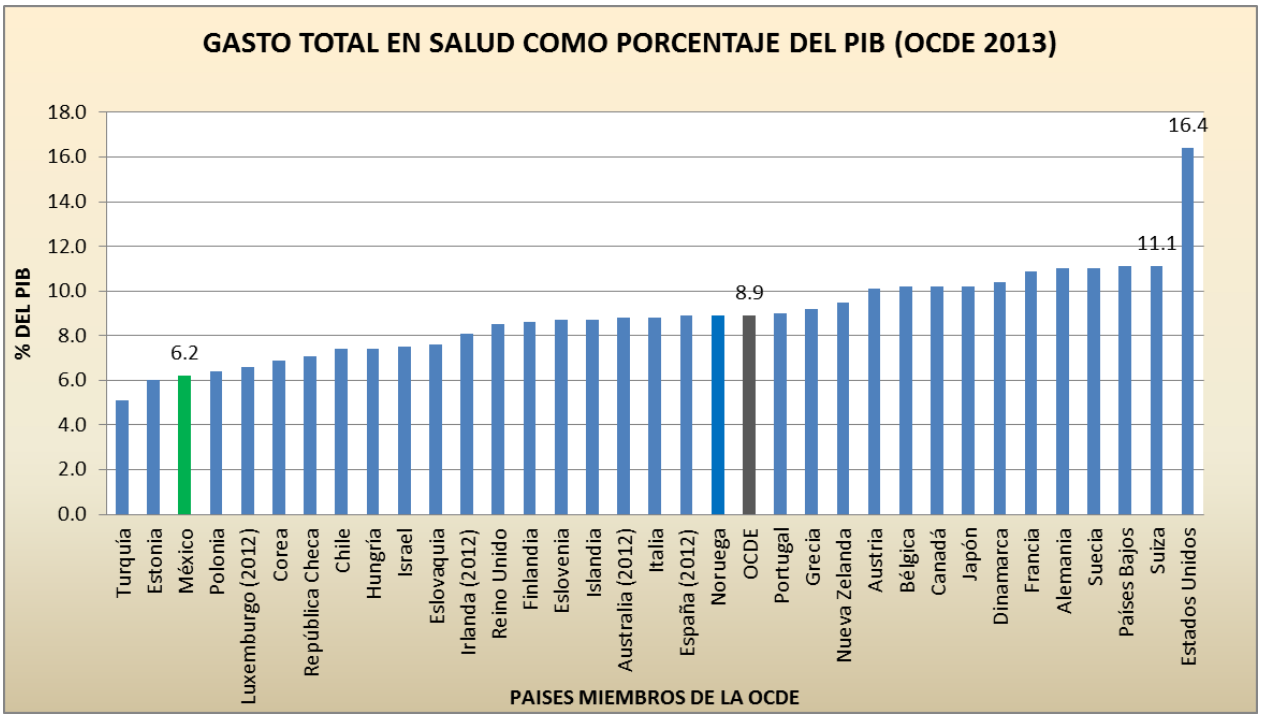
La OCDE refiere que el Seguro Popular se considera mundialmente como un ejemplo de innovación en la cobertura de atención a la salud y que se trata de uno de los ejemplos más innovadores de política pública sobre cómo lograr inscribir a las familias más pobres y a las personas que trabajan en el sector informal.

Uno de los determinantes sociales de la salud es el ingreso y el empleo y como dice la OCDE, aunque el dinero no puede comprar la felicidad, es un medio importante para lograr estándares de vida más elevados. Según la OCDE, en México el ingreso

familiar disponible neto ajustado promedio per cápita es de 13 085 USD al año, mientras que el promedio de la OCDE es de 25, 908 USD al año. Pero la brecha entre los que son más ricos y los que son más pobres es considerable; la población que se encuentra en el 20% superior de la escala de ingresos gana más de trece veces lo que gana la población que ocupa el 20% inferior.

Respecto al empleo, 61% de las personas entre 15 y 64 años de edad en México tienen un empleo remunerado, cifra menor al promedio de la OCDE de 65%. Cerca del 78% de los hombres y 45% de las mujeres tienen un empleo remunerado. En México casi el 29% de los empleados tienen un horario de trabajo muy largo, esta es una de las cifras más altas de la OCDE, pues su promedio es de 13% y entre ellos, el 35% de los hombres trabajan más horas en comparación con el 18% de las mujeres.

Gráfico 2. Gasto total en salud como porcentaje del PIB (OCDE 2013)

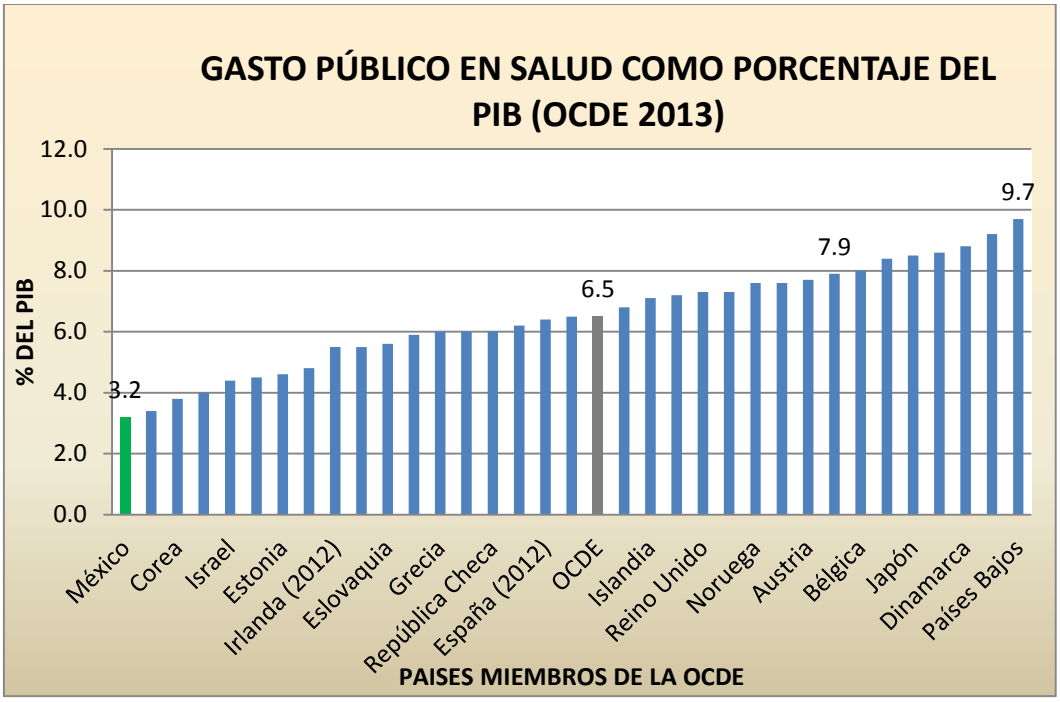


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE.

México se encuentra en el antepenúltimo lugar del gasto total en salud como porcentaje del PIB de la OCDE. El país que gasta menos es Turquía con un 5.1% y

el que tiene el mayor gasto total en salud en Estados Unidos de América con un 16.4% . La media de la OCDE es de 8.9

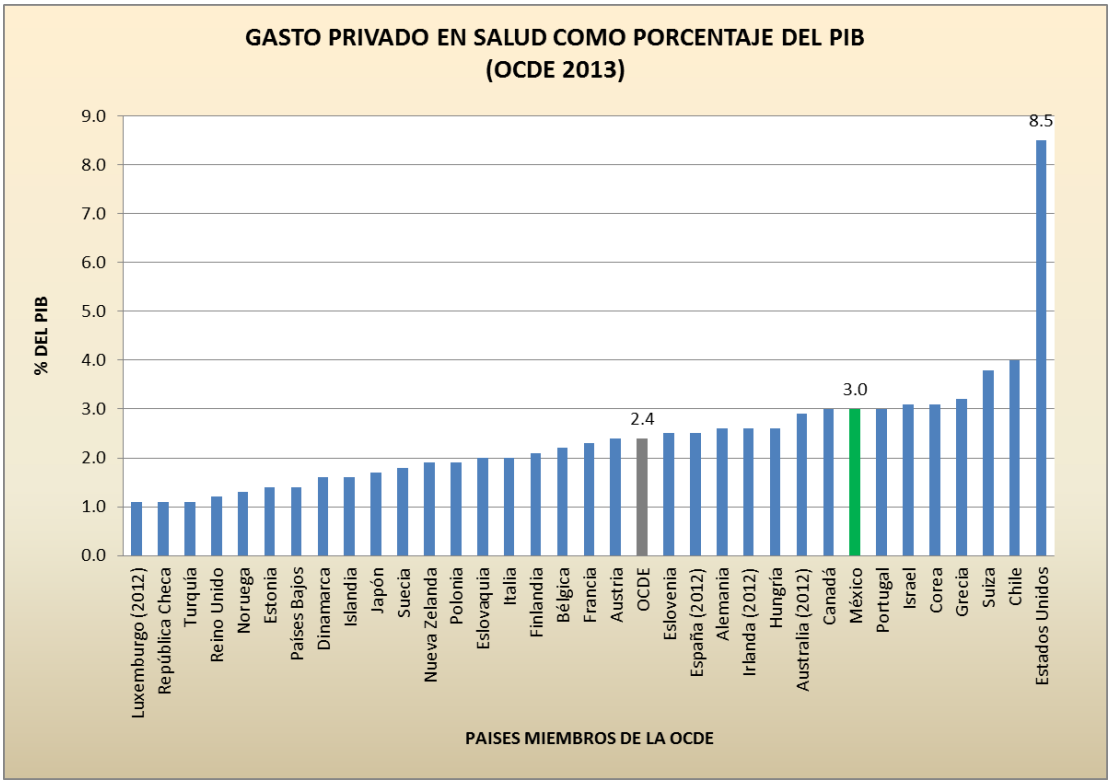
Gráfico 3. Gasto público en salud como porcentaje del PIB (OCDE 2013)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE.

México se encuentra en último lugar de la OCDE en inversión de gasto público en salud con apenas un 3.2%. La inversión más alta es para los Países Bajos con 9.7% y la media de la OCDE es de 6.5%

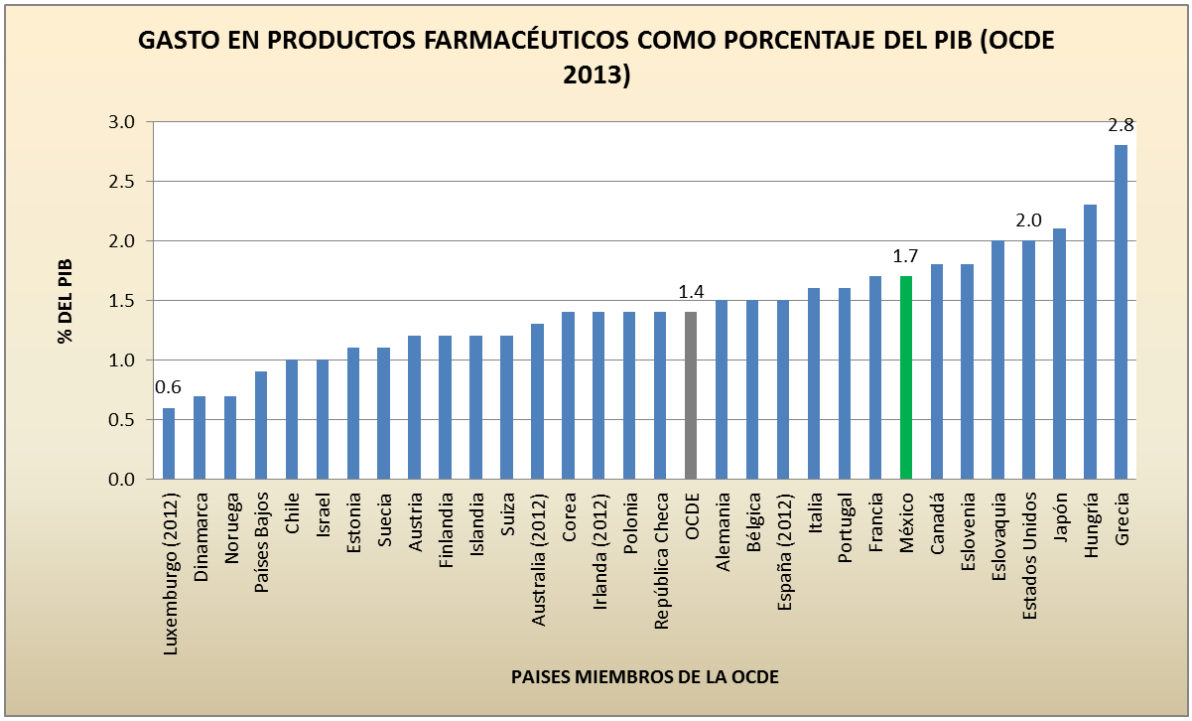
Gráfico 4. Gasto privado en salud como porcentaje del PIB (OCDE 2013)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE.

Al 2013, el gasto privado en salud en México como porcentaje del PIB fue de 3.0%, 0.6% por arriba del promedio de la OCDE. El gasto privado más bajo fue para Luxemburgo con apenas el 1.1% y el mayor gasto lo obtuvo Estados Unidos con un 8.5%.

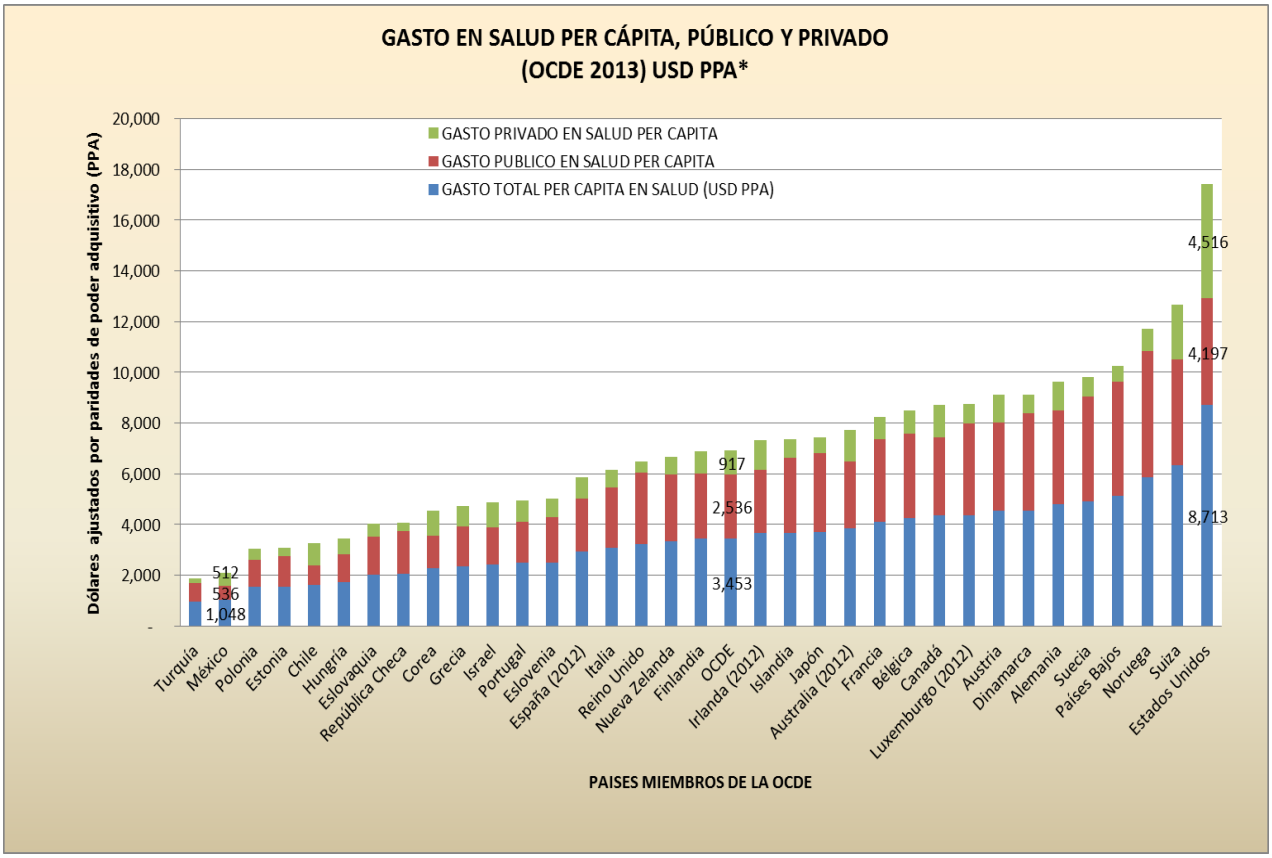
Gráfico 5. Gasto en productos farmacéuticos como porcentaje del PIB (OCDE 2013)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE.

México es uno de los países que más gasto tiene (1.7% del gasto en salud total como porcentaje del PIB) en productos farmacéuticos. El país que tuvo menos gasto en ese rubro fue Luxemburgo con apenas 0.6% y el mayor gasto fue para Grecia con 2.8%.

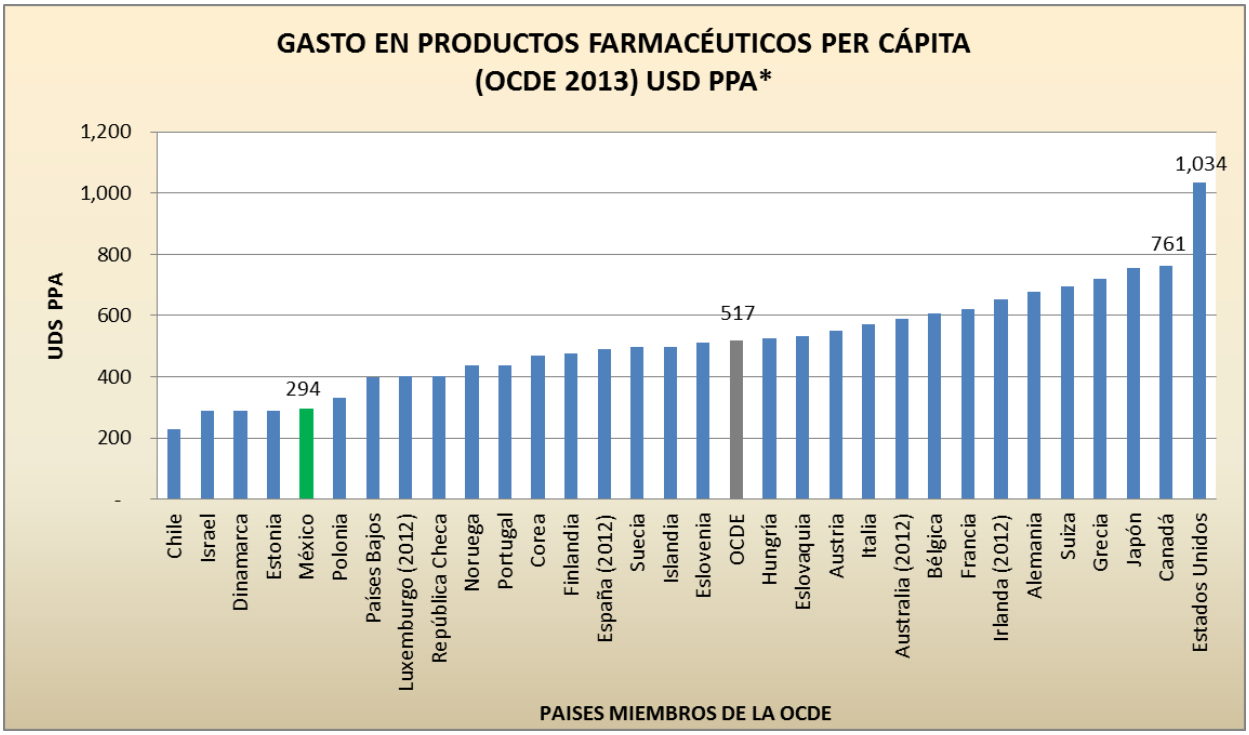
Gráfico 6. Gasto en salud per cápita, público y privado (OCDE 2013) USD PPA



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE.

El gasto en salud per cápita en México al 2013 fue de tan solo 1,048 dólares estadounidenses (USD), sólo superado en un bajo gasto por Turquía con 941 USD mientras que para países como Suiza y Estados Unidos fue de 6,325 y 8,7138 USD, respectivamente. La media de la OCDE fue de 3,453 USD per cápita.

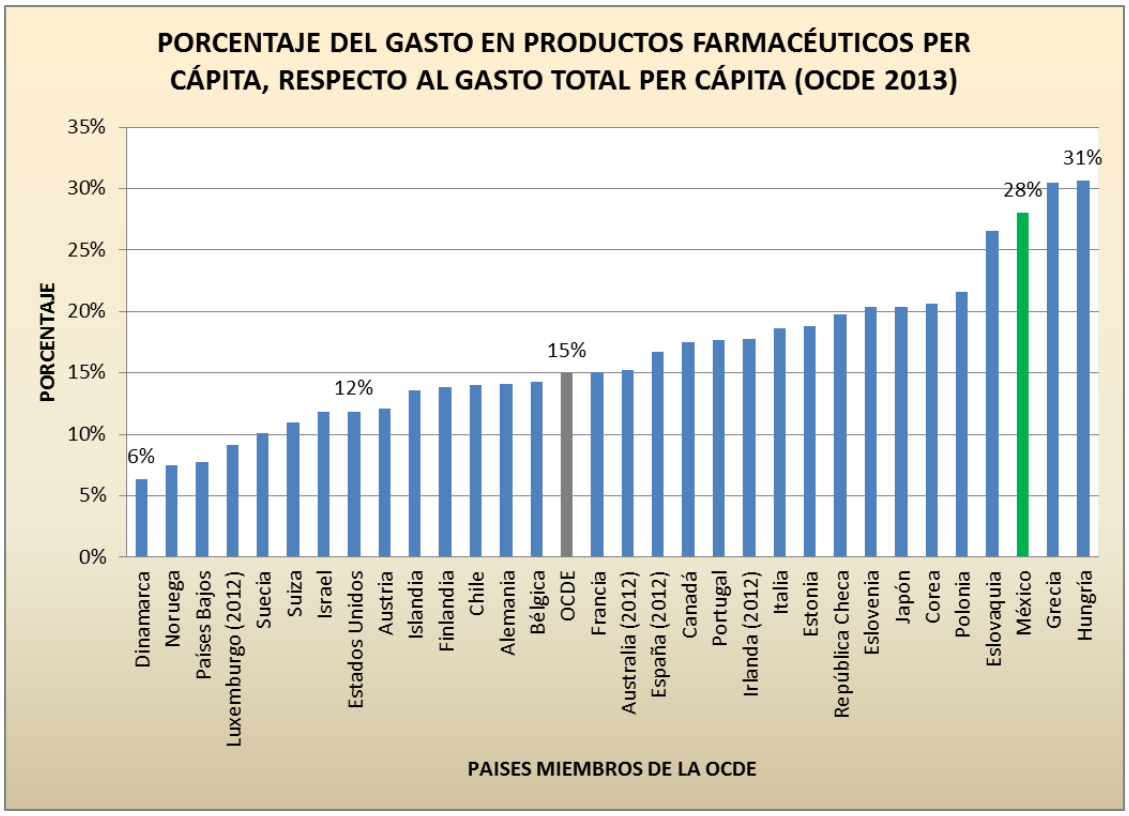
Gráfico 7. Gasto en productos farmacéuticos per cápita (OCDE 2013) USD PPA



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE.

Por su parte, el gasto en productos farmacéuticos per cápita en México al 2013 fue de 294 dólares estadounidenses (USD) ubicándose en el quinto lugar de la tabla, la media de la OCDE fue de 517 USD y países como Canadá y Estados Unidos tuvieron un gasto de 761 y 1,034 USD, respectivamente. El país que reporta menos gasto en este rubro es Chile con apenas 228 USD.

Gráfico 8. Porcentaje del gasto en productos farmacéuticos per cápita respecto al gasto total per cápita (OCDE 2013) USD PPA



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE.

El porcentaje que representa el gasto en productos farmacéuticos per cápita, respecto al gasto total en salud per cápita al 2013 para México fue de 28%, superado por Grecia y Hungría con 30 y 31% respectivamente. La menor proporción fue para Dinamarca con 6%. La media de la OCDE fue de 15%.

2.1 Sistema nacional de salud en México y su marco legal

El informe sobre la salud en el mundo del año 2000 realizó por primera vez una evaluación comparativa de los sistema de salud de los 191 estados entonces miembros de la Organización Mundial de la Salud (Ortiz, M., 2009). Una publicación con gran atención internacional que generó gran polémica.

Según la Organización Mundial de Salud (OMS, 2014) la cobertura sanitaria universal es asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios

necesarios sin pasar penurias económicas para cubrirlos y para ello tendría que tener un sistema de salud sólido con financiamiento de los servicios de salud y acceso a medicamentos y tecnologías esenciales con personal capacitado.

Dicha cobertura universal tiene consecuencias directas para la salud y para la forma de vida de la sociedad, como la reducción de la pobreza y de la desigualdad social, el incremento de la productividad y bienestar para sus familias, además de contribuir a que los niños puedan asistir a la escuela y aprender (OMS, 2014).

Un estudio auspiciado por la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) realizado entre 1993 y 1994 llamado economía y salud realizado por el Dr. J. Frenk y colaboradores, mostraron el análisis del financiamiento del sistema de salud cuantificando por primera vez el gasto privado en salud.

Para el año de 2002 el IMSS sólo tenía afiliado al 29.5% de la población a nivel nacional y en Michoacán al 19.3%, mientras que el ISSSTE atendía al 5.0% de la población a nivel nacional y al 4.8% en Michoacán.

Peor aún, el 59.9% de la población nacional y el 72.5% de la población en Michoacán no tenía acceso a ningún servicio de salud. Con estas evidencias, se vino abajo el mito de que la salud en México estaba siendo financiada por el sector público, al contrario, la mayor parte del financiamiento era privado y además era gasto de bolsillo.

¿las causas? El desempleo, el empleo informal, trabajadores independientes y profesionistas sin un patrón, producto en parte por el autoempleo fomentado por algunos gobiernos y por supuesto, la pobreza.

Las consecuencias: aumento de la pobreza a causa de la enfermedad, con costos que están en función de la disponibilidad de pago del usuario. Es decir, su salud depende de hasta dónde pueda financiarla.

Las personas enfermas además del sufrimiento, producen afectación económica en el hogar por la pérdida de tiempo trabajado y los gastos en salud generados para recuperarse o paliar la enfermedad. El grado de afectación de la economía de los

hogares depende en gran medida del sistema de salud con que se cuente. Un sistema integrado, eficiente y con alta cobertura disminuye los “gastos de bolsillo en salud”, entendiendo éste como un gasto inesperado proveniente de ahorros, préstamos o venta de activos (catastrófico o no, contribuya o no a la seguridad social (Sales, 2011).

El “gasto de bolsillo en salud” también se entiende como el pago directo que se realiza en el momento de requerir atención médica y que pone en riesgo de empobrecimiento a las familias de bajos ingresos (Salud, 2015).

Con el paso de los años estas instituciones crecieron en infraestructura y cobertura a lo largo y ancho de todo el país, y a pesar de sus debilidades se consolidaron como Instituciones fuertes y en el año 2003 se crea el Sistema de Protección Social en Salud y se da paso a la creación del Seguro Popular como el programa operativo del mismo, para dar atención a las personas que no eran derechohabientes de ninguna institución de salud pública.

La Ley General de Salud (LGS) es el marco legal vigente junto con los reglamentos y lineamientos para el ejercicio del derecho a la salud en México, reformada para incluir la protección social en salud: Ley General de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Reglas de Operación del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud, Lineamientos para la compensación económica del Sistema de Protección Social en Salud.

2.2 Historia del sistema mexicano de salud y la transición en salud

Desde la post-revolución el sistema de salud en México nació ligado al trabajo formal asalariado pues te tenía la falsa idea de que con el tiempo todos tendríamos un empleo de esta naturaleza con derechos sociales que se fueron añadiendo con los años, tales como el derecho a la vivienda, derecho de pensión, protección de invalidez, entre otros.

En el artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917, se incluyó a la salud como un derecho laboral y no como un derecho social que debió incluirse en el artículo 4° constitucional. Desde entonces se establece la obligatoriedad de los patrones a dar protección social a sus trabajadores.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy llamada Secretaría de Salud, fue creada en el mes de Octubre de 1943, fue la primera Secretaría de Estado dedicada a temas de salud en México con la función de velar por la salubridad general o pública y también de brindar acción asistencial a las personas que no tuvieran seguridad social.

El primer Instituto Nacional de Salud fue el Hospital Infantil de México, fundado el 30 de abril de 1943. Posteriormente se fundaron varios Institutos como el de Cardiología en 1944, el Instituto de Nutrición en 1946, el Instituto Nacional de Cancerología en 1950 y así sucesivamente se fueron fundando el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Instituto Nacional de Geriatría, Instituto Nacional de Medicina Genómica, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Instituto Nacional de Pediatría, Instituto Nacional de Perinatología, Instituto Nacional de Psiquiatría, Instituto Nacional de Rehabilitación, Instituto Nacional de Salud Pública.

A la fecha son trece los Institutos Nacionales de Salud con ámbito de influencia nacional pero con el objetivo primordial de generar investigación científica en el campo de la salud, la formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica de tercer nivel de alta especialidad. Estos Institutos con sus investigaciones han marcado la pauta de atención en salud, producción científica en salud y calidad académica en México y en América Latina (S. d. Salud, 2015).

En Enero del año de 1943 se creó el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) para otorgar servicios de salud a los asalariados del sector privado. En 1960 se crea el Instituto de Seguridad Social y Salud para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) bajo el mismo esquema del IMSS pero para los trabajadores asalariados del sector público.

Para las personas que no tenían un trabajo formal con derechos sociales, únicamente se les reconocía el derecho a servicios asistenciales o de beneficencia proporcionados por la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Una reforma importante al sistema de salud se dio en el año de 1983 cuando se realiza el reconocimiento constitucional del derecho a la protección social de la salud en el artículo 4° Constitucional y el año de 1984 se promulga la Ley General de Salud que sustituiría al Código Sanitario, con esta ley se descentralizaron los servicios de salud de la población no derechohabiente a las Entidades Federativas y se reorganizaron las actividades y funciones y entre otras cosas se cambió el nombre de la Secretaría de Salud y Asistencia por el de Secretaría de Salud (Frenk, 2013).

El 15 de mayo de 2003 se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) la modificación a la Ley General de Salud mediante la cual se creó el Sistema de Protección Social en Salud y su brazo operativo el seguro popular con el cual se daría cobertura universal en salud a toda la población, reconociéndose el acceso a la salud como un derecho social y como un elemento del sentido de justicia de la sociedad (Ortiz & Frenk, 2009).

El seguro popular fue la reforma estructural que cambió de fondo el sistema de salud: su forma de operar, sus procesos de financiamiento, sus alcances. A partir de entonces se realizó una inversión sin precedentes en la materia: millones de familias se afiliaron al Seguro Popular, se fortalecieron y pusieron al día numerosos hospitales y centros de salud en todo el país, se construyeron ocho hospitales regionales de alta especialidad y se crearon dos institutos nacionales de salud. Con esta reforma se logró algo menos tangible pero igual de importante: que la salud dejara de ser un coto especializado para colocarse en el centro de la agenda del desarrollo nacional (Ortiz & Frenk, 2009).

Tabla No. 2.- Historia contemporánea del sistema de salud mexicano

HISTORIA CONTEMPORÁNEA DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO	
1943	Secretaría de Salud y Asistencia, hoy Secretaría de Salud.
1943	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
1943	Hospital Infantil de México, considerado el primero de los Institutos Nacionales de Salud.
1944	Instituto Nacional de Cardiología.
1946	Hospital de enfermedades de la nutrición.
1950	Instituto Nacional de Cancerología
1960	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
1964	Instituto Nacional de Neurología.
1979	Programa IMSS Coplamar, convertido después en IMSS-Solidaridad y posteriormente IMSS-Oportunidades para ofrecer cobertura a la población del campo.
1983	Reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud y la promulgación de la Ley General de Salud. Se descentralizaron los servicios de salud de la población no derechohabiente a los Estados.
2003	Creación del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) mediante modificación a la Ley General de Salud.

Fuente: Frenk y Gómez (2008:19-28)

Transición de la salud en México

Para el 2000 las condiciones de salud eran muy diferentes en México y el sistema de salud que respondía a las condiciones de salud de 1943 era el mismo. Tenemos que la transición de la salud ocurrida a partir de la segunda mitad del siglo XX ha ido dando más años de vida a las personas y se explica por factores como el logro de haber bajado la mortalidad infantil a causa de enfermedades infecciosas agudas como las diarreas, sarampión, viruelas y el perfil de las enfermedades dominantes se transforma, la esperanza de vida creció más en ese tiempo que en todo la historia previa de la humanidad del país y prácticamente se duplicó en el siglo XX gracias a la salud pública como la creación de instituciones e introducción de agua potable, las vacunas. Esos avances lograron cambiar el perfil de la salud y ahora la mayor parte

de las muertes ocurre en personas de la tercera edad o mayores de 60 años, y las causas dominantes de muerte cambiaron de infecciones agudas a condiciones crónicas, por ejemplo una de las principales causas de muerte hoy en México es la diabetes así como el cáncer, enfermedades cardiovasculares y mentales (Frenk, 2013).

Pero hemos sido víctimas de nuestros propios avances pues al lograr abatir las muertes infantiles, ahora esos niños si tenían propensión a desarrollar una leucemia, por ejemplo, antes no la desarrollaban porque se morían antes de los cinco años por una infección, pero ahora logra vivir lo suficiente como para desarrollar las condiciones crónicas a las que son propensos. Otro caso son las muertes por maternidad, cada vez hay menos mortalidad por parto y muchas de las mujeres jóvenes ahora desarrollan cáncer de mama.

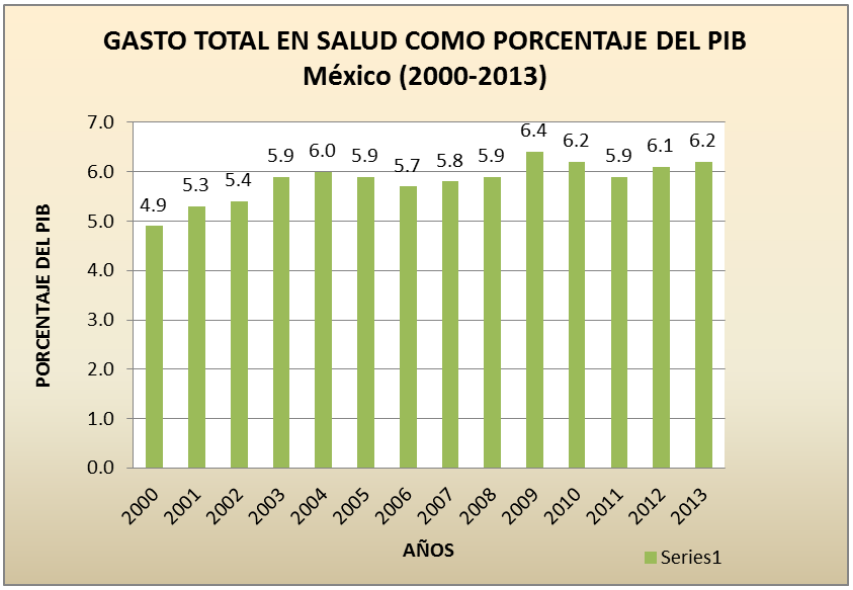
Lo anterior es para ilustrar que hemos ido superando las enfermedades de algún modo eran enfermedades de bajo costo para el sistema de salud y ahora se desarrollan enfermedades crónicas que son muy costosas para el sistema de salud como los cánceres o SIDA que literalmente cuesta curarlos cientos de miles de pesos.

Las enfermedades crónicas representan presiones económicas importantes para el sistema de salud pues las personas ahora pasan muchos años de su vida con una enfermedad costosa antes de morir. Asimismo también crean presión económica en el hogar por los gastos privados en salud que en su mayoría se convierten en gastos de bolsillo que pudieran utilizarse para otras necesidades básicas.

Según Frenk (2013) en el año 2000 entre tres y cuatro millones de familias se arruinaban económicamente a causa de una enfermedad y en el peor de los casos no lograban curar a su familiar y quedaban en la ruina económica. A la par, el sistema de salud en México estaba sub-financiado en el sentido de que las cifras de inversión en salud como porcentaje del PIB eran muy bajas. La cifra que reporta la OCDE para el año 2000 es del 4.9% del PIB, del cual solamente el 2.2% era gasto público y el resto (2.7%) era gasto privado y casi en su totalidad era gasto de bolsillo.

A partir de la implementación del Seguro Popular el porcentaje del PIB invertido en México ha ido incrementándose así como la proporción entre el gasto público y privado y del 2000 al 2013 logramos un incremento del 1.3 puntos porcentuales para el gasto total para ubicarlo en 6.2% (OCDE, 2013) del cual el 3.2% es gasto público y el restante 3% es gasto privado. (véase tablas 10 y 11).

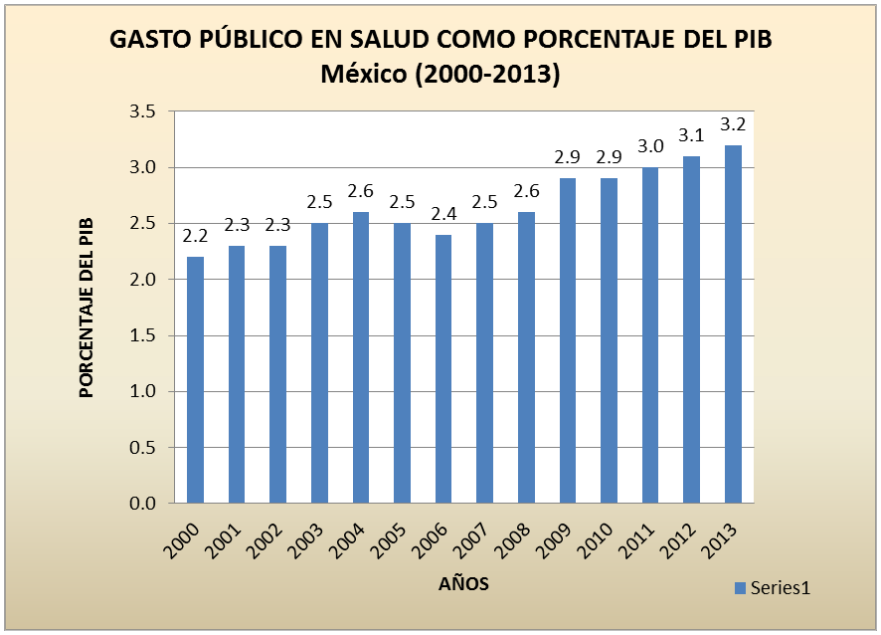
Gráfico 9. Gasto total en salud como porcentaje del PIB México (2000-2013)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE.

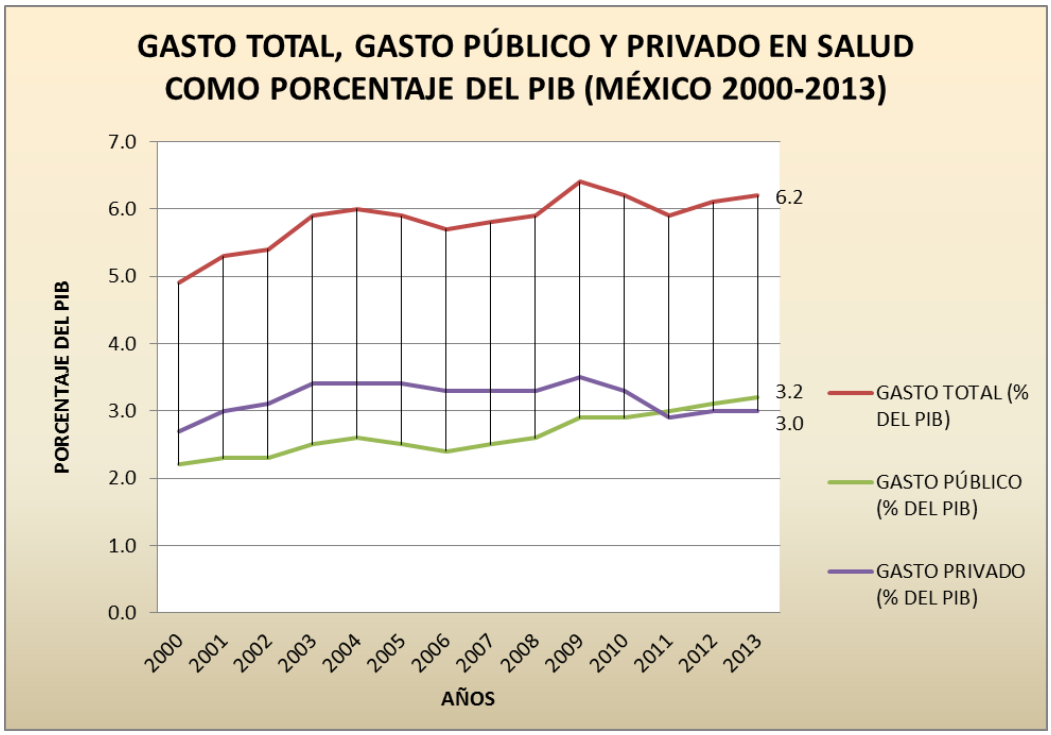
Esta proporción entre el gasto público y privado apenas logró invertirse en el año de 2011 cuando el gasto público se ubicó en el 3% del PIB y el gasto privado en 2.9% del PIB para un total del gasto público en salud del 5.9% del PIB.

Gráfico 10. Gasto público en salud como porcentaje del PIB México (2000-2013)



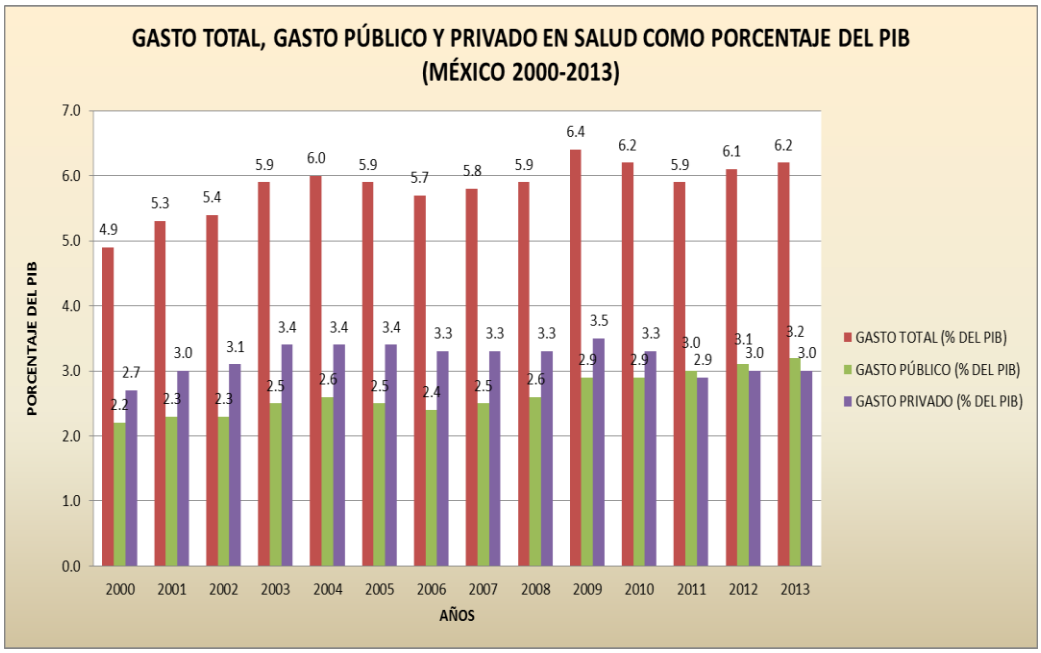
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE.

