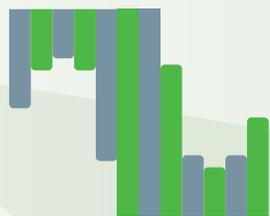




**Sistemas de Salud Estatales y Evaluación
del Desempeño**

Jesica Gómez-Jauregui Abdó

Reportes de investigación



México
estatal

**Calidad de Gobierno y Rendición de Cuentas
en las Entidades Federativas**



Calidad de Gobierno y Rendición de Cuentas
en las Entidades Federativas



Sistemas de Salud Estatales y Evaluación del Desempeño

Jesica Gómez-Jauregui Abdó

Núm.	6
------	---

Año 2010

Este documento forma parte del proyecto **Calidad de gobierno y rendición de cuentas en las entidades federativas de México**, coordinado por Guillermo M. Cejudo y Alejandra Ríos Cázares del Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE) y financiado con recursos del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo México (PNUD), provenientes del Centro de Gobernabilidad de Oslo. El proyecto busca contribuir a la generación de capacidades y al fortalecimiento del gobierno democrático en las 32 entidades federativas mexicanas mediante la construcción de indicadores objetivos que sirvan como insumos para evaluar la gestión pública y los mecanismos de rendición de cuentas. Las opiniones, hallazgos y conclusiones son responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente el punto de vista del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Sistemas de Salud Estatales y Evaluación del Desempeño

Jesica Gómez-Jauregui Abdó
Instituto Nacional de Salud Pública- INSAD

Introducción

A partir de la aparición del Informe Mundial de la Salud del año 2000 titulado “Sistemas de Salud: Mejorando el Desempeño” elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS)(OMS World Health Report 2000) los gobiernos de diversos países, incluyendo México, prestaron particular interés a la evaluación del desempeño de los sistemas de salud. Ese interés en medir el impacto de las acciones en materia de salud llevó a autoridades del sistema de salud y a investigadores en el tema a definir indicadores para evaluar el desempeño del sector. Si bien la mayor parte de estos ejercicios se han enfocado en analizar el desempeño a nivel federal, en algunos países dirigieron su atención al desempeño de otros niveles de gobierno, como es el caso de Canadá, Australia y Estados Unidos.

Este documento es la primera aproximación del proyecto “Calidad de gobierno y Rendición de cuentas en las entidades federativas de México” para seleccionar los indicadores más pertinentes para evaluar el desempeño de los gobiernos estatales en las acciones que llevan a cabo en materia de salud. En la primera sección se describe el sistema de salud mexicano, en la segunda sección se exponen las funciones y atributos de las Secretarías de salud estatales, en la tercera sección se hace una revisión de los principales modelos conceptuales para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud, en la cuarta sección se describe el modelo conceptual que se utilizara y se

presentan los indicadores pertinentes a ese modelo, en la quinta sección se presentan algunas consideraciones relevantes y, finalmente, en la sexta sección se hace una descripción más detallada de los indicadores seleccionados.

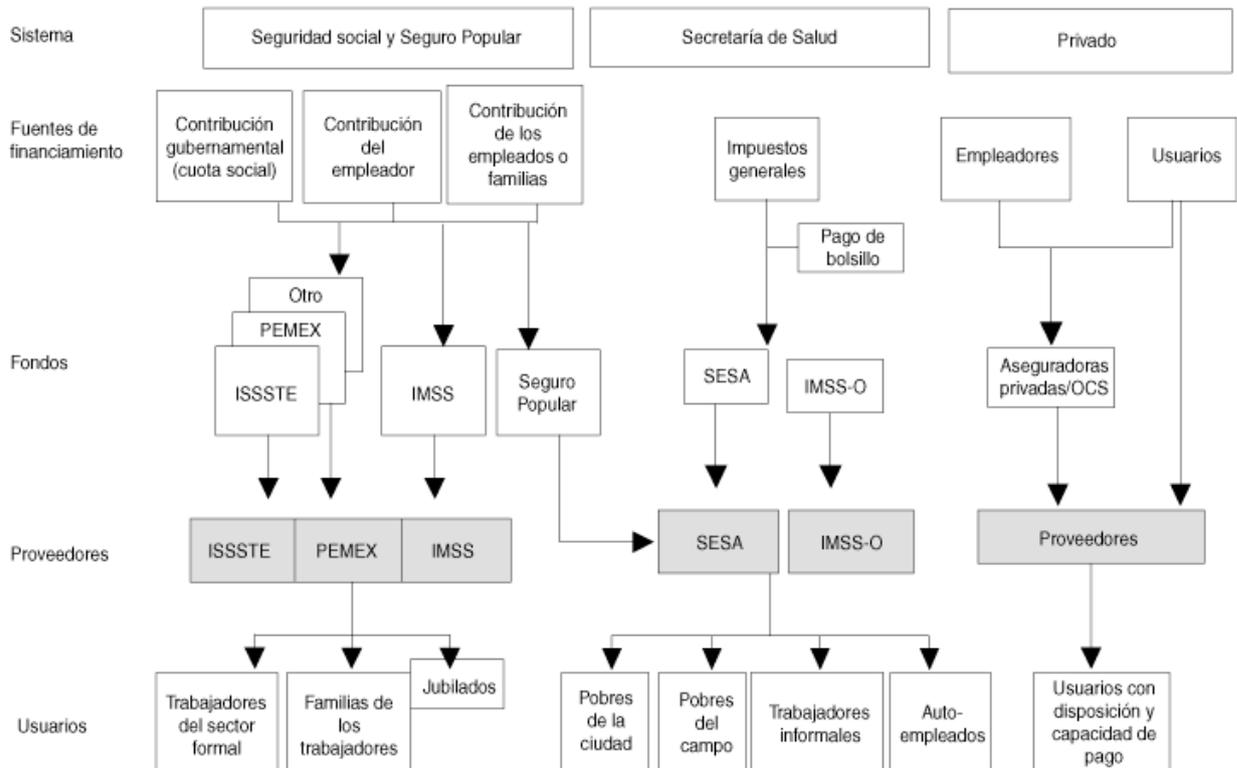
I. Estructura del Sistema de Salud en México

Los sistemas de salud están integrados por todas las organizaciones, instituciones y recursos (de los sectores: público, privado, tradicional e informal) cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud (OMS World Health Report 2000). Esas acciones van más allá de la provisión de servicios médicos personales y no-personales; Incluye también acciones intersectoriales seleccionadas en las que la rectoría del sistema de salud toma la responsabilidad de promover y mejorar la salud de la población a través de áreas que están fuera de su control directo, tal es el caso de cambios a la legislación, acciones de saneamiento básico y agua potable, etc. (WHO 2009)

En el ámbito de la provisión de servicios, el sistema de salud mexicano a nivel federal está estructurado de forma segmentada. Existen distintas instituciones encargadas de proporcionar servicios de salud a diferentes segmentos de la población. En el primer segmento se encuentran las instituciones que prestan servicios a la población con seguridad social, tal como, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que atiende a los trabajadores (y familiares inmediatos) y en un porcentaje menor a trabajadores que se auto-emplean o miembros de la economía informal que se inscriben de manera voluntaria. El Instituto de seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) atiende a los trabajadores del sector público y a familiares inmediatos. El Ejército y la Armada tienen servicios de salud propios para atender a sus miembros y sus familias; mientras que, Petróleos Mexicanos (PEMEX)

ofrece servicios de salud para sus trabajadores. Dentro del segundo segmento, la Secretaría de Salud (a través de la atención de los servicios de salud para la población en general y del Seguro Popular) y el programa IMSS-opportunidades tienen a su cargo la atención a la salud de la población abierta, que es la población a la que no le corresponde ser atendida por alguna de las instituciones antes mencionadas y que no desea o no tiene la capacidad de pago para ser atendida por proveedores privados. El tercer segmento lo compone el sector privado integrado por una gran variedad de prestadores que trabajan en consultorios, clínicas ambulatorias, hospitales y unidades de medicina tradicional, en su mayoría sobre una base lucrativa. En lo que se refiere a las funciones de promoción y prevención de la salud la responsabilidad recae fundamentalmente en la Secretaría de Salud a nivel federal y en secretarías estatales (Puentes Rosas et al 2006). (*Ver figura 1*)

FIGURA 1. Estructura del sistema de salud en México, 2005^a



^aIMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; SESA: servicios administrados por la Secretaría de Salud del gobierno federal y las secretarías estatales; IMSS-O: servicios pertenecientes al Programa IMSS-Oportunidades; PEMEX: Petróleos Mexicanos; OCS: Organizaciones de Conservación de la Salud.

Fuente: Puentes Rosas E, Gómez Dantés O, Garrido Latorre F. Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. Rev Panam Salud Pública. 2006;19(6):394-402.

El Sector Salud en los gobiernos estatales

A nivel estatal, el sistema de salud está integrado por los mismos segmentos: seguridad social, Secretaría de Salud y proveedores privados de salud; así como por los mecanismos de coordinación de acciones entre los organismos e instituciones estatales prestadoras de servicios con las autoridades federales y municipales competentes encargadas de dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud en el territorio estatal.

La segmentación del sistema de salud ha provocado una disparidad en los recursos destinados y los servicios proporcionados a los distintos grupos de la población

que atiende cada segmento. Si bien, el artículo cuarto constitucional establece que todo ciudadano mexicano tiene derecho a la protección a la salud, esa protección varía en accesibilidad y calidad de la atención de acuerdo al segmento al que se pertenece.

Así como la estructura segmentada del sistema de salud ha afectado la distribución de recursos y servicios a lo largo de los diferentes segmentos de la población, las iniciativas limitadas de descentralización del sistema de salud han afectado la distribución de recursos y servicios entre los distintos niveles de gobierno. A partir de los años ochenta dió inicio un proceso de reforma del sistema de salud que incluyó como una de sus principales estrategias la descentralización de los servicios de salud. A esta primera iniciativa le siguieron otras a lo largo de las siguientes administraciones.