Gráfico 11. Gasto total, gasto público y privado en salud como porcentaje del PIB México (2000-2013)



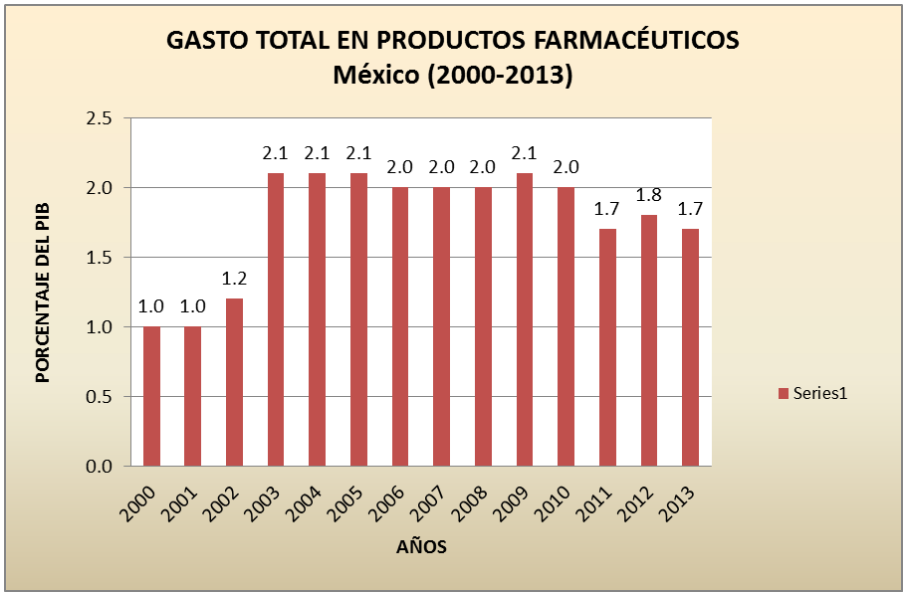
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE.

Gráfico 12. Gasto total, gasto público y privado en salud como porcentaje del PIB México (2000-2013)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE.

Gráfico 13. Gasto total en productos farmacéuticos México (2000-2013)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE.

Del gasto total en productos farmacéuticos, pasó del 1% en el año 2000 al 1.7% en el año 2013, sin embargo entre el 2003 y 2010 se mantuvo alrededor del 2% y comenzó a descender. Estas cifras podrían explicar el desabasto en medicamentos que desde entonces sufre el seguro popular pudiéndose apreciar la baja inversión en medicamentos.

2.3 Instituciones de salud en México

Actualmente el sistema de salud en México está conformado por los sectores público y privado. Los prestadores de servicio del sector público son instituciones de seguridad social como el IMSS que atiende a los trabajadores de la economía formal, ISSSTE atiende a los empleados públicos; Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de Marina (SEMAR), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) tienen sus propias instituciones, secretaría de Salud (SS), IMSS-OPORTUNIDADES, Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Sistema de Protección Social en Salud (REPSS) o seguro popular (SP) que atienden a la población sin seguridad social o también llamada población abierta (Secretaría de Salud, 2013). El sector privado está atendido por las compañías de seguros privados y los médicos particulares, clínicas y hospitales privados y proveedores de medicina alternativa (Frenk J., 2013).

Asimismo, el gasto en salud está conformado con gasto público y privado. El primero es el gasto que el gobierno del país realiza para brindar la atención médica en los hospitales y dependencias públicas de salud. El Gasto privado en salud está conformado por tres rubros que son el prepago del servicio mediante la adquisición de algún seguro de salud privado, la transferencias en efectivo y en especie como el programa “oportunidades o prospera” y el pago directo de servicios de salud el cual constituye lo que se denomina “gasto de bolsillo”.

2.4 La reforma al sistema de salud y la creación del sistema de protección social en salud (SPSS)

Una de las transformaciones más profundas en la historia reciente de las políticas sociales fue la creación del Sistema de Protección Social en Salud y la puesta en

marcha del Seguro Popular para operarlo. La reforma estructural de mayor importancia para el futuro de la salud y la seguridad social en México.

El Seguro Popular es un caso de libro de texto, en tanto demostración de cómo el trabajo intelectual ayuda a formular las políticas públicas. El estudio “Economía y salud” realizado en 1993-1994 por la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), se desarrolló siguiendo tres líneas principales: la medición de la carga de la enfermedad, fijación de prioridades en salud y financiamiento en salud.

La medición de la carga de la enfermedad se realizó utilizando la metodología de los años de vida saludable perdidos (AVISAS), una métrica actualmente adoptada por la Organización mundial de la Salud. Los AVISAS miden las pérdidas de salud no sólo por muerte prematura sino también por discapacidad. Conociendo la magnitud de los problemas de salud, se fijan prioridades no sólo en función de lo común que sea una enfermedad sino tomando en cuenta lo efectivas que sean las intervenciones sobre cada uno de los problemas de salud, se realizó un estudio de costo-efectividad de las intervenciones disponibles y con base en él se realizó un paquete de servicios esenciales de salud que después sirvió de base para el catálogo de prestaciones del Seguro Popular.

El componente de mayor relevancia fue el análisis del financiamiento del sistema a partir del estudio de las Cuentas Nacionales de Salud, con el que se cuantificó por primera vez en México la magnitud del gasto privado en salud y destruyó el mito de que el gasto en salud en nuestro país era eminentemente público y además de ser privado era gasto de bolsillo, incluyendo las cuotas de recuperación, forma de gasto privado que se da en los establecimientos públicos (Ortiz & Frenk, 2009).

Los programas nacionales de salud siempre han hablado de la desigualdad en la distribución de enfermedades y mala calidad de atención, con los calificativos de equidad y calidad, pero el concepto de la protección financiera llegó con el seguro popular a la conciencia pública y a partir de estudios como este.

Una de las bases éticas de la reforma en salud fue ver que en México se invertía tres veces más recursos públicos en un derechohabiente que en un no derechohabiente, lo que implicaba que en el país se valoraba la vida de las personas de forma diferenciada de acuerdo a su posición laboral.

Si se quiere construir una democracia verdadera se tiene que universalizar tanto el ejercicio de los derechos políticos como el de los derechos sociales. La condición de ciudadano tendría que bastar para acceder a un seguro público y no tener que además ser asalariado. Según Frenk (2009) al mediatizar el ejercicio de los derechos de acuerdo a la posición ocupacional, se cae en el corporativismo.

El planteamiento como base ética del seguro popular es la concepción de un ejercicio no corporativista sino ciudadano y democrático del derecho constitucional a la protección de la salud. La salud es un asunto que unifica por su propia naturaleza, es un tema que tiende a generar acuerdos, por lo que se logró la reforma de la estructura del financiamiento.

Antes de la reforma, se realizó un programa piloto de aplicación, se pensó que como era algo muy novedoso tendría que haber una experiencia real que documentara la posibilidad de realizarlo y que no se dijera que la idea era buena pero que no se podría realizar.

El programa piloto se manejó como un programa especial de subsidio en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF). En 2001 se introdujo el Seguro Popular piloto en cinco Estados : Aguascalientes, Colima, Campeche, Jalisco y Tabasco y para noviembre de 2002 ya estaba operando en veinte Estados con gobernadores de diferentes partidos y se tenían ya datos, evaluaciones y experiencias reales; en esa fecha entró la iniciativa al Senado y se aprobó por mayoría del 92% con presencia de los cuatro partidos de la cámara y 73% en la cámara de diputados. La aprobación definitiva se dio el 30 de abril de 2003 y el decreto presidencial se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 15 de mayo de 2003.

La reforma tendría que entrar en vigor a partir del 1° de enero de 2004 y se tenía que realizar sin crecer burocracia, se tenía que mejorar la calidad de la atención mediante la acreditación de unidades que ahora mandaba la ley pues se incluyó el requisito de que sólo las unidades que tuvieran los niveles mínimos indispensables de calidad podían participar del seguro popular y se tuvo también que definir el catálogo de beneficios médicos.

La ley marcó siete años para afiliar a 11.9 millones de familias sin seguridad social en todo el país, lo cual implicaba afiliar entre 1.5 y 1.7 millones de familias por año. Al hecho de afiliar más y más familias se le llamó cobertura horizontal.

En 2005 se inició la “estrategia de cobertura vertical” que significa ir cubriendo a la par de más familias, cada vez más intervenciones porque es evidente que había enfermedades que no podían esperar los siete años de afiliación.

En 2005 la ley creó el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPCGC) para enfermedades muy costosas y destinó un 8% del dinero total del Seguro Popular para ir cubriendo las enfermedades que causan gastos excesivos como los infartos o los cánceres pero también se marcó que se podían recibir aportaciones adicionales al 8% pues no se contempló en el porcentaje a las personas que ya estaban enfermas y que se iban a tener que atender. Como dato, en el argot de los seguros privados se le conoce como selección adversa al hecho de no reconocer preexistencias de enfermedad al comprar un seguro por lo que ponen tiempos de espera para que surtan efecto esos seguros, siendo el resultado dejar fuera a los más enfermos que son los que más necesitan el seguro (Ortiz & Frenk, 2009).

En México no se permite etiquetar impuestos, pero se realizó un acuerdo con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) para aumentar un peso a las cajetillas de cigarros y que ese dinero fuera directamente al FPCGC para resarcir un poco el hecho de que los no fumadores pagan con sus impuestos la salud de los que fuman, logrando recaudar 4,000 millones de pesos para finales del 2006.

El FPCGC se inició con la cobertura del cáncer en niños empezando con la leucemia linfoblástica aguda que es una enfermedad que cubría los criterios de ser un

problema grave de salud, que tiene solución en la mayoría de los casos y su tratamiento es sumamente costoso al grado de que muchos niños morían por no tener dinero para atenderse, “algo inaceptable” (Ortiz & Frenk, 2009). A partir de 2006 se fueron cubriendo otros tipos de cáncer como el cérvico-uterino y de mama y el SIDA.

Hubo temor por parte de algunos actores políticos respecto a que el Seguro Popular pudiera fomentar la informalidad laboral pues se tuvo la confusión de que las personas con trabajos informales era lo mismo que los no asalariados. El Seguro Popular se veía como una cierta amenaza al corporativismo pues es una seguridad social del siglo XXI, según Julio Frenk (2009) porque no tiene burocracia, es un asegurador ágil, un financiador que no presta directamente los servicios y por tanto no tiene sus propios hospitales.

Como se tiene un sistema de salud descentralizado, la ley exige que cada Estado suscriba un convenio de coordinación para entrar al Sistema de Protección Social en Salud. En seis meses se logró la firma del Convenio con 29 Estados de la República durante 2004 y el resto se consiguió en 2005.

Seguro Popular

El seguro popular es una herramienta de la política pública en salud para garantizar la protección financiera en salud, mediante un acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin discriminación y sin desembolso al momento de utilizarlo. Cubre servicios médico quirúrgicos, servicios hospitalarios, consultas externas y medicamentos.

Se tiene un catálogo único de servicios esenciales de salud (CAUSES) en el cual se especifica que actualmente cubre 284 intervenciones generales, 131 cobertura ampliada y 58 del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPCGC).

La afiliación al seguro popular es voluntaria y como único requisito a cumplir es no estar afiliados a ninguna otra institución de salud pública. Se otorga una póliza de seguro que se puede utilizar la red de hospitales y centros de salud de cualquier parte del país y su costo se calcula de acuerdo a deciles, siendo los 4 primeros

gratuitos y los 6 siguientes tienen un costo que va desde los 2,000 hasta los 11,300 pesos anuales.

Según el plan nacional de desarrollo 2013-2018, el gobierno federal invertirá $ 72,800 millones de pesos en salud. En Michoacán, actualmente se invierten alrededor de $ 2,260 millones de pesos al año (Secretaría de Salud, 2014).

Sin duda, la forma de percibir el concepto de salud en México cambió a partir del Seguro Popular. El acceso a la salud se convirtió en un derecho social y la cobertura universal se alcanzó en el año de 2012, grandes logros pero el problema de la estructuración fragmentada como sistema no se resolvió y al contrario, se agudizó haciendo más complicada la operatividad de los recursos y la atención en los servicios.

La cobertura universal supone igualdad y equidad en salud, sin embargo, la misma fragmentación del sistema en varias instituciones de salud diferenciadas por el sector de la población a la que atienden y por la cantidad de las enfermedades que cubren, se traduce en inequidad y desigualdad, pues por ejemplo el IMSS y el ISSSTE cubren el 100% de las enfermedades en cualquier estadío de las mismas, mientras que el seguro popular cubre sólo las más esenciales.

Por otra parte, el desabasto en los medicamentos, sobre todo los de mayor costo, es todo un tema del que debido a ello, la población más desprotegida sigue financiándolo de sus bolsillos en detrimento de su patrimonio traduciéndose en gasto privado.

La protección financiera y la equidad del sistema de salud hasta la fecha sigue fragmentado, dividido, sectorizado y con servicios precarios para los más necesitados. Se avanzó en la cobertura pero es insuficiente pues se tiene un gran reto por delante, una deuda pendiente de estructuración en la unificación de una sola institución que otorgue servicios de salud con acceso por igual sin discriminación de ninguna índole (Frenk, 2013). Las diferencias existentes de los riesgos que cubren las diferentes instituciones de salud impiden la plena igualdad y por lo tanto la justicia social.

Leonardo Lomelí Vanegas (Cordera & Murayama, 2012), en el *libro los determinantes sociales de la salud en México,* afirma que la desigualdad regional e interestatal incide de manera negativa en las condiciones generales de salud.

Promoción y Protección

El Estado tiene dos funciones esenciales como son la promoción y la protección. La primera, la promoción es para lograr objetivos que se valoran altamente como sociedad tales como la inversión que los Estados hacen en carreteras, en infraestructura hospitalaria; el Estado también crea estímulos e incentivos; el desarrollo de capital humano que se refiere a la inversión en educación para promover que exista el conocimiento necesario para alcanzar los objetivos que como sociedad nos hemos planteado. La segunda función del Estado es la de la protección contra riesgos comunes de los cuales no nos podemos proteger en lo individual, sino que como sociedad a través del Estado es como nos protegemos, en este sentido tenemos diferentes tipos de protección como son: la protección de la soberanía nacional para lo cual tenemos un ejército; la protección física de las personas, pues el Estado tiene obligación ver por la seguridad e integridad física de las personas; protección civil ante desastres naturales; protección jurídica, referente al estado de derecho; protección ambiental; y la protección social que es en la que nos enfocaremos en este apartado.

Existen tres formas de protección social: la primera es la promoción social o antes llamada asistencia, que se refiere a la protección de grupos vulnerables tales como las personas con discapacidades, las desigualdades sociales que marginan a la población como a los grupos indígenas y por lo tanto se tiene que promover la igualdad de oportunidades desde el Estado; la segunda es la previsión social que se refiere al ahorro para las pensiones y la tercera y última es referente a la protección social en salud que es a la que nos avocaremos.

La protección social en salud a su vez tiene tres dimensiones: la primera es la protección contra los riesgos a la salud que incluye protección contra riesgos sanitarios (exposición pasiva) y protección contra riesgos conductuales (exposición

activa); la segunda es la protección de la calidad de la atención y se refiere a la seguridad que implica el tener que utilizar algún servicio de salud, a la efectividad en el tratamiento y al trato digno pues las personas enfermas se encuentran en una situación de vulnerabilidad, todo ello tiene que ver los derechos humanos fundamentales a recibir el trato adecuado; y la tercera que es la que nos interesa en particular, es la protección financiera que es para proteger a las personas de los riesgos económicos que conlleva el enfermarse y que fue la que motivó la reforma de salud del año 2003 (Frenk, 2013).

Tabla No. 3.- Funciones del Estado en materia de salud

FUNCIONES DEL ESTADO EN MATERIA DE SALUD					
Funciones esenciales del Estado	Promoción	Inversión			
		Estímulos e incentivos			
		Desarrollo de capital humano			
	Protección	De la soberanía nacional			
		Física de las personas			
		Civil ante desastres			
		Jurídica			
		Ambiental			
		Social	Promoción social		
			Previsión social		
			Protección social en salud	Protección contra riesgos a la salud	Protección contra riesgos sanitarios (exposición pasiva).
					Protección contra riesgos conductuales (exposición activa).
				Protección de la calidad de la atención	Seguridad
					Efectividad
					Trato digno
Fuente: Elaboración propia a partir de Frenk, J. 2013.				**Protección financiera**	

El gran cambio de la reforma del 2003 es el dejar de ver la protección social en salud como una prestación social de las Instituciones y volverla con la protección social universal un derecho ciudadano en un sentido amplio incluyendo a los niños, que

baste la condición de ciudadano o residente del país para tener acceso a servicios de salud.

2.5 La política pública en salud y el seguro popular en el estado de Michoacán

La Secretaría de Salud es la dependencia del Poder Ejecutivo encargada de la prevención de enfermedades y promoción de la salud de la población en México. Su misión es la de establecer las políticas de Estado para que la población pueda ejercer su derecho a la protección de la salud (Secretaría de Salud, 2015). www.gob.mx/ salud/que-hacemos

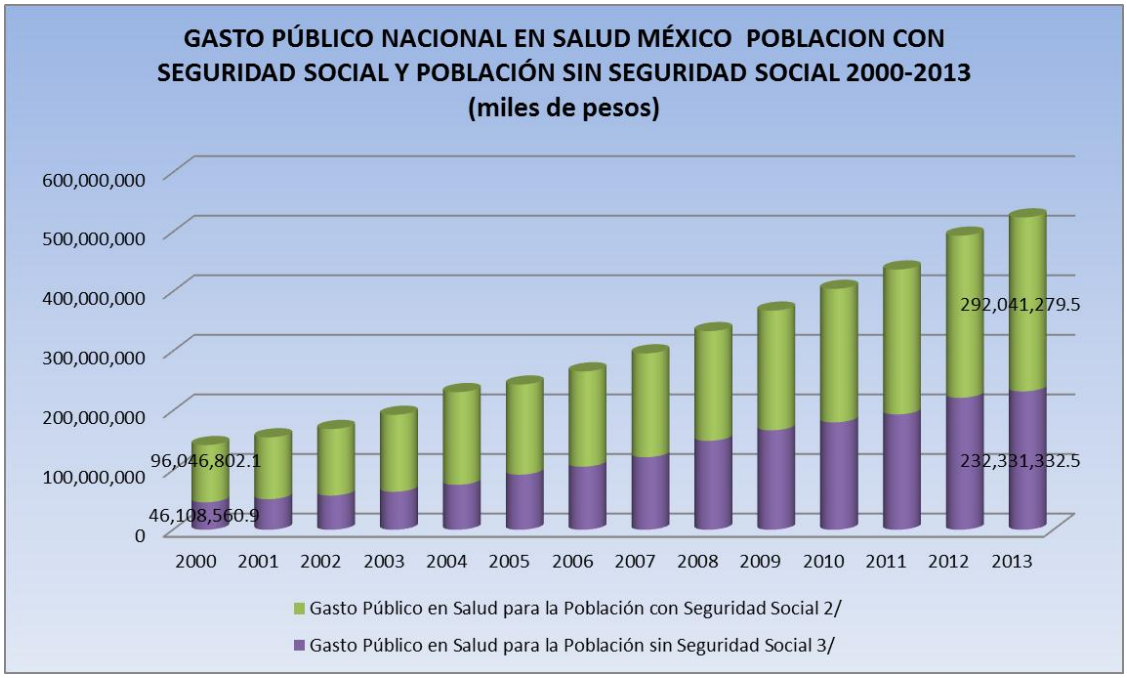
La política de salud en los últimos años, específicamente a partir del año 2000, fecha en que se dio inicio al plan piloto del Seguro Popular, ha estado encaminada a crear un sistema nacional de salud universal, equitativo, integral, sustentable, efectivo y de calidad y con particular enfoque de atención e inclusión de la población y grupos vulnerables, fortaleciendo la rectoría de la secretaría y la intersectorialidad. Asimismo como lo dice su visión, la secretaría de salud debe consolidar la protección y promoción de la salud y prevención de enfermedades basados en la atención primaria, generación y gestión de recursos adecuados, evaluación e investigación científica, fomentando la participación de la sociedad.

El acceso a la salud en el estado de Michoacán, ha tenido una evolución favorable, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía su indicador de acceso a la salud se ha incrementado desde el año de 2008 que era de 44.38%; 2010 61.75%; 2012 71.44% y 2014 de 73.79%. el resto del porcentaje es la población con carencia por acceso a la salud. Este incremento en el acceso a la salud sugiere un efecto positivo del indicador a partir del seguro popular el cual entró en operación en el Estado desde el año 2005.

El número de hogares en Michoacán se ha contabilizado a partir de los censos de población y vivienda 2000 y 2010 y el conteo de población 2005, así tenemos que para el año 2000 Michoacán tenía 887,958 hogares, para 2005 937,374 y para 2010 1’066,630.

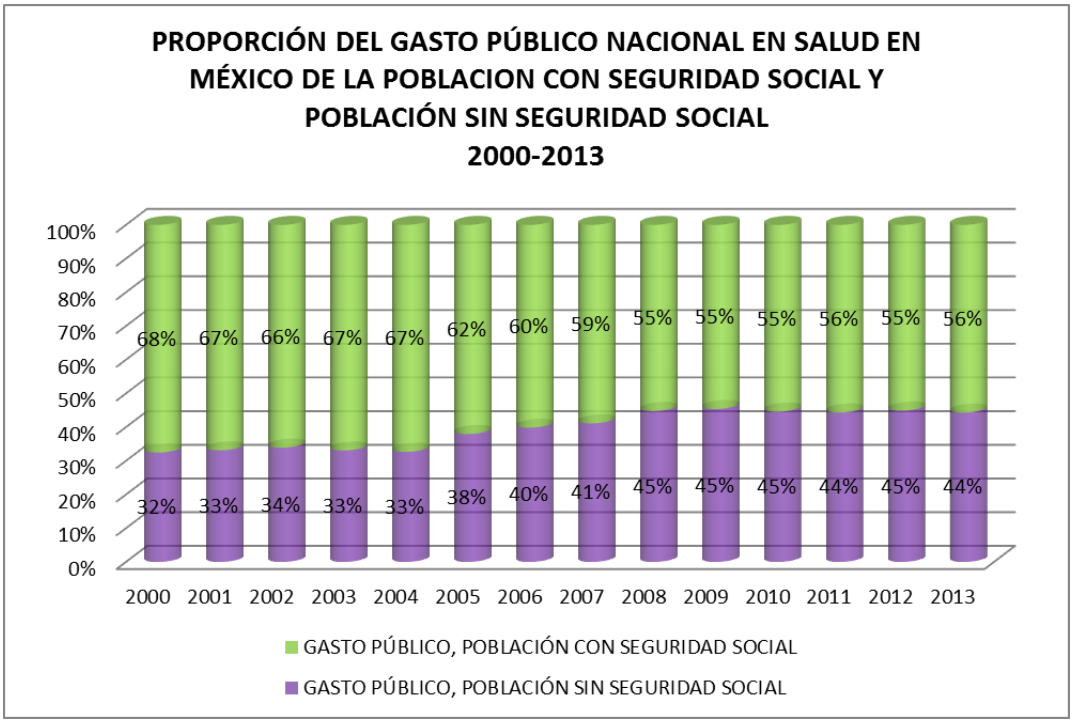
Así también el gasto público nacional dedicado a la población con seguridad social respecto a la población que no tiene seguridad social ha tendido a equilibrarse. En el año 2000 la proporción era de 68% y 32% para población con seguridad social y sin seguridad social, respectivamente. A partir de la implementación del Seguro Popular ya como política de salud se muestra una clara tendencia hacia arriba desde el año 2006, hasta ubicarse en el 2013 en proporciones de 56% y 44%. Esto demuestra que el Seguro Popular ha dado resultados positivos en la equidad del gasto en salud pública entre estos grupos de población, muestra clara de justicia social en el gasto.

Gráfico 14. Gasto público nacional en salud México población con seguridad social y población sin seguridad social 2000-2013



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

Gráfico 15. Proporción del gasto público nacional en salud en México de la población con seguridad social y población sin seguridad social 2000-2013

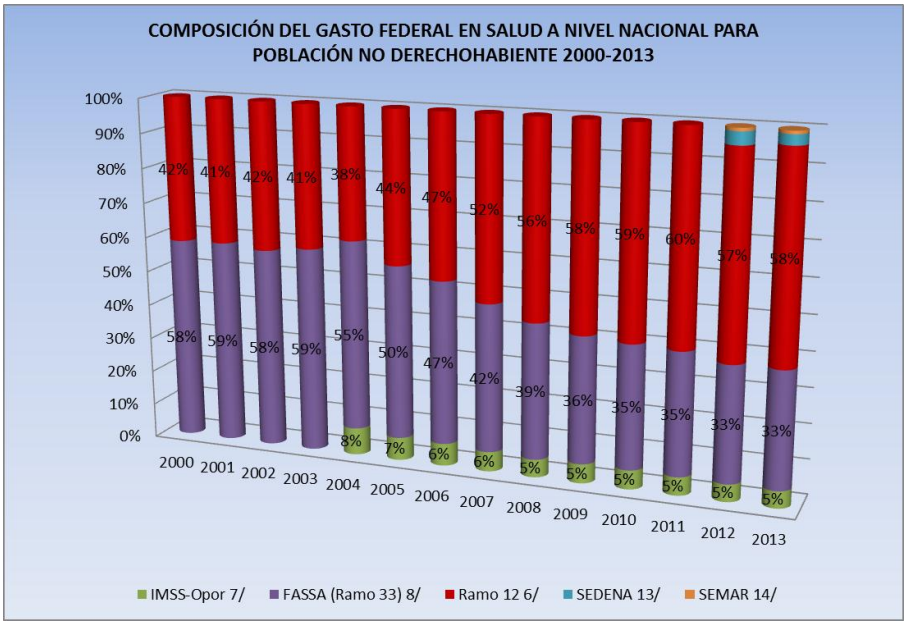


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

Gráfico 16. Proporción federal y estatal del gasto público nacional en salud México 2000-2013

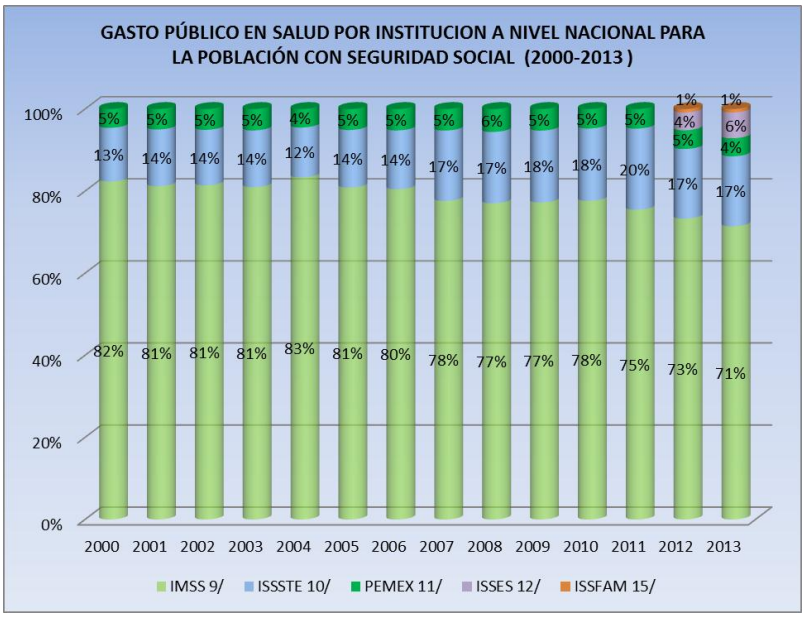
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

Gráfico 17. Composición del gasto federal en salud a nivel nacional para población no derechohabiente 2000-2013.



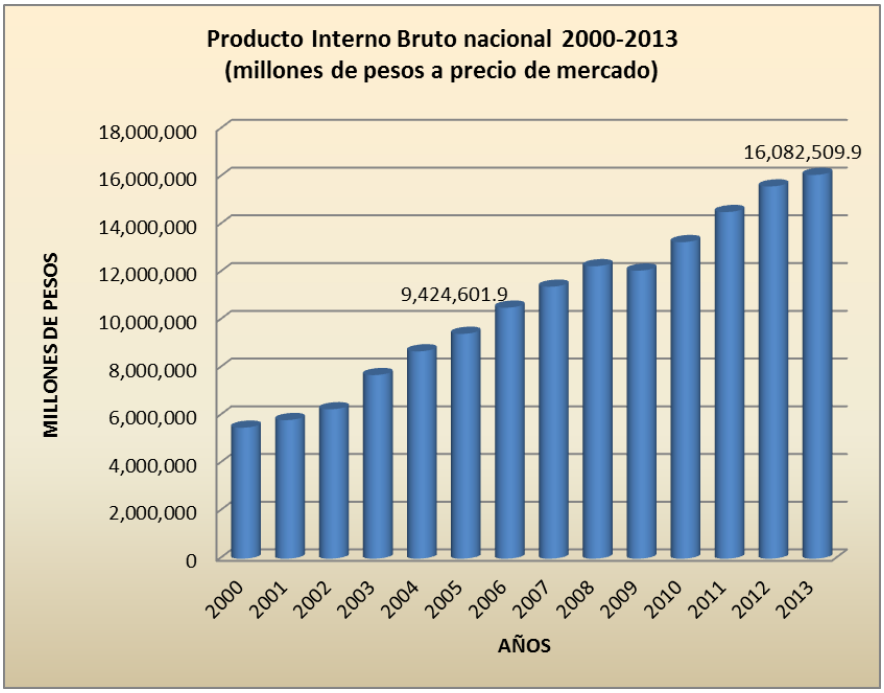
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

Gráfico 18. Gasto público en salud por institución a nivel nacional para la población con seguridad social 2000-2013



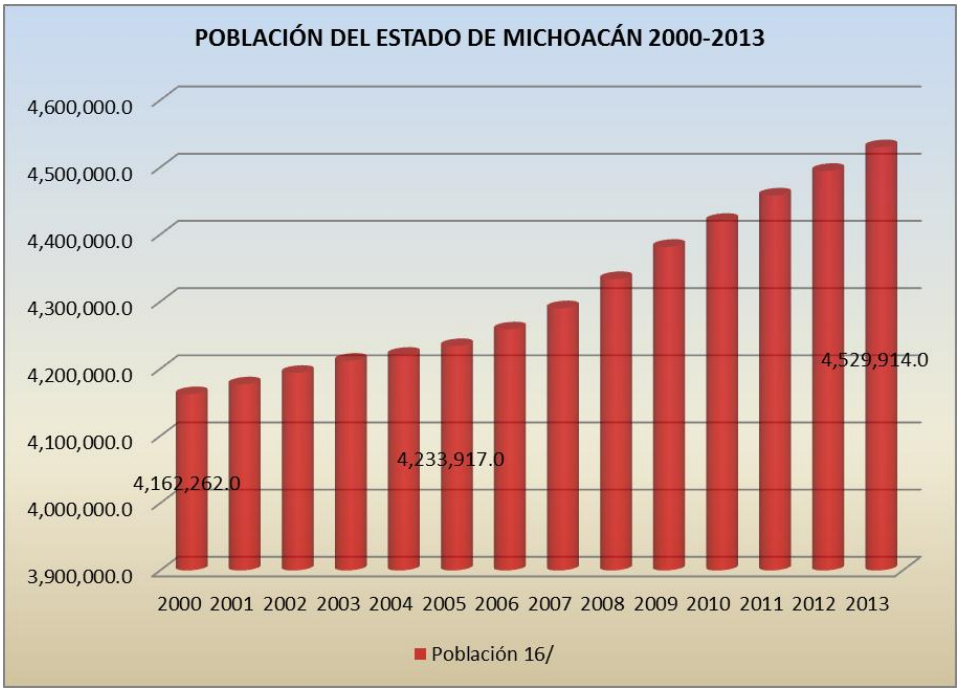
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

Gráfico 19. Producto interno bruto nacional 2000-2013



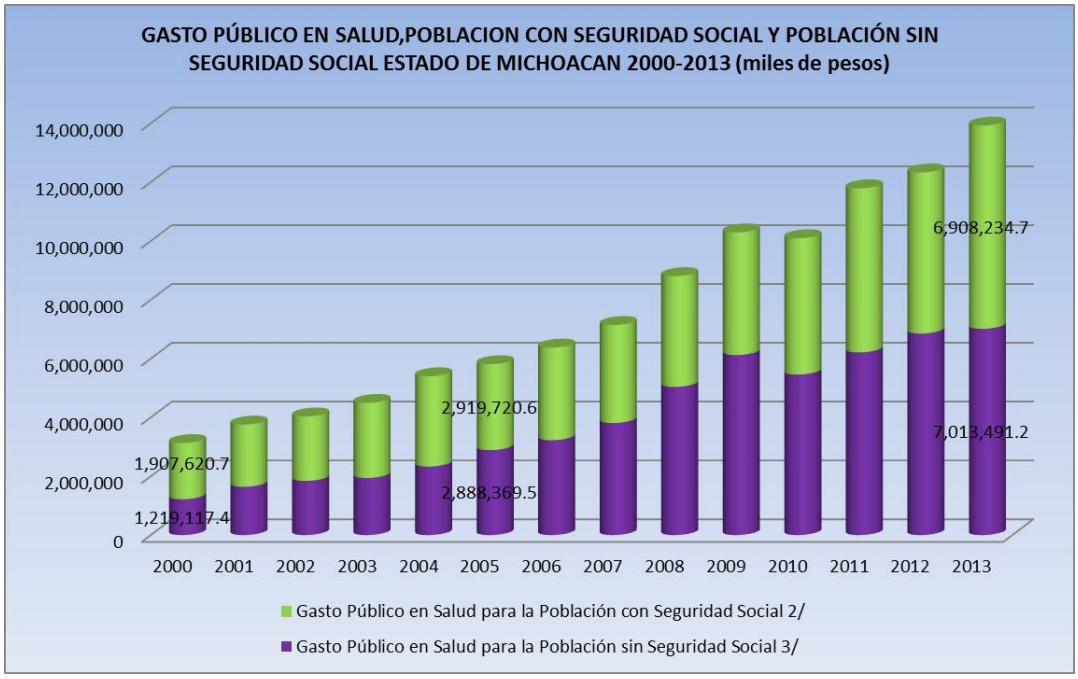
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

Gráfico 20. Población del estado de Michoacán 2000-2013



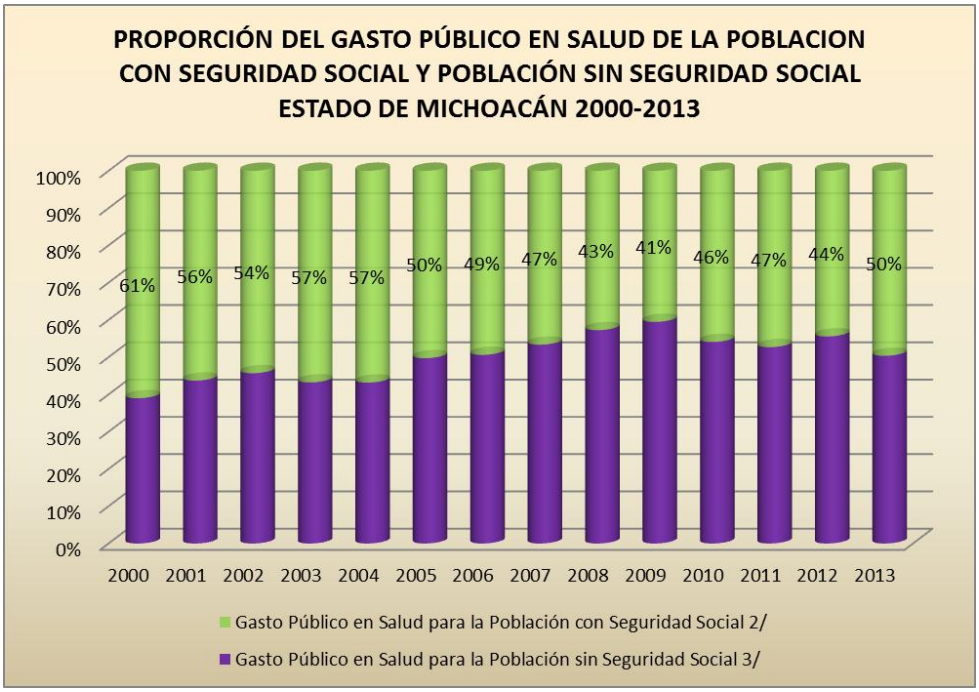
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

Gráfico 21. Gasto público en salud, población con seguridad social y población sin seguridad social estado de Michoacán 2000-2013



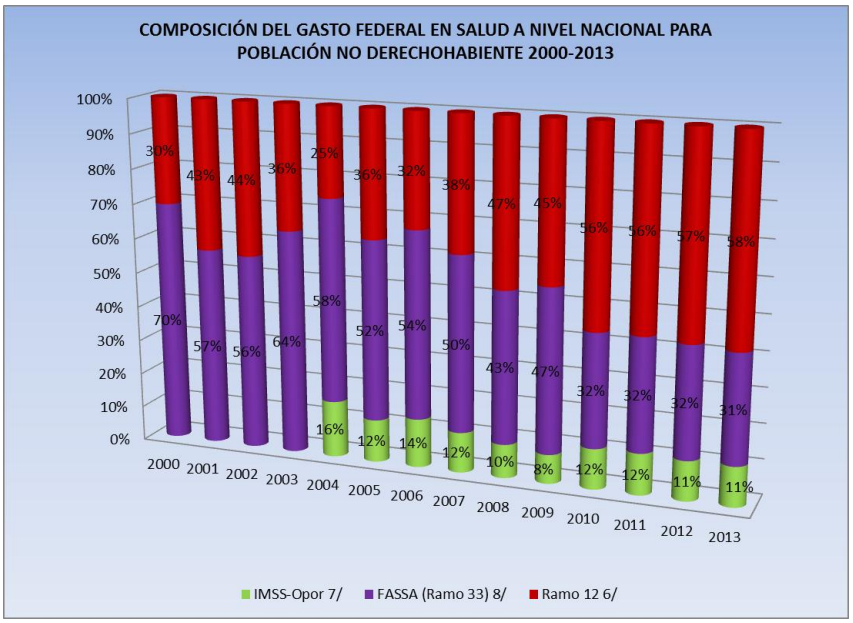
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

Gráfico 22. Proporción del gasto público en salud de la población con seguridad social y población sin seguridad social estado de Michoacán 2000-2013



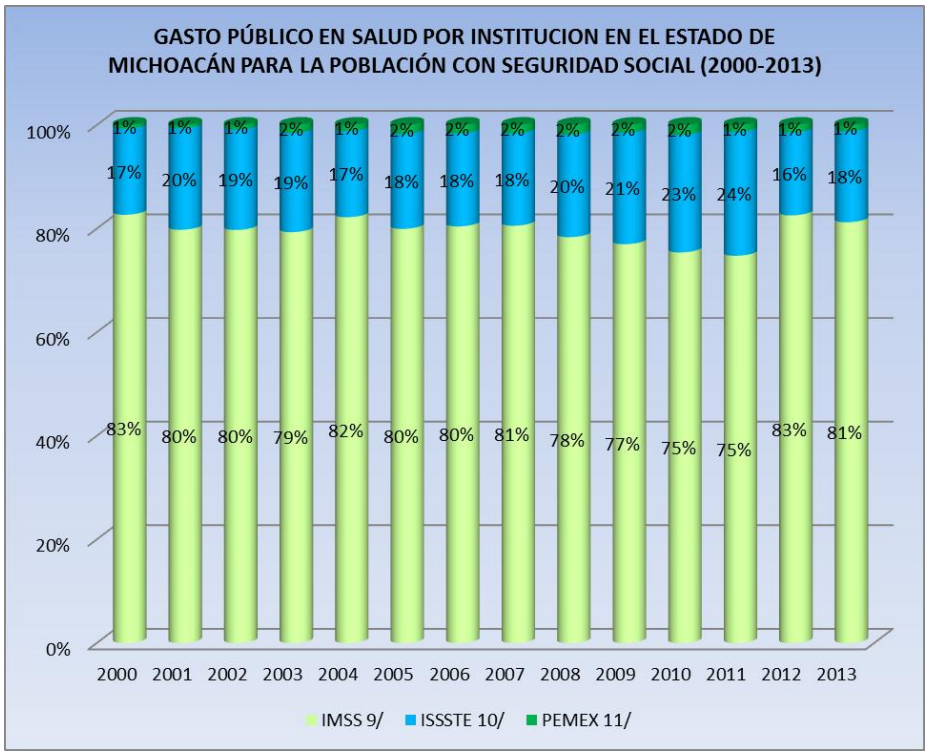
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

Gráfico 23. Composición del gasto federal en salud a nivel nacional para población no derechohabiente 2000-2013



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

Gráfico 24. Gasto público en salud por institución en el estado de Michoacán para la población con seguridad social (2000-2013)

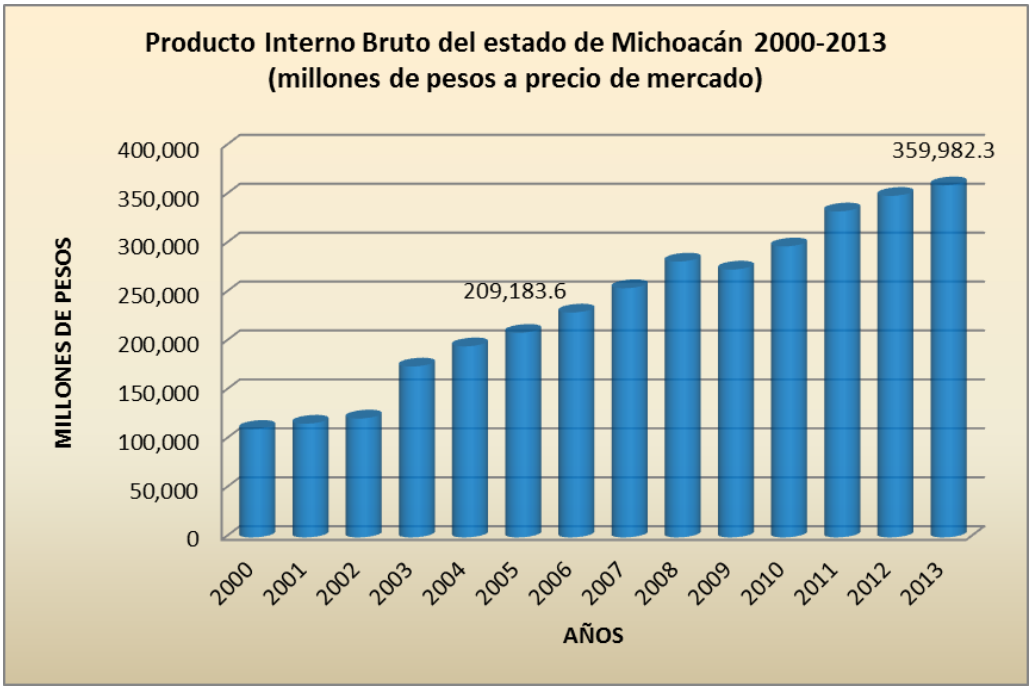


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

Gráfico 25. Población del estado de Michoacán 2000-2013

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

Gráfico 26. Producto interno bruto del estado de Michoacán 2000-2013



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

2.5.1 Salud de la población

De acuerdo con el consejo nacional de población (CONAPO) la esperanza de vida es el indicador que resume en un solo dato las condiciones de vida y salud de población, de forma que es el número de años que se espera que viva un recién nacido si las condiciones de mortalidad específicas de un año determinado permanecieran constantes durante toda su vida (CONAPO, 2015)

Durante el siglo XX uno de los grandes logros de México fue el gran descenso de la mortalidad producto en parte de la mejora de las condiciones de vida de la población. En 1930 la esperanza de vida era de 36.2 años (35.5 para hombres y 37.0 para mujeres). A partir de ahí se inició una disminución rápida y sostenida de la tasa de mortalidad. Una estimación es que entre 1974 y 2011 se incrementó en más de 11 años la esperanza de vida, equivalente a una ganancia de 0.44 años al año. En la actualidad, la esperanza de vida en México es de poco más de 75 años (73.4 y 77.9 para hombres y mujeres, respectivamente), lo que nos acerca cada vez más al promedio de las naciones con mayor supervivencia.

La composición de las causas que afectan a la mortalidad en cada entidad federativa en el país, afectan el comportamiento del incremento en la esperanza de vida, las entidades donde prevalecen enfermedades transmisibles es posible obtener mayor ganancia que donde el componente mayor es de enfermedades crónico degenerativas.