El proceso de descentralización de los servicios de salud iniciado en la década de los 80 enfrentó varios problemas: asignación y disponibilidad inequitativa y limitada de recursos, infraestructura y distribución de insumos y equipo médico también limitados. Se trasladaron responsabilidades de la federación hacia los Estados sin fortalecer su capacidad administrativa, financiera, técnica y de gestión. En esta primera etapa, el proceso de descentralización se concretó sólo en 14 Estados, no obstante, el paso de la responsabilidad del manejo de las unidades de IMSS-Coplamar, que son las que proporcionan servicios de salud a población rural no asegurada, a la Secretaría de Salud estatales se debió detener. En esta etapa no se logra consolidar la descentralización y lo que se logra es, más bien, una desconcentración operativa (Arellano, Gil 2001).

La consecuencia inmediata de la reforma de los ochenta fue la supresión de los Servicios Coordinados de la Secretaría de Salud dando paso a la creación de las Secretarías de Salud Estatales, en donde el secretario de salud forma parte del gabinete

de gobierno de cada Estado. De esta manera, asegura Brachet, se reprodujo a nivel estatal la estructura administrativa del gobierno a nivel federal. (Brachet 2002, Colmex)

El Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 propuso la descentralización de los servicios de salud y la puesta en marcha de un paquete de servicios básicos como las dos principales estrategias de acción de la Secretaría de Salud en su atención a la población no asegurada (Secretaría de Salud, 1995). La estrategia de descentralización, tal como sucedió en el proceso descentralizador llevado a cabo en los años 80, proponía pasar la responsabilidad del manejo de las unidades de la Secretaría de Salud (SSA) y del Programa IMSS-Solidaridad a los gobiernos estatales para integrar los Sistemas Estatales de Salud (SESA).

En este periodo el proceso de descentralización se extendió a todos los Estados, sin embargo, no se aprendió de los errores anteriores y también se enfrentaron problemas importantes, particularmente vinculados con el financiamiento en este rubro. Persistió la desigualdad en el gasto público. En el 2002 se destinaba un gasto per cápita en atención médica 2.4 veces mayor a la población asegurada que a la no asegurada. Esta desigualdad se trasladó a la distribución por Estados, el gasto per cápita dirigido a la población no asegurada, a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) fue 9 veces mayor en el Estado con más recursos en comparación con el Estado con menos recursos. Los Estados con una mayor demanda por servicios de salud son los que recibieron menos recursos por parte del gobierno federal, siguiendo una inercia histórica. El desequilibrio se ve acentuado por el limitado esfuerzo de los gobiernos estatales por contribuir al financiamiento de los servicios de salud de la población no asegurada (González Pier 2003).

Unido a los problemas administrativos y financieros generados por la descentralización, la transición epidemiológica, la transición demográfica y el

permanente incremento en los costos de atención médica han generado cinco desequilibrios financieros. El primero es el **desequilibrio de nivel**, que está asociado a la proporción de gasto en salud que el país tiene relativo al nivel de crecimiento económico, el cual se mide a través del Producto Interno Bruto. En el 2000, México gastó en salud 5.6% del PIB, situación que lo ubicaba por debajo del promedio de América Latina que fue de 6.9% en ese mismo año (WHO accesado 2009). El segundo es el **desequilibrio de distribución**, que se relaciona a la falta de equidad en la distribución del gasto público en salud entre las instituciones que atienden a la población con seguridad social y las instituciones que atienden a la población sin derechohabiencia. En el 2000, la brecha en el gasto público en salud entre población asegurada y no asegurada era de 2.3 veces. Por otro lado, la diferencia en el gasto en salud per cápita en población no asegurada entre el estado de mayor gasto (Baja California Sur) y el de menor gasto (Puebla) era de 5 veces. El tercero es **desequilibrio de esfuerzo estatal**, que se relaciona con la insuficiente aportación de recursos de los Estados para atender necesidades de salud de la población. En el 2000, la diferencia entre el estado que más recursos propios aportaba al financiamiento de los servicios de salud (Tabasco) y el Estado que menos invertía (Guerrero) era de 89 veces. El cuarto, **desequilibrio de destino**, se refiere al ejercicio del gasto, a la forma en que se asignan los recursos a cada rubro. En el 2000, México destinó casi el 80% de su presupuesto en salud a servicios personales (sueldos y salarios) y solamente el 4% a inversión en infraestructura y equipamiento de unidades de salud. Finalmente, el quinto **desequilibrio** se llama **de origen** y se relaciona con la forma en que se distribuye el gasto en salud entre público y privado. En el 2000, el gasto de bolsillo representó el 50.9% del gasto total en salud del país (Secretaría de Salud 2006; Sosa et al. 2008; INSP 2009).

Con el interés de mejorar las condiciones de los servicios de salud y dar certidumbre financiera a la población no asegurada sobre su gasto en salud, en el 2003 se aprueba la Ley General de Salud la cual estableció el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) que incluyó la creación del Seguro Popular (SP) (Gakidou et al., 2007). Aunque la ley se aprobó en 2003 y se implementó en enero de 2004, las negociaciones comenzaron en 2001, con una fase piloto que incluyó a 20 Estados a fines de 2002.

El SPSS Incluye cinco acciones distintas: Primero, el financiamiento público por familia está ligado a la “contribución social”, esto es, el monto de dinero asignado por familia en el sector formal está financiado por impuestos de seguridad social. Lo que crea un derecho para las familias del SP similar al de las familias que reciben beneficios de seguridad social. Segundo, el paquete de servicios individuales de salud es explícito y se da a conocer a todos los afiliados, a los servicios de salud estatales y a los contribuyentes. Tercero, los servicios de salud estatales reciben fondos proporcionales al número de familias que se afilian voluntariamente cada año. La afiliación vence después de tres años y las familias pueden optar por afiliarse de nuevo, el objetivo de la temporalidad del seguro es generar incentivos en las entidades federativas para mejorar la prestación de servicios y alentar la afiliación de nueva cuenta. Cuarto, el dinero federal se divide en dos partes: un fondo para servicios no personales y un fondo para servicios personales, esto con el propósito de evitar que el financiamiento para las intervenciones de salud pública se desvíe a servicios clínicos. Quinto, se creó un fondo de protección contra gastos catastróficos con dinero federal para financiar la atención de ciertos padecimientos cuyo tratamiento tiene un costo muy alto y no están incluidos en el paquete esencial de servicios. En la actualidad el fondo incluye tratamiento para el VIH con fármacos antirretrovirales, leucemia infantil, cáncer cervicouterino y bebés prematuros. (Gakidou, et al. 2007)

Un problema que ha permanecido en el funcionamiento de los sistemas de salud estatales desde el inicio de la reforma descentralizadora es la existencia de candados para la adquisición de infraestructura y la creación de puestos laborales, que siguen siendo atribuciones federales. La construcción o compra de bienes muebles e inmuebles requiere de la autorización de funcionarios federales. Con respecto al personal de salud, la mayor parte de los trabajadores del sector salud estatal dependen de la Legislación Laboral Federal y por lo tanto los salarios y prestaciones asignadas difieren de aquellos trabajadores clasificados como estatales. Incluso las plazas de médicos pasantes en servicio social en zonas rurales son asignadas desde el centro (Brachet 2002). Estas restricciones limitan el control de las autoridades estatales sobre un elemento fundamental del funcionamiento del sistema de salud estatal que son los recursos humanos. Con la entrada en vigor del Seguro Popular se añade un elemento más a esa inequidad en la forma de contratación del personal de salud a través de contratos temporales, a cargo de los gobiernos estatales, que deben estarse reanudando constantemente, con salarios por debajo del tabulador a nivel federal y que no consideran prestaciones de ningún tipo.

La situación financiera actual del sistema de salud mexicano Federal y en los Estados es la siguiente: se destinó 5.9% del PIB a salud en 2008, cifra inferior al promedio latinoamericano y ligeramente superior a la observada en 2000; la diferencia entre el Estado que más gasto en salud per cápita para población no asegurada percibía y el que menos pasó de 3.6 a 2.5 veces entre 2004 y 2008. Entre 200y 2008, el gasto estatal aumentó 66% en términos reales, esto asociado al seguro popular. En 2004, la brecha entre el Estado que más recursos propios aportaba a salud y la que menos fue de 93.1 veces. En 2008, esta brecha fue de 54.8 veces.

II. Estructura, funciones y atributos de las Secretarías de salud estatales.

A la cabeza de los sistemas estatales de salud está la Secretaría de Salud o Instituto de Salud Estatal, según sea el caso, cuyo secretario o director general es designado directamente por el Ejecutivo estatal. En algunos Estados existe dentro de la estructura una figura encargada de apoyar al ejecutivo estatal en la formulación y aprobación de planes de trabajo, informes de actividades, informes financieros, elaboración de presupuestos, diseño de programas entre otros, éste es el Consejo Interno conformado por representantes de todos los proveedores de servicios de salud del sector público (IMSS, ISSSTE, DIF, SSA-federal), de Sedesol estatal, del Congreso local, de los municipios, de organizaciones de profesionales de la salud y de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico.

Con relación a las facultades de los Congresos Locales en materia de Salud, les corresponde el dictamen de leyes para la administración estatal en materia de salud, como es el caso de la Ley Estatal de Salud de cada entidad federativa; revisar y aprobar la Ley Organica de Municipio; establecer anualmente los gastos públicos y decretar las contribuciones con que deban ser cubiertos, con base en el presupuesto que el Ejecutivo presente. Algunos Congresos Locales cuentan con una Comisión de Salud para discutir los asuntos en esta materia, sin embargo, en el 2006 sólo 16 entidades incluían una comisión sobre el tema de salud.

En lo que corresponde al financiamiento de los sistemas de salud estatales, los recursos se asignan de la siguiente manera (Secretaría de Salud 2004):

- Ramo 12, que concentra los recursos de los programas federales, como son los programas de combate a la pobreza (por ejemplo, Oportunidades), los organismos descentralizados y los órganos desconcentrados,
- Ramo 19, que incluye las partidas de la seguridad social (IMSS e ISSSTE),
- Gasto estatal, que representa el esfuerzo de las entidades e integra la aportación solidaria estatal,
- Ramo 33, que es un fondo que se considera parte de la aportación solidaria federal.
- Cuotas de recuperación, que representan una forma de gasto de bolsillo en las instituciones públicas y que serán utilizadas como parte de la cuota familiar.