En el año de 2012 las principales causas de muerte en el país fueron por problemas asociados a enfermedades crónico degenerativas como diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad cerebrovascular y en los recién nacidos asfixia y trauma al nacimiento.

Michoacán tiene el 3.87% de la población nacional, según datos de población del CENSO de 2010 del INEGI y la población proyectada al 2015 según datos de la

CONAPO es del 3.80% de la población nacional, es decir 4’596,499 personas. Michoacán cuenta con 113 municipios de los 2,457 Municipios a nivel nacional.

Tabla No. 4.- Datos demográficos de Michoacán

Datos Demográficos			
Indicador	**Estatal**	**Nacional**	**%**
Población Total[1]	4,351,037	112,336,538	3.87%
Estimación de Pob Total[2]	4,596,499	121,005,816	3.80%
Municipios	113	2,457	4.60%
Localidades	9,427	192,244	4.90%
Pers sin derechohab[3]	3,158,113	66,899,181	4.72%
Pers sujetas de Afil[4]	2,437,857	57,300,000	4.25%
Fuente: Elaboración propia con datos del Seguro Popular.			
1/ Población Total Censo 2010, INEGI.			
2/ Población Total 2015. Proyección de la Población 2010-2030, CONAPO.			
3/ Estimaciones de Dirección General de Información en Salud (DGIS), CONAPO e INEGI.			
4/ Estimación con datos de DGIS.			

Fuente: Elaboración propia con datos del Seguro Popular.

De las 2’437,857 personas potenciales de afiliación en el estado de Michoacán y de los 57’300,000 a nivel nacional, se fueron afiliando año con año hasta que en el año 2014 se alcanzó la cobertura de afiliación prácticamente al 100%, lo que ha implicado un esfuerzo tanto nacional como estatal de una década. Ya se avanzó en este rubro de cobertura, ahora tendremos que avanzar hacia la calidad y efectividad de los servicios de salud.

Tabla No. 5.- Afiliación histórica nacional y estatal 2002-2014

Afiliación Histórica						
Año	Familias			Personas		
	Estatal	Nacional	%	Estatal	Nacional	%
2002*	0	295,513	0.0%	0	1,094,236	0.0%
2003*	3,044	613,938	0.5%	11,976	2,224,411	0.5%
2004	10,000	1,563,572	0.6%	40,131	5,318,289	0.8%
2005	49,974	3,555,977	1.4%	174,876	11,404,861	1.5%
2006	94,967	5,100,000	1.9%	310,566	15,672,374	2.0%
2007	211,961	7,307,173	2.9%	710,266	21,834,619	3.3%
2008	284,638	9,146,013	3.1%	938,091	27,176,914	3.5%
2009	385,906	10,514,325	3.7%	1,231,370	31,132,949	4.0%
2010	558,252	15,760,805	3.5%	1,647,610	43,518,719	3.8%
2011	837,772	19,811,349	4.2%	2,254,722	51,823,314	4.4%
2012	903,560	20,864,377	4.3%	2,357,439	52,908,011	4.5%
2013	953,803	22,290,867	4.3%	2,392,212	55,637,999	4.3%
2014	992,726	23,817,307	4.2%	2,419,597	57,300,000	4.2%
*Corresponden a la etapa de pilotaje			Fuente: Elaboración propia con datos del Seguro Popular.			

Tabla No. 6.- Cobertura geográfica del Seguro Popular

Cobertura Geográfica Seguro Popular Infraestructura al 2014					
	Municipios	Localidades	Unidades Hospitalarias	Centros de Salud*	MAO
Estatal	113	6,857	33	803	40
Nacional	2,457	112,928	694	17,055	1,437
%	4.60%	6.1%	4.8%	4.7%	2.8%
* Según entidad federativa puede incluir unidades médicas de distintos proveedores					
Fuente: Elaboración propia con datos del Seguro Popular.					

Tabla No. 7.- Afiliados al 2014 por decil de ingreso

Personas Afiliadas al año 2014 por Decil de Ingreso											
Decil	**I**	**II**	**III**	**IV**	**V**	**VI**	**VII**	**VIII**	**IX**	**X**	**Total**
Estatal	1,765,589	600,372	48,912	3,760	645	208	96	14	1	0	**2,419,597**
%*	72.97%	24.8%	2.02%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	**100.0%**
Nacional	34,570,962	17,980,242	3,587,289	836,659	93,861	32,208	7,325	1,627	1,010	163	**57,111,346**
%*	60.53%	31.5%	6.28%	1.5%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	**100.0%**
* Participación respecto del total de población											
Fuente: Elaboración propia con datos del Seguro Popular.											

Los deciles resultan de dividir a la población en diez grupos según su nivel de ingreso, donde el primer decil se compone de las familias más pobres y el décimo decil de las familias más ricas (INEGI, 2015).

Como puede observarse, el 97.77 de la población afiliada en Michoacán, corresponde a los deciles de ingreso I y II, lo cual refuerza que en la práctica la política de salud a través del seguro popular fue bien orientada hacia la población objetivo de menores ingresos.

Tabla No. 8.- Población afiliada en localidades con 40% de habla indígena

Población en Localidades con 40% o más de Lengua Indígena			
	Estatal	**Nacional**	**%**
Afiliados	86,328	5,053,221	1.7%
Mujeres Tit	26,273	1,392,744	1.9%
Fuente: Elaboración propia con datos del Seguro Popular.			

Michoacán tiene el 1.7% de la población nacional afiliada al seguro popular, que se encuentra en localidades con 40% o más de lengua indígena.

Tabla No. 9.- Personas afiliadas por tipo de localidad

Personas por Tipo de Localidad			
	Estatal	**Nacional**	**%**
Rural	891,737	18,908,724	4.7%
Urbana	1,527,860	38,202,622	4.0%
No Ident	0	0	0
Total	**2,419,597**	**57,111,346**	**4.24%**
Fuente: Elaboración propia con datos del Seguro Popular.			

Respecto al total nacional, Michoacán cuenta con el 4.7% de población rural afiliada al seguro popular, y el 4.0% de población urbana.

2.5.2 Infraestructura hospitalaria

La Secretaría de Salud en el Estado de Michoacán está estratégicamente conformada por ocho oficinas llamadas Jurisdicciones Sanitarias que abarcan regiones territoriales en el Estado y que tienen a su cargo Hospitales, Centros de Salud, Módulos de Salud, Unidades Médicas Especializadas, Caravanas de salud, Centros de atención oncológica, psiquiátrica y mental, con la finalidad de otorgar los servicios de salud a la población no derechohabiente de otras instituciones públicas de salud. Las jurisdicciones citadas son: Jurisdicción Sanitaria núm. 1 Morelia, Jurisdicción Sanitaria núm. 2 Zamora, Jurisdicción Sanitaria núm. 3 Zitácuaro, Jurisdicción Sanitaria núm. 4 Pátzcuaro, Jurisdicción Sanitaria núm. 5 Uruapan, Jurisdicción Sanitaria núm. 6 La Piedad, Jurisdicción Sanitaria núm. 7 Apatzingán y Jurisdicción Sanitaria núm. 7 Lázaro Cárdenas.

Los hospitales de alta especialidad están concentrados en la capital del Estado: El hospital de la mujer está especializado en enfermedades propias de la mujer, así como en atención de partos y cesáreas; el hospital infantil de Morelia especializado en atención médica de los infantes; el hospital psiquiátrico, el centro michoacano de salud mental en el cual se da tratamiento psiquiátrico y psicológico y el centro estatal de atención oncológica donde se da tratamiento a la población que padece algún tipo de cáncer.

Cabe mencionar que los centros de salud, unidades médicas, módulos de atención, y hospitales en funcionan mediante un mecanismo de referencias y contrarreferencias que significa que si un paciente acude a consulta y el médico considera pertinente enviarlo a consulta a algún centro especializado, puede emitir una hoja llamada referencia para que el paciente sea atendido en esos centros. De igual modo, cualquier persona puede acudir a los hospitales directamente al área de urgencias cuando así lo requieran por alguna emergencia de salud. Las personas que están afiliadas al seguro popular tendrán la atención médica, estudios de laboratorio y radiológicos y las medicinas asociadas con su padecimiento sin ningún costo, siempre y cuando ese padecimiento se encuentre considerado dentro del paquete de intervenciones esenciales que cubre el Seguro Popular.

Para los conocer los centros de salud y demás unidades médicas que conforman cada jurisdicción, véanse anexos al final del documento.

En cuanto a personal médico se refiere, la Secretaría de Salud en Michoacán cuenta con 4,394 Médicos de los cuales 2,863 son médicos generales u odontólogos y el resto son de diversas especialidades como 176 anestesiólogos, 24 psiquiatras, 8 endocrinólogos, 8 gastroenterólogos, 11 cardiólogos, 17 urólogos, 134 pediatras, 10 hematólogos, 23 oncólogos, 25 urgenciólogos, 1 proctólogo, 3 angiólogos, 8 nefrólogos, 4 reumatólogos, 175 ginecoobstetras, 2 infectólogos, 2 genetistas, 2 alergólogos, 179 cirujanos, 76 internistas, 16 oftalmólogos, 11 otorrinolaringólogos, 80 traumatólogos, 2 dermatólogos entre otros. Para ver los médicos especialistas por Jurisdicción Sanitaria véase anexos al final del documento.

Asimismo, la Secretaría de Salud en Michoacán cuenta en total con 4,864 enfermeras, 1,171 camas de hospitalarias, 894 camas no censables que se encuentran en consultorios, cuneros, salas de urgencias, radioterapia, etc., 1,418 consultorios médicos, 59 quirófanos, 69 salas de expulsión, 35 ambulancias de las cuales dos están equipadas y 33 son de traslado de pacientes, 551 centros de salud y unidades médicas y 28 hospitales y centros de especialidad.

CAPÍTULO III

TRABAJO DE CAMPO PARA CAPTAR EL GASTO EN SALUD EN MORELIA, MICHOACÁN

En este capítulo se describe la metodología utilizada para la recolección de datos y su posterior análisis e interpretación. Se describen el universo, muestra de estudio, instrumento para recolección de datos, construcción y medición del instrumento, aplicación del instrumento, codificación y procesamiento de datos y los respectivos resultados arrojados por la aplicación del instrumento.

Se decidió aplicar un cuestionario a una muestra representativa de la población de Morelia, Mich., que estuviera afiliada al Seguro Popular, con el objetivo de cuantificar el gasto de bolsillo que las familias realizan aún con la protección financiera que el Seguro Popular les proporciona. Todo ello con el fin de dar respuesta a la pregunta de investigación y comprobar la hipótesis planteada.

Aunque a lo largo de la historia han predominado tres métodos científicos básicos como el baconiano que postula el desarrollo de la inducción, el galileano que postula la experimentación y el cartesiano que postula la duda fundamentada en el análisis y la síntesis de los problemas, en la actualidad estos métodos se han complementado y se reconocen otros métodos como el deductivo, inductivo, analítico, sintético, etc., así como los métodos de investigación cualitativa y cuantitativa.

En la presente investigación se utilizó el método científico que es transversal a toda la investigación con un enfoque cuantitativo el cual utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento.

Para la medición del instrumento (cuestionario) se utilizó la escala nominal, de la cual Hernández Sampieri (2006) nos dice que los números utilizados en este nivel de medición tienen una función puramente de clasificación y no se pueden manipular de manera aritmética. Por ejemplo, la afiliación religiosa es una variable nominal; si

pretendiéramos operarla de forma aritmética se presentarían situaciones ridículas como: 1+2=3 católico+judío = protestante (no tiene sentido).

Las variables nominales pueden incluir dos categorías (dicotómicas) o bien tres o más categorías (categóricas). Como ejemplo de variables dicotómicas serían el género, el veredicto de un jurado (culpable, no culpable), etc.; como ejemplo de variables nominales categóricas podría ser la afiliación política (partido A, partido B, etc.=, la licenciatura elegida, el grupo étnico, el departamento o la provincia. En el caso de nuestro instrumento, se utilizó la escala nominal categórica (con más de tres categorías).

Las respuestas se analizaron mediante el software estadístico SPSS de acuerdo a la frecuencia de respuesta de los participantes de la muestra a la que se aplicó el instrumento.

3.1 Universo de estudio

Una población es un conjunto de todos los casos que conforman una serie de especificaciones y las unidades de análisis son sujetos, objetos, sucesos o comunidades de estudio de las cuales se recolectará la información, Hernández Sampieri (2006).

La población tiene que ser específica para que los resultados de un universo de estudio puedan ser comprendidos dentro de una investigación científica, señalando sus características tales como la homogeneidad, la heterogeneidad, si es finita o infinita, localizada o dispersa, la ubicación y el tamaño de las personas por las que está compuesta.

Para esta investigación se considera como universo de estudio a la población de la ciudad de Morelia, Mich., que se encuentra afiliada al Seguro Popular los cuales al corte de diciembre de 2015 fueron 296,989 beneficiarios.

3.2 Delimitación de la muestra

Hernández Sampieri (2006) define una muestra como el subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que se llama población. Una muestra es una parte de la población que contiene en teoría, las mismas características que se desean estudiar en la población respectiva, recibiendo sus medidas el nombre de estadísticos, Rojas (1981). Dietererich (1996) señala que la muestra es una parte seleccionada o una fracción de la población a la que se le aplicará un instrumento de investigación.

El muestreo probabilístico se puede definir como aquel en el que los elementos del universo tienen la misma probabilidad de ser elegidos para integrar la muestra, siendo esa probabilidad calculada matemáticamente con precisión. Cabe destacar que entre los tipos de muestras probabilísticas existen: el muestreo aleatorio simple, muestreo aleatorio sistemático, muestreo estratificado, muestreo por racimos.

En el muestreo no probabilístico, la selección de los elementos del universo de estudio no depende del azar, por lo que éstos se seleccionan de acuerdo a ciertas características definidas por el investigador o la investigación, es decir, depende de decisiones de personas, por lo regular suelen estar sesgadas.

Se considera una muestra probabilística aleatoria para nuestro universo de estudio que son las personas afiliadas al Seguro Popular en la ciudad de Morelia a diciembre de 2015, ya que las personas que integran este universo tienen la misma probabilidad de ser elegidos y dicha probabilidad se calcula con precisión de forma matemática.

Por consiguiente para el muestreo aleatorio simple (Bureau of research New York, 1984), se utiliza la siguiente fórmula:

$$n = \frac{\mathrm{N}}{1 + \mathrm{Ne}^2}$$

Donde:

n= el tamaño mínimo de muestra requerida.

e= 0.05 error máximo admisible en la precisión de los estimadores de las proporciones.

N= tamaño de la población.

Sustituyendo: $n = \frac{296{,}989}{1+(296{,}989)(0.05)^2}$ $n = \frac{296{,}989}{1+(296{,}989)(0.0025)}$ $n = \frac{296{,}989}{742.475}$

$$n = 399.998653.$$

3.3 Instrumento de recolección de datos

En toda investigación se debe aplicar un instrumento para medir las variables contenidas en la hipótesis. Un instrumento de medición es un recurso que utiliza el investigador para el registro de la información o la obtención de datos sobre las variables, (Canales, Alvarado y Pineda, 1994; Stake, 1998; Kerlinger, 2002; Hernández Sampieri, Fernández y Baptista, 2006; Torres y Navarro, 2007).

Existen varios tipos de instrumentos que miden las variables de una investigación, tales como la encuesta, el cuestionario, las entrevistas, los análisis del contenido, la observación, pruebas e inventarios estandarizados, sesiones en profundidad, las escalas de medición y otras formas de recolección.

Para la presente investigación se utilizará como instrumento de recolección y medición de datos, el cuestionario con escala nominal ya mencionada anteriormente.

3.4 Construcción del instrumento de escala nominal

La construcción del instrumento se realizó mediante la operacionalización de las variables independientes y de la variable dependiente. De esta operacionalización se desprendieron 50 preguntas con medición de escala nominal categórica.

Como descripción de la operacionalización, en la primera y segunda columnas se puede apreciar el nombre de las variables tanto independientes, como la dependiente y su definición conceptual. En la tercera columna se encuentran las dimensiones de las variables y en la cuarta columna los indicadores respectivos. En la quinta columna se muestra el número de pregunta del cuestionario que corresponde a cada indicador. Para ver el instrumento de investigación, véase el anexo I.

Tabla No. 10.- Operacionalización de las variables para el instrumento de investigación

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL		PREGUNTA
		DIMENSIONES	INDICADOR	
D-1 Gastos de bolsillo en consultas	Pago directo que se realiza en el momento de requerir atención médica y que pone en riesgo de empobrecimiento a las familias de bajos ingresos (Fuente: Secretaría de Salud).	Consultas Generales, consultas de especialidad y consultas dentales.	Frecuencia de consultas médicas.	15
			Costo de consultas médicas.	16
			Motivo del pago de consultas médicas.	17
			Forma de pago de gastos en consulta.	18
			Financiamiento del gasto en consulta.	19, 48
D-2 Gastos de bolsillo en medicamentos	Pago directo que se realiza en el momento de requerir atención médica y que pone en riesgo de empobrecimiento a las familias de bajos ingresos (Fuente: Secretaría de Salud).	Medicamentos con receta	Frecuencia de compra de medicamentos con receta.	20
			Costo de medicamentos con receta.	21
			Motivo del pago de medicamento con receta.	22
			Forma de pago de medicamentos con receta.	23
			Financiamiento del gasto en medicamentos con receta.	24, 48
		Medicamentos sin receta	Frecuencia de compra de medicamentos sin receta.	25
			Costo de medicamentos sin receta.	26
			Motivo del pago de medicamento sin receta.	27
			Forma de pago de medicamentos sin receta.	28
			Financiamiento del gasto en medicamentos sin receta.	29, 48
		Otros productos farmacéuticos	Frecuencia de compra de otros productos farmacéuticos.	30
			Costo de otros productos farmacéuticos.	31
			Motivo del pago de otros productos farmacéuticos.	32
			Forma de pago de otros productos farmacéuticos.	33
			Financiamiento del gasto en otros productos farmacéuticos.	34, 48
D-3 Gastos de bolsillo en cirugías u hospitalizaciones	Pago directo que se realiza en el momento de requerir atención médica y que pone en riesgo de empobrecimiento a las familias de bajos ingresos (Fuente: Secretaría de Salud).	Honorarios profesionales, hospitalización, análisis clínicos, medicamentos y material de curación.	Costo de la cirugía u hospitalización.	35
			Motivo del pago de la cirugía u hospitalización.	36
			Forma de pago de la cirugía u hospitalización.	37
			Financiamiento del gasto de la cirugía u hospitalización.	38, 48
D-4 Gasto de bolsillo en análisis de laboratorio,	Pago directo que se realiza en el momento de requerir atención médica y que pone en riesgo de	Análisis de laboratorio.	Frecuencia de análisis de laboratorio.	39
			Costo de análisis de laboratorio.	40
			Motivo del pago de análisis de laboratorio.	41

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL		PREGUNTA
		DIMENSIONES	INDICADOR	
estudios de gabinete y otros gastos en salud	empobrecimiento a las familias de bajos ingresos (Fuente: Secretaría de Salud).		Forma de pago de análisis de laboratorio.	42
			Financiamiento del gasto en análisis de laboratorio.	43, 48
		Estudios de gabinete y Rayos X (Densitometrías, ultrasonidos, mastografías, etc.)	Frecuencia de estudios de gabinete.	39
			Costo de estudios de gabinete.	40
			Motivo del pago de estudios de gabinete.	41
			Forma de pago de estudios de gabinete.	42
			Financiamiento del gasto en estudios de gabinete.	43, 48
		Aparatos ortopédicos, dentales, terapéuticos y material quirúrgico.	Costo de aparatos ortopédicos, dentales, terapéuticos y material quirúrgico.	44
			Motivo del pago de aparatos ortopédicos, dentales, terapéuticos y material quirúrgico.	45
			Forma de pago de aparatos aparatos ortopédicos, dentales, terapéuticos y material quirúrgico.	46
			Financiamiento del gasto en aparatos aparatos ortopédicos, dentales, terapéuticos y material quirúrgico.	47
I-1 Acceso al Seguro Popular	Esquema de aseguramiento público y voluntario que brinda protección financiera en materia de salud a las familias que por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social (Seguro Popular, 2015).	Afiliación (prepago)	Año de afiliación al Seguro Popular.	1
			Costo de la afiliación al Seguro Popular.	2
		Nivel socioeconómico	Tamaño del hogar	5, 6
			Ocupación	8
			Nivel de ingresos	9, 10
			Grado de instrucción	7
			Gasto en alimentación	11
		Utilización del servicio	Frecuencia de utilización del Seguro Popular.	3
			Lugar de atención médica	12
			Motivo de la atención en el sitio	13
		Calidad del servicio	Grado de satisfacción del usuario en la atención recibida.	4
			Tiempo de espera de atención médica.	14
		Tratamiento de enfermedades graves o crónicas.	Grado de cobertura de enfermedades graves o crónicas.	49 y 50

3.5 Análisis e interpretación de resultados

La aplicación del instrumento se llevó a cabo en cuatro de los hospitales a donde las personas afiliadas al seguro popular pueden acudir para su atención, ya sea por emergencia médica, por consulta o por tratamiento médico. De acuerdo a nuestra muestra, se aplicaron 100 cuestionarios en el Hospital mejor conocido como Hospital Civil de Morelia, 100 cuestionarios en el Hospital de la Mujer, 100 cuestionarios en el Hospital Infantil de Morelia "Eva Sámano de López Mateos", y 99 cuestionarios en el Centro de Atención Oncológica (CEAO) también llamado Hospital Oncológico.

Es importante señalar que tres de los cuatro hospitales elegidos, atienden a grupos de población especialmente vulnerables como lo son las mujeres, los niños y las personas con padecimientos oncológicos.

En el Hospital "Dr. Miguel Silva" se aplicaron los cuestionarios tanto en la mañana, como en la tarde entre semana, ya que es un hospital con mucha afluencia de pacientes y las citas las otorgan en dos turnos y mayormente entre semana.

Respecto al Hospital de la Mujer, los cuestionarios fueron aplicados tanto en la mañana como en la tarde entre semana por ser un hospital que también se encuentra con una gran afluencia de pacientes.

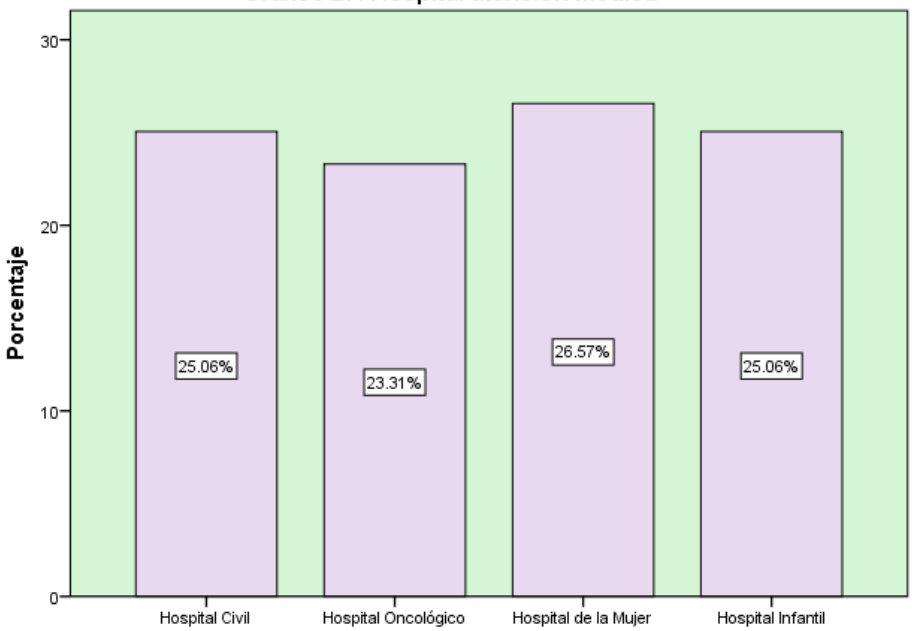
Los cuestionarios se aplicaron en el Hospital Infantil a partir de las 7:00 de la mañana que es la hora en que ya hay una gran fila de personas en espera de ficha para una cita. También se aplicaron a los familiares de los niños y niñas hospitalizados y que esperan afuera del hospital por si los requiere el médico o es necesario que vayan a comprar algún medicamento o material médico que no tenga el hospital para la atención de sus hijos.

Por último, los cuestionarios que se aplicaron en el Hospital Oncológico se realizaron tanto entre semana como en fin de semana. Particularmente en este hospital que es de tercer nivel por ser altamente especializado en padecimientos de cáncer, en fin de semana se da una gran concentración de pacientes.

En todos los casos, la aplicación del instrumento se hizo mediante entrevista directa pues se tomó en cuenta que la mayor parte de la población que se encuentra afiliada al seguro popular, son personas de bajos ingresos y que por su misma condición de pobreza en muchos casos tienen acceso a menor preparación escolar, pudiendo presentar problemas de comprensión al leer las preguntas o ser en algunos casos analfabetas. Al realizar la entrevista, se tuvo especial cuidado de realizar las preguntas de forma imparcial y objetiva, para no sugerir respuestas que pudieran sesgar los resultados.

En general, las personas se mostraron dispuestas a contestar el cuestionario, con algunas excepciones en que era evidente el abatimiento por la preocupación de la enfermedad, en cuyo caso se respetó su decisión de no cooperar con la entrevista.

Gráfico 27. Hospital atención médica

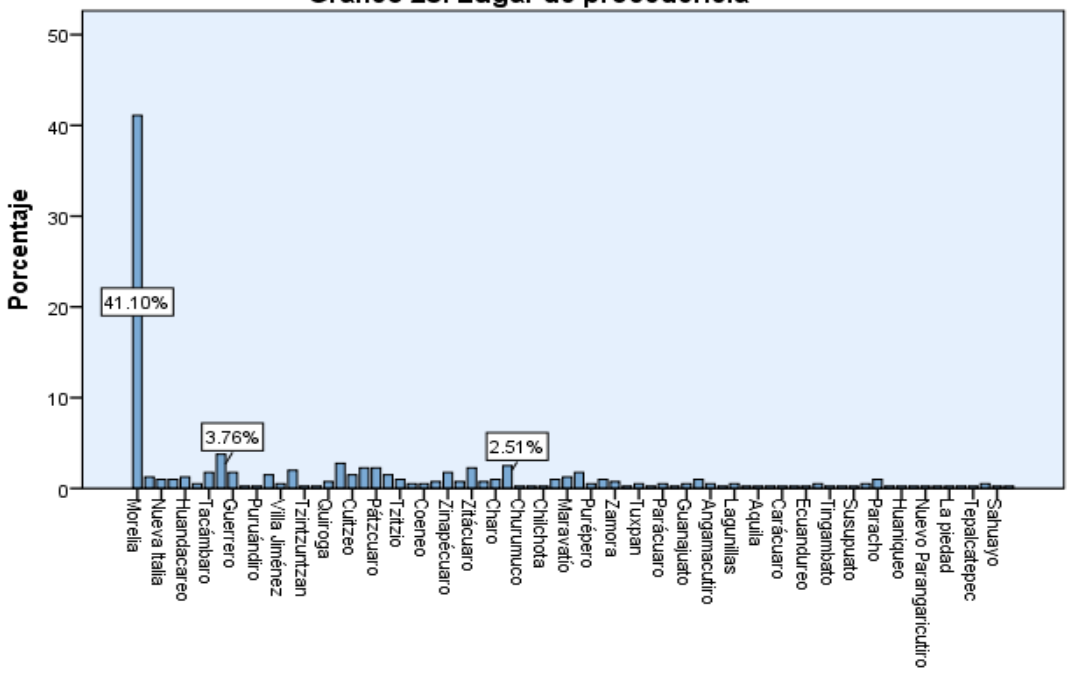


Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Una vez aplicada la totalidad de las encuestas, se procesó la información con el software estadístico IBM SPSS versión 2.2.

Como dato de identificación, primeramente se preguntó el lugar de procedencia de las personas a las que se aplicó el cuestionario, obteniendo datos de personas de 74 lugares de procedencia distinta, incluyendo Morelia, Mich., entre los que destaca que 41.1% pertenecen a la ciudad de Morelia, el 3.8% a Uruapan, 2.8% a Ciudad Hidalgo, 2.5% a Tarímbaro, el 2.3% a Zitácuaro, Indaparapeo y Pátzcuaro; 1.8% a Tacámbaro y al estado de Guerrero. Estos últimos refirieron que se atienden en Morelia, por ser la ciudad donde se encuentra el hospital de especialidad más cercano a su localidad. El que personas de otros Estados como Guerrero, se atiendan en Morelia, es muestra de la portabilidad de la atención interestatal a nivel nacional de la póliza de los derechohabientes al Seguro Popular.

Gráfico 28. Lugar de procedencia



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

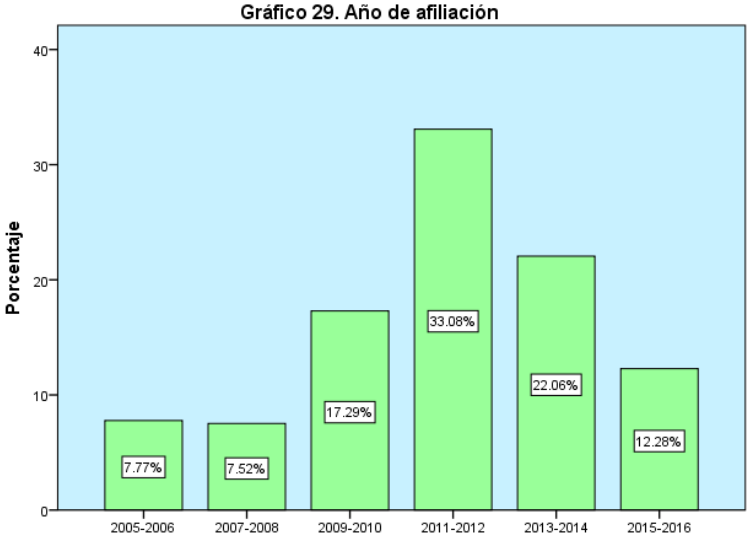
A partir de las respuestas obtenidas del cuestionario aplicado, se pueden apreciar los resultados que continuación se desglosan por variable y dimensión.

ACCESO AL SEGURO POPULAR

La variable independiente uno (I-1) Acceso al Seguro Popular, se midió para la dimensión Afiliación (prepago) con las preguntas número 1 y 2; la dimensión nivel socioeconómico se midió con las preguntas 5, 6, 8, 9, 10, 7 y 11; la dimensión utilización del servicio se midió con las preguntas 3, 12 y 13; la dimensión calidad del servicio se midió con las preguntas 4 y 14 y la dimensión tratamiento de enfermedades graves o crónicas se midió con las preguntas 49 y 59.

AFILIACIÓN

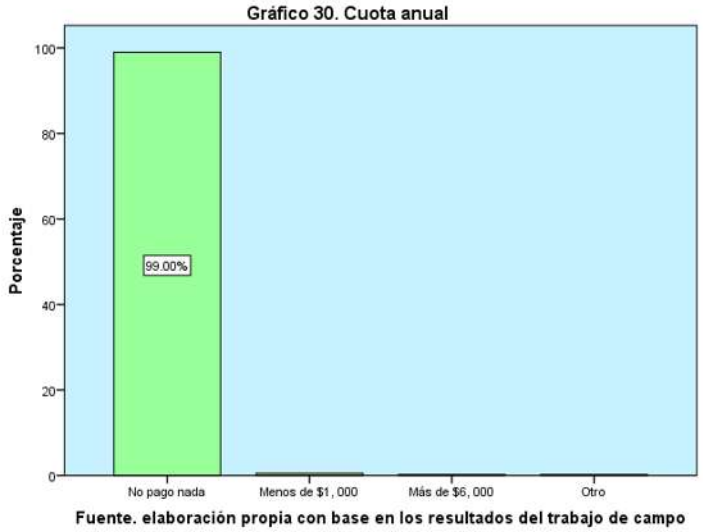
Gráfico 29. Año de afiliación



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Respecto al año de afiliación, solamente el 7.77% reportó haberse afiliado entre 2005-2006 que fue el año en que comenzó a operar el seguro popular en el estado de Michoacán. El 7.52% se afilió entre 2007-2008 y el 17.29% entre el 2009-2010. El 33.08% reportó haberse afiliado entre el año 2011-2012, lo cual tiene sentido porque el 2012 fue el año en que se alcanzó la cobertura completa de afiliación al Seguro Popular a nivel nacional, de las personas que no tenían acceso a ningún otro servicio de salud público y por ende se hizo un fuerte esfuerzo de afiliación para

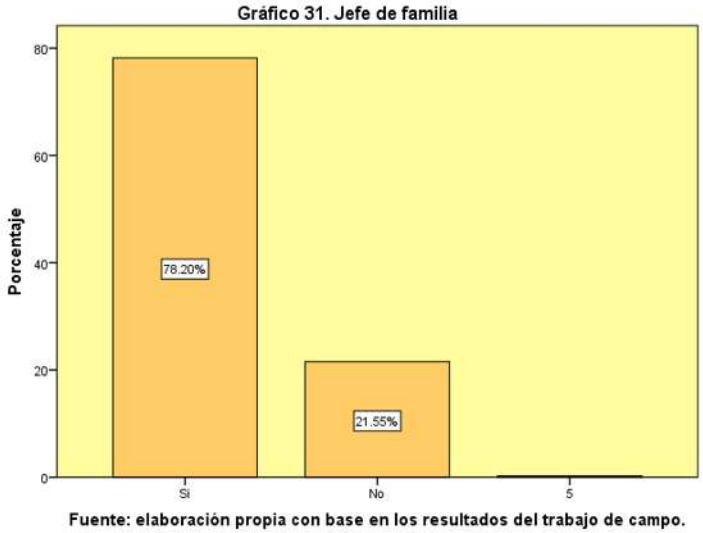
alcanzar la meta. El 22.06% de los encuestados se afilió durante 2013-2014 y el 12.28% entre 2015-2016.



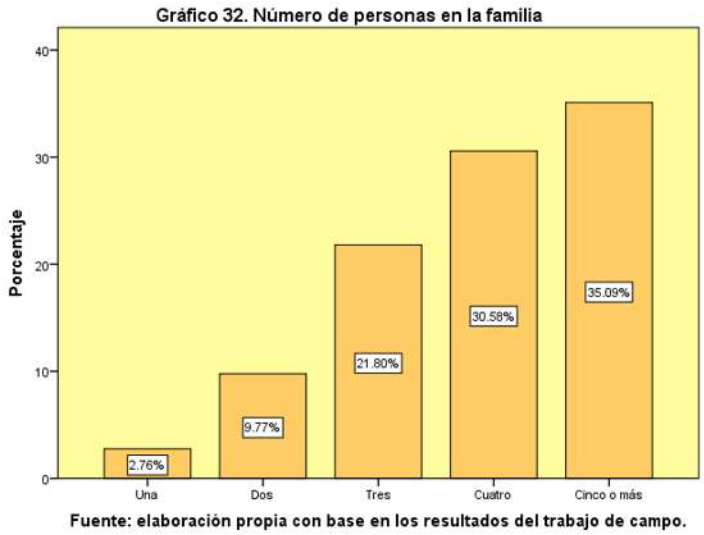
Fuente. elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo

En cuanto al costo de la póliza del seguro popular, el 99% de las personas contestó que no pagó nada por la afiliación, 0.05% menos de $1,000 pesos, 0.03% pagó $6,000 y el 0.03% reportó en otros.

NIVEL SOCIOECONÓMICO

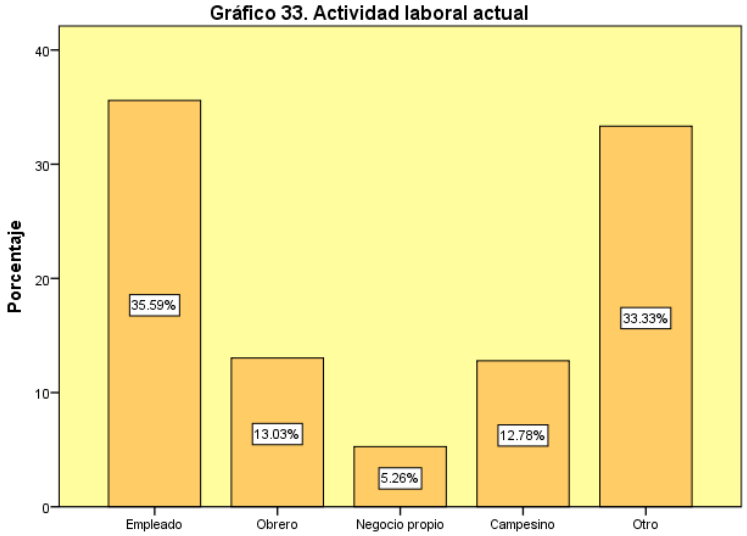


Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

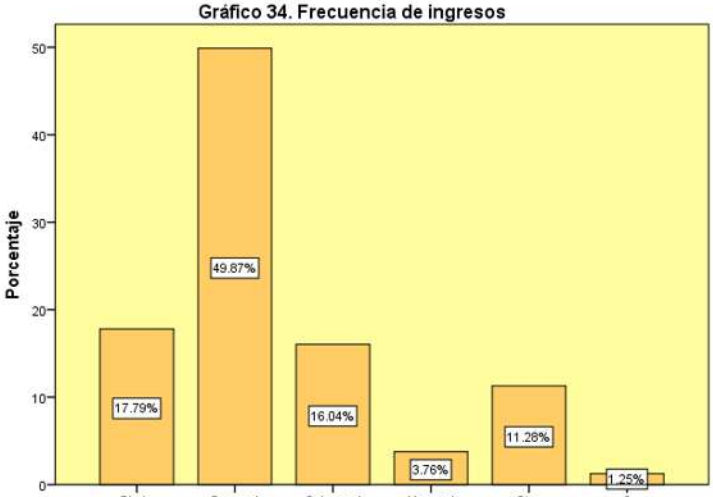
El 78.20% de las personas a las que se aplicó el cuestionario indicaron ser jefes de familia, mientras que el 21.55% no. En cuanto al número de personas que integran la familia contando al entrevistado, el 35.09% contestó que cinco o más, el 30.58% reportó que cuatro personas, el 21.80% es de tres personas y solamente el 9.77% y 2.76% reportó dos y una persona, respectivamente. El promedio de personas por familia es de 3.9 personas.



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

En cuanto a la ocupación, el 35.59% reportó ser empleado, el 13.03% obrero, el 5.26% tener negocio propio, el 12.78% ser campesino y el 33.33% en Otros donde las respuestas fueron al hogar, estudiar, taxistas, pescadores, enfermeras, comerciantes, abogados). Las personas que dijeron ser empleados, no tienen seguridad social ni prestaciones médica, razón por la cual cuentan con el seguro popular.

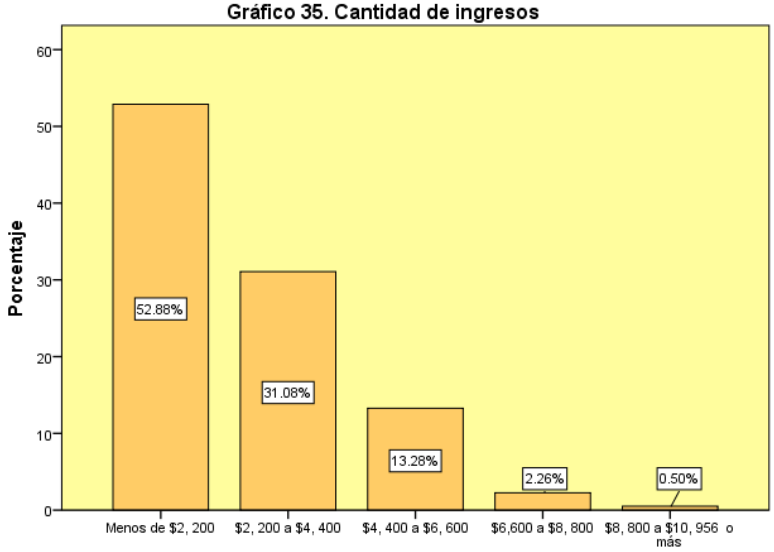
Gráfico 34. Frecuencia de ingresos



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

El 49.87% de las personas reportaron percibir ingresos de forma semanal, el 17.79% diario, el 16.04% quincenal, el 3.76% mensual y el 1.25% reportó no tener ingresos. El 11.28% eligieron la opción de otros entre los que se encuentran ingresos eventuales y por el programa de OPORTUNIDADES o PROSPERA. En este rubro, se tomó el dato del último trabajo que tienen o tuvieron, ya que algunos comentaron que acababan de perder su empleo a causa de la enfermedad.

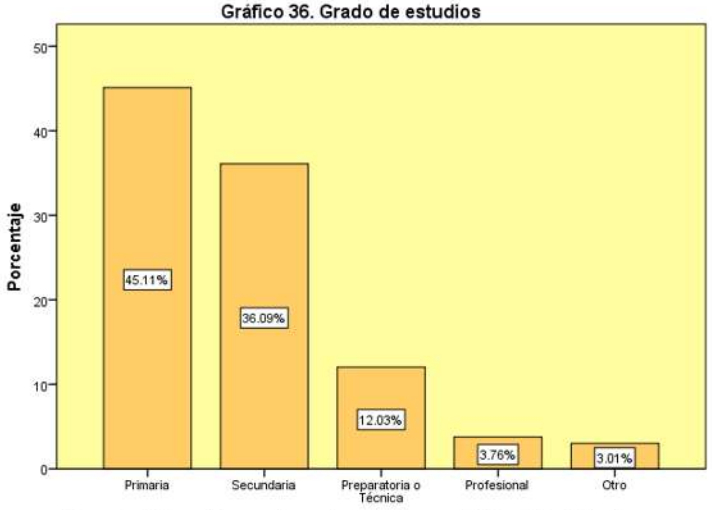
Gráfico 35. Cantidad de ingresos



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

El rango de ingresos mensuales que reportó mayor porcentaje fue de menos de $2,200 con el 52.88%, seguido del $2,200 a $4,400 con el 31.08%; de $4,400 a $6,600 el 13.26%; de $6,600 a $8,800 el 2.26% y de $8,800 a $10,956 o más solamente el 0.50%. Como se puede observar, casi el 84% de la población entrevistada tiene ingresos menores al equivalente a un salario mínimo vigente al 2016 que según la Comisión Nacional de Salarios Mínimos (CONASAMI) equivale a 73.04 pesos diarios o $2,191.20 mensuales. El promedio total de ingresos fue de $3,143.00 pesos, poco menos de 1.5 salarios mínimos. Según el plan nacional de desarrollo 2013-2018 el 44% de la clase trabajadora del país percibe ingresos por debajo de dos salarios mínimos mensuales (PND, 2013).

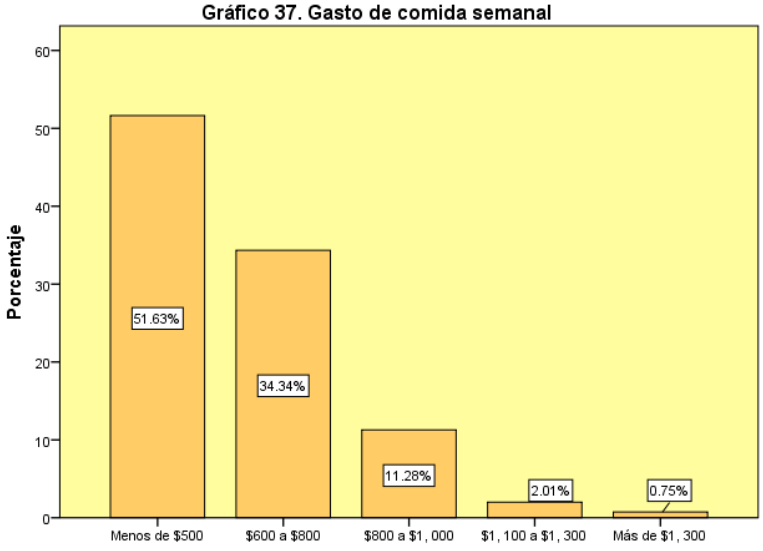
Gráfico 36. Grado de estudios



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

El grado de instrucción del 45.11% es de primaria, del 36.09% de secundaria, del 12.03% preparatoria o técnica, del 3.76% profesional y del 3.01% en otro que incluye analfabetas. Por la estructura del cuestionario, no se pudo captar que del porcentaje que solamente cuenta con primaria, muchas personas sólo cursaron 1 ó 2 años de primaria situación que nos dimos cuenta a la hora de la aplicación, por lo que se tomará en cuenta este detalle para futuras investigaciones.