El Seguro Popular se financia de manera tripartita (Secretaría de Salud 2004):

1) *cuota familiar*, que es la aportación del afiliado, proporcional a su capacidad de pago; 2) *cuota social*, que es la aportación que da el gobierno federal; y 3) *aportación solidaria*, sufragada por las entidades federativas (*aportación solidaria estatal*) y el gobierno federal (*aportación solidaria federal*) a través de una fórmula transparente y equitativa para corregir las desigualdades existentes.

Los Ayuntamientos, por su parte, tienen la función de asumir las obligaciones que le correspondan en los convenios establecidos con el ejecutivo estatal; contribuir con recursos humanos, infraestructura, recursos financieros de los servicios que el gobierno estatal haya descentralizado en su favor, así como asumir su administración; formular y desarrollar programas municipales de salud; vigilar y hacer cumplir las normas en materia de salud dentro de su competencia.

Existe una figura intermedia entre el Estado y el municipio que es la jurisdicción sanitaria. Es la unidad básica de la Secretaría de Salud, y su función es la administración de los recursos y la operación de los servicios en un área geográfica determinada. Esta

agrupa un determinado número de municipios en el área rural y en la urbana, una Jurisdicción puede estar integrada por un solo municipio y una población de hasta un millón novecientos mil habitantes (Secretaría de Salud del Edomex).

Con respecto a las instancias creadas ya sea para incidir en la forma de actuar de los prestadores de servicios y tomadores de decisiones o para exponer quejas o exigir rendición de cuentas hay tres figuras: las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico (Coesamed), los Comités de Salud, y Aval Ciudadano. La primera instancia fue creada para resolver conflicto entre usuarios y proveedores de atención médica sin perjuicio de la actuación de las instancias jurisdiccionales, su labor es de conciliación y arbitraje en los conflictos en los que se solicite su intervención. La segunda es una figura creada para coordinar la interacción entre la comunidad y la Secretaría de Salud Estatal en cada comunidad en la que existan unidades de salud a cargo de la Secretaría de Salud Estatal. Tienen como función participar en las actividades de los programas de salud, vigilar el funcionamiento de los servicios de salud y fomentar el uso de esos servicios y programas entre los miembros de la comunidad. La tercera es una instancia integrada por miembros de la sociedad civil seleccionados por representar a alguna agrupación de servicio, independiente al gobierno, y con antecedentes de honorabilidad y responsabilidad. El objetivo del aval ciudadano es el de “ser un enlace entre las instituciones y los usuarios de los servicios de salud a través de la creación de un espacio democrático donde las organizaciones de la sociedad civil puedan mostrar su voz y opinión respecto a la calidad percibida de la atención”¹.

Las funciones que desempeña el sistema de salud federal y estatales son (Secretaría de Salud 2009):

1. Rectoría
2. Servicios de salud a la comunidad
3. Servicios de salud a la persona
4. Generación de recursos

Dado que el principal objetivo de un sistema de salud es, precisamente, mejorar la salud de la población, su función primordial es prestar servicios de salud. La prestación de servicios se hace desde dos vertientes: aquella que se enfoca en el individuo (atención médica) y aquella que se enfoca en la comunidad (salud pública). Otra de las funciones del sistema de salud es la generación de recursos. El sistema debe tener la visión para invertir adecuadamente, ya que los recursos que resulten de dicho desembolso se verán traducidos en una mejor prestación de servicios.

La función denominada rectoría es una actividad fundamental del sistema de salud. Se trata de la función que coordina al resto de las funciones, ya que consiste en la reglamentación y en la formulación de normas. Tiene la facultad de velar que las instituciones y los órganos, tanto públicos como privados, actúen en forma cuidadosa y responsable.

Se realizó una revisión de la Leyes Estatales de Salud para identificar las funciones y atributos vigentes de las Secretarías de Salud a nivel estatal. Se menciona como su principal función la coordinación del Sistema Estatal de Salud, dentro de las actividades de coordinación se incluyen las siguientes:

- Establecer y conducir la política estatal en materia de salud en los términos que establezcan las leyes estatales pero respetando las políticas del Sistema Nacional de Salud y lo dispuesto por el Ejecutivo Estatal.

¹ http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/ac_proposito.html

- Coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal. Así como estar a cargo de la provisión directa de servicios a población abierta y afiliados al seguro popular. En el caso de los programas y servicios de las instituciones federales de seguridad social, el apoyo se realizará tomando en cuenta lo que previenen las Leyes que rigen al funcionamiento de dichas instituciones;
- Impulsar la desconcentración y descentralización a los municipios de los servicios de salud.
- Promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y servicios de salud, así como determinar la periodicidad y características de la información que deberán proporcionar las dependencias y entidades de salud del Estado. A través de la sistematización de esa información, promover el establecimiento de un Sistema Estatal de Información Básica en materia de salud.
- Coordinar el proceso de programación de las actividades de salud en el Estado y formular recomendaciones a las dependencias y entidades competentes sobre la asignación de los recursos que requieran los programas de salud en el Estado.
- Impulsar, en el ámbito estatal, las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud. Así como, colaborar con las dependencias y entidades federales competentes en la regulación y control de la transferencia de tecnología en el área de salud.
- Apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y educativas del Estado, para formar y capacitar recursos humanos para la salud;
- Contribuir a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades del Sistema Estatal de Salud;

- Promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de la salud e impulsar la permanente actualización de las disposiciones legales en materia de salud;

El otro eje de acción de las Secretarías de salud estatales la provisión directa de servicios de salud a la población cubierta por el seguro popular y aquella que no cuenta con seguridad social y que no tiene capacidad de pago para acceder a servicios de salud privados. Tienen a su cargo en todos los Estados clínicas y hospitales de primer y segundo nivel y, en algunos Estados, hospitales de tercer nivel. Adicional a su rol de coordinador, gran parte de las acciones de salud preventiva y salud pública están a cargo de las Secretarías de salud estatales, tal es el caso de las semanas nacionales de vacunación, el control de vectores de enfermedades como el dengue y el programa comunidades saludables, entre otros.

III. Modelos conceptuales para la evaluación del desempeño

Propuesta de la OMS (Organización Mundial de la Salud)

La OMS diseñó, a partir del modelo de análisis para evaluar el desempeño de los sistemas de salud presentado en su Reporte Mundial de Salud 2000, un marco de referencia exhaustivo para evaluar los sistemas de salud, el cual incluye cuatro componentes (Murray C, y Evans D 2003):

1. Recursos del Sistema de Salud
2. Funciones del Sistema de Salud
3. Metas del Sistema de Salud
4. Eficiencia del Sistema de Salud

Recursos del Sistema de Salud. Los recursos disponibles en el sistema de salud son elemento clave para alcanzar los resultados deseados a través de un adecuado funcionamiento. Entre los recursos utilizados por el sistema de salud se pueden mencionar: infraestructura, recursos humanos, dinero, equipamiento, medicamentos.

Funciones del Sistema de Salud. El marco conceptual de la OMS para los sistemas de salud identifica cuatro funciones que todos los sistemas llevan a cabo: financiamiento, prestación de servicios, generación de recursos y rectoría. El financiamiento es la manera mediante la cual se recaban los ingresos, se acumulan en fondos comunes y se asignan a acciones de salud específicas. La prestación de servicios se refiere a la manera en que se combinan las aportaciones para aplicar intervenciones de salud, que incluyen los servicios tanto personales como no personales. La generación de recursos incluye instituciones que producen aportaciones –en particular recursos humanos, recursos físicos como instalaciones y equipo y conocimiento–. La rectoría incluye establecer, implementar y monitorear las reglas del juego del sistema de salud; garantizar un terreno de juego nivelado entre todos los actores del sistema (en especial compradores,

proveedores y pacientes) e identificar las indicaciones estratégicas para el sistema de salud como un todo. (Gakidou 2007)

Como parte importante de este modelo de evaluación del desempeño, la OMS asegura que el gobierno como órgano rector del Sistema de Salud debe asumir la responsabilidad total del sistema de salud y de su influencia en objetivos sociales clave como la mejoría de las condiciones de salud. Por lo tanto, debe existir un marco de referencias para la rendición de cuentas que lleve a los tomadores de decisiones a asumir esa responsabilidad. Debe crearse una cultura de rendición de cuentas basada en resultados que lleve a los medios, el congreso, el ejecutivo y la sociedad civil a reconocer que sus acciones deben ser evaluadas por su impacto en resultados. “La rendición de cuentas por resultados requiere de un marco de referencia aceptado para los objetivos finales del sistema de salud, mediciones asequibles de esos resultados y transparencia” (Murray y Evans 2003)

Metas del Sistema de Salud. De acuerdo a la OMS hay metas intrínsecas al sistema de salud que deben ser medidas de manera rutinaria. Se trata de metas en que se puede elevar la magnitud en la que se está alcanzando esa meta aun cuando otras metas intrínsecas permanezcan constantes y en las que siempre es deseable elevar esa magnitud. Para elegir que metas intrínsecas al sistema de salud deben ser medidas de manera regular se deben considerar dos criterios: el sistema de salud debe de contribuir de manera considerable a esa meta para que se justifique el costo de medirla regularmente; y debe ser factible medir el impacto de esa meta en el sistema de salud de manera regular. (Murray y Evans 2003)

Las metas intrínsecas a los sistemas de salud son, en primer lugar, mejorar la salud de los individuos. Con relación a esta meta se debe buscar no solo mejorar el nivel de salud de la población, sino también, reducir las desigualdades en salud. La segunda

meta intrínseca es la capacidad de respuesta del sistema de salud, aquí interesa considerar no sólo el nivel promedio de esa capacidad de respuesta, sino también su distribución entre la población. Finalmente, la tercera meta intrínseca es la justicia de las contribuciones financieras. Un sistema justo es aquel en el que la contribución financiera de los hogares al sistema de salud implica un sacrificio equivalente, ningún hogar debe contribuir con una proporción excesiva de su ingreso. Aquí interesa conocer como se distribuye la justicia de las contribuciones a través de la población. (Murray C, y Evans D. 2003)

Se espera entonces que los sistemas de salud, al llevar a cabo sus cuatro funciones (financiamiento, prestación de servicios, generación de recursos y rectoría) logren alcanzar las tres metas intrínsecas: mejor salud de la población, una capacidad de respuesta del sistema que cumpla con las expectativas de los usuarios y justicia de las contribuciones financieras. La estimación del alcance de esas metas se da a través de dos ejes: promedio de las dos primeras metas y distribución de tres metas, lo que origina cinco componentes (Tabla 1).