Gráfico 37. Gasto de comida semanal



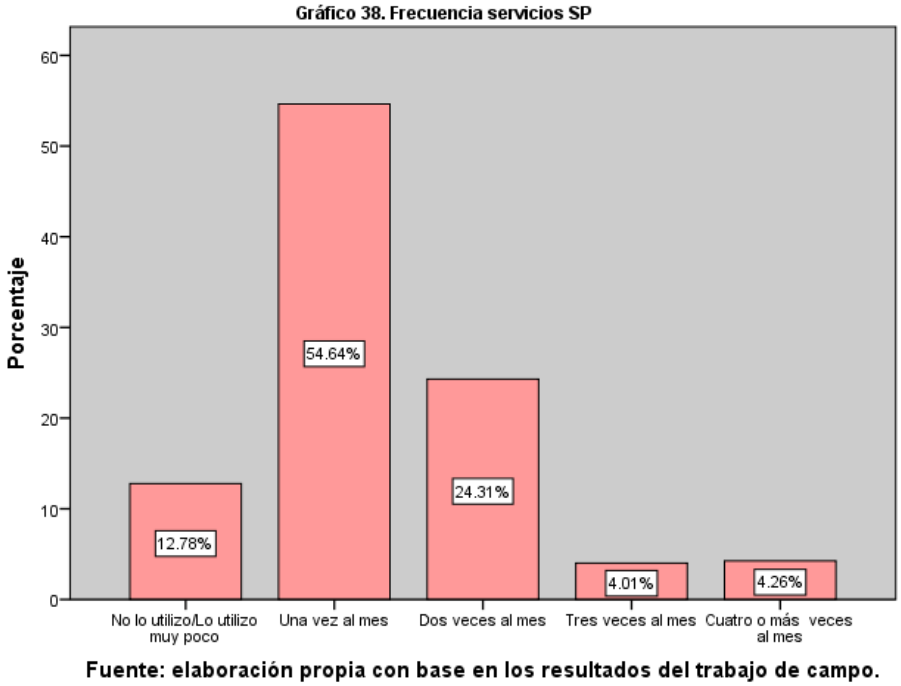
Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

El 51.63% de las personas entrevistadas gastan en comida a la semana menos de $500, el equivalente a $2,000 al mes si se multiplica por 4 semanas. El 34.34% gastan entre $600 a $800 semanales (2,400 a 3,200 mensuales); el 11.28% gastan en comida entre $800 a $1,000 ($3,200 a 4,000 mensuales), el 2.01% gastan entre $1,100 a $1,300 semanales ($4,400 a $5,200 mensuales) y solamente el 0.75% reportaron gastar más de $1,300 pesos semanales (equivalentes a $5,200 mensuales).

Debe resaltarse el hecho de que el 52.88% de los entrevistados dijeron ganar menos de $2,200 pesos al mes y que el 51.63% de los entrevistados gasta alrededor de $2,000 pesos al mes en comida, lo cual sugiere que 90.9% de su ingreso lo destinan a la alimentación de los miembros del hogar, colocándolos en un estado de vulnerabilidad económica ante cualquier eventualidad como lo puede ser una enfermedad.

UTILIZACIÓN DEL SERVICIO

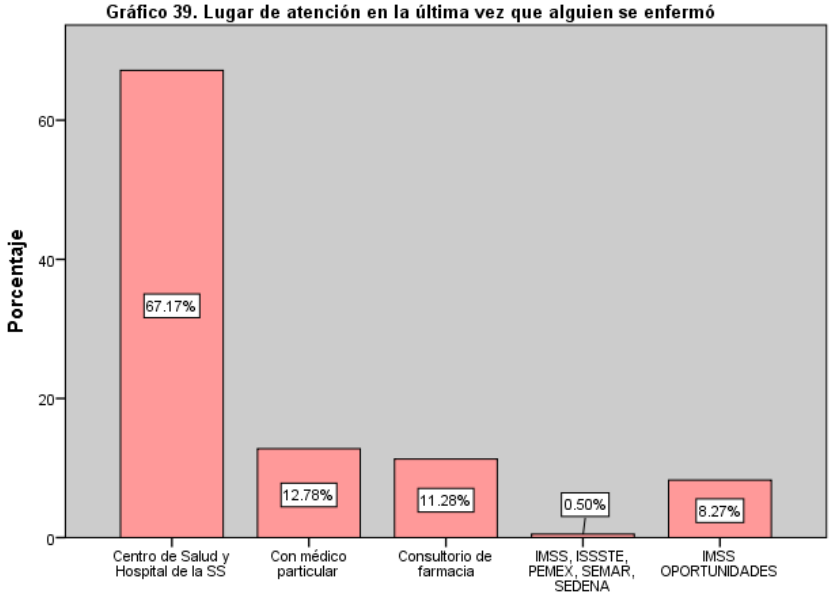
Gráfico 38. Frecuencia servicios SP



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

El 54.64% de las personas a las que se aplicó el cuestionario, refirieron utilizar los servicios del seguro popular una vez al mes, el 24.31% dos veces al mes, el 4.01% tres veces al mes, el 4.26% cuatro o más veces al mes, mientras que sólo un 12.78% dijo no utilizarlo o muy poco. El alto grado de utilización del servicio por parte de los afiliados, nos indica que el seguro popular es una atinada y necesaria política pública ya que las personas al hacer uso de su derecho fundamental a la salud, crea la demanda necesaria para que los gobiernos mantengan y mejoren la política de salud.

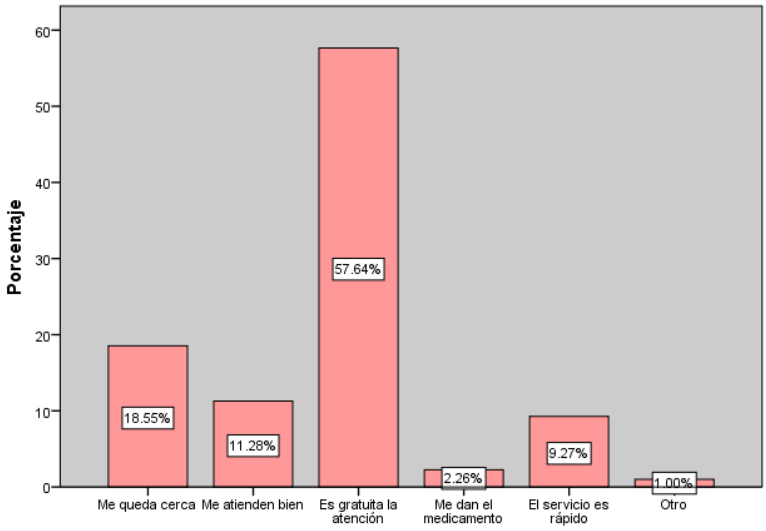
Gráfico 39. Lugar de atención en la última vez que alguien se enfermó



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

El 67.17% de las personas de la muestra, aseguran haber acudido a algún centro de salud u hospital público de la Secretaría de Salud la última vez que se enfermaron, lo cual confirma el alto grado de utilización del seguro popular. El 24.06% refirió haberse atendido con médico particular o consultorio de farmacia (12.78% y 11.28%, respectivamente) lo cual sugiere falta de calidad en el servicio, el 0.50% indicó haberse atendido en el IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEMAR o SEDENA y el 8.27% en clínicas del IMSS Oportunidades.

Gráfico 40. Razón de atención

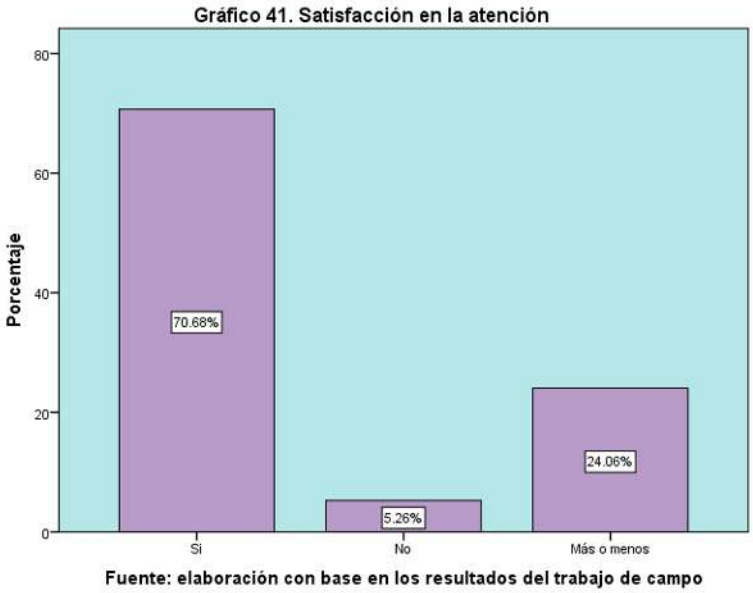


Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

57.64% de las personas indicaron como razón de atención en los centros de salud u hospitales públicos la gratuidad de la atención, el 18.55% la cercanía del lugar. Solamente el 11.28% indicó como causa el que lo atienden bien, el 9.27% indicó que el servicio es rápido, lo cual se considera un porcentaje bajo.

CALIDAD DEL SERVICIO

Gráfico 41. Satisfacción en la atención

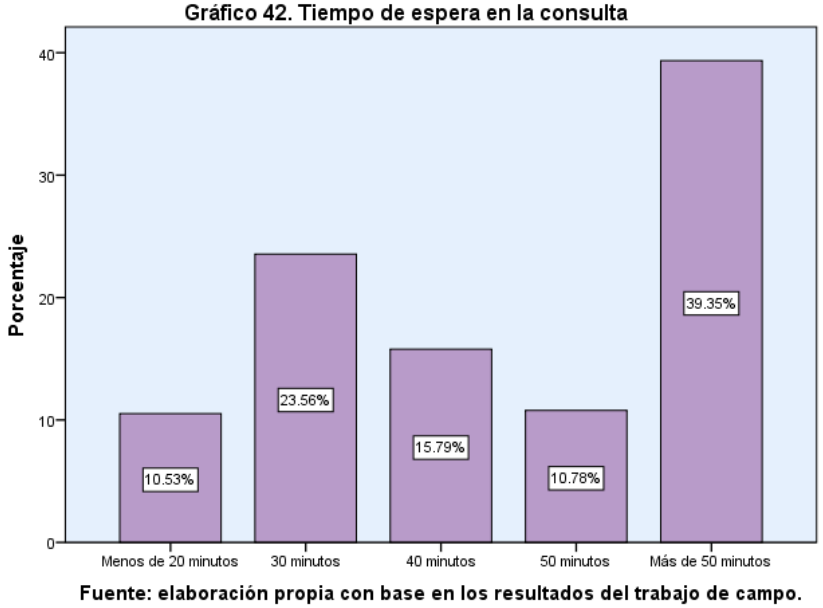


Fuente: elaboración con base en los resultados del trabajo de campo

El 70.68% de las personas indicaron estar satisfechas con la atención que reciben, el 24.06% más o menos y sólo el 5.26% indicó no estar satisfechos con la atención.

La calidad en el servicio se define en este caso por el tiempo de espera y el grado de satisfacción reportada, puede observarse que aun cuando el tiempo de espera para más de la mitad de los encuestados es mayor o igual a 50 minutos, el grado de satisfacción que reportan es elevado lo que sugiere que, la gratuidad en el servicio puede ser un factor importante en cuanto a la satisfacción de los usuarios.

Gráfico 42. Tiempo de espera en la consulta

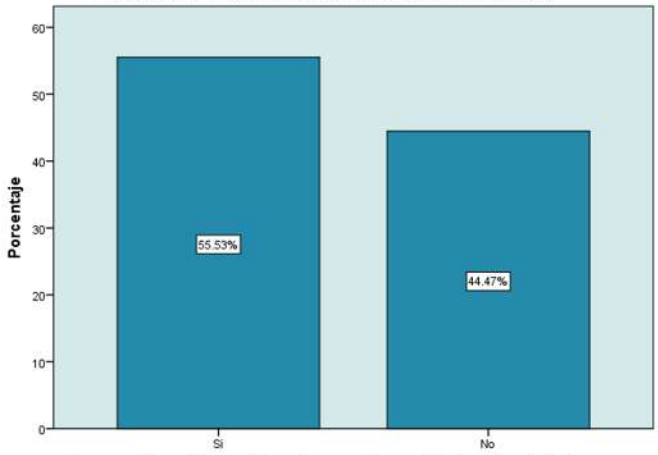


Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

El tiempo de espera para recibir atención, fue de 50 minutos o más para el 50.28% de los entrevistados, de 30 a 40 minutos para 39.35% y de 20 minutos para 10.53%.

TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES GRAVES O CRÓNICAS

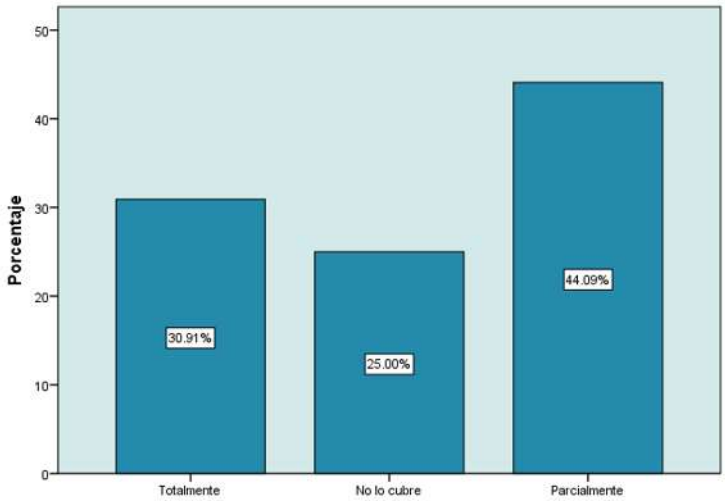
Gráfico 43. Padecimiento o enfermedad grave o crónica



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

El 55.53% reportó tener un padecimiento o enfermedad grave o crónica de los cuales el 30.91% el seguro popular les cubre totalmente su enfermedad, al 44.09% se la cubre parcialmente y al 25% reportó que no les cubre su padecimiento. Con este análisis se puede observar que el 25% de los asegurados están desprotegidos financieramente respecto a su enfermedad. El 69.09% de las personas con enfermedades crónicas o graves tienen gastos en salud aún con el seguro popular. Entre las enfermedades crónicas o graves que mayor incidencia reportaron fueron diversos tipos de cáncer e hipertensión.

Gráfico 44. Cobertura del SP de la enfermedad grave o crónica

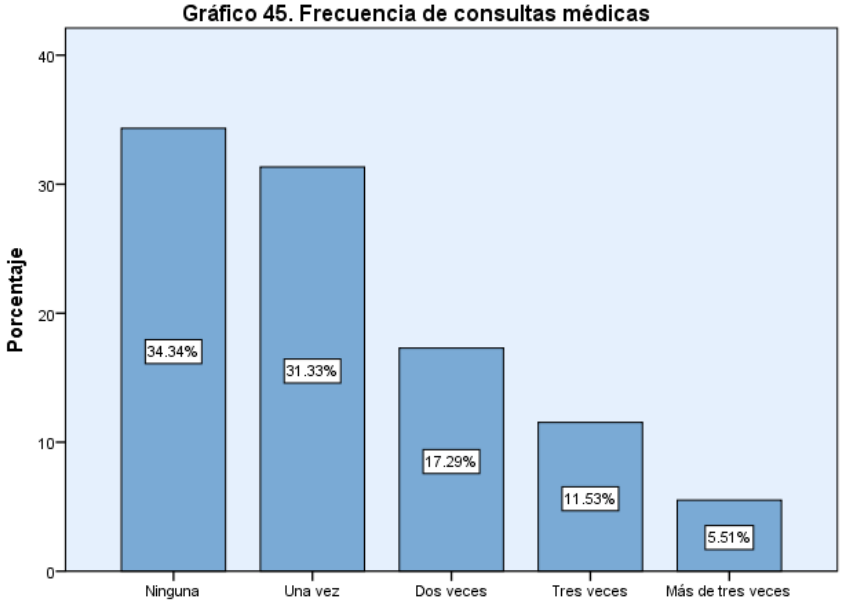


Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

GASTOS DE BOLSILLO EN CONSULTA

Para la variable dependiente uno (D-1), gastos de bolsillo en consulta, se midieron con las preguntas número 15, 16, 17, 18, 19 y 48, y sus indicadores fueron la frecuencia de consulta, costo, motivo de pago, forma de pago y financiamiento, dando los siguientes resultados.

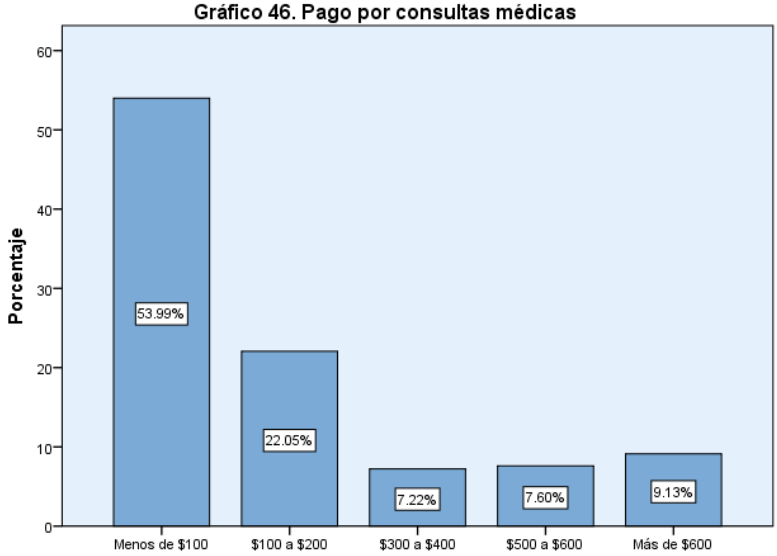
Gráfico 45. Frecuencia de consultas médicas



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

El 65.66% refirió haber tenido consultas médicas en los últimos 3 meses, de los cuales el 31.33% tuvo una consulta, el 17.29% dos consultas, el 11.53% tres consultas y el 5.51% más de tres consultas en los últimos tres meses. Nuevamente vemos un alto grado de demanda de los servicios médicos lo cual quiere decir que la política pública está bien orientada.

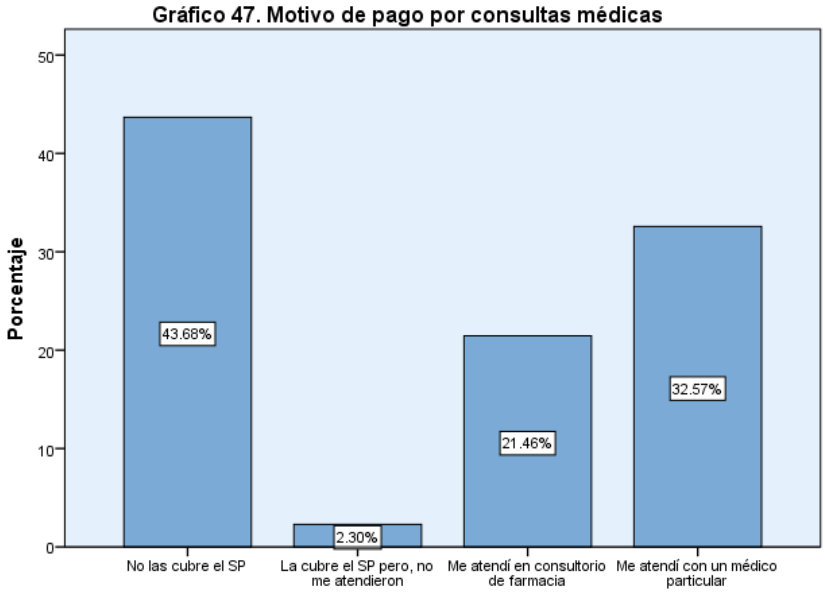
Gráfico 46. Pago por consultas médicas



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

El monto del pago por consultas médicas reportado fue de menos de $100 pesos para el 53.99%, de $100 a $200 pesos para el 22.05%, $300 a $400 pesos el 7.22%, $500 a $600 pesos para el 7.60% y más de $600 pesos para el 9.13%. El promedio de pago de la consulta de los que pagaron más de $600 (24) fue de $1,452 pesos. El promedio total entre los que pagaron la consulta fue de $ 287 pesos.

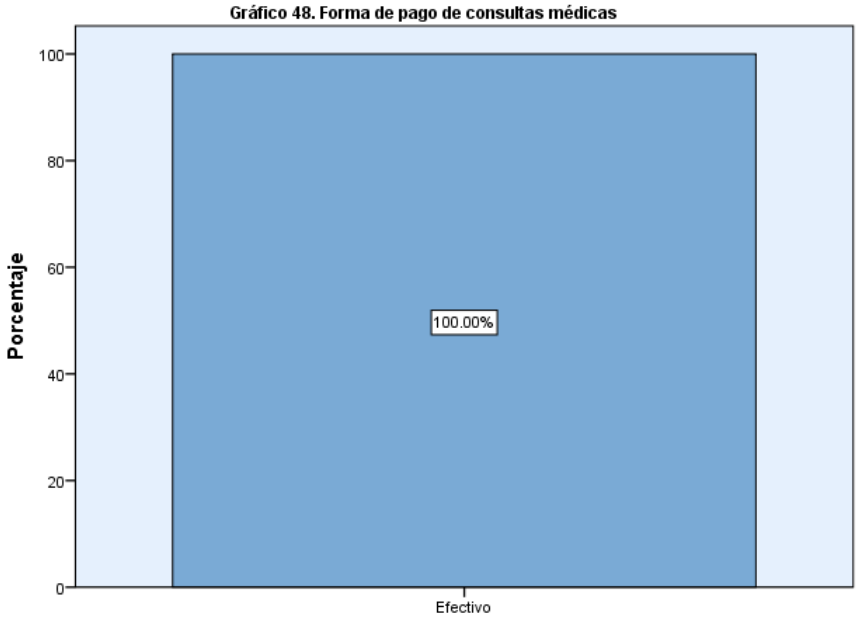
Gráfico 47. Motivo de pago por consultas médicas



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Como motivo del pago de las consultas, el 43.68% dijo que no las cubre el seguro popular y un 2.30% indicó que sí las cubre pero no los atendieron. El 21.46% indicó haberse atendido en consultorio de farmacia y el 32.57% indicó que se atendió con un médico particular. Llama la atención que el 54.03% se atendió con médico privado lo cual puede ser un indicador de un acceso relativo a los servicios de consulta por deficiencia y/o con poca cobertura.

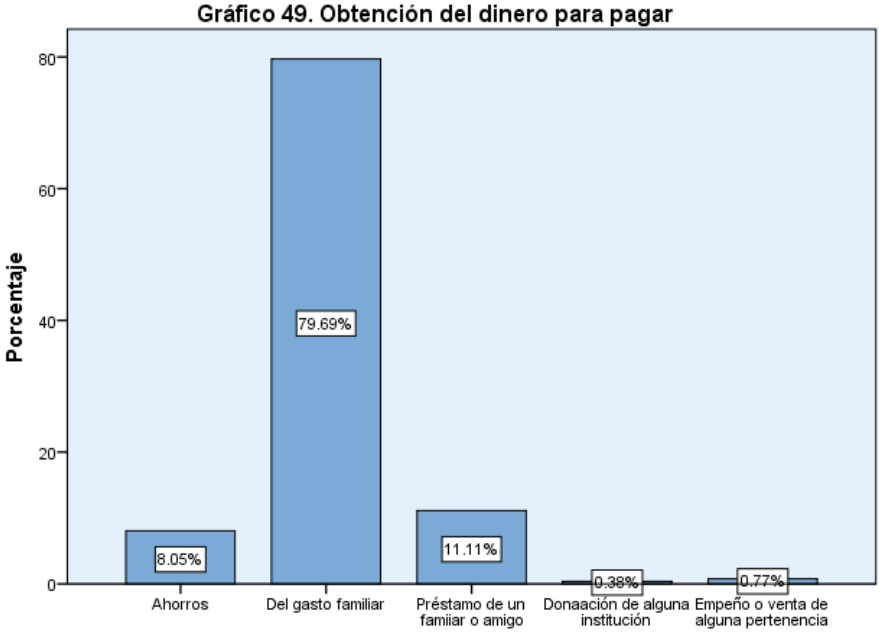
Gráfico 48. Forma de pago de consultas médicas



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

El 100% de las personas que tuvieron gasto en consulta médica, dijeron haberlo cubierto en efectivo, lo cual por definición es gasto de bolsillo en consulta por haber cubierto el costo en el momento de la atención.

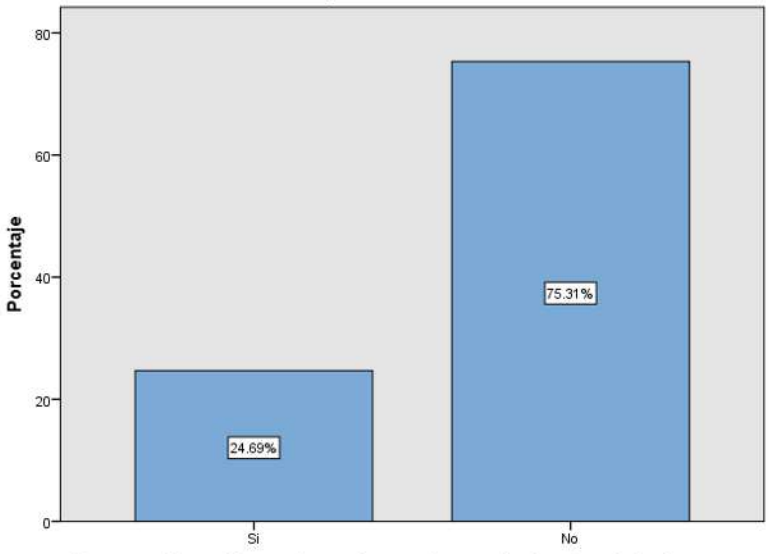
Gráfico 49. Obtención del dinero para pagar



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

De las personas que tuvieron gasto en consulta, el 79.69% lo pagó de su gasto familiar, el 11.11% de un préstamo, el 8.05% de sus ahorros, el 0.38% por donación de alguna institución y el 0.77% de empeño o venta de alguna pertenencia. Pagar los servicios de consulta del gasto familiar, nos indica que necesariamente dejarán de destinar ese dinero a otras necesidades básicas como lo es la alimentación.

Gráfico 50. Interrupción de tratamiento médico



Fuente: elaboración propia con base en los resultados de trabajo de campo.

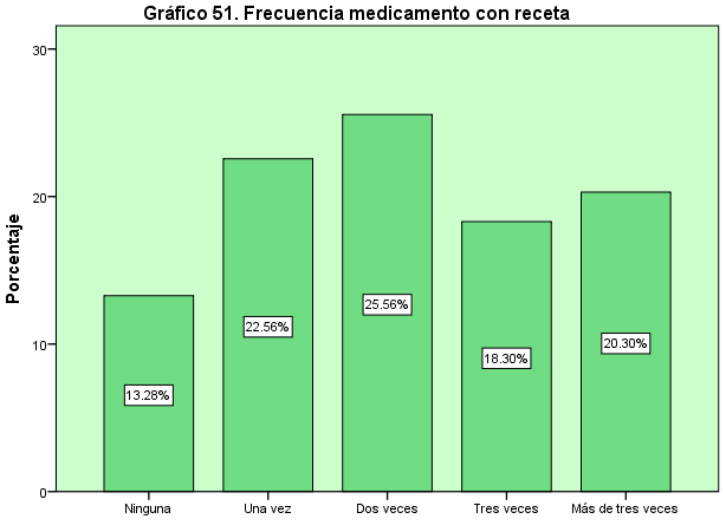
El 75.31% de las personas indicaron que no interrumpieron ningún tratamiento médico en los últimos 3 meses por falta de dinero y solamente el 24.69% sí lo hicieron lo que nos demuestra que las personas hacen el esfuerzo por recobrar su salud y la de sus familiares aunque tengan un ingreso precario o tengan que pedir prestado. En este sentido, las enfermedades no cubiertas por el seguro popular son un desatino a la política pública de salud, pues si su objetivo es que las personas no caigan en pobreza a causa de la enfermedad, en la práctica esas personas prefieren la pobreza a dejar de atender a sus enfermos, pues luchan hasta el último momento por recobrar la salud.

En resumen, el 65.66% de los entrevistados tuvieron gasto en consulta médica, de los cuales el el 79.69% lo pago del gasto familiar y el 100% fue gasto de bolsillo.

GASTOS DE BOLSILLO EN MEDICAMENTOS

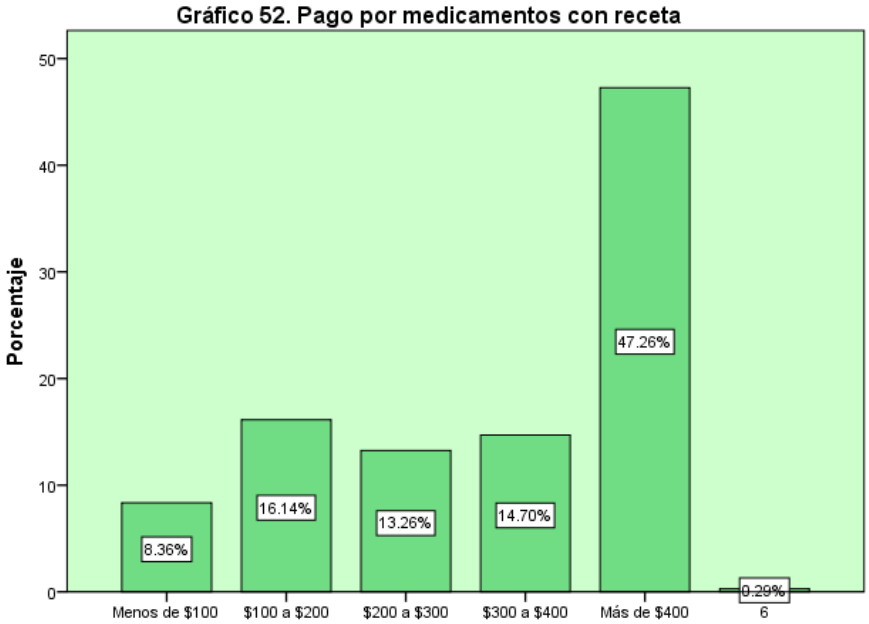
La variable dependiente dos (D-2), gastos de bolsillo en medicamentos se compone de tres dimensiones: medicamentos con receta, se midió con las preguntas número 20, 21, 22, 23, 24 y 48; medicamentos sin receta se midió mediante las preguntas 25, 26, 27, 28, 29 y 48 y otros productos farmacéuticos se midió con las preguntas 30, 31, 32, 33, 34 y 48. Para todas las dimensiones sus indicadores fueron la frecuencia de compra de medicamentos, costo, motivo de pago, forma de pago y financiamiento, dando los siguientes resultados:

MEDICAMENTOS CON RECETA



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

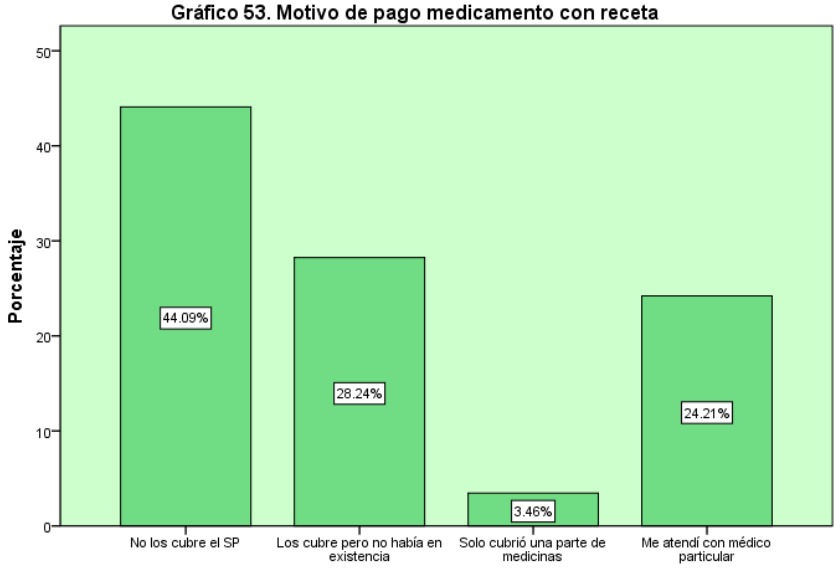
El 86.72% de las personas sí tuvo gastos en medicamentos con receta durante los últimos 3 meses, mientras que el 13% no. El 22.56% tuvo gastos una vez, el 25.56% dos veces, el 18.30% tres veces y el 20.30% más de tres veces.



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Respecto al costo de los medicamentos con receta que tuvieron que comprar los entrevistados durante los últimos 3 meses, el 8.36% indicó haber gastado menos de $100 pesos, el 16.14% de $100 a $200 pesos, el 13.26% de $200 a $300, el 14.70% de $300 a $400, y el 47.26% más de $400. De este 47.26%, el costo de los medicamentos fue desde $500 hasta $90,000 pesos, siendo el promedio de $ 9,076 pesos. Si se toma en cuenta el promedio general de este rubro, ascendió a $4,433 pesos.

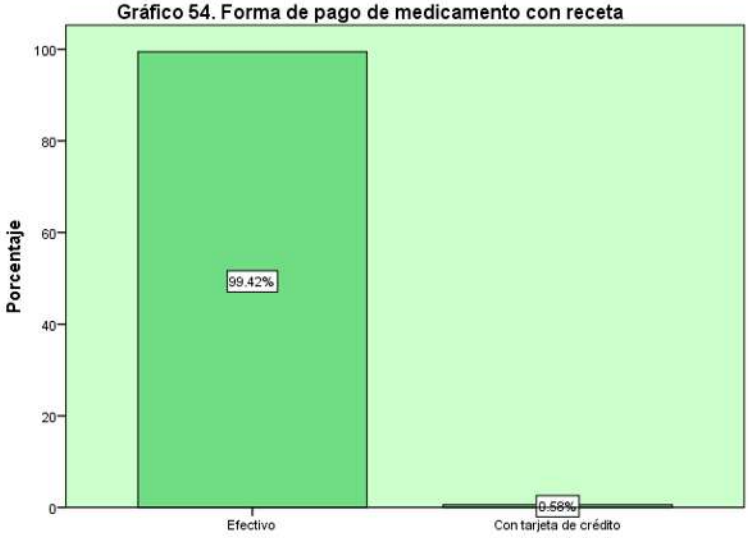
Gráfico 53. Motivo de pago medicamento con receta



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

El 44.09% refirió como motivo de compra de medicamentos con receta el que el seguro popular no se los cubre; el 28.24% indicó que el seguro popular cubre sus medicamentos pero no había en existencia en ese momento por lo que tuvieron que comprarlos; el 3.46% indicó que sólo cubrió una parte de su receta y el 24.21% porque se atendió con médico particular. En este punto se resalta que de las personas que reciben una receta del seguro popular solamente al 31.86% les podría cubrir la medicina, pero tuvieron que comprarla debido a que no había en existencia o sólo les cubrió una parte.

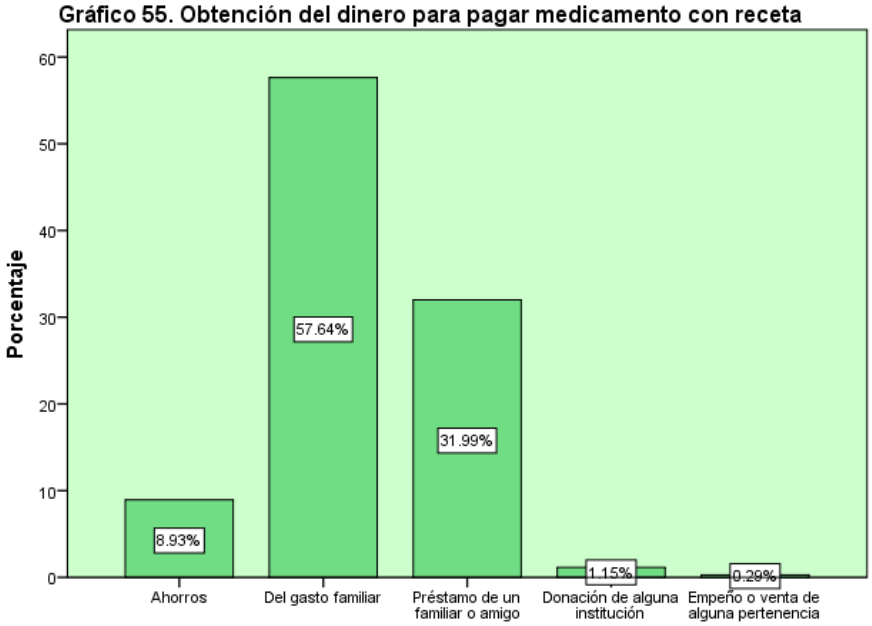
Gráfico 54. Forma de pago de medicamento con receta



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

El 99.42% de las personas a las que se aplicó el cuestionario, indicaron que sus gastos en medicamentos con receta fueron en efectivo y solamente el 0.58% con tarjeta de crédito, con lo cual se confirma el alto porcentaje de gasto de bolsillo en medicamentos.

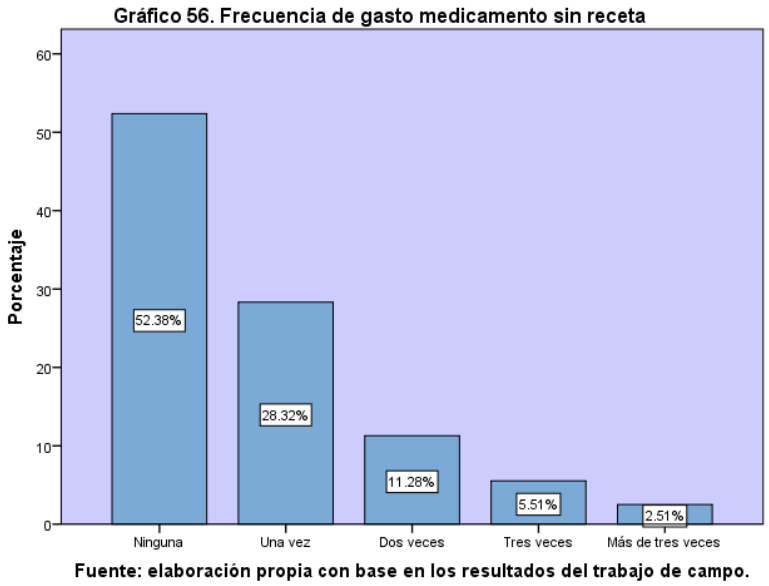
Gráfico 55. Obtención del dinero para pagar medicamento con receta



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

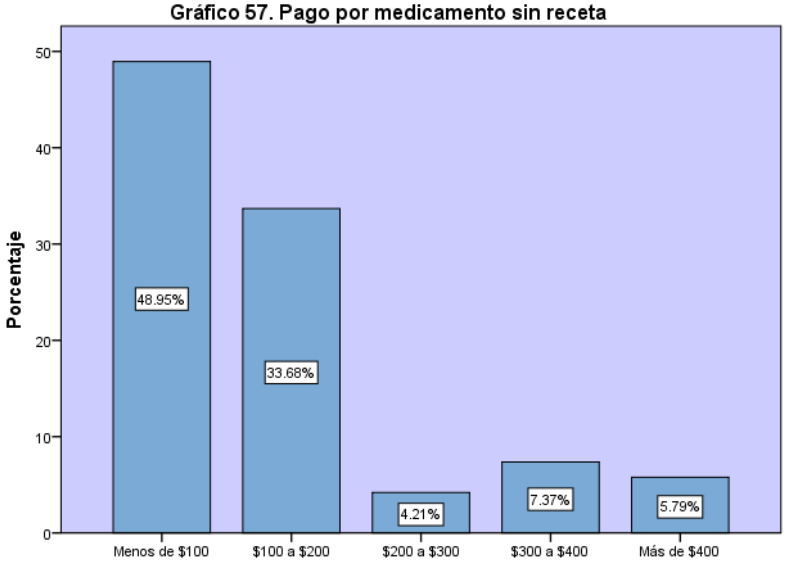
Con relación a obtención de los recursos para pagar los medicamentos con receta, el 8.93% los obtuvo de ahorros, el 57.64% del gasto familiar, el 31.99% de préstamo de un amigo o familiar, el 1.15% de la donación de alguna institución, y el 0.29% empeñó o vendió alguna pertenencia. Destinar dinero del gasto familiar al pago de medicamentos, necesariamente reducirá el dinero disponible para otras necesidades básicas como la alimentación.

MEDICAMENTOS SIN RECETA



El 47.62% de las personas tuvo gastos en medicamentos sin receta durante los últimos 3 meses, mientras que el 52.38% no. El 28.32% tuvo gastos una vez, el 11.28% dos veces, el 5.51% tres veces y el 2.51% más de tres veces.

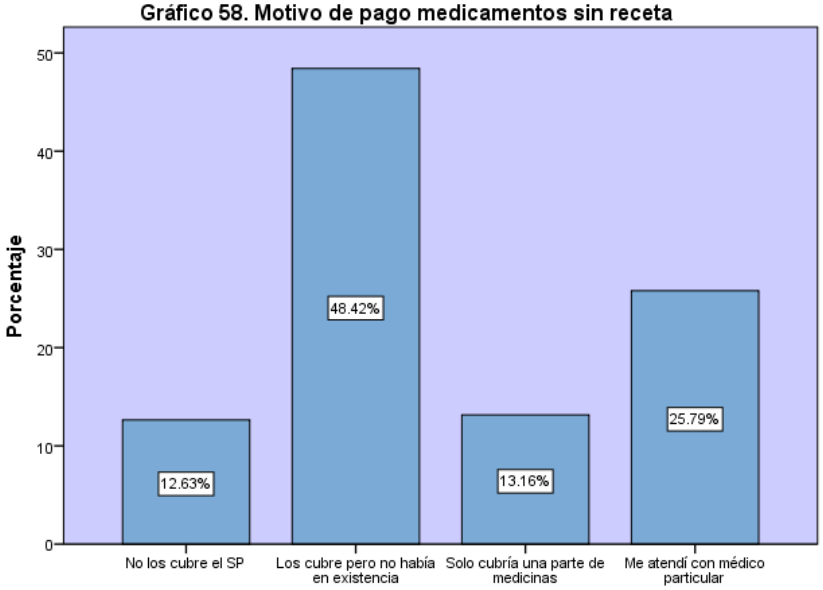
Gráfico 57. Pago por medicamento sin receta



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Respecto al costo de los medicamentos sin receta que tuvieron que comprar los entrevistados durante los últimos 3 meses, el 48.95% indicó haber gastado menos de $100 pesos, el 33.68% de $100 a $200 pesos, el 4.21% de $200 a $300, el 7.37% de $300 a $400 y el 5.79% más de $400. De este 5.79%, el promedio de gasto fue de $ 1,089 pesos. El promedio total de este rubro fue de $ 199 pesos.

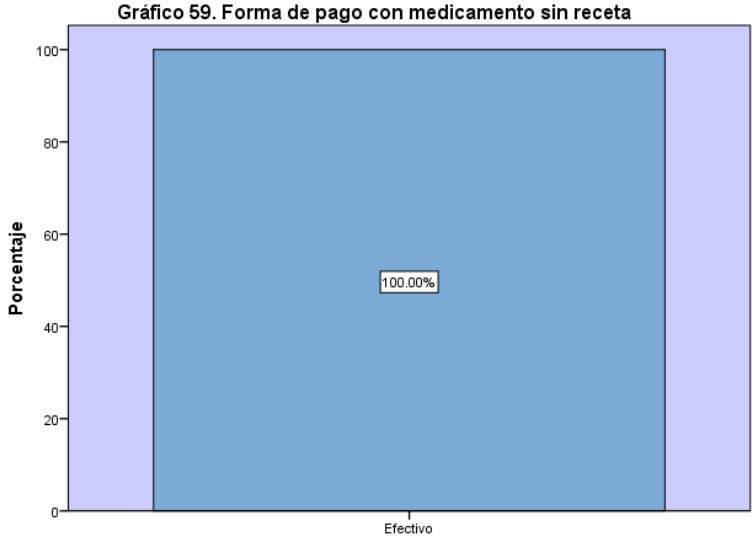
Gráfico 58. Motivo de pago medicamentos sin receta



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

El 12.63% indicó que no tuvo tiempo de ir al doctor porque trabaja, el 48.42% se auto medicó, el 13.16% indicó que se ocupa mucho tiempo para la consulta en el seguro popular y el 25.79% porque el seguro popular de todas formas no cubre esas medicinas.