Tabla 1. Marco de Análisis del Desempeño de los Sistemas de Salud

Ejes de Estimación Metas	Promedio	Distribución
Mejora en Salud	X	X
Capacidad de Respuesta	X	X
Justicia Financiera		X
	Eficiencia	Equidad

Source: Murray, C.J.L. and Frenk, J. (2000)

Eficiencia del Sistema de Salud. El siguiente paso es determinar la eficiencia del sistema de salud definida como la medida en que se alcanza la mezcla más pertinente de esos cinco componentes tomando en cuenta los recursos disponibles. El cálculo del desempeño incluye la estimación para cada país de los niveles de alcance de sus logros

en contraste de la suma ponderada de los cinco componentes, el máximo nivel de logros que debe esperarse dados los recursos disponibles, el mínimo nivel de logros que se esperarían si no hubiera gasto en atención a la salud. Finalmente se expresa el logro real de las metas como la proporción de la diferencia entre el máximo y mínimo logro de las metas esperado.

Propuesta de OCDE

La OCDE propone un modelo de análisis construido a partir de la propuesta de la OMS con algunas modificaciones: (1) el acceso a la atención a la salud es parte de la capacidad de respuesta; (2) se propone incluir el nivel deseable de gasto en salud como una meta; (3) no se sugiere la ponderación de metas, se busca reportar el desempeño en diversas dimensiones, y (4) el enfoque es en el desempeño del sistema de atención a la salud y no en el espectro más amplio del sistema de salud tal como lo define la OMS.

Tabla 2. Marco de Análisis del Desempeño de los Sistemas de Salud de la OMS

Ejes de Estimación Metas	Promedio	Distribución
Mejora en Salud / resultados	X	X
Capacidad de Respuesta y Acceso	X	X
Justicia Financiera / Gasto en Salud	X	X
	Eficiencia	Equidad

Murray, C.J.L. and Frenk, J. (2000)

Dentro del modelo de la OECD se propone la selección de indicadores con respecto a cinco objetivos del sistema de salud, la selección de los indicadores se llevó a cabo considerando indicadores clave para la evaluación del desempeño utilizados por los gobiernos de Australia, Canadá, Reino Unido y Estados Unidos. Los cinco objetivos con sus respectivos indicadores son los siguientes (OECD 200):

1. Resultados de salud: se trata de los cambios en el estado de salud que tuvieron lugar a partir de actividades del sistema de salud. Es difícil encontrar mediciones de resultados de salud a nivel poblacional que sean precisas y confiables, esto porque es difícil aislar el impacto de la atención a la salud de otros determinantes del estatus de salud de la población.

Como indicadores se proponen: Muertes evitables por causas seleccionadas, mortalidad infantil, mortalidad perinatal, bajo peso al nacer, hospitalización evitable por causas seleccionadas, e incidencia por enfermedades infecciosas.

2. Capacidad de respuesta: La definición de este concepto varía pero en su mayor parte se consideran elementos de satisfacción, aceptabilidad y experiencia del paciente. Los dos primeros se relacionan con expectativas y el tercero busca la descripción objetiva de las características de la prestación del servicio.

Como indicadores se proponen: tiempo de espera para cirugías selectivas, distintos aspectos de la calidad de la atención desde la perspectiva del paciente (dignidad del tratamiento calificada por el paciente, autonomía y confidencialidad calificadas por el paciente, calidad de infraestructura básica calificada por el paciente, selección del proveedor calificada por el paciente), acceso a la atención de servicios seleccionados.

3. Equidad: se identificaron cinco dimensiones de la equidad: salud, resultado en salud, acceso, capacidad de respuesta y financiamiento. El monitoreo de las disparidades debe hacerse considerando distintas características de la población como son edad, género, grupo étnico, ingreso e ubicación geográfica.

Como indicadores se proponen: equidad del estatus de salud (distribución de la mortalidad y morbilidad por causas seleccionadas entre grupos de la población-

por edad, género, grupo étnico, acceso y geografía), equidad en el acceso, equidad del financiamiento,

4. Eficiencia. Se consideran dos conceptos de eficiencia: “Eficiencia Microeconómica” que consiste en comparar la medición de productividad del Sistema de Salud -es decir, el resultado de salud y capacidad de respuesta por unidad monetaria- con su máximo nivel alcanzable de productividad para un nivel determinado de recursos. “Eficiencia Macroeconómica” que incluye examinar cómo, al modificar el nivel de recursos, se acercan o alejan del resultado de salud y de la capacidad de respuesta de su nivel más deseable en comparación con otros bienes y servicios. La OCDE reconoce que es más fácil definir ambos conceptos de manera teórica que ponerlos en práctica.

Algunos indicadores propuestos para medir Eficiencia Microeconómica son: costo unitario de intervenciones seleccionadas, costo-efectividad de intervenciones seleccionadas, tiempos de estancia pos hospitalaria, etc.

A partir de una revisión de las propuestas de evaluación del desempeño de varias organizaciones, agencias gubernamentales e investigaciones académicas, un equipo de investigación de la Universidad de Illinois desarrolló un modelo para el análisis del desempeño del Sistema de Salud Pública.