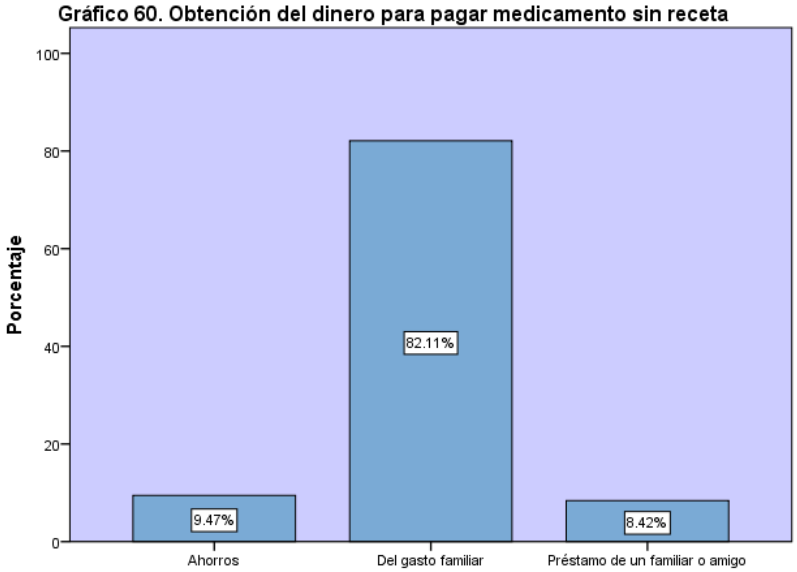
Gráfico 59. Forma de pago con medicamento sin receta



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

El 100% de las personas a las que se aplicó el cuestionario, indicaron que sus gastos en medicamentos sin receta fueron pagados en efectivo, confirmándose que este rubro es totalmente gasto de bolsillo.

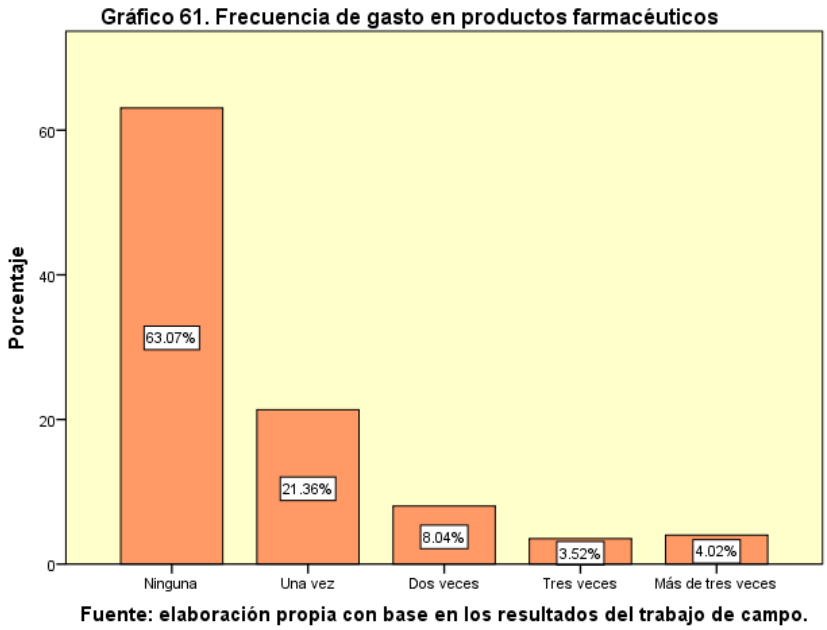
Gráfico 60. Obtención del dinero para pagar medicamento sin receta



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

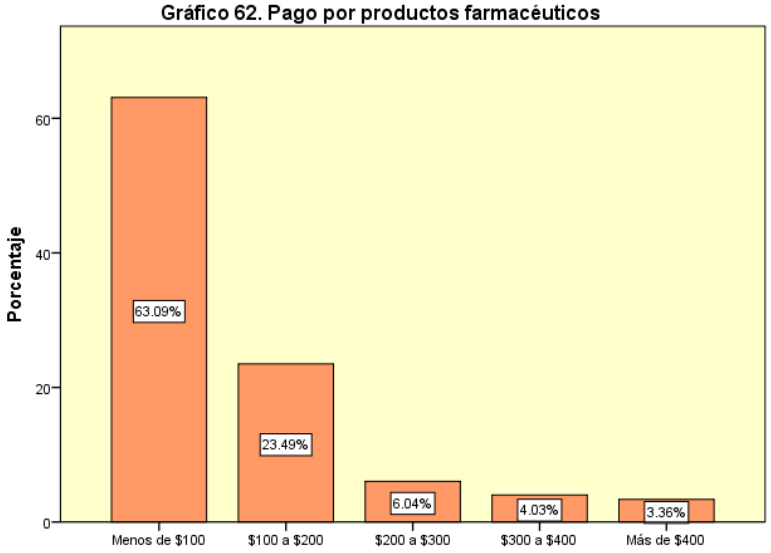
Para pagar los medicamentos sin receta el 9.47% tuvo que hacer uso de sus ahorros, el 82.11% los obtuvo del gasto familiar y el 8.42% del préstamo de un familiar o amigo. Cabe mencionar que nadie refirió haber recibido la donación de alguna institución o haber vendido o empeñado alguna pertenencia. Nuevamente se observa un alto porcentaje que se obtiene del gasto familiar con lo que se intuye que es dinero que se deja de destinar a otras necesidades básicas como la alimentación.

OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS



El 63.07% de las persona a quienes se les aplicó la encuesta, no tuvieron gastos en otros productos farmacéuticos tales como jeringas, algodones, material de curación, etc., durante los últimos tres meses. El 21.36% tuvo gastos una vez, el 8.04% dos veces, el 3.52% tres veces y el 4.02% más de tres veces.

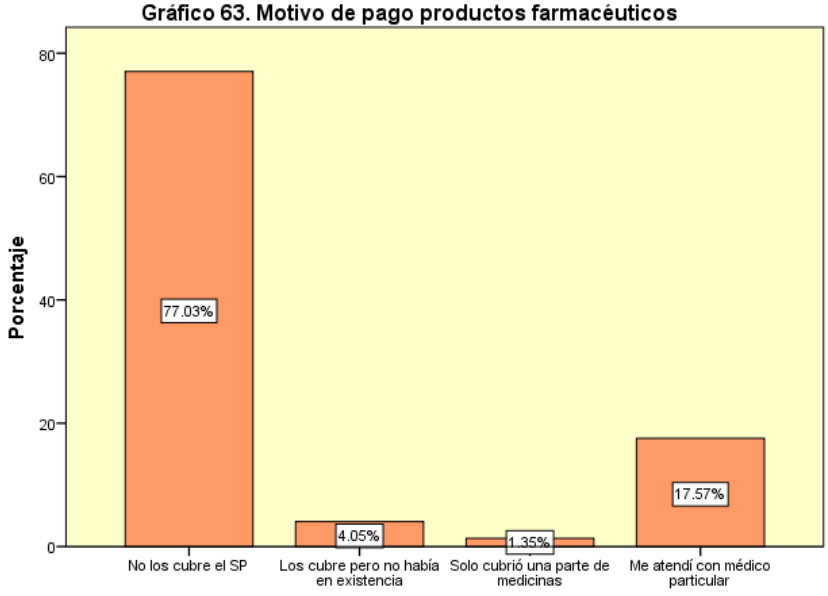
Gráfico 62. Pago por productos farmacéuticos



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Referente al costo de los otros productos farmacéuticos durante los últimos 3 meses, el 63.09% indicó haber gastado menos de $100 pesos, el 23.49% de $100 a $200 pesos, el 6.04% de $200 a $300, el 4.03% de $300 a $400 y el 3.36% más de $400. De este 3.36%, el promedio de gasto ascendió a $6,550 pesos. El promedio de gasto general de este rubro fue de $347 pesos.

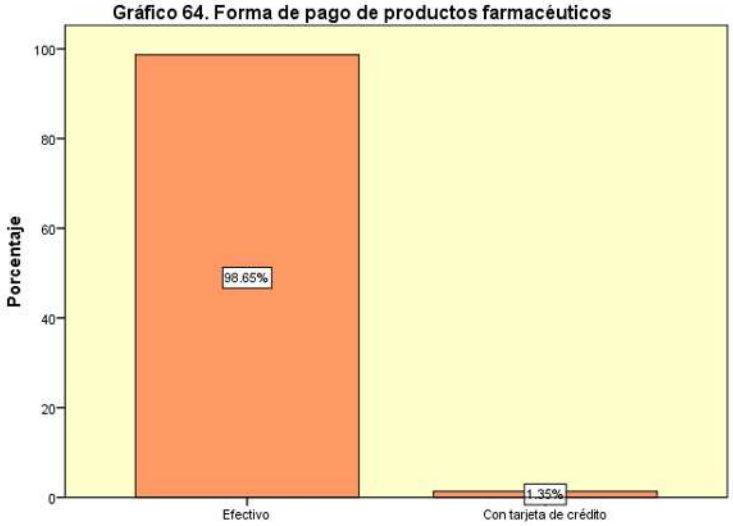
Gráfico 63. Motivo de pago productos farmacéuticos



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

El 77.03% indicó que el gasto en otros productos farmacéuticos fue porque el seguro popular no los cubre; el 4.05% dijo que los cubre pero que no había en existencia, el 1.35% refirió que sólo les cubrió una parte y el 17.57% se atendió con médico particular.

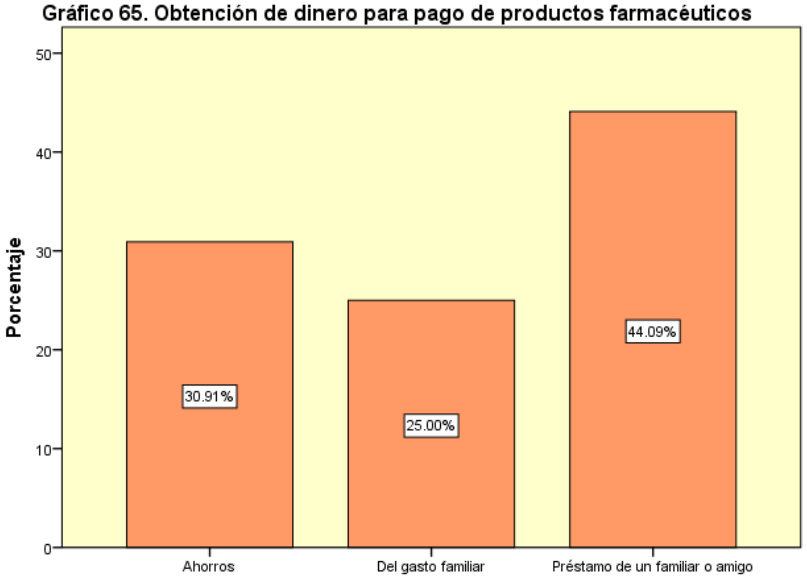
Gráfico 64. Forma de pago de productos farmacéuticos



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

El 98.65% de los entrevistados indicó que cubrieron los otros productos farmacéuticos en efectivo, siendo así gasto de bolsillo.

Gráfico 65. Obtención de dinero para pago de productos farmacéuticos



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

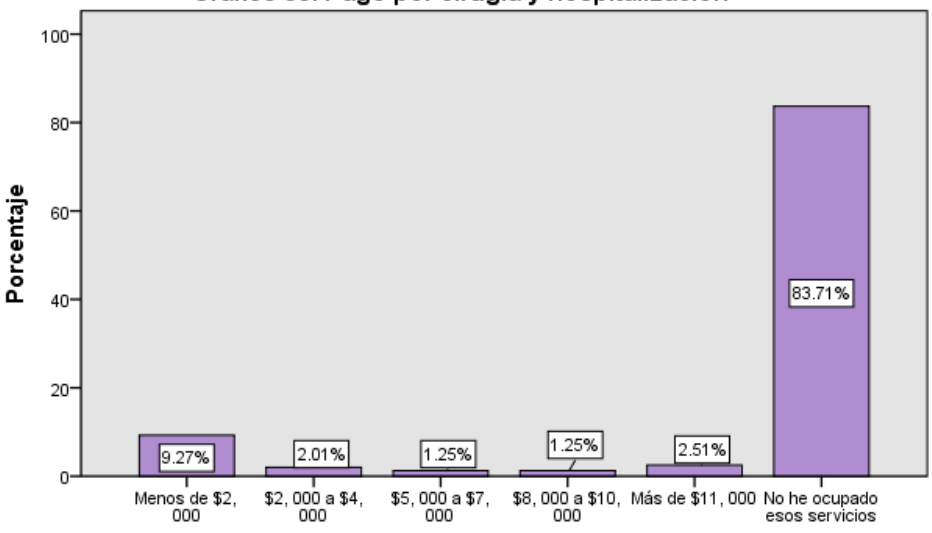
Los otros productos farmacéuticos el 30.91% los pagaron con ahorros, el 25% del gasto familiar y el 44.09% con préstamo de un familiar o amigo. Cabe mencionar que nadie refirió haber recibido la donación de alguna institución o haber vendido o empeñado alguna pertenencia.

Recapitulando, sólo el 36.93% de las personas tuvieron gastos en otros productos farmacéuticos, de los cuales el 63.09% gastó menos de $100 y el 77.03% fue porque no los cubre el seguro popular, el 98.65% indicó haberlo pagado en efectivo y el 44.09% con préstamo de un familiar.

GASTOS DE BOLSILLO EN CIRUGÍAS U HOSPITALIZACIONES

La variable dependiente tres (D-3) gastos de bolsillo en cirugías u hospitalizaciones, se midió mediante las preguntas número 35, 36, 37, 38 y 48, sus indicadores fueron costo de la cirugía u hospitalización, motivo del pago, forma de pago y financiamiento del gasto, arrojando los siguientes resultados.

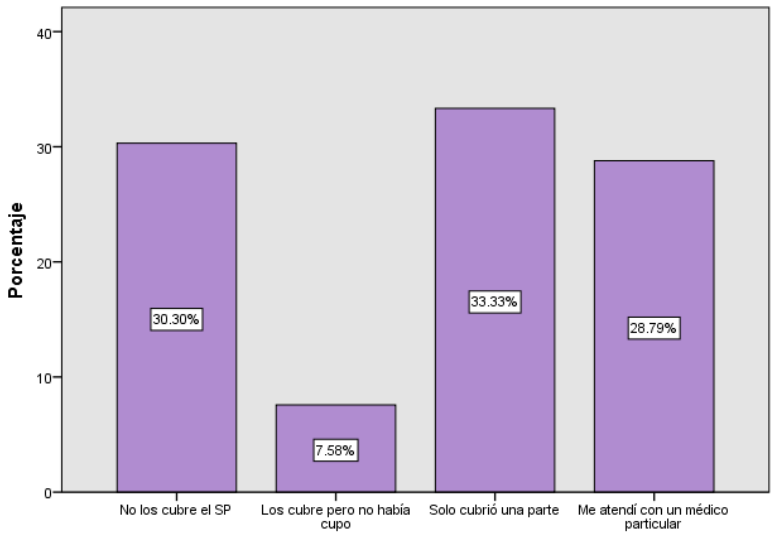
Gráfico 66. Pago por cirugía y hospitalización



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Respecto al pago por cirugía u hospitalización, el 83.71% de las personas a las que se les aplicó el cuestionario, refirieron no haber ocupado esos servicios durante los últimos 12 meses. El 9.27% dijo haber gastado menos de $2,000 pesos; el 2.01% entre $2,000 y $4,000 pesos; el 1.25% entre $5,000 y $7,000; el 1.25% entre $8,000 y $10,000 pesos y el 2.51% más de 11,000. El promedio de gasto de ese 2.51% fue de $23,875 pesos. El promedio general de este rubro ascendió a $6,335 pesos.

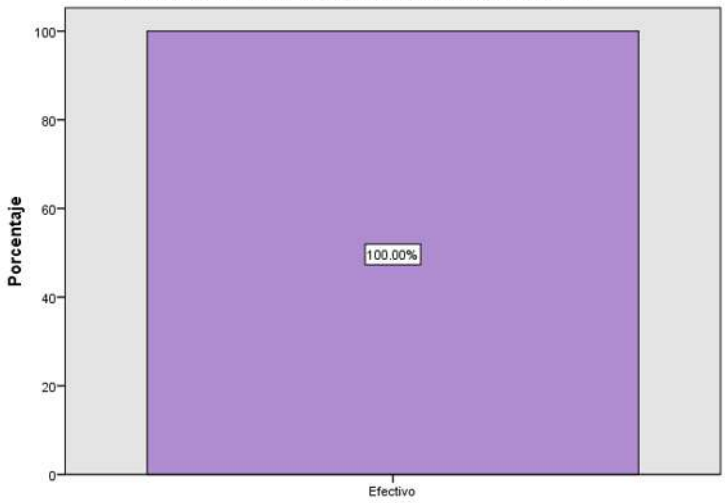
Gráfico 67. Motivo de pago cirugía y hospitalización



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Como motivo de pago de la cirugía u hospitalización, el 30.30% indicó que fue porque el seguro popular no los cubre, el 7.58% dijo que los cubre pero que no había cupo para atenderlos, el 33.33% indicó que sólo les cubrió una parte y el otro 28.79% se atendió con médico particular.

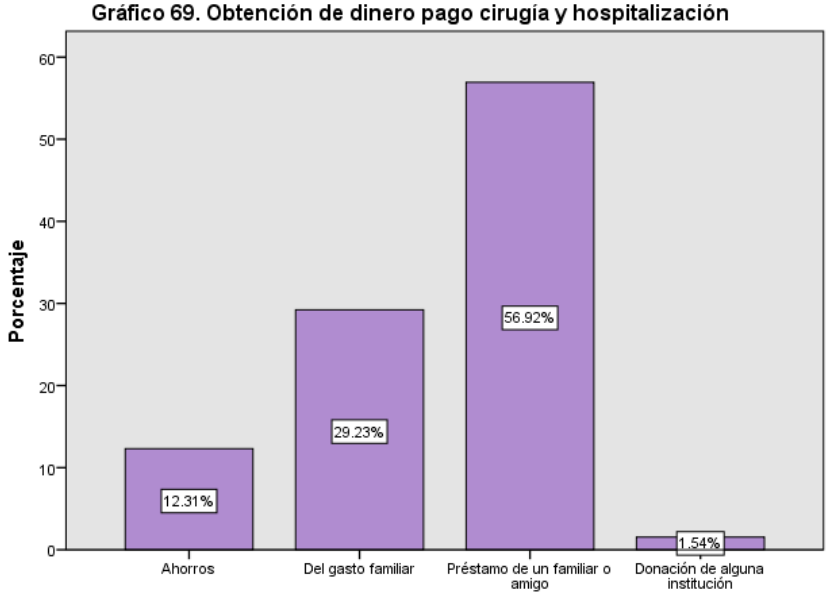
Gráfico 68. Forma de pago cirugía y hospitalización



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

El 100% de las personas que tuvieron gastos en cirugía y hospitalización, indicaron haberlo cubierto en efectivo al momento de su utilización, lo cual lo convierte en gasto de bolsillo.

Gráfico 69. Obtención de dinero pago cirugía y hospitalización



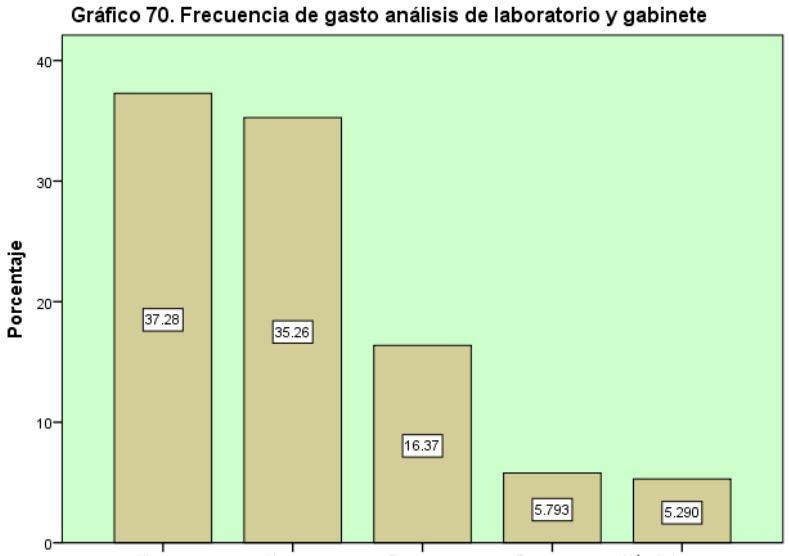
Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

El 12.31% de las personas cubrieron los gastos de cirugía y hospitalización con dinero proveniente de ahorros, el 29.23% del gasto familiar, el 56.92% tuvieron que recurrir a préstamo de un familiar o amigo y el 1.54% lo cubrió mediante la donación de alguna institución.

GASTOS DE BOLSILLO EN ANÁLISIS DE LABORATORIO, ESTUDIOS DE GABINETE Y OTROS GASTOS EN SALUD

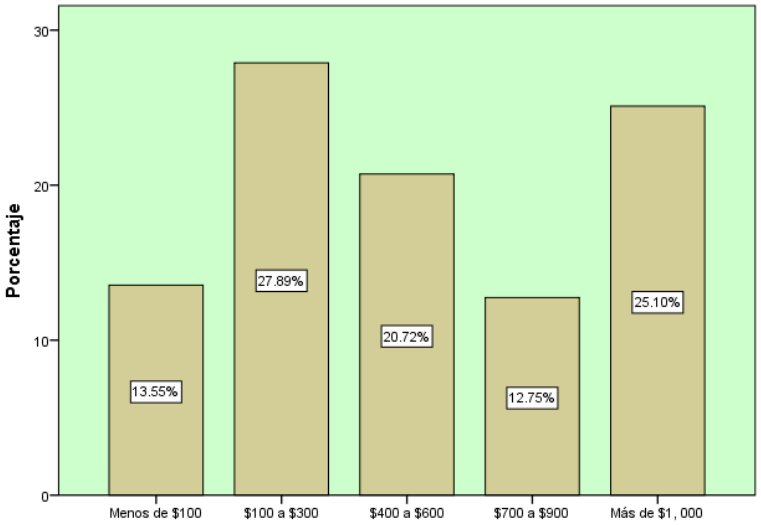
La variable dependiente cuatro (D-4) gastos de bolsillo en análisis de laboratorio, estudios de gabinete y otros gastos en salud, se compone de tres dimensiones. Las dimensiones análisis de laboratorio y estudios de gabinete y rayos x (densitometrías, ultrasonidos, mastografías, etc.) se midieron con las preguntas número 39, 40, 41, 42, 43 y 48 con los indicadores frecuencia, costo, motivo del pago, forma de pago y financiamiento; la dimensión aparatos ortopédicos, dentales, terapéuticos y material quirúrgico se midió con las preguntas 44, 45, 46 y 47 y los indicadores costo, motivo de pago, forma de pago y financiamiento del gasto.

ANÁLISIS DE LABORATORIO Y ESTUDIOS DE GABINETE Y RAYOS X (DENSITOMETRÍAS, ULTRASONIDOS, MASTOGRAFÍAS, ETC.)



El 37.28% de las personas que se les aplicó el cuestionario, indicaron no haber tenido gastos en análisis de laboratorio y gabinete durante los últimos tres meses; el 62.72% sí tuvieron gastos en este rubro, del cual el 35.26% tuvo gastos una vez, el 16.37% dos veces, el 5.79% tres veces y el 5.29% más de tres veces.

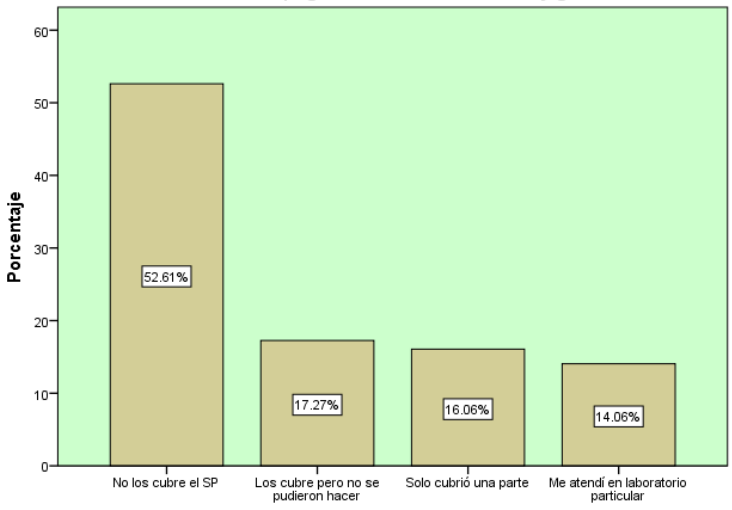
Gráfico 71. Pago por análisis de laboratorio y gabinete



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

El 13.55% pagaron menos de $100 pesos por los análisis de laboratorio y gabinete en los últimos tres meses; el 27.89% de $100 a $300 pesos, el 20.72% de $400 a $600, el 12.75% de $700 a $900 y el 25.10% más de $1,000. El promedio de gasto de este último fue de $2,842 pesos. El promedio total de este rubro ascendió a $988 pesos.

Gráfico 72. Motivo de pago análisis de laboratorio y gabinete

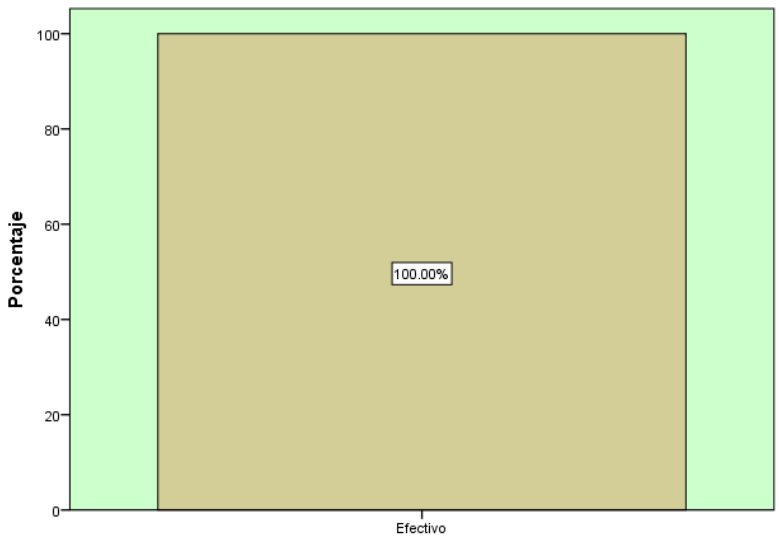


Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Como motivo de pago de los análisis de laboratorio y gabinete, el 52.61% indicó que fue porque el seguro popular no los cubre, el 17.27% que porque los cubre pero no pudieron realizárselos (generalmente porque los aparatos estaban descompuestos o

no había reactivos), el 16.06% refirió que sólo les cubrió una parte y el 14.06% se atención en laboratorio particular. Nótese que más de la mitad fue porque existe poca cobertura en este rubro de atención.

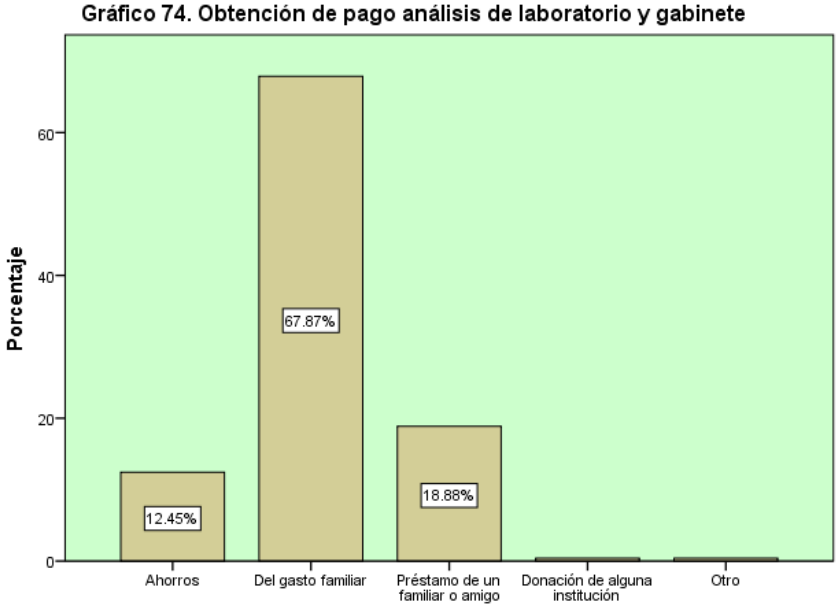
Gráfico 73. Forma de pago análisis de laboratorio y gabinete



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

El 100% indicó haber cubierto el pago de los análisis de laboratorio y gabinete en efectivo en el momento de la atención, lo cual constituye, además de gasto privado, gasto de bolsillo.

Gráfico 74. Obtención de pago análisis de laboratorio y gabinete

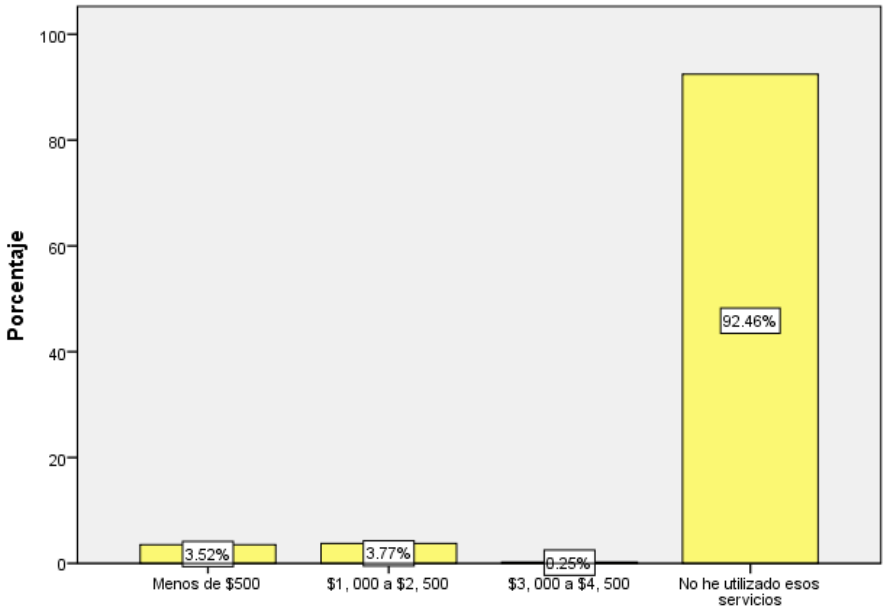


Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Respecto al financiamiento de los recursos destinados al pago de análisis de laboratorio y gabinete, el 12.45% los obtuvieron de ahorros, el 67.87% del gasto familiar, el 18.88% del préstamo de un familiar o amigo, el 0.40% fue donación de alguna institución y el 0.40% otros.

APARATOS ORTOPÉDICOS, DENTALES, TERAPÉUTICOS Y MATERIAL QUIRÚRGICO.

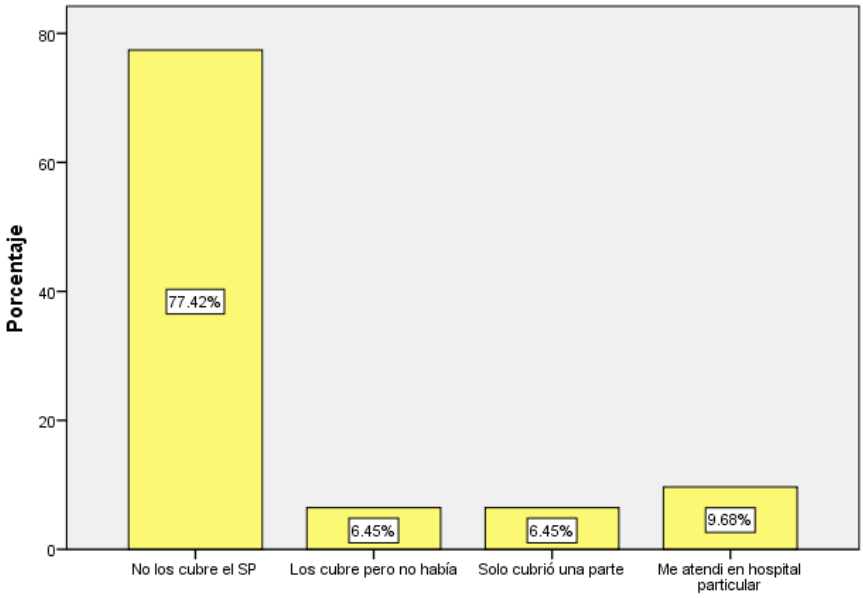
Gráfico 75. Pago de aparatos ortopédicos dentales y material quirúrgico



Fuente: elaboración propia con base en los resutados del trabajo de campo.

El 92.46% de las personas a las que se les aplicó la encuesta indicaron no haber tenido gastos en aparatos ortopédicos, dentales y material quirúrgico durante los últimos tres meses y solamente el 7.54% tuvo gastos en este rubro, de los cuales el 3.52% gastó menos de $500 pesos, el 3.77% gastó entre $1,000 y $2,500 pesos y el 0.25% gastó entre $3,000 y $4,500 pesos.

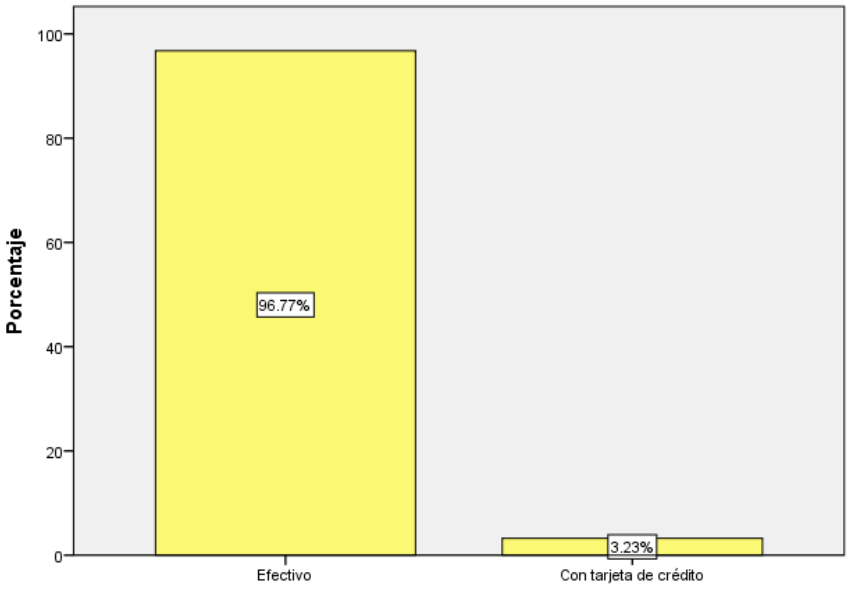
Gráfico 76. Motivo de pago por aparatos ortopédicos



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

De las personas que tuvieron gastos en este rubro, refirieron que el motivo del gasto fue que no los cubre el seguro popular 77.42%, los cubre pero no había 6.45%, sólo cubrió una parte 6.45% y se atendió con médico particular el 9.68%.

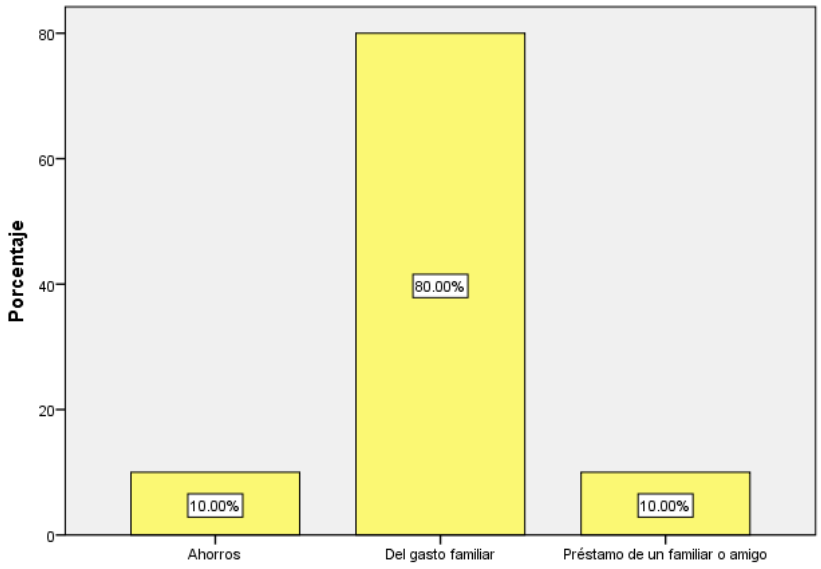
Gráfico 77. Forma de pago aparatos ortopédicos



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

La forma de pago de los aparatos ortopédicos, dentales y material quirúrgico fue del 96.77% en efectivo y solamente el 3.23% lo cubrieron con tarjeta de crédito.

Gráfico 78. Obtención de dinero pago de aparatos ortopédicos



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

el 10% de las personas indicaron haber pagado de sus ahorros los gastos de este rubro, el 80% lo pagaron del gasto familiar y el 10% con préstamo de un familiar o amigo.

A manera de información adicional se preguntó: ¿Cómo le gustaría a usted que fuera el seguro popular?, obteniéndose respuestas como: Que cubra lo más costoso, que cubra todo, que haya existencia de lo que cubre, que haya todo lo que se necesita, que cubra todas las quimioterapias, cobertura total en las enfermedades graves, que cubra servicios de urgencia, cobertura de los estudios de laboratorio, servicio de atención más rápido, servicio de salud más cerca de donde viven las personas, mejor atención por parte del personal, amabilidad por parte del personal, mejor atención por parte de los médicos, eficiencia en el servicio, capacitación del personal que trabaja en el seguro popular, aumento del número de doctores, comodidad a la hora de la espera de atención, mejorar las instalaciones donde son

atendidos, que las citas no sean tan lejanas, cobertura de todos los medicamentos, abastecimiento de medicamentos, que no se entreguen medicamentos caducados, cumplimiento con la gratuidad y atención, que sea tal y como lo anuncian en la televisión, mayor difusión de lo que el seguro popular cubre y más apoyo a personas de bajos recursos.

Con estas respuestas lo que las personas que están afiliadas al seguro popular demandan se puede traducir en calidad en el servicio, acceso real a medicamentos, mejora de la infraestructura de las salas de espera, claridad y cumplimiento con la gratuidad del seguro popular y ampliación de la cobertura de enfermedades costosas.

PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA

De acuerdo a los resultados que se obtuvieron del trabajo de campo, así como derivado del marco teórico plasmado en esta investigación, se observa que la eficiencia en el uso de los recursos del Seguro Popular en el estado de Michoacán no ha redundado en beneficio para la población pues continúa teniendo un gasto de bolsillo muy alto de acuerdo a sus recursos disponibles, lo cual deja poco margen para solventar otras necesidades esenciales como alimentación y educación. Es por esto que se tienen elementos suficientes para realizar una propuesta de política pública que tiene como objetivo principal disminuir los gastos de bolsillo de la población afiliada al seguro popular en el estado de Michoacán a través de la metodología de marco lógico (MML), la cual consta de las siguientes etapas.

1. Situación Problemática

A partir de la reforma a la Ley General de Salud en el año 2003 mediante la cual se crea el Régimen de Protección social en salud, mejor conocido como Seguro Popular, el cual tiene como objetivo primordial brindar a la población sin seguridad social, acceso a un esquema de protección financiera que evite el empobrecimiento de las familias por presentar gastos directos en salud, de manera especial para los grupos de población en condiciones de desventaja y marginación social. La cobertura de las intervenciones incluidas, están contenidas en un Catálogo Único de Servicios de Salud (CAUSES) y la población puede ser atendida en unidades médicas de los tres niveles de atención.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), el objetivo de la cobertura sanitaria universal es asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios necesarios sin tener que pasar penurias económicas para poder cubrirlos.

En el año 2000 la mitad de la población mexicana no tenía seguridad social en salud y poco más del 70% de las personas en Michoacán no contaban con ninguna

seguridad social en salud. Con el Seguro Popular (SP) se ha ido cubriendo a esa población que se encontraba desprotegida, alcanzándose la cobertura total en el año 2014 con más de 52 millones de personas afiliadas.

Se prevé cada vez más presión en el sistema de salud, pues las enfermedades han evolucionado de ser enfermedades infecciosas agudas a enfermedades crónicas y de ser enfermedades relativamente baratas a ser enfermedades de alto costo, por lo que se debe cambiar el paradigma de atención a la prevención. Esa misma presión se verá reflejada en los bolsillos de las personas en la medida que no se logre tener un sistema de salud integrado y eficiente que dé un verdadero acceso a la salud con calidad y equidad.

Aunque los gastos de bolsillo en salud se redujeron, sobre todo en el rubro de cirugías y hospitalizaciones se tiene evidencia que las familias siguen teniendo alto gastos de bolsillo en salud que representa un porcentaje mayor de los ingresos de las personas más pobres, este gasto en salud es por enfermedades no cubiertas por el seguro popular, por el desabasto en los medicamentos, por la lejanía de las instituciones de salud o por la falta de eficiencia en la atención en las unidades médicas y hospitales, entre otros, de cualquier modo, se hace necesario que al Seguro Popular y en particular al de Michoacán se le realicen evaluaciones periódicas y se tengan datos e indicadores que permitan su monitoreo constante para vigilar que la política pública en salud opere correctamente a través de su programa, así como que dichas evaluaciones permitan dar transparencia y certidumbre en el manejo y aplicación de los recursos que aportan tanto la Federación, como la Entidad y algunos usuarios con sus cuotas. No existen indicadores claros para medir el gasto de bolsillo en salud en México y mucho menos a nivel de Entidad Federativa, por lo que se considera necesario se definan los criterios a seguir para medirlo.

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y la Secretaría de la Función

Pública (SFP) elaboraron y emitieron en el año de 2007 lineamientos y metodologías específicas para la evaluación de los programas federales, tomando en consideración la normativa vigente y con el fin de que la Administración Pública contara con herramientas para una gestión para resultados. En este sentido, se planteó que los programas que operen con recursos federales deberían apegarse a tales lineamientos.

El seguro popular se creó oficialmente en el año 2003, mucho antes de que estos lineamientos y metodologías de evaluación surgieran, por lo que no se tomaron en cuenta para la evaluación de dicho programa. Los lineamientos mencionan que los objetivos y las estrategias de un programa o dependencia, deben estar en sintonía con los contenidos en el Plan Nacional de Desarrollo y orientados a la eficiencia, eficacia, economía y calidad en la Administración Pública Federal.

La política pública de salud se encuentra contenida en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 dentro del eje o meta II México Incluyente donde se dice que se garantiza el ejercicio pleno de los derechos sociales para los mexicanos más allá del asistencialismo y en el Programa Sectorial de Salud.

PND	Objetivo 2.3 Línea de acción:	Asegurar el acceso a los servicios de salud. Garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, con independencia de su condición social o laboral.
	Estrategia 2.3.2 Línea de acción:	Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud. Garantizar la oportunidad, calidad, seguridad y eficacia de los insumos y servicios para la salud.
	Estrategia 2.3.4 Línea de acción:	Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad. Garantizar medicamentos de calidad, eficaces y seguros.

Programa Sectorial del Salud	Objetivo específico 2. Estrategia 2.6 Línea de acción 2.6.1	Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad. Garantizar el acceso a medicamentos e insumos para la salud de calidad independientemente de su condición social o laboral. Fortalecer la cadena de suministro de medicamentos e insumos en las instituciones públicas de salud.

Programa de Acción Específico	Objetivo Específico 4	Fortalecer los mecanismos de seguimiento y evaluación para incrementar la efectividad del Programa.
	Estrategia 4.1	Implementar mecanismos de seguimiento y evaluación de la operación del Programa en todos los niveles de intervención.
	Línea de acción 4.1.1	Fortalecer el proceso de registro para contar con información confiable y oportuna para la toma de decisiones.
	Línea de acción 4.1.2	Realizar visitas de supervisión para corregir desviaciones y reorientar hacia el logro de resultados.
	Línea de acción 4.1.3	Impulsar la rendición de cuentas de los proyectos municipales apoyados.

La Metodología para la elaboración de la matriz de indicadores establece los procedimientos técnicos y normativos que deberán aplicar las dependencias y entidades para generar la Matriz de Indicadores del programa con los indicadores más adecuados para evaluar los resultados.

Con base en lo anterior, se presenta la siguiente propuesta de política pública para reducir los gastos de bolsillo en salud de los afiliados al seguro popular, con Metodología de Marco Lógico (MML)

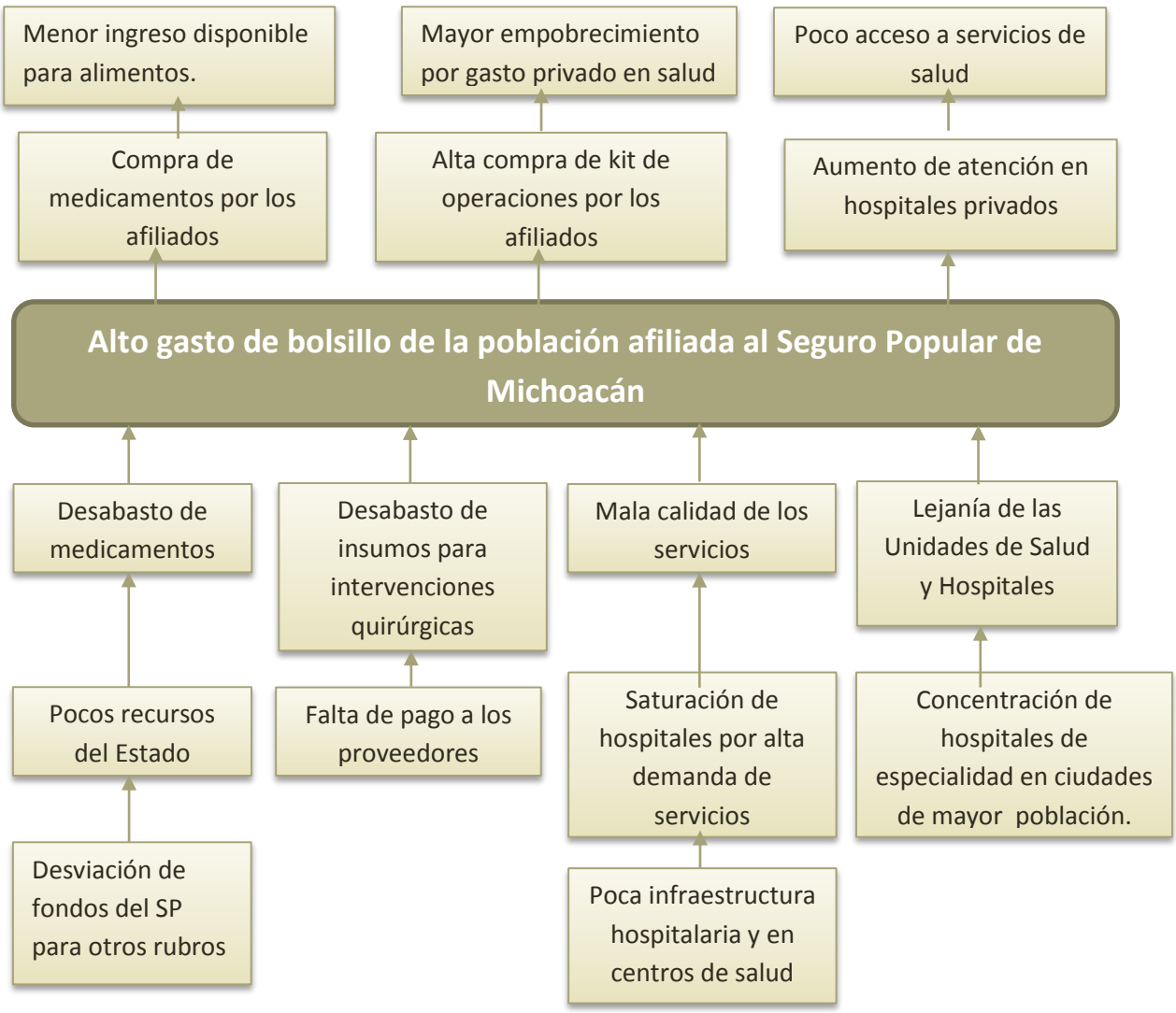
Primeramente se identifican los involucrados en el servicio de salud del seguro popular. El siguiente diagrama permite visualizar los distintos actores que intervienen y cuáles podrían ser las categorías de los actores a involucrar dependiendo de las características comunes de cada actor.

2. Análisis de los Involucrados

Fuente: Elaboración propia con base en la Metodología de Marco Lógico

A continuación se deberá identificar el problema que se desea intervenir, así como identificar sus causas y sus efectos, para lo cual deberá elaborar un árbol de problemas. En la parte central del árbol se pone el que se considera el problema principal, en la parte superior del árbol se definen los efectos o consecuencias de del problema central y en la parte inferior del árbol se deberán plasmar las principales causas detectadas.

3. Árbol de Problemas



Fuente: Elaboración propia con base en la Metodología de Marco Lógico.

Una vez elaborado el árbol de problemas, se procede a realizar el árbol de objetivos el cual describe la situación futura a la que se desea llegar una vez que se han resuelto los problemas. En este sentido, las causas pasan a ser los medios y los efectos se convierten en fines y el problema central será ahora el objetivo central. El análisis de objetivos consiste en convertir los estados negativos del árbol de problemas en soluciones expresadas en forma de estados positivos. Los estados positivos son objetivos y aquí se observa la jerarquía de los medios y de los fines.

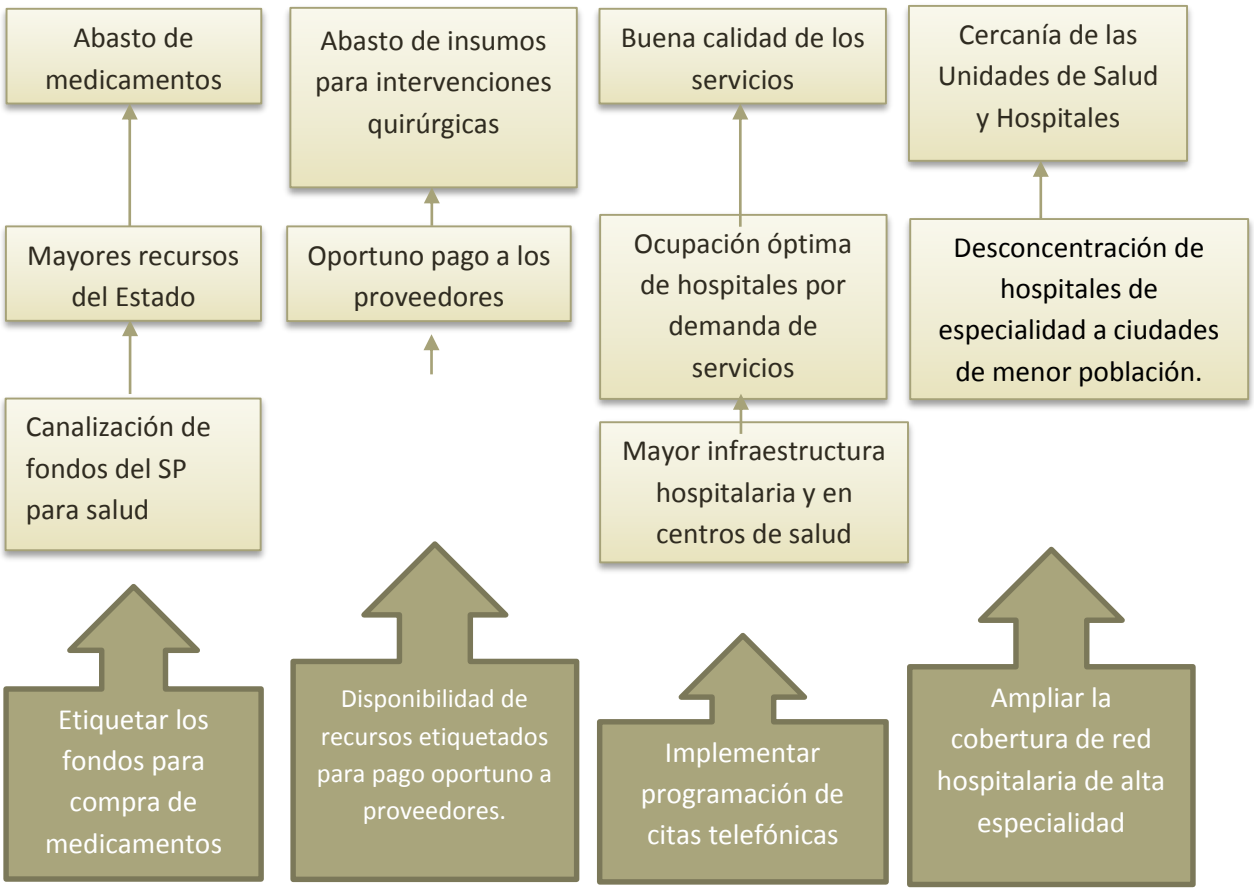
4. Árbol de Objetivos

Fuente: Elaboración propia con base en la Metodología de Marco Lógico.

5. Acciones e Identificación de Alternativas

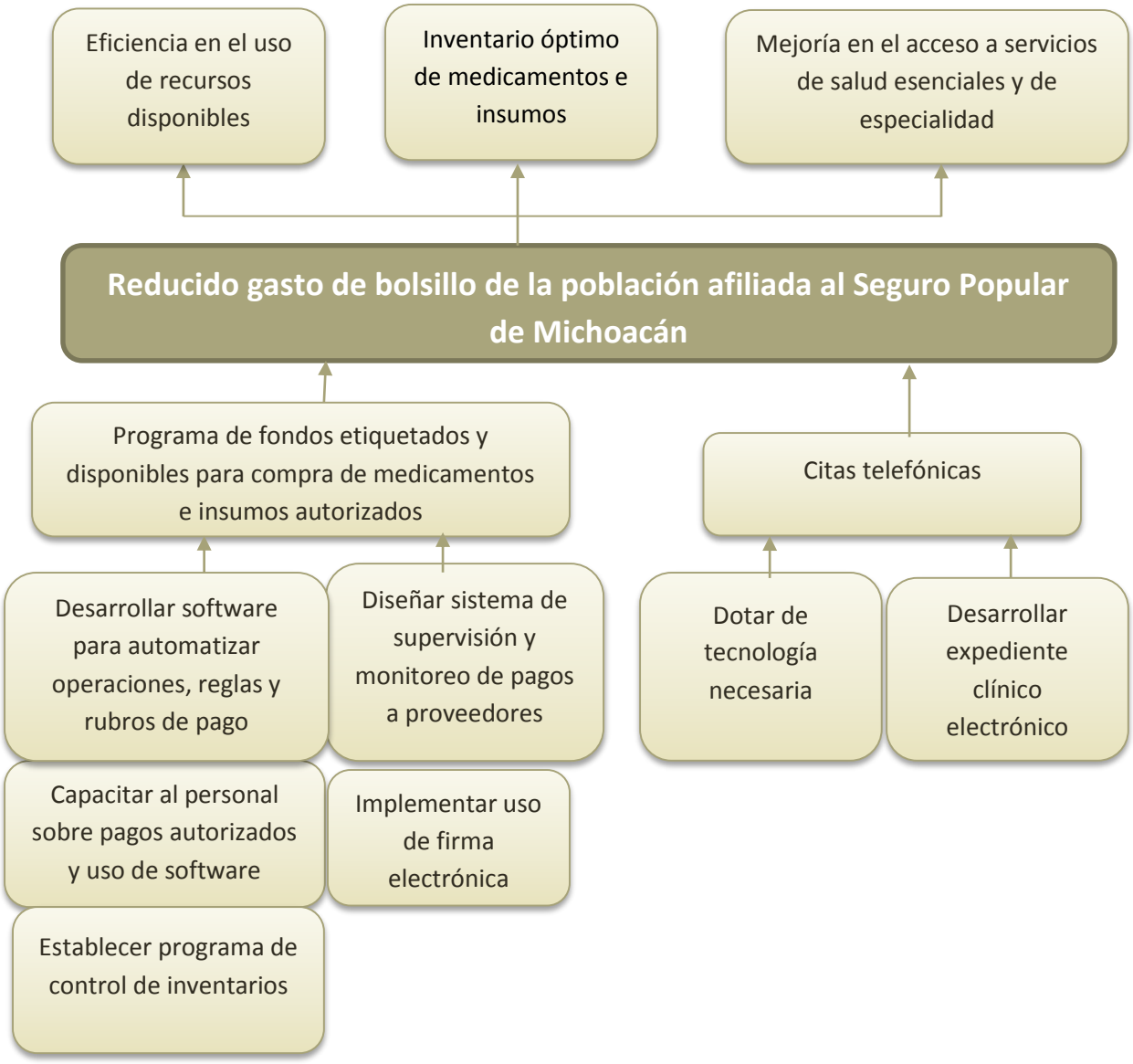
El supuesto es que si se consiguen los medios más bajos se soluciona el problema. A partir de los medios que están más abajo en las raíces del árbol de problemas, se proponen acciones probables que puedan en términos operativos conseguir el medio. Utilizar como herramienta el árbol de objetivos (medios). Se proponen las siguientes alternativas:

6. Selección de la alternativa óptima



Fuente: Elaboración propia con base en la Metodología de Marco Lógico

7. Estructura Analítica del Proyecto



Fuente: Elaboración propia con base en la Metodología de Marco Lógico

8. Construcción de la Matriz de Marco Lógico

La matriz de marco lógico presenta en forma resumida los aspectos más importantes del proyecto. Presenta una lógica vertical que consta de 4 filas (fin, propósito, componentes y actividades) y una lógica horizontal (resumen narrativo, indicadores, medios de verificación y supuestos).

8.1 Resumen Narrativo

Nivel	Objetivo
1. FIN	F.1. Eficiencia en el uso de los recursos disponibles para el Seguro Popular en el estado de Michoacán.
	F.2. Contar con un inventario óptimo de medicamentos e insumos
	F.3 Mejoría en el acceso a servicios de salud esenciales y de especialidad.
2. PROPÓSITO	P.1. Tener un reducido gasto de bolsillo de la población afiliada al Seguro Popular de Michoacán.
3. COMPONENTES	C.1. Programa de fondos etiquetados y disponibles para compra de medicamentos e insumos autorizados.
	C.2. Citas telefónicas
4. ACTIVIDADES	A.1. Desarrollar software para automatizar operaciones, reglas y rubros de pago.
	A.2. Capacitar al personal sobre pagos autorizados y uso de software desarrollado.
	A.3. Implementar uso de firma electrónica para la autorización de trámites.
	A.4. Establecer programa de control de inventarios.
	A.5. Dotar de la tecnología necesaria.
	A.6. Desarrollar expediente clínico electrónico.

Fuente. Elaboración propia con base en la Metodología de Marco Lógico.

Se procede a construir la matriz de marco lógico.

8.2. Matriz de Marco Lógico

Resumen Narrativo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
F.1. Eficiencia en el uso de los recursos disponibles para el Seguro Popular en el estado de Michoacán.	F.1.1. Al término del proyecto se aumentó el grado de eficiencia de recursos disponibles para el Seguro Popular en un 90%.	Registros del proyecto.	La federación envíe los recursos con oportunidad al estado de Michoacán.
F.2. Contar con un inventario óptimo de medicamentos e insumos.	F.2.1. Al término del proyecto se cuenta con inventario óptimo de medicamentos e insumos para surtimiento de recetas al 90%.	Registros de farmacias de clínicas y hospitales.	
F.3 Mejoría en el acceso a servicios de salud esenciales y de especialidad.	F.3.1 Al término del proyecto se ha mejorado el acceso a servicios de salud esenciales y de especialidad en un 90%.	Registros del proyecto.	
P.1. Tener un reducido gasto de bolsillo de la población afiliada al Seguro Popular de Michoacán.	P.1.1. Al término del proyecto se cuenta con el desarrollo del software para automatización de operaciones al 100%.	Registros del Régimen Estatal de Protección Social en Salud.	Que se cuente con personal capacitado para su implementación.
	P.1.2. Al término del proyecto se cuenta con personal capacitado sobre pagos autorizados y uso del software al 100%.	Registros del Régimen Estatal de Protección Social en Salud.	Autorización por los altos mandos.
	P.1.3 Al término del proyecto se Implementa el uso de firma electrónica para la autorización de trámites en un 100%	Registros del Régimen Estatal de Protección Social en Salud.	Que se cuente con los recursos monetarios.
	P.1.4. Al término del proyecto se establece programa de control de inventarios al 90%.	Registros del proyecto	Que se cuente con espacio de inventario.
	P.1.5. Al término del proyecto se dota de tecnología necesaria al 90%.	Registros del proyecto	Que se cuente con los recursos monetarios.
	P.1.6. Al término del proyecto se tiene un avance del desarrollo del expediente clínico electrónico al 50%.	Registros del proyecto	

Resumen Narrativo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
C.1 Programa de fondos etiquetados y disponibles para compra de medicamentos e insumos autorizados. C.2 Citas telefónicas	C.1.1 Al término del proyecto se cuenta con fondos etiquetados disponibles para compra de medicamentos e insumos al 90%. C.1.1 Al término del proyecto se cuenta con citas telefónicas en un 90%.	Registros del proyecto Registros del proyecto	
A.1 desarrollo del software para automatización de operaciones al 100%. A.2 Personal capacitado sobre pagos autorizados y uso del software al 100%. A.3 Implementa el uso de firma electrónica para la autorización de trámites en un 100% A.4 Programa de control de inventarios al 90%. A.5 dotación de tecnología necesaria. A.6 Desarrollo de expediente clínico electrónico.			

Fuente. Elaboración propia con base en la Metodología de Marco Lógico

Finalmente, se recomienda tomar en cuenta la propuesta plasmada en este trabajo de investigación por parte del gobierno del estado de Michoacán, la cual beneficiará tanto al gobierno como a la población usuaria del programa del seguro popular, pues la metodología de marco lógico (MML) permitirá primordialmente dar el seguimiento y la evaluación necesarias al programa, proyectando como una radiografía completa de la situación a resolver donde todos los involucrados tengan objetivos claros e indicadores que les permitan monitorear en todo momento cualquier desviación del objetivo y poder retomar el rumbo a tiempo. Esto a su vez repercutirá en la

capacidad del Estado para garantizar el derecho a la salud, asegurando un verdadero y oportuno acceso a servicios de calidad.

La reducción de gasto de bolsillo en salud de la población, sobre todo la población más pobre de nuestro Estado, permitirá que las familias destinen ese gasto a otros rubros esenciales como lo es la alimentación, educación o vivienda y reducirá la presión económica en el hogar.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Respecto al sistema de salud que existe en el país se puede concluir que éste es complejo financiado con recursos públicos y privados. Además el sistema continúa fragmentado en varias instituciones de salud que otorgan atención médica de acuerdo al tipo de usuario, dependiendo de si cuenta con derechos sociales o trabaja de forma independiente o en la informalidad.

La política pública de salud a través del programa del seguro popular ha sido positiva en función de que la población objetivo ha creado la demanda al utilizar los servicios y ejercer su derecho fundamental a la salud, presionando a su vez al sistema para generar la oferta de servicios que la población requiere.

La reforma en salud realizada en el 2003 prometía un seguro de salud que reduciría de forma significativa el desembolso de las familias ante alguna eventualidad médica y evitaría el empobrecimiento de la población por motivos de salud. Se amplió la cobertura a la totalidad de la población que no tenía acceso a la salud, se cubrieron enfermedades esenciales y comunes y algunas de alto costo. Es así que los resultados de la investigación demuestran que la población afiliada al seguro popular continúa con un alto gasto de bolsillo que es la forma más inequitativa e ineficiente de financiar a la salud.

El gasto público no ha sido suficiente para hacer frente a la demanda de servicios y cubrir en su totalidad las enfermedades contenidas en el Catálogo Único de Servicios Esenciales a la Salud (CAUSES), es decir, la consulta, medicamentos, estudios de laboratorio y gabinete, etc.

Pese al alto gasto de bolsillo, los resultados de esta investigación reflejan que la mayor parte de las personas están satisfechas con el servicio que les otorga el seguro popular. Esta situación parece más asunto de conformismo social respecto a que para los usuarios, aunque sea poco cualquier cosa es de ayuda.

Respecto al acceso a la salud, resalta el hecho de que el 52.88% de los entrevistados dijeron ganar menos de $2,200 pesos al mes y que el 51.63% gasta alrededor de $2,000 pesos al mes en comida, lo cual sugiere que 90.9% de su ingreso lo destinan a la alimentación de los miembros del hogar, colocándolos en un estado de vulnerabilidad económica ante cualquier eventualidad como lo puede ser una enfermedad.

La calidad en el servicio se define en este caso por el tiempo de espera y el grado de satisfacción reportada, puede observarse que aun cuando el tiempo de espera para más de la mitad de los encuestados es mayor o igual a 50 minutos, el grado de satisfacción que reportan es elevado lo que sugiere que, la gratuidad en el servicio puede ser un factor importante en cuanto a la satisfacción de los usuarios.

El 69.09% de las personas con enfermedades crónicas o graves tienen gastos en salud aún con el seguro popular. Entre las enfermedades crónicas o graves que mayor incidencia reportaron fueron diversos tipos de cáncer e hipertensión.

En cuanto a las consultas, 54.03% de las personas se atendió con médico privado lo cual puede ser un indicador de un acceso relativo a los servicios de consulta por deficiencia y/o con poca cobertura. 65.66% de los entrevistados tuvieron gasto en consulta médica, de los cuales el el 79.69% lo pago del gasto familiar y el 100% fue gasto de bolsillo. Pagar los servicios de consulta del gasto familiar, nos indica que necesariamente dejarán de destinar ese dinero a otras necesidades básicas como lo es la alimentación.

Las enfermedades no cubiertas por el seguro popular son un desatino a la política pública de salud, pues si su objetivo es que las personas no caigan en pobreza a causa de la enfermedad, en la práctica esas personas prefieren la pobreza a dejar de atender a sus enfermos, pues luchan hasta el último momento por recobrar la salud.

El gasto de bolsillo en medicamentos es recurrente y muy amplio el rango del gasto 47.26% de las personas gastaron desde $500 hasta $90,000 pesos, siendo el promedio de $ 9,076 pesos. Si se toma en cuenta el promedio general de este rubro,

ascendió a $4,433 pesos. De las personas que reciben una receta del seguro popular solamente al 31.86% les podría cubrir la medicina, pero tuvieron que comprarla debido a que no había en existencia o sólo les cubrió una parte.

El gasto en otros productos farmacéuticos parece ser poco oneroso pues sólo el 36.93% de las personas tuvieron gastos en otros productos farmacéuticos, de los cuales el 63.09% gastó menos de $100 y el 77.03% fue porque no los cubre el seguro popular, el 98.65% indicó haberlo pagado en efectivo y el 44.09% con préstamo de un familiar.

Los gastos en cirugías y hospitalización dieron como promedio general $6,335 pesos al año, sin embargo el 2.51% de la población obtuvo un promedio de gasto de $23,875 pesos. El gasto en este rubro generalmente es porque no cubre el seguro popular, porque se atienden con médico particular, lo cual supone deficiencia en el acceso a este tipo de servicio..

Los gastos por análisis de laboratorio y estudios de gabinete y otros gastos en salud alcanzan al 62.72% de las personas entrevistados por motivos como que los aparatos estaban descompuestos o porque no los cubre el seguro popular. El promedio total de este rubro ascendió a $988 pesos.

Que el seguro popular cubra las medicinas más costosas y que cubra todo, que haya existencia de lo que se necesita, que cubra las quimioterapias, fueron las respuestas más recurrentes a la pregunta expresa de ¿cómo le gustaría que fuera el seguro popular?

Sin duda se debe observar un esquema preventivo de salud y sobre todo optimizar los recursos con los que ya se cuenta. El desabasto en los medicamentos que debería cubrir el seguro popular ha traído presiones financieras en los hogares, pues si bien ahora se tiene a dónde acudir cuando se presenta una enfermedad, la incertidumbre continúa al no tener la certeza de que el seguro popular cubrirá los gastos y cuando esto no ocurre redunda en un gasto inesperado de salud que será cubierto por el usuario en el momento de la atención, o sea “gasto de bolsillo”.

La promoción por parte del gobierno del seguro popular ha sido errónea en el sentido de que se ha creado la expectativa que no se gastará en salud, siendo que solamente cubre algunas enfermedades que consideran como las más frecuentes y curables.

El ejercicio democrático de acceso a la salud para todos los mexicanos sin distinción de su condición laboral o clase social ha sido pleno en el sentido de que se ha alcanzado la cobertura total y ha tenido la demanda esperada lo cual significa que hemos ejercido nuestro derecho constitucional del acceso a la salud. Lo cierto es que las personas no dejan desamparado a su familiar enfermo y hacen hasta lo imposible por recobrar su salud o atenderlos hasta el final, así tengan que caer en la pobreza.

El Estado debe dar certidumbre en el acceso verdadero a la salud, permitiendo que las personas acudan a atenderse las enfermedades a tiempo y no cuando ya no tienen remedio, resultando en altos costos en el otorgamiento del servicio para el Estado y para las familias al perder productividad e ingresos por parte del familiar enfermo.

En lo que respecta a la hipótesis de investigación y de acuerdo a los resultados obtenidos se puede decir que la misma se acepta debido a que el seguro popular no está cumpliendo con su objetivo primordial de proteger financieramente a las familias pues el gasto de bolsillo en todos los rubros sigue siendo alto respecto al ingreso familiar poniéndolas en riesgo de pobreza por motivos de salud.

BIBLIOGRAFÍA

ACUERDO DE COORDINACIÓN QUE CELEBRAN LA SECRETARÍA DE SALUD Y EL ESTADO DE MICHOACÁN DE OCAMPO, PARA LA EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. (2003). Recuperado el 15 de Octubre de 2014, de, www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/am140705.html._2005.

AGUILAR, L. (1992). *La hechura de las políticas públicas*. México: Miguel Ángel Porrúa.

AGUILERA, N., MIRANDA, A., Y VELÁZQUEZ, C. (2012). Evaluación costo-efectividad del programa u005 seguro popular. México. CIDE.

ÁVILA, L. *et. al.* (2013). Efectos del Seguro Popular sobre el gasto en salud en hogares mexicanos a diez años de su implementación. *Salud pública de México*. 55. 91-99.

BENACH, J. (2014). La salud de todos y sus causas. La salud pública, la equidad y sus causas: ¿de qué depende nuestra salud? *en Comprendiendo el derecho humano a la salud.* España. Prosalus y Cruz Roja Española.

CANALES, F., ALVARADO, E., y PINEDA, E. (1994). *Metodología de la investigación, manual para el desarrollo de personal de salud*. Washington, D. C. Organización panamericana de la salud.

CONEVAL. (2014). Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al seguro popular. Recuperado el 08 de octubre de 2015 de, file:///C:/Users/optiplex/Desktop/SEGURO%20POPULAR/Acceso%20y%20Uso%20Efectivo.pdf.

CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. Nueva York. 07 de abril de 1948.

CORDERA, R. y MURAMAYA, C. (2012). Los determinantes sociales de la salud en México. Fondo de Cultura Económica.

CID, C. y PRIETO, L. (2012). Gasto de bolsillo en salud de los hogares: el caso de Chile, 1997 y 2007. *Revista panamericana de salud pública*. 31. (4). 310-316.

DIETERICH, H. (1996). *Nueva guía para la investigación científica*. México. Editorial planeta mexicana.

EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SALUD. (2007). Recuperado el 10 de diciembre de 2014, de, http://www.cefp.gob.mx/intr/edocumentos/pdf/cefp/cefp1032007.pdf.

FRENK, J. (2013. El futuro del sistema de salud en México, presentado en la Universidad de las Américas de Puebla. Puebla, México.

GUTIÉRREZ, G. (2008). Equidad del gasto público en salud en población abierta de Veracruz. *Maestría*. Universidad Veracruzana.

GÓMEZ, O. et. al. (2011). Sistema de salud de México. *Salud pública de México*. 53. 220-332.

HERNÁNDEZ, R., FERNÁNDEZ, C. y BAPTISTA, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México. Mcgrawill.

INEGI. (2010). El ingreso y el gasto público en México. Recuperado el 30 de julio de 2014 de, http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/igpm/2010/IGPM-2010.pdf.

INEGI. (2013). Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social. Recuperado el 01 de agosto de 2014 de, http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/accesomicrodatos/encuestas/hogares/modulos/eness/2013/.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. (2011). Instrumento vital para políticas en salud. Recuperado el 02 de agosto de 2014, de, www.insp.mx/noticias/evaluacion-y-encuestas/1657 2014.

KERLINGER, F. (2002). *Investigación del comportamiento*. Chile. McGrawhill.

LEY GENERAL DE SALUD. . Diario Oficial de la Federación, México, 07 de Febrero de 1984.

LÓPEZ, F. (1993). Evolución de los servicios de salud de la secretaría de salud. *Salud pública de México*. 35. 5. 437-439.

LUNA, M. (2010). Hogares afiliados al seguro popular *presentado en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales*. México.

MAJONE, G. (1997). *Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas*. México. Fondo de cultura económica.

OCDE. (2013). Health at a Glance 2013. Recuperado el 03 de Agosto de 2014, de, http://www.oecd.org/centrodemexico/estadisticas/doi:10.1787/health_glance-2013-en

OCDE. (2015). Índice de bienestar. Recuperado el 30 de julio de 2014 de, http://www.oecdbetterlifeindex.org/es/topics/health/

OCDE. (2015). Gasto en salud. Recuperado el 30 de julio de 2014, de, www.oecd.org/centrodemexico/laocde/.

OMS. (2000). Informe sobre la salud en el mundo, 2000. Ginebra.

OPS-OMS. (2013). Cobertura universal en salud: lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México. México.

ORTEGÓN, E. (2005). *Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas*. Chile. En colaboración con el ILPES, la CEPAL y la ONU.

ORTIZ, M. (2007). El Seguro Popular: una crónica de la democracia mexicana. Recuperado el 08 de agosto de 2015, de, http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000700015

ORTIZ, M., Y FRENK, J. (2009). *Camino y destino. Una visión personal de las políticas públicas de salud*. México: Ortega y Ortiz editores.

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2013-2018. Presidencia de la República, México, 20 de Mayo de 2013.

PRESUPUESTO DE EGRESOS DE LA FEDERACIÓN PARA EL EJERCICIO FISCAL. (2014). Diario oficial de la federación. México. 03 de diciembre de 2013.

PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD 2013-2018. Presidencia de la República. México. 2013.

RAWLS, J. (2002). Teoría de la justicia. México. Fondo de Cultura Económica.

RELEVANTE COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD PÚBLICA: OMS. (21 de mayo de 2012). Azteca noticias. Recuperado el 30 de julio de 2014 de, http://www.aztecanoticias.com.mx/notas/salud/113305/relevante-cobertura-universal-en-salud-publica-.

ROJAS, R. (1981). *El proceso de la investigación científica*. México. Editorial trillas.

SALES, F. (2011). El gasto catastrófico en salud como factor de vulnerabilidad. Recuperado el 01 de agosto de 2014 de, http://www3.diputados.gob.mx/camara/content/download/270579/832616/file/Ga

sto_catastrofico_salud_docto119.pdf.

SEGURO POPULAR. (2014)¿Qué es el Seguro Popular? Recuperado el 30 de julio de 2014, de, http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php/conocenos/seguro-popular-1.

SEN, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*. 11. 5. 302-310.

SESMA, S. *et. al*. (2005). Gasto privado en salud por entidad federativa en México. *Salud pública de México*. 47. 27-36.

SOLIS, F. y VILLAGÓMEZ A. (199). *La Seguridad Social en México*. México. Fondo de cultura económica.

SOSA, R. *et. al*. (2001). Impacto del seguro popular en el gasto catastrófico y de bolsillo en el México rural. *Salud pública de México*. 53. 25-35.

STAKE, R. (1998). *Investigación con estudios de caso*. Madrid, España. Ediciones Morata.

TANIGUCHI, H. (2 de Octubre de 2012). CNN. Recuperado el 30 de julio de 2014 de, http://mexico.cnn.com/nacional/2012/10/02/cobertura-universal-de-salud-mas-beneficiados-sin-los-mismos-derechos.

TORRES, A. y KNAUL, F. (2003). Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992-2000. *Caleidoscopio de la salud*. 209-228.

TORRES, Z. Y NAVARRO J.C. (2007). *Conceptos y principios fundamentales de epistemología y de metodología*. México. ININEE.

ANEXOS

Anexo I.- Gasto en salud público y privado como porcentaje del PIB y gasto en productos farmacéuticos total y per cápita como % del PIB (OCDE, 2013)

Tabla No. 11.- Gasto total en salud como porcentaje del PIB (OCDE 2013)

PAIS	GASTO TOTAL EN SALUD % DEL PIB
Turquía	5,1
Estonia	6,0
México	6,2
Polonia	6,4
Luxemburgo (2012)	6,6
Corea	6,9
República Checa	7,1
Chile	7,4
Hungría	7,4
Israel	7,5
Eslovaquia	7,6
Irlanda (2012)	8,1
Reino Unido	8,5
Finlandia	8,6
Eslovenia	8,7
Islandia	8,7
Australia (2012)	8,8
Italia	8,8
España (2012)	8,9
Noruega	8,9
OCDE	8,9
Portugal	9,0
Grecia	9,2
Nueva Zelanda	9,5
Austria	10,1
Bélgica	10,2
Canadá	10,2
Japón	10,2
Dinamarca	10,4
Francia	10,9
Alemania	11,0
Suecia	11,0
Países Bajos	11,1
Suiza	11,1
Estados Unidos	16,4

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE.

Tabla No. 12.- Gasto público en salud como porcentaje del PIB (OCDE 2013)

PAIS	GASTO PUBLICO EN SALUD % DEL PIB
México	3,2
Chile	3,4
Corea	3,8
Turquía	4,0
Israel	4,4
Polonia	4,5
Estonia	4,6
Hungría	4,8
Irlanda (2012)	5,5
Luxemburgo (2012)	5,5
Eslovaquia	5,6
Australia (2012)	5,9
Grecia	6,0
Portugal	6,0
República Checa	6,0
Eslovenia	6,2
España (2012)	6,4
Finlandia	6,5
OCDE	6,5
Italia	6,8
Islandia	7,1
Canadá	7,2
Reino Unido	7,3
Suiza	7,3
Noruega	7,6
Nueva Zelanda	7,6
Austria	7,7
Estados Unidos	7,9
Bélgica	8,0
Alemania	8,4
Japón	8,5
Francia	8,6
Dinamarca	8,8
Suecia	9,2
Países Bajos	9,7

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE.

Tabla No. 13.- Gasto privado en salud como porcentaje del PIB (OCDE 2013)

PAIS	GASTO PRIVADO EN SALUD % DEL PIB
Luxemburgo (2012)	1,1
República Checa	1,1
Turquía	1,1
Reino Unido	1,2
Noruega	1,3
Estonia	1,4
Países Bajos	1,4
Dinamarca	1,6
Islandia	1,6
Japón	1,7
Suecia	1,8
Nueva Zelanda	1,9
Polonia	1,9
Eslovaquia	2,0
Italia	2,0
Finlandia	2,1
Bélgica	2,2
Francia	2,3
Austria	2,4
OCDE	2,4
Eslovenia	2,5
España (2012)	2,5
Alemania	2,6
Irlanda (2012)	2,6
Hungría	2,6
Australia (2012)	2,9
Canadá	3,0
México	3,0
Portugal	3,0
Israel	3,1
Corea	3,1
Grecia	3,2
Suiza	3,8
Chile	4,0
Estados Unidos	8,5

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE.

Tabla No. 14.-Gasto en productos farmacéuticos como porcentaje del PIB (OCDE 2013)

PAIS	GASTO EN PRODUCTOS FARMACÉUTICOS % DEL PIB
Luxemburgo (2012)	0,6
Dinamarca	0,7
Noruega	0,7
Países Bajos	0,9
Chile	1,0
Israel	1,0
Estonia	1,1
Suecia	1,1
Austria	1,2
Finlandia	1,2
Islandia	1,2
Suiza	1,2
Australia (2012)	1,3
Corea	1,4
Irlanda (2012)	1,4
Polonia	1,4
República Checa	1,4
OCDE	1,4
Alemania	1,5
Bélgica	1,5
España (2012)	1,5
Italia	1,6
Portugal	1,6
Francia	1,7
México	1,7
Canadá	1,8
Eslovenia	1,8
Eslovaquia	2,0
Estados Unidos	2,0
Japón	2,1
Hungría	2,3
Grecia	2,8
Nueva Zelanda	
Reino Unido	
Turquía	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE.

Tabla No. 15.- Gasto en salud per cápita (OCDE 2013) USD PPA

PAIS	GASTO TOTAL PER CAPITA EN SALUD (USD PPA)	GASTO PUBLICO EN SALUD PER CAPITA	GASTO PRIVADO EN SALUD PER CAPITA
Turquía	941	737	204
México	1.048	536	512
Polonia	1.530	1.081	449
Estonia	1.542	1.198	344
Chile	1.623	749	874
Hungría	1.719	1.111	608
Eslovaquia	2.010	1.492	518
República Checa	2.040	1.716	324
Corea	2.275	1.272	1.003
Grecia	2.366	1.551	815
Israel	2.428	1.444	984
Portugal	2.482	1.639	843
Eslovenia	2.511	1.783	728
España (2012)	2.928	2.099	829
Italia	3.077	2.381	696
Reino Unido	3.235	2.802	433
Nueva Zelanda	3.328	2.656	672
Finlandia	3.442	2.583	859
OCDE	3.453	2.536	917
Irlanda (2012)	3.663	2.509	1.154
Islandia	3.677	2.968	709
Japón	3.713	3.090	623
Australia (2012)	3.866	2.614	1.252
Francia	4.124	3.247	877
Bélgica	4.256	3.311	945
Canadá	4.351	3.074	1.277
Luxemburgo (2012)	4.371	3.608	763
Austria	4.553	3.469	1.084
Dinamarca	4.553	3.841	712
Alemania	4.819	3.677	1.142
Suecia	4.904	4.126	778
Países Bajos	5.131	4.495	636
Noruega	5.862	4.981	881
Suiza	6.325	4.178	2.147
Estados Unidos	8.713	4.197	4.516

* USD Per cápita, a precios del 2005 y ajustados por las diferencias de precio entre los países (paridades de poder adquisitivo, PPA).

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE.

Tabla No. 16.- Gasto en productos farmacéuticos per cápita (OCDE 2013) USD PPA

PAIS	GASTO EN PRODUCTOS FARMACÉUTICOS PER CAPITA
Chile	228
Israel	287
Dinamarca	288
Estonia	290
México	294
Polonia	331
Países Bajos	397
Luxemburgo (2012)	401
República Checa	403
Noruega	437
Portugal	438
Corea	470
Finlandia	475
España (2012)	489
Suecia	496
Islandia	498
Eslovenia	511
OCDE	517
Hungría	527
Eslovaquia	533
Austria	549
Italia	572
Australia (2012)	590
Bélgica	606
Francia	622
Irlanda (2012)	652
Alemania	678
Suiza	696
Grecia	721
Japón	756
Canadá	761
Estados Unidos	1.034

* USD Per cápita, a precios del 2005 y ajustados por las diferencias de precio entre los países (paridades de poder adquisitivo, PPA).

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE.

Tabla No. 17.- Porcentaje del gasto en productos farmacéuticos per cápita respecto al gasto total per cápita (OCDE 2013) USD PPA

PAIS	% RESPECTO AL TOTAL PER CAPITA	GASTO TOTAL PER CAPITA EN SALUD (USD PPA)*	GASTO EN PRODUCTOS FARMACÉUTICOS PER CAPITA
Dinamarca	6%	4.553	288
Noruega	7%	5.862	437
Países Bajos	8%	5.131	397
Luxemburgo (2012)	9%	4.371	401
Suecia	10%	4.904	496
Suiza	11%	6.325	696
Israel	12%	2.428	287
Estados Unidos	12%	8.713	1.034
Austria	12%	4.553	549
Islandia	14%	3.677	498
Finlandia	14%	3.442	475
Chile	14%	1.623	228
Alemania	14%	4.819	678
Bélgica	14%	4.256	606
OCDE	15%	3.453	517
Francia	15%	4.124	622
Australia (2012)	15%	3.866	590
España (2012)	17%	2.928	489
Canadá	17%	4.351	761
Portugal	18%	2.482	438
Irlanda (2012)	18%	3.663	652
Italia	19%	3.077	572
Estonia	19%	1.542	290
República Checa	20%	2.040	403
Eslovenia	20%	2.511	511
Japón	20%	3.713	756
Corea	21%	2.275	470
Polonia	22%	1.530	331
Eslovaquia	27%	2.010	533
México	28%	1.048	294
Grecia	30%	2.366	721
Hungría	31%	1.719	527

*USD Per cápita, a precios del 2005 y ajustados por las diferencias de precio entre los países (paridades de poder adquisitivo, PPA).

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE.

Tabla No. 18.- Gasto total en salud en México como porcentaje del PIB 2000-2013

GASTO TOTAL EN SALUD EN MÉXICO COMO PORCENTAJE DEL PIB	
AÑOS	**PORCENTAJE**
2000	4.9
2001	5.3
2002	5.4
2003	5.9
2004	6.0
2005	5.9
2006	5.7
2007	5.8
2008	5.9
2009	6.4
2010	6.2
2011	5.9
2012	6.1
2013	6.2

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE.

Tabla No. 19.- Gasto público en salud en México como porcentaje del PIB 2000-2013

GASTO PÚBLICO EN SALUD DE MÉXICO COMO PORCENTAJE DEL PIB	
AÑO	**PORCENTAJE**
2000	2.2
2001	2.3
2002	2.3
2003	2.5
2004	2.6
2005	2.5
2006	2.4
2007	2.5
2008	2.6
2009	2.9
2010	2.9
2011	3.0
2012	3.1
2013	3.2

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE.

Tabla No. 20.- Gasto público en salud en México como porcentaje del PIB 2000-2013

GASTO PÚBLICO Y PRIVADO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB MÉXICO 2000 A 2013			
AÑOS	GASTO TOTAL (% DEL PIB)	GASTO PÚBLICO (% DEL PIB)	GASTO PRIVADO (% DEL PIB)
2000	4.9	2.2	2.7
2001	5.3	2.3	3.0
2002	5.4	2.3	3.1
2003	5.9	2.5	3.4
2004	6.0	2.6	3.4
2005	5.9	2.5	3.4
2006	5.7	2.4	3.3
2007	5.8	2.5	3.3
2008	5.9	2.6	3.3
2009	6.4	2.9	3.5
2010	6.2	2.9	3.3
2011	5.9	3.0	2.9
2012	6.1	3.1	3.0
2013	6.2	3.2	3.0
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE.			

Tabla No. 21.- Gasto total para México en productos farmacéuticos como porcentaje del PIB 2000-2013

GASTO TOTAL PARA MÉXICO EN PRODUCTOS FARMACÉUTICOS COMO PORCENTAJE DEL PIB	
AÑOS	PORCENTAJE
2000	1.0
2001	1.0
2002	1.2
2003	2.1
2004	2.1
2005	2.1
2006	2.0
2007	2.0
2008	2.0
2009	2.1
2010	2.0
2011	1.7
2012	1.8
2013	1.7
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE.	