El modelo incluye cinco componentes: Primero, el **Contexto Macro** que incluye todos aquellos elementos exteriores al sistema *per se* que afectan su funcionamiento como son fenómenos políticos, económicos y sociales, la demanda y necesidades de atención a la salud de la población, valores sociales y preferencias por las características y forma de provisión del productos y servicios del sistema de salud pública, cambios externos que obligan al sistema a funcionar en determinada manera como los cambios tecnológicos, o como la relación entre los diferentes niveles de gobierno). Segundo, la

Misión del sistema de salud pública que incluye las metas que se pretende alcanzar y cómo son éstas operacionalizadas. Esta misión se lleva a cabo a través del desempeño de 3 funciones centrales del sistema de salud pública: evaluación (recolección, sistematización y análisis de información en las necesidades de salud de la población), desarrollo de la política (la puesta en marcha de la política considerando la información analizada) y confiabilidad (garantizar que se proporcionaran los servicios necesarios para alcanzar los objetivos del sistema de salud). Actualmente la misión de la salud pública es garantizar las condiciones en las que la población pueda estar saludable. Tercero, **capacidad Estructural** está formada por los recursos y relaciones necesarias para llevar a cabo las acciones de salud pública. Incluye elementos como recursos de información, recursos organizacionales, recursos físicos, recursos humanos y recursos fiscales. Cuarto, **procesos**, es decir, la práctica de la salud pública se lleva a cabo a través de procesos clave (políticas de salud, programas y servicios) por medio de los cuales los tomadores de decisiones y el personal de salud buscan identificar, priorizar y abordar los principales problemas de salud de la población. Actualmente se les denominan “servicios esenciales de salud pública” y constituyen el núcleo de las acciones en salud pública. Quinto, **resultados**: Los cambios en el estado de salud de individuos, familias, comunidades y poblaciones generados por la interacción entre la capacidad estructural y los procesos, bajo una misión y un contexto macro determinado, son los resultados de salud. Los resultados pueden utilizarse para proporcionar información sobre el desempeño del sistema de salud en su conjunto, incluyendo su eficiencia, efectividad y la forma en que logra la equidad entre distintos grupos poblacionales. La mayor parte de los indicadores de desempeño que utilizan los gobiernos, incluyendo el mexicano, de manera sistemática corresponden a indicadores de resultado. (Handler A, Issel M, y Turnock, 2001)

Los tres modelos aquí descritos son incluyentes, todos consideran a las metas u objetivos del sistema que se esté evaluando y los atributos que se esperaría tendrían si funcionan adecuadamente como punto de partida y consideran después elementos tanto internos como externos al sistema de salud, que afectan de manera importante la posibilidad de alcanzar esas metas. Algunos de los componentes considerados dentro de estos modelos se relacionan con el funcionamiento y los procesos que se deben seguir para proporcionar esos servicios y cumplir con los objetivos de los sistemas de salud; sin embargo, la mayor parte de los indicadores seleccionados se enfocan a los resultados generados a partir de las acciones realizadas dentro del sistema de salud y no a los procesos que se siguen para realizar dichas acciones. El análisis de las características del gobierno, y de los procesos que lleva a cabo para lograr un adecuado funcionamiento, está considerado en modelos de análisis de la capacidad organizacional, la gobernanza, y la calidad de gobierno.

Grindle y Hinderbrand (1995) definen la capacidad del sector público para implementar políticas de desarrollo como la “habilidad de llevar a cabo las tareas apropiadas de manera efectiva, eficiente y sostenible”. Este modelo incorpora una serie de factores que afectan la habilidad de las organizaciones de alcanzar metas específicas. Las cinco dimensiones son las siguientes: 1) el *panorama de acción* que consiste en el contexto político, económico y social en el que se llevan a cabo las actividades de la organización; 2) el *contexto institucional* que incluye factores como procedimientos, reglas, recursos financieros y responsabilidades que afectan el desempeño de la organización; 3) *red de actividades* formada por otras organizaciones involucradas en cumplir los objetivos de la organización; 4) *características de la organización* que incluye estructura, procesos, recursos y formas de administración; 5) capacidad técnica, profesional y administrativa de los *recursos humanos*.

El concepto de gobernanza vinculado al análisis de los sistemas de salud se define como “la forma en que los diferentes actores del sistema de salud y de la sociedad civil, se organizan e interactúan para producir, distribuir y consumir el bien salud en función de la demanda y necesidades de salud de la población usuaria” (Arredondo-López et al. 2005). El análisis de la gobernanza incluye indicadores vinculados al desempeño gerencial, a la participación social y a la gestión de recursos.

El modelo de calidad de gobierno propuesto por Cejudo y Zavaleta (2009) supone que los procedimientos que se siguen para la toma de decisiones de políticas y su posterior implementación, involucran determinados atributos que caracterizan a un gobierno de calidad. La calidad de gobierno, dentro de ese modelo, incluye una “*arquitectura institucional* formal diseñada para equilibrar las interacciones entre el legislativo, el ejecutivo y la burocracia..., así como la articulación de un conjunto de *prácticas de gestión* que permitan traducir efectivamente (dentro de cierto margen de acción permitido) los objetivos de gobierno en políticas, bienes y servicios que atiendan tanto las necesidades como las aspiraciones