Tabla No. 22.- Gasto público nacional en salud, población con seguridad social y población sin seguridad social 2000-2013

(miles de pesos)			
Año	**Gasto Público Total en Salud 1/**	Gasto Público en Salud para la **Población con Seguridad Socia**l 2/	Gasto Público en Salud para la **Población sin Seguridad Social** 3/
2000	142.155.363,0	96.046.802,1	46.108.560,9
2001	155.194.404,5	103.803.334,2	51.391.070,4
2002	169.149.269,3	111.793.308,7	57.355.960,6
2003	192.961.169,1	129.152.378,6	63.808.790,6
2004	231.048.203,2	155.574.296,3	75.473.906,9
2005	243.800.320,1	151.276.914,4	92.523.405,7
2006	265.876.677,7	159.985.970,6	105.890.707,1
2007	296.165.585,0	174.396.280,5	121.769.304,5
2008	333.417.327,4	184.107.637,8	149.309.689,6
2009	367.898.276,8	200.909.119,4	166.989.157,4
2010	404.404.335,2	224.065.745,2	180.338.590,0
2011	436.946.934,4	243.261.171,8	193.685.762,6
2012	493.795.082,5	272.182.537,5	221.612.545,1
2013	524.372.612,0	292.041.279,5	232.331.332,5

1. Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2014.
2. Proyecciones de la Población de México 1990-2030, Censo 2010, CONAPO.
3. INEGI. Sistema de Cuentas Nacionales de México, 2014.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

Tabla No. 23.- Aportación federal y estatal para el gasto público en salud de la población sin seguridad social 2000-2013

(miles de pesos)			
Año	**Gasto Público en Salud para la Población sin Seguridad Social 3/**	**Gasto Federal en Salud 4/**	**Gasto Estatal en Salud 5/**
2000	46.108.560,9	39.093.750,8	7.014.810,1
2001	51.391.070,4	43.884.008,9	7.507.061,4
2002	57.355.960,6	47.502.494,5	9.853.466,1
2003	63.808.790,6	53.573.953,0	10.234.837,6
2004	75.473.906,9	63.130.919,5	12.342.987,4
2005	92.523.405,7	77.455.364,8	15.068.041,0
2006	105.890.707,1	89.015.387,1	16.875.319,9
2007	121.769.304,5	102.434.620,0	19.334.684,5
2008	149.309.689,6	124.594.614,6	24.715.075,0
2009	166.989.157,4	139.000.360,4	27.988.797,1
2010	180.338.590,0	146.627.327,5	33.711.262,6
2011	193.685.762,6	166.986.228,2	26.699.534,4
2012	221.612.545,1	196.089.996,4	25.522.548,7
2013	232.331.332,5	204.113.805,6	28.217.526,9

3. INEGI. Sistema de Cuentas Nacionales de México, 2014.
4. El Gasto Federal en Salud = Gasto de Ramo 12 + Gasto del FASSA + IMSS-Oportunidades + SEDENA + SEMAR.
5. Es el Gasto en Salud efectuado con recursos propios de los Estados.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

Tabla No. 24.- Composición del gasto federal en salud nacional para población no derechohabiente 2000-2013

(miles de pesos)						
	GASTO PÚBLICO					
Año	Gasto Federal en Salud 4/	Ramo 12 6/	IMSS-Opor 7/	FASSA (Ramo 33) 8/	SEDENA 13/	SEMAR 14/
2000	39.093.750,8	16.261.350,8		22.832.400,0		
2001	43.884.008,9	18.113.517,6		25.770.491,3		
2002	47.502.494,5	20.127.346,8		27.375.147,8		
2003	53.573.953,0	21.933.600,0		31.640.353,0		
2004	63.130.919,5	23.694.027,9	4.926.001,0	34.510.890,6		
2005	77.455.364,8	33.705.489,1	5.088.034,8	38.661.840,8		
2006	89.015.387,1	41.547.711,7	5.716.238,6	41.751.436,8		
2007	102.434.620,0	53.144.032,0	5.790.113,8	43.500.474,2		
2008	124.594.614,6	69.743.470,3	6.370.722,9	48.480.421,4		
2009	139.000.360,4	80.959.255,9	7.624.477,9	50.416.626,6		
2010	146.627.327,5	86.765.574,2	7.971.686,0	51.890.067,3		
2011	166.986.228,2	99.806.461,6	8.704.061,4	58.475.705,2		
2012	196.089.996,4	112.737.332,5	9.714.795,7	64.793.133,6	7.117.514,0	1.727.220,5
2013	204.113.805,6	118.893.910,0	9.881.767,3	67.679.091,5	5.870.143,8	1.788.892,9

4. El Gasto Federal en Salud = Gasto de Ramo 12 + Gasto del FASSA + IMSS-Oportunidades + SEDENA + SEMAR.
6. Es el Gasto del Ramo Administrativo destinado al Sector Salud.
7. Es el Gasto del Programa que opera con fondos del Gobierno Federal; se apoya en la estructura administrativa del IMSS y funciona en forma desconcentrada. Proporciona servicios de Salud.
8. Es el Gasto del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), incluido en el Ramo 33 (Aportaciones Federales para entidades Federativas y Municipios).
13. Es el Gasto en Salud ejercido por la Secretaria de la Defensa Nacional.
14. Es el Gasto en Salud ejercido por la Secretaria de Marina.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

Tabla No. 25.- Gasto público en salud por institución a nivel nacional para población con seguridad social 2000-2013

(miles de pesos)						
Año	**Gasto Público en Salud para la Población con Seguridad Social 2/**	**IMSS 9/**	**ISSSTE 10/**	**PEMEX 11/**	**ISSES 12/**	**ISSFAM 15/**
2000	96.046.802,1	79.096.136,0	12.552.954,0	4.397.712,1		
2001	103.803.334,2	84.282.196,4	14.353.618,1	5.167.519,7		
2002	111.793.308,7	91.020.090,2	15.101.496,5	5.671.722,0		
2003	129.152.378,6	104.558.033,8	17.863.136,9	6.731.207,9		
2004	155.574.296,3	129.643.639,0	18.939.832,6	6.990.824,7		
2005	151.276.914,4	122.331.830,2	21.230.768,6	7.714.315,6		
2006	159.985.970,6	128.716.226,8	22.947.971,4	8.321.772,5		
2007	174.396.280,5	135.349.630,0	29.912.803,6	9.133.846,9		
2008	184.107.637,8	141.810.795,8	32.005.327,9	10.291.514,1		
2009	200.909.119,4	155.180.626,2	35.177.679,0	10.550.814,2		
2010	224.065.745,2	173.928.594,4	39.511.119,4	10.626.031,4		
2011	243.261.171,8	183.571.985,6	48.089.066,2	11.600.120,0		
2012	272.182.537,5	199.554.804,1	46.155.538,9	12.431.147,8	11.763.521,2	2.277.525,5
2013	292.041.279,5	208.586.380,9	49.832.292,1	12.866.306,5	18.318.006,5	2.438.293,6

2. El Gasto Público en Salud para la Población con Seguridad Social = Gasto del IMSS + Gasto del ISSSTE + ISSFAM + Gasto en Salud de PEMEX + Instituciones de Seguridad Social de las Entidades Federativas.
9. Es el Gasto ejercido en salud por Instituto Mexicano del Seguro Social.
10. Es el Gasto ejercido en salud por Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
11. Es el Gasto en Salud ejercido por Petróleos Mexicanos.
12. Instituciones de Seguridad Social de las Entidades Federativas
15. Es el Gasto en Salud ejercido por el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

Tabla No. 26.- Producto interno bruto (PIB) a nivel nacional 2000-2013

Año	**Producto Interno Bruto 17/ (millones de pesos)**
2000	5.491.708,4
2001	5.809.688,2
2002	6.263.136,6
2003	7.696.034,9
2004	8.690.254,3
2005	9.424.601,9
2006	10.520.792,8
2007	11.399.472,2
2008	12.256.863,6
2009	12.072.541,6
2010	13.266.857,9
2011	14.527.336,9
2012	15.600.076,6
2013	16.082.509,9

17. El PIB a nivel nacional se encuentra a precios de mercado.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

Tabla No. 27.- Gasto público en salud población con seguridad social y población sin seguridad social del estado de Michoacán 2000-2013

(miles de pesos)			
Año	**Gasto Público Total en Salud 1/**	**Gasto Público en Salud para la Población con Seguridad Social 2/**	**Gasto Público en Salud para la Población sin Seguridad Social 3/**
2000	3.126.738,1	1.907.620,7	1.219.117,4
2001	3.756.377,6	2.113.824,3	1.642.553,3
2002	4.030.724,6	2.188.646,5	1.842.078,1
2003	4.490.624,4	2.549.277,8	1.941.346,5
2004	5.397.023,2	3.066.703,5	2.330.319,7
2005	5.808.090,1	2.919.720,6	2.888.369,5
2006	6.373.045,6	3.147.037,7	3.226.007,8
2007	7.140.671,5	3.330.161,3	3.810.510,2
2008	8.801.450,8	3.762.473,2	5.038.977,6
2009	10.289.023,8	4.169.370,5	6.119.653,3
2010	10.090.468,5	4.632.072,5	5.458.396,0
2011	11.788.510,6	5.576.490,0	6.212.020,6
2012	12.328.827,2	5.477.563,4	6.851.263,8
2013	13.921.725,9	6.908.234,7	7.013.491,2

1. Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2014.
2. Proyecciones de la Población de México 1990-2030, Censo 2010, CONAPO.
3. INEGI. Sistema de Cuentas Nacionales de México, 2014.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

Tabla No. 28.- Aportación federal y estatal del gasto público en salud de la población sin seguridad social en el estado de Michoacán 2000-2013

(miles de pesos)			
Año	**Gasto Público en Salud para la Población sin Seguridad Social 3/**	**Gasto Federal en Salud 4/**	**Gasto Estatal en Salud 5/**
2000	1.219.117,4	1.168.906,7	50.210,8
2001	1.642.553,3	1.591.090,8	51.462,5
2002	1.842.078,1	1.731.623,3	110.454,8
2003	1.941.346,5	1.766.154,0	175.192,6
2004	2.330.319,7	2.144.610,7	185.708,9
2005	2.888.369,5	2.653.186,8	235.182,7
2006	3.226.007,8	2.944.180,5	281.827,4
2007	3.810.510,2	3.506.597,7	303.912,5
2008	5.038.977,6	4.823.514,4	215.463,2
2009	6.119.653,3	5.747.223,2	372.430,1
2010	5.458.396,0	5.233.927,7	224.468,3
2011	6.212.020,6	6.032.715,2	179.305,5
2012	6.851.263,8	6.712.232,8	139.031,0
2013	7.013.491,2	6.977.450,1	36.041,1

3. INEGI. Sistema de Cuentas Nacionales de México, 2014.
4. El Gasto Federal en Salud = Gasto de Ramo 12 + Gasto del FASSA + IMSS-Oportunidades + SEDENA + SEMAR.
5. Es el Gasto en Salud efectuado con recursos propios de los Estados.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

Tabla No. 29.- Composición del gasto federal en salud para la población no derechohabiente del estado de Michoacán 2000-2013

(miles de pesos)				
	GASTO PÚBLICO			
Año	Gasto Federal en Salud 4/	Ramo 12 6/	IMSS-Opor 7/	FASSA (Ramo 33) 8/
2000	1.168.906,7	355.806,7		813.100,0
2001	1.591.090,8	683.823,7		907.267,1
2002	1.731.623,3	757.957,7		973.665,6
2003	1.766.154,0	627.789,7		1.138.364,3
2004	2.144.610,7	545.419,7	347.675,2	1.251.515,8
2005	2.653.186,8	956.120,5	324.304,6	1.372.761,6
2006	2.944.180,5	950.812,2	410.437,8	1.582.930,5
2007	3.506.597,7	1.336.286,8	404.960,2	1.765.350,7
2008	4.823.514,4	2.261.530,9	465.876,0	2.096.107,5
2009	5.747.223,2	2.576.229,2	477.735,2	2.693.258,8
2010	5.233.927,7	2.933.880,8	605.812,9	1.694.234,0
2011	6.032.715,2	3.374.843,8	713.615,2	1.944.256,2
2012	6.712.232,8	3.812.086,8	762.785,0	2.137.361,0
2013	6.977.450,1	4.020.264,5	795.865,1	2.161.320,5

4. El Gasto Federal en Salud = Gasto de Ramo 12 + Gasto del FASSA + IMSS-Oportunidades + SEDENA + SEMAR.
6. Es el Gasto del Ramo Administrativo destinado al Sector Salud.
7. Es el Gasto del Programa que opera con fondos del Gobierno Federal; se apoya en la estructura administrativa del IMSS y funciona en forma desconcentrada. Proporciona servicios de Salud.
8. Es el Gasto del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), incluido en el Ramo 33 (Aportaciones Federales para entidades Federativas y Municipios).
13. Es el Gasto en Salud ejercido por la Secretaria de la Defensa Nacional.
14. Es el Gasto en Salud ejercido por la Secretaria de Marina.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

Tabla No. 30.- Gasto público en salud por institución para la población con seguridad social en el estado de Michoacán 2000-2013

(miles de pesos)				
Año	**Gasto Público en Salud para la Población con Seguridad Social 2/**	**IMSS 9/**	**ISSSTE 10/**	**PEMEX 11/**
2000	1.907.620,7	1.577.440,3	317.172,9	13.007,5
2001	2.113.824,3	1.686.768,9	414.080,5	12.974,9
2002	2.188.646,5	1.745.665,6	423.561,8	19.419,2
2003	2.549.277,8	2.022.657,2	487.848,0	38.772,6
2004	3.066.703,5	2.521.615,0	509.289,0	35.799,6
2005	2.919.720,6	2.334.769,1	535.112,6	49.838,9
2006	3.147.037,7	2.531.482,5	564.688,8	50.866,4
2007	3.330.161,3	2.683.395,3	592.648,7	54.117,3
2008	3.762.473,2	2.948.719,9	744.223,6	69.529,7
2009	4.169.370,5	3.210.957,9	895.857,6	62.555,0
2010	4.632.072,5	3.493.449,8	1.050.667,0	87.955,7
2011	5.576.490,0	4.170.066,8	1.332.454,7	73.968,5
2012	5.477.563,4	4.522.820,7	877.120,8	77.621,9
2013	6.908.234,7	5.612.873,0	1.213.036,6	82.325,2

2. El Gasto Público en Salud para la Población con Seguridad Social = Gasto del IMSS + Gasto del ISSSTE + ISSFAM + Gasto en Salud de PEMEX + Instituciones de Seguridad Social de las Entidades Federativas.
9. Es el Gasto ejercido en salud por Instituto Mexicano del Seguro Social.
10. Es el Gasto ejercido en salud por Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
11. Es el Gasto en Salud ejercido por Petróleos Mexicanos.
12. Instituciones de Seguridad Social de las Entidades Federativas
15. Es el Gasto en Salud ejercido por el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

Tabla No. 31.- Población del estado de Michoacán 2000-2013

Año	**Población 16/**
2000	4.162.262
2001	4.176.873
2002	4.193.971
2003	4.212.077
2004	4.220.890
2005	4.233.917
2006	4.258.725
2007	4.290.259
2008	4.333.681
2009	4.381.615
2010	4.420.271
2011	4.458.100
2012	4.494.730
2013	4.529.914

16. Las cifras están contabilizadas a final de periodo.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

Tabla No. 32.- Producto interno bruto del estado de Michoacán 2000-2013

Año	Producto Interno Bruto 17/ (millones de pesos)
2000	110.932,1
2001	116.280,9
2002	121.559,6
2003	174.752,3
2004	195.358,2
2005	209.183,6
2006	229.944,6
2007	254.826,9
2008	282.029,4
2009	273.869,1
2010	297.543,1
2011	333.299,6
2012	349.183,8
2013	359.982,3
17. El PIB a nivel nacional se encuentra a precios de mercado.	

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

Anexo II.- Personal médico, enfermería, técnico y administrativo de la Secretaría de Salud del estado de Michoacán (2012-2015)

Tabla No. 33.- Personal médico de la Secretaría de Salud de Michoacán 2012-2015

CLUES	TOTAL MICHOACAN	JURISDICCION SANITARIA 1 MORELIA	JURISDICCION SANITARIA 2 ZAMORA	JURISDICCION SANITARIA 3 ZITACUARO	JURISDICCION SANITARIA 4 PATZCUARO	JURISDICCION SANITARIA 5 URUAPAN	JURISDICCION SANITARIA 6 LA PIEDAD	JURISDICCION SANITARIA 7 APATZINGAN	JURISDICCION SANITARIA 8 LAZARO CARDENAS
Total Personal Médico en la Unidad	4.394	1.572	537	414	441	544	347	279	260
Subtotal Médicos generales, odontólogos y especialistas	2.863	982	356	264	272	388	216	206	179
General	1.401	350	196	162	152	188	122	129	102
Anestesiólogo	176	69	22	12	14	28	14	10	7
Psiquiatra	24	24	-	-	-	-	-	-	-
Odontólogo	377	126	38	32	58	56	29	19	19
Odontólogo especialista (incluye cirujano)	57	14	9	21	-	2	-	4	7
Endrocrinólogo	8	7	-	-	-	1	-	-	-
Gastroenterólogo	8	8	-	-	-	-	-	-	-
Cardiólogo	11	8	-	-	-	2	1	-	-
Rehabilitación (medicina física)	4	4	-	-	-	-	-	-	-
Urólogo	17	14	-	1	-	1	-	1	-
Cirujano plástico y reconstructivo	7	6	-	-	-	1	-	-	-
Pediatra	134	55	17	4	8	20	11	9	10
Neumólogo	5	4	1	-	-	-	-	-	-
Neurólogo	12	11	-	-	-	1	-	-	-
Oncólogo	23	22	-	-	-	1	-	-	-
Hematólogo	10	9	-	-	-	1	-	-	-
Urgenciólogo	25	9	1	-	1	12	-	-	2
Ortopedista	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Proctólogo	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Angiólogo (vascular periférico)	3	3	-	-	-	-	-	-	-
Nefrólogo	8	8	-	-	-	-	-	-	-
Reumatólogo	4	4	-	-	-	-	-	-	-
Ginecoobstetra	175	57	21	11	22	30	13	7	14
Infectólogo	2	2	-	-	-	-	-	-	-
Geriatra	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Genetista	2	2	-	-	-	-	-	-	-
Alergólogo	2	2	-	-	-	-	-	-	-
Cirujano	149	60	23	10	9	17	10	13	7
Internista	76	24	12	3	4	13	10	6	4
Otros	33	24	3	1	-	1	-	2	2
Oftalmólogo	16	11	3	-	-	1	-	-	1
Otorrinonaringólogo	11	7	1	-	-	1	1	-	1
Traumatólogo	80	35	9	7	4	11	5	6	3
Dermatólogo	2	2	-	-	-	-	-	-	-
Subtotal Médicos en adiestramiento	1.160	456	121	121	130	123	103	43	63
Pasantes de medicina	481	103	62	72	70	56	50	29	39
Pasante de odontología	278	91	21	32	44	36	28	12	14
Interno de pregrado	231	103	32	17	16	31	20	2	10
Residentes	170	159	6	-	-	-	5	-	-
Subtotal Médicos en otras actividades	371	134	60	29	39	33	28	30	18
Labores administrativas	157	35	42	13	20	11	15	16	5
Labores de enseñanza e investigación	25	11	2	2	4	2	2	-	2
Epidemiólogo	29	10	2	3	2	3	2	3	4
Anatomo-patólogo	13	11	1	-	-	1	-	-	-
Radiólogo	27	13	5	1	1	3	2	2	-
Otros	120	54	8	10	12	13	7	9	7

Fuente: Secretaría de Salud del Estado de Michoacán.

Tabla No. 34.- Personal de enfermería de la Secretaría de Salud de Michoacán 2012-2015

CLUES	TOTAL MICHOACAN	JURISDICCION SANITARIA 1 MORELIA	JURISDICCION SANITARIA 2 ZAMORA	JURISDICCION SANITARIA 3 ZITACUARO	JURISDICCION SANITARIA 4 PATZCUARO	JURISDICCION SANITARIA 5 URUAPAN	JURISDICCION SANITARIA 6 LA PIEDAD	JURISDICCION SANITARIA 7 APATZINGAN	JURISDICCION SANITARIA 8 LAZARO CARDENAS
Total de Enfermeras en la Unidad	4.864	1.600	571	506	515	704	354	276	338
Subtotal Enfermeras en contacto con el paciente	4.530	1.515	515	495	483	591	341	261	329
Generales	1.452	641	153	161	118	162	51	78	88
Especialistas	220	127	21	13	13	24	1	6	15
Pasantes	1.133	255	132	168	180	155	114	43	86
Auxiliares	1.721	491	209	153	172	250	175	131	140
Subtotal Enfermeras en otras actividades	334	85	56	11	32	113	13	15	9
Labores administrativas	115	34	21	9	10	11	12	11	7
Labores de enseñanza e investigación	15	6	2	2	1	1	-	2	1
Otras	204	45	33	-	21	101	1	2	1

Fuente: Secretaría de Salud del estado de Michoacán

Tabla No. 35.- Otro personal profesional de la Secretaría de Salud en Michoacán 2012-2015

CLUES	TOTAL MICHOACAN	JURISDICCION SANITARIA 1 MORELIA	JURISDICCION SANITARIA 2 ZAMORA	JURISDICCION SANITARIA 3 ZITACUARO	JURISDICCION SANITARIA 4 PATZCUARO	JURISDICCION SANITARIA 5 URUAPAN	JURISDICCION SANITARIA 6 LA PIEDAD	JURISDICCION SANITARIA 7 APATZINGAN	JURISDICCION SANITARIA 8 LAZARO CARDENAS
Total Otro personal profesional (incluye pasantes)	677	337	55	47	40	98	40	24	36
Químicos	270	130	27	29	19	26	9	18	12
Lic. en Trabajo Social	81	31	5	1	8	27	4	-	5
Biólogos	7	4	-	-	-	1	-	1	1
Farmacobiólogos	47	9	-	-	-	20	14	-	4
Nutriólogos	69	27	14	7	3	9	6	-	3
Psicólogos	177	123	8	8	7	11	7	3	10
Ing. Biomédicos	1	-	-	-	-	1	-	-	-
Otros	25	13	1	2	3	3	-	2	1
Total Personal Técnico	631	260	65	52	74	56	39	45	40
En Odontología	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Dietista (incluye nutricionistas)	7	6	1	-	-	-	-	-	-
Promotores de Salud	113	8	9	19	25	14	10	15	13
Histopatología	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Citotecnología	7	-	3	-	-	3	-	-	1
Banco de Sangre	2	1	-	-	1	-	-	-	-
Trabajo Social	169	116	12	17	5	4	4	8	3
Electromédicos (electrocardiografía y electroencefalografía)	2	2	-	-	-	-	-	-	-
Laboratorio	45	11	15	1	8	-	6	2	2
Estadística	123	42	11	5	16	16	8	14	11
Técnico en Atención Primaria (TAP s, PRODIAP s)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rehabilitación Física	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Anestesiología	6	-	-	-	6	-	-	-	-
Radiología	141	61	14	9	13	18	10	6	10
Otros	14	11	-	1	-	1	1	-	-
Total Otro Personal	3.243	1.241	292	275	318	460	200	236	221
Personal administrativo	1.531	635	132	163	131	201	74	93	102
De archivo clínico	294	122	41	21	31	30	13	20	16
Conservación y mantenimiento	215	72	21	18	17	35	17	18	17
Intendencia (incluye lavandería)	816	271	70	48	103	104	67	84	69
Otros	374	141	28	25	36	77	29	21	17

Fuente: Secretaría de Salud del estado de Michoacán

Anexo III.- Infraestructura y equipamiento de la Secretaría de Salud en el estado de Michoacán (2012-2015)

Tabla No. 36.- Camas de hospital de la Secretaría de Salud en Michoacán 2012-2015

CLUES	TOTAL MICHOACAN	JURISDICCION SANITARIA 1 MORELIA	JURISDICCION SANITARIA 2 ZAMORA	JURISDICCION SANITARIA 3 ZITACUARO	JURISDICCION SANITARIA 4 PATZCUARO	JURISDICCION SANITARIA 5 URUAPAN	JURISDICCION SANITARIA 6 LA PIEDAD	JURISDICCION SANITARIA 7 APATZINGAN	JURISDICCION SANITARIA 8 LAZARO CARDENAS
Total de Camas Hospitalarias	1.171	522	96	87	68	137	85	79	97
Aislados	55	12	4	7	5	9	4	7	7
Cirugía General y Cirugía Reconstructiva	193	91	19	11	13	17	15	11	16
Gineco-Obstetricia	286	99	26	23	19	41	23	23	32
Pediatría	202	59	19	22	17	29	13	20	23
Medicina Interna	212	95	18	16	12	23	20	12	16
Hospitalización unidades de consulta externa	4	4	-	-	-	-	-	-	-
Oncología	17	17	-	-	-	-	-	-	-
Ortopedia	8	-	8	-	-	-	-	-	-
Traumatología	111	65	2	8	2	15	10	6	3
Psiquiatría	80	80	-	-	-	-	-	-	-
Otras especialidades	3	-	-	-	-	3	-	-	-

Fuente: Secretaría de Salud del estado de Michoacán

Tabla No. 37.- Camas no censables de la Secretaría de Salud en Michoacán 2012-2015

CLUES	TOTAL MICHOACAN	JURISDICCION SANITARIA 1 MORELIA	JURISDICCION SANITARIA 2 ZAMORA	JURISDICCION SANITARIA 3 ZITACUARO	JURISDICCION SANITARIA 4 PATZCUARO	JURISDICCION SANITARIA 5 URUAPAN	JURISDICCION SANITARIA 6 LA PIEDAD	JURISDICCION SANITARIA 7 APATZINGAN	JURISDICCION SANITARIA 8 LAZARO CARDENAS
Total Camas No Censables	894	220	187	45	148	103	45	70	76
Urgencias	397	81	120	14	74	39	16	19	34
Observación	104	27	17	6	6	16	5	14	13
Labor de parto	89	19	17	5	9	7	7	17	8
Recuperación postparto	103	13	15	8	49	9	1	1	7
Cunas de recién nacido neonatología y cuneros	67	10	12	3	4	3	10	16	9
Recuperación postquirúrgica	65	19	6	9	6	12	6	2	5
Terapia intensiva (incluye pediátricas y adulto)	28	25	-	-	-	3	-	-	-
Cunas de recién nacido cuidados intensivos neonatales	5	-	-	-	-	5	-	-	-
Terapia intermedia (incluye pediátricas y adulto)	10	-	-	-	-	9	-	1	-
Cuidados coronarios	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Recuperación de cirugía ambulatoria	12	12	-	-	-	-	-	-	-
Radioterapia (incluye teleterapia y braquiterapia)	2	2	-	-	-	-	-	-	-
Quimioterapia aplicación hospitalizada	6	6	-	-	-	-	-	-	-
Quemados	6	6	-	-	-	-	-	-	-
Transplante de médula ósea	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Secretaría de Salud del estado de Michoacán

Tabla No. 38.- Consultorios de la Secretaría de Salud en Michoacán 2012-2015

CLUES	TOTAL MICHOACAN	JURISDICCION SANITARIA 1 MORELIA	JURISDICCION SANITARIA 2 ZAMORA	JURISDICCION SANITARIA 3 ZITACUARO	JURISDICCION SANITARIA 4 PATZCUARO	JURISDICCION SANITARIA 5 URUAPAN	JURISDICCION SANITARIA 6 LA PIEDAD	JURISDICCION SANITARIA 7 APATZINGAN	JURISDICCION SANITARIA 8 LAZARO CARDENAS
Total de Consultorios	1.418	379	201	202	185	150	114	92	95
Medicina General	892	174	147	148	131	101	78	59	54
Planificación Familiar	7	1	-	1	1	-	1	2	1
Estomatología	185	42	27	28	29	17	14	12	16
Cirugía Maxilo Facial	2	2	-	-	-	-	-	-	-
Gineco-Obstetricia	35	14	2	3	3	5	2	2	4
Hematología	2	2	-	-	-	-	-	-	-
Medicina de Rehabilitación	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Medicina del Dolor	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Medicina Interna	20	5	2	2	2	2	3	3	1
Alergología	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Neumología	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Neurología	3	3	-	-	-	-	-	-	-
Nutrición	9	4	2	-	1	1	1	-	-
Oftalmología	11	6	3	-	-	1	-	-	1
Oncología	10	10	-	-	-	-	-	-	-
Ortopedia	4	3	1	-	-	-	-	-	-
Otorrinolaringología	6	3	1	-	-	1	1	-	-
Pediatría	31	11	2	3	3	3	3	3	3
Psicología	46	30	2	2	4	4	1	-	3
Angiología	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Psiquiatría	20	19	1	-	-	-	-	-	-
Reumatología	2	2	-	-	-	-	-	-	-
Urología	6	4	-	-	-	1	-	1	-
Traumatología	13	4	-	2	2	2	1	1	1
Otras Especialidades	16	5	3	3	-	3	1	-	1
Cardiología	3	3	-	-	-	-	-	-	-
Cirugía General y Cirugía	23	4	2	3	3	3	2	3	3
Dermatología	2	2	-	-	-	-	-	-	-
Endocrinología	3	3	-	-	-	-	-	-	-
Epidemiología	10	2	2	-	1	1	1	3	-
Gastroenterología	2	2	-	-	-	-	-	-	-
Area de urgencias	42	12	4	6	4	4	4	2	6
valoración de tocología	8	2	-	1	1	1	1	1	1
Proctología	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Geriatría	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Infectología	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nefrología	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Secretaría de Salud del estado de Michoacán

Tabla No. 39.- Quirófanos y salas de expulsión de la Secretaría de Salud en Michoacán 2012-2015

CLUES	TOTAL MICHOACAN	JURISDICCION SANITARIA 1 MORELIA	JURISDICCION SANITARIA 2 ZAMORA	JURISDICCION SANITARIA 3 ZITACUARO	JURISDICCION SANITARIA 4 PATZCUARO	JURISDICCION SANITARIA 5 URUAPAN	JURISDICCION SANITARIA 6 LA PIEDAD	JURISDICCION SANITARIA 7 APATZINGAN	JURISDICCION SANITARIA 8 LAZARO CARDENAS
Total Quirófanos	59	25	5	5	3	7	5	4	5
Salas de operación en área de urgencias	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Salas de operaciones en área de tocología y tococirugía	7	5	1	-	-	1	-	-	-
Salas de operación unidad quirúrgica	50	18	4	5	3	6	5	4	5
Salas de operación en área de cirugía ambulatoría	2	2	-	-	-	-	-	-	-
Salas de expulsión	69	11	9	3	14	5	6	11	10

Fuente: Secretaría de Salud del estado de Michoacán

Tabla No. 40.- Ambulancias y servicios de apoyo de la Secretaría de Salud en Michoacán 2012-2015

CLUES	TOTAL MICHOACAN	JURISDICCION SANITARIA 1 MORELIA	JURISDICCION SANITARIA 2 ZAMORA	JURISDICCION SANITARIA 3 ZITACUARO	JURISDICCION SANITARIA 4 PATZCUARO	JURISDICCION SANITARIA 5 URUAPAN	JURISDICCION SANITARIA 6 LA PIEDAD	JURISDICCION SANITARIA 7 APATZINGAN	JURISDICCION SANITARIA 8 LAZARO CARDENAS
Total Ambulancias	35	6	9	3	2	4	3	3	5
Ambulancias equipadas	2	-	1	-	-	1	-	-	-
Ambulancias de traslado	33	6	8	3	2	3	3	3	5
¿Cuenta con área de Banco de Sangre?	5	-	1	1	-	1	1	-	1
¿Cuenta con Laboratorio de Banco de Sangre?	2	-	1	-	-	1	-	-	
¿Cuenta con área de Central de Esterilización y Equipo?	125	43	12	10	7	8	17	5	23
¿Cuenta con área de Farmacia?	171	40	33	7	19	28	19	11	14

Fuente: Secretaría de Salud del estado de Michoacán

Tabla No. 41.- Unidades de salud por jurisdicción sanitaria de la Secretaría de Salud de Michoacán 2012-2015

JURISDICCION SANITARIA 1 MORELIA	
CAPASITS MORELIA	CS SAN JOSÉ CUARO
CARAVANA ZAPOTILLO	CS SAN JUAN YURÉCUARO
CENTRO ESTATAL DE ATENCION ONCOLOGICA	CS SAN PEDRO DE LOS SAUCES
CENTRO MICHOACANO DE SALUD MENTAL	CS SAN RAFAEL DEL CARRIZAL
CENTRO NUEVA VIDA MORELIA	CS SANTA ANA MAYA
CS ÁLVARO OBREGÓN	CS SANTA RITA
CS ALVARO OBREGÓN (SINGUIO)	CS SANTIAGO PURIATZICUARO
CS BENITO JUÁREZ	CS TAFETAN
CS BUENAVISTA	CS TARÍMBARO
CS CAÑADA DEL HERRERO	CS TENENCIA MORELOS
CS CHARO	CS TEREMENDO
CS CHEHUAYO GRANDE	CS TUNGAREO
CS CHUCANDIRO	CS TZINTZIMACATO
CS CHUPICUARO	CS TZINTZIMEO
CS COPÁNDARO DE GALEANA	CS TZIRITZICUARO
CS COTZIO	CS TZITZIO
CS CUITZEO	CS UNION DE PROGRESO
CS CUITZILLO GRANDE	CS URUETARO
CS CUTO DEL PORVENIR	CS VALLE DE JUÁREZ
CS EL CALVARIO	CS VALLE DE LOS MANANTIALES
CS EL GIGANTE	CS ZINAPECUARO DE FIGUEROA
CS EL PLATANILLO	H PSIQ DR. JOSÉ TORRES OROZCO
CS EL SALITRE	HG DR. MIGUEL SILVA
CS ESTACIÓN QUERÉNDARO	HG INFANTIL EVA SAMANO DE LÓPEZ MATEOS
CS FELIPE CARRILLO PUERTO	HG MARAVATIO
CS HUACAO	HOSPITAL BALBUENA (MARAVATIO)
CS HUANDACAREO	HOSPITAL DE LA MUJER
CS INDAPARAPEO	MODULO 1 MATAMOROS
CS JERUCO	MODULO 2 AMPLIACIÓN DEL PORVENIR
CS LA ESTANCIA	MODULO 3 TIERRA Y LIBERTAD
CS LA LOBERA	MODULO 4 EVA SAMANO DE LÓPEZ MATEOS
CS LA MINA	MODULO 5 CLARA CORDOBA
CS LA NORIA	MODULO 6 SANTA CECILIA
CS LAS CRUCES	MODULO 7 LOMAS DEL DURAZNO
CS LAS TROJES	MODULO 8 5 DE FEBRERO
CS LLANO GRANDE	MODULO 9 UNIÓN ANTORCHISTA
CS MESÓN NUEVO	U.M. CEBADILLAS I
CS MIGUEL SILVA	U.M. LA PALMA
CS MORELIA (DR. JUAN MANUEL GONZÁLEZ UREÑA)	U.M. LAS PALOMAS
CS PALOMAS	U.M. PINO REAL
CS PLAN DE LAS PALMAS	U.M. SAN MIGUEL EL ALTO
CS QUERÉNDARO	U.M. UMECUARO
CS RESUMIDERO	UM LA CHATANICUA
CS SAN AGUSTÍN DEL MAÍZ	UM PATAMBARO
CS SAN AGUSTÍN DEL PULQUE	UNEME DEDICAM

JURISDICCION SANITARIA 2 ZAMORA	
CS AQUILES SERDAN	CS SANTIAGO TANGAMANDAPIO
CS ARÍO DE RAYÓN	CS TACURO
CS BRISEÑAS	CS TANAQUILLO
CS CHAVINDA	CS TANGANCÍCUARO
CS CHILCHOTA	CS TARECUATO
CS CHURINTZIO	CS TELONZO
CS COJUMATLÁN	CS TINGÜINDIN
CS COTIJA	CS TOCUMBO
CS CUMUATO	CS VALLE DE GUADALUPE
CS DÁMASO CÁRDENAS	CS VENUSTIANO CARRANZA
CS ECUANDUREO	CS VILLAMAR
CS EL ALVAREÑO	CS VISTA HERMOSA DE NEGRETE
CS EL CUENQUEÑO	CS ZAMORA
CS EL FORTÍN	CS ZAMORA VALENCIA
CS EL GÜIRÍO	CS ZOPOCO
CS EL PLATANAL	HG SAHUAYO
CS EL SABINO	HG ZAMORA
CS EMILIANO ZAPATA	MODULO 1 CHAMIZAL
CS HUÁNCITO	MODULO 1 MONTEBELLO
CS HUECATO	MODULO 1 ROMERO FLORES
CS IXTLÁN	MODULO 2 NICARAGUA
CS JACONA	MODULO 2 TRASSIERRA
CS JIQUILPAN	MODULO 2 VALENCIA
CS LA ANGOSTURA	MODULO 3 LA LIBERTAD
CS LA CUESTITA	MODULO 3 NUEVA ESPAÑA
CS LA ESPERANZA	MODULO 3 ZARAGOZA
CS LA LUZ	MODULO 4 ADOLFO LÓPEZ MATEOS
CS LA PALMA	MODULO 4 CRISTO REY
CS LA SAUCEDA	MODULO 4 OBELISCOS
CS LOS NOGALES	MODULO 5 GENERALISIMO
CS LOS PILARES	UM COTIJA
CS PAJACUARÁN (MAURILIO RODRÍGUEZ MORA)	UM JIQUILPAN
CS PASO DE HIDALGO	UM PAJACUARÁN
CS PURÉPERO (DR. PEDRO D. MTZ.)	UM PURÉPERO
CS RINCON DE SAN ANDRÉS	UM TINGÜINDÍN
CS SAN ANTONIO OCAMPO	UM VILLAMAR
CS SAN JOSÉ DE GRACIA	UM ZAMORA
CS SANTA CLARA DE VALLADARES	UNEME GRAL. LAZARO CARDENAS DEL RIO

Fuente: Secretaría de Salud del estado de Michoacán

JURISDICCION SANITARIA 3 ZITACUARO	
CARAVANA ATZIMBARO	CS PATEO
CARAVANA EL HONDABLE	CS PUENTE DE TIERRA
CARAVANA MULTIRUTA ZITACUARO	CS PURECHUCHO
CARAVANA SAN BERNARDO	CS SAN ANTONIO MOLINOS
CARAVANA SAN RAFAEL	CS SAN ANTONIO VILLALONGÍN
CARAVANA SIETE CARRERAS	CS SAN FRANCISCO CURUNGUEO
CARAVANA TEJOCOTE POLVILLAS	CS SAN FRANCISCO DE LOS REYES
CENTRO NUEVA VIDA ZITACUARO	CS SAN ISIDRO ALTA HUERTA
CS AGOSTITLAN	CS SAN LORENZO QUERÉNDARO
CS AGUA SALADA	CS SAN LUCAS
CS ANGANGUEO	CS SAN LUCAS HUARIRAPEO
CS APORO	CS SAN NICOLAS TARIMORO
CS BENITO JUÁREZ	CS SANTA MARÍA DE LOS ÁNGELES
CS BUENAVISTA	CS SANTA RITA
CS CIUDAD HIDALGO	CS SENGUIO
CS COMBURINDIO	CS SUSUPUATO DE GUERRERO
CS CONTEPEC	CS TACUPA
CS COPÁNDARO (SANTIAGO)	CS TEPETONGO
CS EJIDO DE BRAVO	CS TEPUXTEPEC
CS EL AGUACATE	CS TIQUICHEO
CS EL AGUACATE (2A. MANZANA)	CS TLALPUJAHUA DE RAYON
CS EL ASOLEADERO	CS TLALPUJAHUILLA
CS EL CALABOZO PRIMERA FRACCION	CS TUXPAN
CS EL CARACOL	CS TUZANTLA
CS EL ESPINAL	CS TZINZINGAREO
CS EL HUERFANO	CS VENTA DE BRAVO
CS EL LLANO (SAN MIGUEL CANARÍO)	CS ZAPOTE CHICO
CS EL REVENTON	CS ZARAGOZA
CS EL TEJOCOTE	CS ZITACUARO
CS EPITACIO HUERTA	HC TUZANTLA
CS FRANCISCO SERRATO	HG CIUDAD HIDALGO
CS HUETAMO DE NÚÑEZ	HG ZITACUARO
CS IRIMBO	MODULO 1
CS JOSÉ MARÍA MORELOS (ZIRIPEO)	MODULO 1 ROSA DE CASTILLA
CS JUNGAPEO DE JUÁREZ	MODULO 2
CS LA ENCARNACIÓN	MODULO 2 SAN FRANCISCO
CS LA ESTANCIA	MODULO 3
CS LA JOYA	MODULO 3 LA AURORA
CS LA MORA	MODULO 4
CS LÁZARO CÁRDENAS	MODULO 4 PLAN DE AYALA
CS LOS DOLORES	U.M. QUENCHENDIO
CS LOS POZOS	U.M. SAN ANDRES LA VENTA
CS MAGALLANES	U.M. ZICATA DE MORELOS
CS MATA DE PINOS	UM GUAJES DE TERAN
CS MESA EL ENCINAL	UM GUAYABO DE CHAPIN
CS OCAMPO	UM JUNTAS DEL TANQUE
CS PAPATZINDÁN DE ROMERO	UM TZENTZENGUARO

Fuente: Secretaría de Salud del estado de Michoacán

JURISDICCION SANITARIA 4 PATZCUARO	
CARAVANA BALCONES	CS SAN GREGORIO
CARAVANA SANTA CLARA	CS SAN JOSÉ DE CHUÉN
CS ACATEN	CS SAN JUAN DE VIÑA
CS ACUITZIO DEL CANJE	CS SANTA CLARA DEL COBRE
CS ACUYO	CS SANTA CRUZ DE MORELOS
CS ARIO DE ROSALES	CS SANTA MARÍA HUIRAMANGARO
CS CARÁCUARO DE MORELOS	CS SANTIAGO AZAJO
CS CAURÍO DE GUADALUPE	CS TACÁMBARO
CS CHUPIO	CS TIRINDARO
CS COENEO DE LA LIBERTAD	CS TURICATO
CS COL. ERÉNDIRA	CS TZINTZUNTZAN
CS CORTIJO NUEVO	CS UREQUIO
CS CUANAJO	CS VILLA JIMENEZ
CS EL AHIJADERO	CS VILLA MADERO
CS EL PEDREGAL	CS ZACAPU
CS ERONGARÍCUARO	HC CARACUARO-NOCUPETARO
CS ESTANCIA GRANDE	HG MA. ZENDEJAS (TACAMBARO)
CS HUANIQUEO DE MORALES	HG PATZCUARO
CS HUIRAMBA	MODULO 1 ANGOSTURA
CS J. TRINIDAD REGALADO	MODULO 1 VENECIA
CS LA CÓRDOBA	MODULO 2 MIGUEL ÁNGEL
CS LA CUMBRE	MODULO 2 SERRATO
CS LA LUZ	MODULO 3 SERRATO
CS LAGUNILLAS	MODULO 4 20 DE NOVIEMBRE
CS LAS TABLAS	MODULO 5 PATZCUARO
CS MANZA	UM AGOSTADERO
CS MODULO LÁZARO CÁRDENAS	UM ANAMBO
CS NOCUPETARO DE MORELOS	UM ATIJO
CS NUEVO RODEO (EL RODEO)	UM EL BOSQUE
CS OJO DE AGUA DE CHUPIO	UM EL CAPULIN
CS PALMA DE ALTAMIRA	UM EL SAUZ
CS PANINDÍCUARO	UM EL TERRERO
CS PARAMUÉN	UM HOYAS ALTAS
CS PÁTZCUARO (VISTA DEL LAGO)	UM LA TINAJA
CS PEDERNALES	UM LOS MAGUEYES
CS PURUARÁN	UM MARÍANA
CS QUIROGA	UM PETATAN
CS SAN CRISTÓBAL DE LOS GUAJES	UM SANTA CATARINA

Fuente: Secretaría de Salud del estado de Michoacán

JURISDICCION SANITARIA 5 URUAPAN	
CARAVANA EL MIRADOR	CS TANCÍTARO
CARAVANA LA SOLEDAD ORIENTE	CS TARETAN
CARAVANA MULTIRUTA URUAPAN	CS TINGAMBATO
CARAVANA OJO ZARCO	CS TOMENDAN
CENTRO NUEVA VIDA URUAPAN	CS TOREO ALTO
CS AHUIRAN	CS URUAPAN (DR. JOSÉ ALVAREZ AMEZQUITA)
CS ANGAHUAN	CS ZIRACUARETIRO (DR. JOSÉ FIGUEROA O)
CS ARANTEPACUA	CS ZIRIMICUARO
CS CAJONES	HG DR. PEDRO DANIEL MARTÍNEZ
CS CALTZONTZIN	HG LOS REYES
CS CHARAPAN (DR. MANUEL OVIEDO MOTA)	HI CHERAN
CS COMACHUEN	MODULO 1 28 DE OCTUBRE
CS CONDEMBARO	MODULO 10 FOVISSSTE
CS CORONA	MODULO 11 JARDINES DEL PEDREGAL
CS CUTZATO	MODULO 12 JHOREMPIRI
CS GILDARDO MAGAÑA	MODULO 13 BENITO JUÁREZ
CS LOMBARDÍA	MODULO 2 2 DE MAYO
CS LOS REYES DE SALGADO	MODULO 3 APLIACION CUAUHTEMOC
CS NAHUATZEN	MODULO 4 COLORIN
CS NUEVO URECHO	MODULO 5 RAMON FARIAS
CS PERIBÁN DE RAMOS	MODULO 6 VILLAS DE LA FUENTE
CS POMOCUARÁN	MODULO 7 LOS LAURELES
CS QUINCEO	MODULO 8 UVAL
CS RANCHO SECO	MODULO 9 AMPLIACIÓN SAN FRANCISCO
CS SAN ANTONIO TIERRAS BLANCAS	UM BARRANQUILLAS
CS SAN FELIPE DE LOS HERREROS	UM LA CEBADILLA
CS SAN FRANCISCO PICHATARO	UM MILPILLAS
CS SAN ISIDRO	UM PALITO VERDE
CS SANTA CASILDA	UM PLAN DE AYALA

Fuente: Secretaría de Salud del estado de Michoacán

JURISDICCION SANITARIA 6 LA PIEDAD	
CS ACUITZERAMO	CS SAN JUAN DEL FUERTE
CS ANCIHUACUARO	CS SAN LORENZO
CS ANGAMACUTIRO DE LA UNIÓN	CS SAN MIGUEL
CS BATUECAS	CS SAN NICOLÁS TUMBASTATIRO
CS CHURINTZIO	CS SAN PEDRO (CARANO)
CS EL COLORADO (ZERECUATO)	CS SANTA FE DEL RÍO
CS EL FRESNO	CS TANHUATO
CS EL GRANGENAL	CS TARIMORO
CS EL GUAYABO	CS TINAJA DE VARGAS
CS EL MALUCO	CS TLAZAZALCA
CS EL TRIUNFO	CS VILLA MORELOS
CS GALEANA	CS VILLACHUATO
CS HÉROES DE CHAPULTEPEC	CS YURECUARO
CS ISAAC ARRIAGA	CS ZINAPARO
CS LA JABONERA	HG LA PIEDAD
CS LA LUZ	HG PURUANDIRO
CS LA NORIA	MODULO 1 EDUARDO VILLASEÑOR
CS LA PIEDAD (GPE. MATEOS Y VEGA)	MODULO 1 YURECUARO
CS LA QUEMADA	MODULO 2 FRANCISCO J. MUJICA
CS LAS RANAS	MODULO 3 ZENDEJAS
CS LAS TORTUGAS	U.M. CORRALES
CS LOS GUAJES	U.M. EL PILAR
CS MANCERA	U.M. EL TEQUESQUITE
CS MONTELEON	U.M. LA NORIA
CS NUMARÁN	U.M. LA PALMA
CS PASTOR ORTÍZ	U.M. MIRAVALLE
CS PENJAMILLO DE DEGOLLADO	U.M. VILLANUEVA
CS PURUÁNDIRO	U.M. ZARAGOZA
CS SAN ANTONIO CARUPO	UM ACUMBARO
CS SAN JOSÉ DE VARGAS	

JURISDICCION SANITARIA 7 APATZINGAN	
CARAVANA MIRADOR DE CHAPULA	MODULO 22 DE OCTUBRE 5
CARAVANA PIEDRA VERDE	MODULO CENTRO 2
CARAVANA POTRERO DE LAS HIGUERAS	MODULO CENTRO 3
CS AGUILILLA (SECUNDINO BENJAMIN R.)	MODULO LA PRADERA 4
CS ANTÚNEZ	MODULO LA PRADERA 7
CS APATZINGÁN	MODULO MORELOS 8
CS BONIFACIO MORENO (EL AGUAJE)	MODULO NUEVA ITALIA 1
CS BUENAVISTA TOMATLÁN	MODULO NUEVA ITALIA 2
CS BUENOS AIRES	MODULO RUBEN ROMERO 1
CS CATALINAS	MODULO RUBEN ROMERO 6
CS CHURUMUCO	U.M. 18 DE MARZO
CS COALCOMÁN DE VÁZQUEZ PALLARES	U.M. EL BEJUCO
CS EL CEÑIDOR	U.M. EL LETRERO
CS FELIPE CARRILLO PUERTO (LA RUANA)	U.M. EL PITIRAL
CS GAMBARA	U.M. PINZANDARO
CS LA HUACANA	U.M. SAN JUAN DE LOS PLATANOS
CS PARÁCUARO	U.M. USPERO
CS TEPALCATEPEC	UM BARRANCA SECA
CS ZICUIRAN	UM LA ZAUDA
HC LA HUACANA	UM SAN MARTIN DE LA LUZ
HG RAMÓN PONCE ÁLVAREZ	UM SAN NICOLÁS (NVO INGUARAN)
HI NUEVA ITALIA	

Fuente: Secretaría de Salud del estado de Michoacán

JURISDICCION SANITARIA 8 LAZARO CARDENAS	
CARAVANA AQUILA	CS TIZUPAN
CARAVANA CUIRARA	CS TUMBISCATIO DE RUÍZ
CARAVANA ZAPOTE NORTE	CS VILLA VÍCTORIA
CENTRO NUEVA VIDA LÁZARO CÁRDENAS	CS ZAPOTAN
CS ACALPICAN	HC MARUATA
CS ACHOTAN	HG LÁZARO CÁRDENAS
CS AQUILA	HI ARTEAGA
CS BOCA DE APIZA	HI COAHUAYANA
CS BORDONAL	MODULO 1 LEANDRO VALLE
CS BUENOS AIRES	MODULO 1 RÍO BALSAS
CS CALETA DE CAMPOS	MODULO 2 EMILIANO ZAPATA
CS COAHUAYANA VIEJO	MODULO 2 TAXISTAS
CS COFRADÍA DE OSTULA	UM EL LIMONCITO
CS CUILALA DE HIDALGO	UM EL VALLE
CS EL HABILLAL	UM HIGUERA PANDA
CS EL OTATE	UM LA CHACALA
CS INFIERNILLO	UM LA LABOR
CS LA MIRA	UM LOS AGUACATES
CS LA ORILLA (LA ORILLITA)	UM LOS AMATES
CS LAS GUACAMAYAS	UM MATA DE PLATANO
CS LÁZARO CÁRDENAS	UM PINZANDARAN
CS LOS COYOTES	UM SAN ANTONIO
CS PALOS MARÍAS	UM SANTA MARÍA MIRAMAR
CS PLAYA AZUL	UM TIERRA DE JUÁREZ

Fuente: Secretaría de Salud del estado de Michoacán

Tabla No. 42.- Red de hospitales de la Secretaría de Salud en Michoacán 2012-2015

JURISDICCION SANITARIA 1 MORELIA
CENTRO ESTATAL DE ATENCION ONCOLOGICA
CENTRO MICHOACANO DE SALUD MENTAL
H PSIQ DR. JOSÉ TORRES OROZCO
HG DR. MIGUEL SILVA
HG INFANTIL EVA SAMANO DE LÓPEZ MATEOS
HG MARAVATIO
HOSPITAL DE LA MUJER
HOSPITAL BALBUENA (MARAVATIO)
JURISDICCION SANITARIA 2 ZAMORA
HG SAHUAYO
HG ZAMORA
JURISDICCION SANITARIA 3 ZITACUARO
HC TUZANTLA
HG CIUDAD HIDALGO
HG ZITACUARO
JURISDICCION SANITARIA 4 PATZCUARO
HC CARACUARO-NOCUPETARO
HG PATZCUARO
HG MA. ZENDEJAS (TACAMBARO)
JURISDICCION SANITARIA 5 URUAPAN
HG DR. PEDRO DANIEL MARTÍNEZ
HG LOS REYES
HI CHERAN
JURISDICCION SANITARIA 6 LA PIEDAD
HG LA PIEDAD
HG PURUANDIRO
JURISDICCION SANITARIA 7 APATZINGAN
HC LA HUACANA
HG RAMÓN PONCE ÁLVAREZ
HI NUEVA ITALIA
JURISDICCION SANITARIA 8 LAZARO CARDENAS
HC MARUATA
HG LÁZARO CÁRDENAS
HI ARTEAGA
HI COAHUAYANA

Fuente: Secretaría de Salud del estado de Michoacán

Anexo IV.- Cuestionario

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales
Maestría en Políticas Públicas

C U E S T I O N A R I O

Mi nombre es Claudia María Ramírez Cendejas, estudiante de la Maestría en Políticas Públicas del Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Estoy realizando un trabajo de investigación para elaborar la tesis que me permitirá obtener el grado académico correspondiente.

La investigación tiene como objetivo cuantificar la contribución que la política pública de salud a través del acceso al seguro popular ha tenido en los "gastos de bolsillo" en salud, de las personas afiliadas, atendidas en Morelia, Mich.

Este instrumento es anónimo y confidencial. Los resultados obtenidos serán resguardados y utilizados únicamente con fines académicos. Agradezco su interés y cooperación.

INSTRUCCIONES: De acuerdo con cada pregunta, marque con una X la respuesta que considere mejor.

Instrumento No. _____

HOSPITAL DONDE RECIBE ATENCIÓN MÉDICA:
1) Civil ( ) 2) Oncológico ( ) 3) De la Mujer ( ) 4) Infantil ( )

Indique lugar de procedencia y motivo por el que se atiende en Morelia

_____

1.- ¿Desde qué año está afiliado al Seguro Popular?
1) 2005-2006 ( )
2) 2007-2008 ( )
3) 2009-2010 ( )
4) 2011-2012 ( )
5) 2013-2014 ( )
6) 2015-2016 ( )

2.- ¿Cuánto paga de cuota anual por el seguro popular?
1) No pago nada ( )
2) Menos de $1,000 ( )
3) $1,000 a $3,000 ( )
4) $4,000 a $6,000 ( )
5) Más de $6,000 ( )
6) Otro _____

3.- ¿Con qué frecuencia utiliza los servicios del Seguro Popular?

1) No lo utilizo ( )
2) Una vez al mes ( )
3) Dos veces al mes ( )
4) Tres veces al mes ( )
5) Cuatro o más veces al mes ( )

4.- ¿Está usted satisfecho con la atención que recibe con el Seguro Popular?

1) Sí ( )
2) No ( )
3) Más o Menos ( )

5.- ¿Es usted jefe (a) de familia?

1) Sí ( )
2) No ( )

6.- ¿Cuántas personas son en su familia, contándolo a usted?

1) Una ( )
2) Dos ( )
3) Tres ( )
4) Cuatro ( )
5) Cinco o más ( )

7.- ¿Cuál fue su último grado de estudios?

1) Primaria ( )
2) Secundaria ( )
3) Preparatoria o técnica ( )
4) Profesional ( )
5) Otro ( )

8.- ¿A qué se dedica actualmente?

1) Empleado ( )
2) Obrero ( )
3) Negocio propio ( )
4) Campesino ( )
5) Otro _____

9.- ¿Con qué frecuencia percibe usted sus ingresos?

1) Diario ( )
2) Semanal ( )
3) Quincenal ( )
4) Mensual ( )
5) No tengo ingresos ( )
6) Otro _____

10.- ¿A cuánto ascienden sus ingresos mensuales?

1) Menos de 2,200 ( )
2) 2,200 a 4,400 ( )
3) 4,400 a 6,600 ( )
4) 6,600 a 8,800 ( )
5) 8,800 a 10,956 ó más ( )

11.- ¿Cuánto gasta en comida a la semana?

1) Menos de 500 ( )
2) 600 a 800 ( )
3) 800 a 1,000 ( )
4) 1,100 a 1,300 ( )
5) Más de 1,300 ( )

12.- La última vez que usted o algún miembro de su familia se enfermó, en donde se atendió?

1) Centro de salud u hospital de la SS ( )
2) Con médico particular ( )
3) Consultorio de farmacia ( )
4) IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEMAR, SEDENA ( )
5) IMSS OPORTUNIDADES ( )

13.- ¿Por qué razón se atendió ahí?

1) Me queda cerca ( )
2) Me atienden bien ( )
3) Es gratuita la atención ( )
4) Me dan el medicamento ( )
5) El servicio es rápido ( )
6) Otro ( ) _____

14.- La última vez que se atendió en algún centro de salud u hospital de la Secretaría de Salud, ¿cuánto tiempo esperó para recibir la consulta o atención médica, una vez que llegó al lugar?

1) Menos de 20 minutos ( )
2) 30 Minutos ( )
3) 40 minutos ( )
4) 50 minutos ( )
5) Más de 50 minutos ( )

15.- ¿Con qué frecuencia ha tenido gastos de consultas médicas en su hogar durante los últimos 3 meses?

1) Ninguna ( )
2) Una vez ( )
3) Dos veces ( )
4) Tres veces ( )
5) Más de tres veces ( )

16.- ¿Cuánto ha pagado en total por las consultas médicas de su hogar durante los últimos 3 meses?

1) Menos de $100 ( )
2) $100 a 200 ( )
3) $300 a 400 ( )
4) $500 a 600 ( )
5) Más de $600 ( ) _____

17.- ¿Por qué motivo tuvo que pagar por las consultas?

1) No la cubre el Seguro Popular ( )
2) La cubre el SP pero no me atendieron ( )
3) Me atendí en consultorio de farmacia ( )
4) Me atendí con médico particular ( ) ¿Por qué? _____

18.- ¿Cuál fue la forma de pago de las consultas?

1) Efectivo ( )
2) Con tarjeta de crédito ( )

19.- De dónde obtuvo el dinero para pagar las consultas?

1) Ahorros ( )
2) Del gasto familiar ( )
3) Préstamo de un familiar o amigo ( )
4) Donación de alguna institución ( ) ¿Cuál? _____
5) Empeñé o vendí alguna pertenencia ( )
6) Otro ( ) _____

20.- ¿Con qué frecuencia ha tenido gastos en su hogar en medicamentos con receta durante los últimos 3 meses?

1) Ninguna ( )
2) Una vez ( )
3) Dos veces ( )
4) Tres veces ( )
5) Más de tres veces ( )

21.- ¿Cuánto ha pagado en total por los medicamentos con receta en su hogar durante los últimos 3 meses?

1) Menos de $100 ( )
2) $ 100 a 200 ( )
3) $200 a 300 ( )
4) 300 a 400 ( )
5) Más de $ 400 ¿Cuánto? _____

22.- ¿Por qué motivo tuvo que pagar por los medicamentos con receta?

1) No los cubre el Seguro Popular ( )
2) Los cubre pero no había existencia ( )
3) Sólo cubrió una parte de medicinas ( )
4) Me atendí con médico particular ( ) ¿Por qué?_____

23.- ¿Cuál fue la forma de pago de los medicamentos con receta?

1) Efectivo ( )
2) Con tarjeta de crédito ( )

24.- De dónde obtuvo el dinero para pagar los medicamentos con receta?

1) Ahorros ( )
2) Del gasto familiar ( )
3) Préstamo de un familiar o amigo ( )
4) Donación de alguna institución ( ) ¿Cuál? _____
5) Empeñé o vendí alguna pertenencia ( )
6) Otro ( ) _____

25.- ¿Con qué frecuencia ha tenido gastos en su hogar en medicamentos sin receta durante los últimos 3 meses?

1) Ninguna ( )
2) Una vez ( )
3) Dos veces ( )
4) Tres veces ( )
5) Más de tres veces ( )

26.- ¿Cuánto ha pagado en total por los medicamentos sin receta en su hogar durante los últimos 3 meses?

1) Menos de $100 ( )
2) $ 100 a 200 ( )
3) $200 a 300 ( )
4) 300 a 400 ( )
5) Más de $ 400 ¿Cuánto? _____

27.- ¿Por qué motivo tuvo que pagar por los medicamentos sin receta?

1) Trabajo no tuve tiempo de ir al doctor ( )
2) Me auto-mediqué ( )
3) Se ocupa mucho tiempo para una consulta con el seguro popular ( )
4) Porque el Seguro Popular de todas formas no cubre esas medicinas ( )

28.- ¿Cuál fue la forma de pago de los medicamentos sin receta?

1) Efectivo ( )
2) Con tarjeta de crédito ( )

29.- De dónde obtuvo el dinero para pagar los medicamentos sin receta?

1) Ahorros ( )
2) Del gasto familiar ( )
3) Préstamo de un familiar o amigo ( )
4) Donación de alguna institución ( ) ¿Cuál? _____
5) Empeñé o vendí alguna pertenencia ( )
6) Otro ( ) _____

30.- ¿Con qué frecuencia ha tenido gastos en su hogar en otros productos farmacéuticos durante los últimos 3 meses? (Jeringas, algodones, material de curación, etc.).

1) Ninguna ( )
2) Una vez ( )
3) Dos veces ( )
4) Tres veces ( )
5) Más de tres veces ( )

31.- ¿Cuánto ha pagado en total por los otros productos farmacéuticos durante los últimos 3 meses?

1) Menos de $100 ( )
2) $ 100 a 200 ( )
3) $200 a 300 ( )
4) 300 a 400 ( )
5) Más de $ 400 ¿Cuánto? _____

32.- ¿Por qué motivo tuvo que pagar por otros productos farmacéuticos?

1) No los cubre el Seguro Popular ( )
2) Los cubre pero no había existencia ( )
3) Sólo cubrió una parte ( )
4) Me atendí con médico particular ( ) ¿Por qué? _____

33.- ¿Cuál fue la forma de pago de los otros productos farmacéuticos?

1) Efectivo ( )
2) Con tarjeta de crédito ( )

34.- ¿De dónde obtuvo el dinero para pagar los otros productos farmacéuticos?

1) Ahorros ( )
2) Del gasto familiar ( )
3) Préstamo de un familiar o amigo ( )
4) Donación de alguna institución ( ) ¿Cuál? _____
5) Empeñé o vendí alguna pertenencia ( )
6) Otro ( ) _____

35.- ¿Cuánto ha pagado en total por cirugía u hospitalización en los últimos 12 meses?

1) Menos de $2,000 ( )
2) $2,000 a 4,000 ( )
3) $5000 a 7,000 ( )
4) 8,000 a 10,000 ( )
5) Más de $ 11,000 ( ) ¿Cuánto? _____
6) No he ocupado esos servicios ( )

36.- ¿Por qué motivo tuvo que pagar por la cirugía u hospitalización?

1) No los cubre el Seguro Popular ( )
2) Los cubre pero no había cupo ( )
3) Sólo cubrió una parte ( )
4) Me atendí con médico particular ( ) ¿Por qué? _____

37.- ¿Cuál fue la forma de pago de la cirugía u hospitalización?

1) Efectivo ( )
2) Con tarjeta de crédito ( )

38.- ¿De dónde obtuvo el dinero para pagar la cirugía u hospitalización?

1) Ahorros ( )
2) Del gasto familiar ( )
3) Préstamo de un familiar o amigo ( )
4) Donación de alguna institución ( ) ¿Cuál? _____
5) Empeñé o vendí alguna pertenencia ( )
6) Otro ( ) _____

39.- ¿Con qué frecuencia ha tenido gastos en su hogar por análisis de laboratorio y gabinete (densitometrías, rayos x, ultrasonidos, mastografías, etc.) durante los últimos 3 meses?

1) Ninguna ( )
2) Una vez ( )
3) Dos veces ( )
4) Tres veces ( )
5) Más de tres veces ( )

40.- ¿Cuánto ha pagado en total por análisis de laboratorio y gabinete (densitometrías, rayos x, ultrasonidos, mastografías, etc.) durante los últimos 3 meses?

1) Menos de $100 ( )
2) $100 a 300 ( )
3) $400 a 600 ( )
4) $700 a 900 ( )
5) Más de $ 1,000 ( ) ¿Cuánto? _____
6) No he ocupado esos servicios ( )

41.- ¿Por qué motivo tuvo que pagar por análisis de laboratorio y gabinete (densitometrías, rayos x, ultrasonidos, mastografías, etc.) durante los últimos 3 meses?

1) No los cubre el Seguro Popular ( )
2) Los cubre pero no se pudieron hacer ( )
3) Sólo cubrió una parte ( )
3) Me atendí en laboratorio particular ( ) ¿Por qué? _____

42.- ¿Cuál fue la forma de pago de los análisis de laboratorio y gabinete (densitometrías, rayos x, ultrasonidos, mastografías, etc.) durante los últimos 3 meses?

1) Efectivo ( )
2) Con tarjeta de crédito ( )

43.- ¿De dónde obtuvo el dinero para pagar los análisis de laboratorio y gabinete (densitometrías, rayos x, ultrasonidos, mastografías, etc.)?

1) Ahorros ( )
2) Del gasto familiar ( )
3) Préstamo de un familiar o amigo ( )
4) Donación de alguna institución ( ) ¿Cuál? _____
5) Empeñé o vendí alguna pertenencia ( )
6) Otro ( ) _____

44.- ¿Cuánto ha pagado en total por aparatos ortopédicos, dentales, terapéuticos y material quirúrgico en los últimos 3 meses?

1) Menos de $500 ( )
2) $1000 a $ 2,500 ( )
3) $3,000 a 4,500 ( )
4) $5,000 a 6,500 ( )
5) Más de $ 7,000 ( ) ¿Cuánto? _____
6) No he ocupado esos servicios ( )

45.- ¿Por qué motivo tuvo que pagar por aparatos ortopédicos, dentales, terapéuticos y material quirúrgico en los últimos 3 meses?

1) No los cubre el Seguro Popular ( )
2) Los cubre pero no había ( )
3) Sólo cubrió una parte ( )
4) Me atendí con médico particular ( ) ¿Por qué? _____

46.- ¿Cuál fue la forma de pago de los aparatos ortopédicos, dentales, terapéuticos y material quirúrgico en los últimos 3 meses?

1) Efectivo ( )
2) Con tarjeta de crédito ( )

47.- ¿De dónde obtuvo el dinero para pagar los aparatos ortopédicos, dentales, terapéuticos y material quirúrgico en los últimos 3 meses?

1) Ahorros ( )
2) Del gasto familiar ( )
3) Préstamo de un familiar o amigo ( )
4) Donación de alguna institución ( ) ¿Cuál? _____
5) Empeñé o vendí alguna pertenencia ( )
6) Otro ( ) _____

48.- En los últimos tres meses interrumpió algún tratamiento médico por falta de dinero?

1) SÍ ( )
2) NO ( )

49.- ¿Padece usted o algún familiar alguna enfermedad grave o enfermedad crónica (recurrente)?

1) SÍ ( ) ¿Cuál? _____
2) NO ( )

50.- En caso de contestar afirmativo a la pregunta anterior ¿El Seguro Popular le cubre dicho padecimiento o enfermedad?

1) Totalmente ( )
2) No lo cubre ( )
3) Parcialmente ( )

Finalmente, ¿Cómo le gustaría a usted que fuera el Seguro Popular?

_____
_____

Anexo V.- Tablas de frecuencia y estadísticos descriptivos

Tabla No. 43.- Lugar de procedencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Morelia	164	41,1	41,1	41,1
	Lázaro Cárdenas	5	1,3	1,3	42,4
	Nueva Italia	4	1,0	1,0	43,4
	José Sixtos Verduzco	4	1,0	1,0	44,4
	Huandacareo	5	1,3	1,3	45,6
	La Huacana	2	,5	,5	46,1
	Tacámbaro	7	1,8	1,8	47,9
	Uruapan	15	3,8	3,8	51,6
	Guerrero	7	1,8	1,8	53,4
	Jiquilpán	1	,3	,3	53,6
	Puruándiro	1	,3	,3	53,9
	Ario de Rosales	6	1,5	1,5	55,4
	Villa Jiménez	2	,5	,5	55,9
	Álvaro Obregón	8	2,0	2,0	57,9
	Tzintzuntzan	1	,3	,3	58,1
	Erongarícuaro	1	,3	,3	58,4
	Quiroga	3	,8	,8	59,1
	Cd. Hidalgo	11	2,8	2,8	61,9
	Cuitzeo	6	1,5	1,5	63,4
	Indaparapeo	9	2,3	2,3	65,7
	Pátzcuaro	9	2,3	2,3	67,9
	Acuitzio	6	1,5	1,5	69,4
	Tzitzio	4	1,0	1,0	70,4
	Aguililla	2	,5	,5	70,9
	Coeneo	2	,5	,5	71,4
	Tiquicheo	3	,8	,8	72,2
	Zinapécuaro	7	1,8	1,8	73,9
	Salvador Escalante	3	,8	,8	74,7
	Zitácuaro	9	2,3	2,3	76,9
	Zacapu	3	,8	,8	77,7
	Charo	4	1,0	1,0	78,7
	Tarímbaro	10	2,5	2,5	81,2
	Churumuco	1	,3	,3	81,5
	Zirahuén	1	,3	,3	81,7
	Chilchota	1	,3	,3	82,0
	Nahuatzen	4	1,0	1,0	83,0
	Maravatío	5	1,3	1,3	84,2
	Huetamo	7	1,8	1,8	86,0
	Purépero	2	,5	,5	86,5
	Queréndaro	4	1,0	1,0	87,5
	Zamora	3	,8	,8	88,2
	Madero	1	,3	,3	88,5
	Tuxpan	2	,5	,5	89,0
	Huiramba	1	,3	,3	89,2
	Parácuaro	2	,5	,5	89,7
	Irimbo	1	,3	,3	90,0
	Guanajuato	2	,5	,5	90,5
	Apatzingán	4	1,0	1,0	91,5
	Angamacutiro	2	,5	,5	92,0
	Ocampo	1	,3	,3	92,2
	Lagunillas	2	,5	,5	92,7
	Buenavista	1	,3	,3	93,0
	Aquila	1	,3	,3	93,2
	Coalcomán	1	,3	,3	93,5
	Carácuaro	1	,3	,3	93,7
	Chucándiro	1	,3	,3	94,0
	Ecuandureo	1	,3	,3	94,2
	Copándaro	2	,5	,5	94,7
	Tingambato	1	,3	,3	95,0
	Tanhuato	1	,3	,3	95,2
	Susupuato	1	,3	,3	95,5
	Vista Hermosa	2	,5	,5	96,0
	Paracho	4	1,0	1,0	97,0
	Tangacícuaro	1	,3	,3	97,2
	Huaniqueo	1	,3	,3	97,5
	Tocumbo	1	,3	,3	97,7
	Nuevo Parangaricutiro	1	,3	,3	98,0
	Yurécuaro	1	,3	,3	98,2
	La piedad	1	,3	,3	98,5
	Ziracuaretiro	1	,3	,3	98,7
	Tepalcatepec	1	,3	,3	99,0
	Los Reyes	2	,5	,5	99,5
	Sahuayo	1	,3	,3	99,7
	San Lucas	1	,3	,3	100,0
	Total	399	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 44.- Hospital atención médica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hospital Civil	100	25,1	25,1	25,1
	Hospital Oncológico	93	23,3	23,3	48,4
	Hospital de la Mujer	106	26,6	26,6	74,9
	Hospital Infantil	100	25,1	25,1	100,0
	Total	399	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 45.- Año de afiliación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2005-2006	31	7,8	7,8	7,8
	2007-2008	30	7,5	7,5	15,3
	2009-2010	69	17,3	17,3	32,6
	2011-2012	132	33,1	33,1	65,7
	2013-2014	88	22,1	22,1	87,7
	2015-2016	49	12,3	12,3	100,0
	Total	399	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 46.- Cuota anual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No pago nada	395	99,0	99,0	99,0
	Menos de $1, 000	2	,5	,5	99,5
	Más de $6, 000	1	,3	,3	99,7
	Otro	1	,3	,3	100,0
	Total	399	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 47.- Frecuencia servicios SP

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No lo utilizo/Lo utilizo muy poco	51	12,8	12,8	12,8
	Una vez al mes	218	54,6	54,6	67,4
	Dos veces al mes	97	24,3	24,3	91,7
	Tres veces al mes	16	4,0	4,0	95,7
	Cuatro o más veces al mes	17	4,3	4,3	100,0
	Total	399	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 48.- Satisfacción en la atención

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	282	70,7	70,7	70,7
	No	21	5,3	5,3	75,9
	Más o menos	96	24,1	24,1	100,0
	Total	399	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 49.- Jefe de familia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	312	78,2	78,2	78,2
	No	86	21,6	21,6	99,7
	5	1	,3	,3	100,0
	Total	399	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 50.- Número de personas en la familia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Una	11	2,8	2,8	2,8
	Dos	39	9,8	9,8	12,5
	Tres	87	21,8	21,8	34,3
	Cuatro	122	30,6	30,6	64,9
	Cinco o más	140	35,1	35,1	100,0
	Total	399	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 51.- Grado de estudios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	180	45,1	45,1	45,1
	Secundaria	144	36,1	36,1	81,2
	Preparatoria o Técnica	48	12,0	12,0	93,2
	Profesional	15	3,8	3,8	97,0
	Otro	12	3,0	3,0	100,0
	Total	399	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 52.- Actividad laboral actual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Empleado	142	35,6	35,6	35,6
	Obrero	52	13,0	13,0	48,6
	Negocio propio	21	5,3	5,3	53,9
	Campesino	51	12,8	12,8	66,7
	Otro	133	33,3	33,3	100,0
	Total	399	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 53.- Frecuencia de ingresos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Diario	71	17,8	17,8	17,8
	Semanal	199	49,9	49,9	67,7
	Quincenal	64	16,0	16,0	83,7
	Mensual	15	3,8	3,8	87,5
	Otro	45	11,3	11,3	98,7
	6	5	1,3	1,3	100,0
	Total	399	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 54.- Cantidad de ingresos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos de $2, 200	211	52,9	52,9	52,9
	$2, 200 a $4, 400	124	31,1	31,1	84,0
	$4, 400 a $6, 600	53	13,3	13,3	97,2
	$6,600 a $8, 800	9	2,3	2,3	99,5
	$8, 800 a $10, 956 o más	2	,5	,5	100,0
	Total	399	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 55.- Gasto de comida semanal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos de $500	206	51,6	51,6	51,6
	$600 a $800	137	34,3	34,3	86,0
	$800 a $1, 000	45	11,3	11,3	97,2
	$1, 100 a $1, 300	8	2,0	2,0	99,2
	Más de $1, 300	3	,8	,8	100,0
	Total	399	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 56.- Lugar de atención en la última vez que alguien se enfermó

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Centro de Salud u Hospital de la SS	268	67,2	67,2	67,2
	Con médico particular	51	12,8	12,8	79,9
	Consultorio de farmacia	45	11,3	11,3	91,2
	IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEMAR, SEDENA	2	,5	,5	91,7
	IMSS OPORTUNIDADES	33	8,3	8,3	100,0
	Total	399	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 57.- Razón de atención

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Me queda cerca	74	18,5	18,5	18,5
	Me atienden bien	45	11,3	11,3	29,8
	Es gratuita la atención	230	57,6	57,6	87,5
	Me dan el medicamento	9	2,3	2,3	89,7
	El servicio es rápido	37	9,3	9,3	99,0
	Otro	4	1,0	1,0	100,0
	Total	399	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 58.- Tiempo de espera en la consulta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos de 20 minutos	42	10,5	10,5	10,5
	30 minutos	94	23,6	23,6	34,1
	40 minutos	63	15,8	15,8	49,9
	50 minutos	43	10,8	10,8	60,7
	Más de 50 minutos	157	39,3	39,3	100,0
	Total	399	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 59.- Frecuencia de consultas médicas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	137	34,3	34,3	34,3
	Una vez	125	31,3	31,3	65,7
	Dos veces	69	17,3	17,3	83,0
	Tres veces	46	11,5	11,5	94,5
	Más de tres veces	22	5,5	5,5	100,0
	Total	399	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 60.- Pago por consultas médicas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos de $100	142	35,6	54,0	54,0
	$100 a $200	58	14,5	22,1	76,0
	$300 a $400	19	4,8	7,2	83,3
	$500 a $600	20	5,0	7,6	90,9
	Más de $600	24	6,0	9,1	100,0
	Total	263	65,9	100,0	
Perdidos	Sistema	136	34,1		
Total		399	100,0		

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 61.- Motivo de pago por consultas médicas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No las cubre el SP	114	28,6	43,7	43,7
	La cubre el SP pero, no me atendieron	6	1,5	2,3	46,0
	Me atendí en consultorio de farmacia	56	14,0	21,5	67,4
	Me atendí con un médico particular	85	21,3	32,6	100,0
	Total	261	65,4	100,0	
Perdidos	Sistema	138	34,6		
Total		399	100,0		

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 62.- Forma de pago de consultas médicas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Efectivo	261	65,4	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	138	34,6		
Total		399	100,0		

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 63.- Obtención del dinero para pagar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ahorros	21	5,3	8,0	8,0
	Del gasto familiar	208	52,1	79,7	87,7
	Préstamo de un famiiar o amigo	29	7,3	11,1	98,9
	Donación de alguna institución	1	,3	,4	99,2
	Empeño o venta de alguna pertenencia	2	,5	,8	100,0
	Total	261	65,4	100,0	
Perdidos	Sistema	138	34,6		
Total		399	100,0		

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 64.- Frecuencia medicamento con receta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	53	13,3	13,3	13,3
	Una vez	90	22,6	22,6	35,8
	Dos veces	102	25,6	25,6	61,4
	Tres veces	73	18,3	18,3	79,7
	Más de tres veces	81	20,3	20,3	100,0
	Total	399	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 65.- Pago por medicamentos con receta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos de $100	29	7,3	8,4	8,4
	$100 a $200	56	14,0	16,1	24,5
	$200 a $300	46	11,5	13,3	37,8
	$300 a $400	51	12,8	14,7	52,4
	Más de $400	164	41,1	47,3	99,7
	6	1	,3	,3	100,0
	Total	347	87,0	100,0	
Perdidos	Sistema	52	13,0		
Total		399	100,0		

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 66.- Motivo de pago medicamento con receta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No los cubre el SP	153	38,3	44,1	44,1
	Los cubre pero no había en existencia	98	24,6	28,2	72,3
	Solo cubrió una parte de medicinas	12	3,0	3,5	75,8
	Me atendí con médico particular	84	21,1	24,2	100,0
	Total	347	87,0	100,0	
Perdidos	Sistema	52	13,0		
Total		399	100,0		

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 67.- Forma de pago de medicamento con receta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Efectivo	345	86,5	99,4	99,4
	Con tarjeta de crédito	2	,5	,6	100,0
	Total	347	87,0	100,0	
Perdidos	Sistema	52	13,0		
Total		399	100,0		

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 68.- Obtención del dinero para pagar medicamento con receta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ahorros	31	7,8	8,9	8,9
	Del gasto familiar	200	50,1	57,6	66,6
	Préstamo de un familiar o amigo	111	27,8	32,0	98,6
	Donación de alguna institución	4	1,0	1,2	99,7
	Empeño o venta de alguna pertenencia	1	,3	,3	100,0
	Total	347	87,0	100,0	
Perdidos	Sistema	52	13,0		
Total		399	100,0		

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 69.- Frecuencia de gasto medicamento sin receta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	209	52,4	52,4	52,4
	Una vez	113	28,3	28,3	80,7
	Dos veces	45	11,3	11,3	92,0
	Tres veces	22	5,5	5,5	97,5
	Más de tres veces	10	2,5	2,5	100,0
	Total	399	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 70.- Pago por medicamento sin receta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos de $100	93	23,3	48,9	48,9
	$100 a $200	64	16,0	33,7	82,6
	$200 a $300	8	2,0	4,2	86,8
	$300 a $400	14	3,5	7,4	94,2
	Más de $400	11	2,8	5,8	100,0
	Total	190	47,6	100,0	
Perdidos	Sistema	209	52,4		
Total		399	100,0		

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 71.- Motivo de pago medicamentos sin receta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No los cubre el SP	24	6,0	12,6	12,6
	Los cubre pero no había en existencia	92	23,1	48,4	61,1
	Solo cubría una parte de medicinas	25	6,3	13,2	74,2
	Me atendí con médico particular	49	12,3	25,8	100,0
	Total	190	47,6	100,0	
Perdidos	Sistema	209	52,4		
Total		399	100,0		

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 72.- Forma de pago con medicamento sin receta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Efectivo	190	47,6	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	209	52,4		
Total		399	100,0		

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 73.- Obtención del dinero para pagar medicamento sin receta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ahorros	18	4,5	9,5	9,5
	Del gasto familiar	156	39,1	82,1	91,6
	Préstamo de un familiar o amigo	16	4,0	8,4	100,0
	Total	190	47,6	100,0	
Perdidos	Sistema	209	52,4		
Total		399	100,0		

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 74.- Frecuencia de gasto en productos farmacéuticos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	251	62,9	63,1	63,1
	Una vez	85	21,3	21,4	84,4
	Dos veces	32	8,0	8,0	92,5
	Tres veces	14	3,5	3,5	96,0
	Más de tres veces	16	4,0	4,0	100,0
	Total	398	99,7	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,3		
Total		399	100,0		

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 75.- Pago por productos farmacéuticos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos de $100	94	23,6	63,1	63,1
	$100 a $200	35	8,8	23,5	86,6
	$200 a $300	9	2,3	6,0	92,6
	$300 a $400	6	1,5	4,0	96,6
	Más de $400	5	1,3	3,4	100,0
	Total	149	37,3	100,0	
Perdidos	Sistema	250	62,7		
Total		399	100,0		

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 76.- Motivo de pago productos farmacéuticos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No los cubre el SP	114	28,6	77,0	77,0
	Los cubre pero no había en existencia	6	1,5	4,1	81,1
	Solo cubrió una parte de medicinas	2	,5	1,4	82,4
	Me atendí con médico particular	26	6,5	17,6	100,0
	Total	148	37,1	100,0	
Perdidos	Sistema	251	62,9		
Total		399	100,0		

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 77.- Forma de pago de productos farmacéuticos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Efectivo	146	36,6	98,6	98,6
	Con tarjeta de crédito	2	,5	1,4	100,0
	Total	148	37,1	100,0	
Perdidos	Sistema	251	62,9		
Total		399	100,0		

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 78.- Obtención de dinero para pago de productos farmacéuticos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ahorros	22	5,5	14,9	14,9
	Del gasto familiar	110	27,6	74,3	89,2
	Préstamo de un familiar o amigo	14	3,5	9,5	98,6
	Donación de alguna institución	2	,5	1,4	100,0
	Total	148	37,1	100,0	
Perdidos	Sistema	251	62,9		
Total		399	100,0		

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 79.- Pago por cirugía y hospitalización

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos de $2, 000	37	9,3	9,3	9,3
	$2, 000 a $4, 000	8	2,0	2,0	11,3
	$5, 000 a $7, 000	5	1,3	1,3	12,5
	$8, 000 a $10, 000	5	1,3	1,3	13,8
	Más de $11, 000	10	2,5	2,5	16,3
	No he ocupado esos servicios	334	83,7	83,7	100,0
	Total	399	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 80.- Motivo de pago cirugía y hospitalización

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No los cubre el SP	20	5,0	30,3	30,3
	Los cubre pero no había cupo	5	1,3	7,6	37,9
	Solo cubrió una parte	22	5,5	33,3	71,2
	Me atendí con un médico particular	19	4,8	28,8	100,0
	Total	66	16,5	100,0	
Perdidos	Sistema	333	83,5		
Total		399	100,0		

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 81.- Forma de pago cirugía y hospitalización

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Efectivo	65	16,3	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	334	83,7		
Total		399	100,0		

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 82.- Obtención de dinero pago cirugía y hospitalización

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ahorros	8	2,0	12,3	12,3
	Del gasto familiar	19	4,8	29,2	41,5
	Préstamo de un familiar o amigo	37	9,3	56,9	98,5
	Donación de alguna institución	1	,3	1,5	100,0
	Total	65	16,3	100,0	
Perdidos	Sistema	334	83,7		
Total		399	100,0		

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 83.- Frecuencia de gasto análisis de laboratorio y gabinete

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	148	37,1	37,3	37,3
	Una vez	140	35,1	35,3	72,5
	Dos veces	65	16,3	16,4	88,9
	Tres veces	23	5,8	5,8	94,7
	Más de tres veces	21	5,3	5,3	100,0
	Total	397	99,5	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,5		
Total		399	100,0		

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 84.- Pago por análisis de laboratorio y gabinete

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos de $100	34	8,5	13,5	13,5
	$100 a $300	70	17,5	27,9	41,4
	$400 a $600	52	13,0	20,7	62,2
	$700 a $900	32	8,0	12,7	74,9
	Más de $1, 000	63	15,8	25,1	100,0
	Total	251	62,9	100,0	
Perdidos	Sistema	148	37,1		
Total		399	100,0		

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 85.- Motivo de pago análisis de laboratorio y gabinete

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No los cubre el SP	131	32,8	52,6	52,6
	Los cubre pero no se pudieron hacer	43	10,8	17,3	69,9
	Solo cubrió una parte	40	10,0	16,1	85,9
	Me atendí en laboratorio particular	35	8,8	14,1	100,0
	Total	249	62,4	100,0	
Perdidos	Sistema	150	37,6		
Total		399	100,0		

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 86.- Forma de pago análisis de laboratorio y gabinete

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Efectivo	249	62,4	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	150	37,6		
Total		399	100,0		

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 87.- Obtención de pago análisis de laboratorio y gabinete

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ahorros	31	7,8	12,4	12,4
	Del gasto familiar	169	42,4	67,9	80,3
	Préstamo de un familiar o amigo	47	11,8	18,9	99,2
	Donación de alguna institución	1	,3	,4	99,6
	Otro	1	,3	,4	100,0
	Total	249	62,4	100,0	
Perdidos	Sistema	150	37,6		
Total		399	100,0		

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 88.- Pago de aparatos ortopédicos dentales y material quirúrgico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos de $500	14	3,5	3,5	3,5
	$1, 000 a $2, 500	15	3,8	3,8	7,3
	$3, 000 a $4, 500	1	,3	,3	7,5
	No he utilizado esos servicios	368	92,2	92,5	100,0
	Total	398	99,7	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,3		
Total		399	100,0		

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 89.- Motivo de pago por aparatos ortopédicos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No los cubre el SP	24	6,0	77,4	77,4
	Los cubre pero no había	2	,5	6,5	83,9
	Solo cubrió una parte	2	,5	6,5	90,3
	Me atendi en hospital particular	3	,8	9,7	100,0
	Total	31	7,8	100,0	
Perdidos	Sistema	368	92,2		
Total		399	100,0		

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 90.- Forma de pago aparatos ortopédicos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Efectivo	30	7,5	96,8	96,8
	Con tarjeta de crédito	1	,3	3,2	100,0
	Total	31	7,8	100,0	
Perdidos	Sistema	368	92,2		
Total		399	100,0		

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 91.- Obtención de dinero pago de aparatos ortopédicos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ahorros	3	,8	10,0	10,0
	Del gasto familiar	24	6,0	80,0	90,0
	Préstamo de un familiar o amigo	3	,8	10,0	100,0
	Total	30	7,5	100,0	
Perdidos	Sistema	369	92,5		
Total		399	100,0		

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 92.- Interrupción de tratamiento médico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	98	24,6	24,7	24,7
	No	299	74,9	75,3	100,0
	Total	397	99,5	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,5		
Total		399	100,0		

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 93.- Padecimiento o enfermedad grave o crónica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	221	55,4	55,5	55,5
	No	177	44,4	44,5	100,0
	Total	398	99,7	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,3		
Total		399	100,0		

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.

Tabla No. 94.- Cobertura del SP de la enfermedad grave o crónica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente	68	17,0	30,9	30,9
	No lo cubre	55	13,8	25,0	55,9
	Parcialmente	97	24,3	44,1	100,0
	Total	220	55,1	100,0	
Perdidos	Sistema	179	44,9		
Total		399	100,0		

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo.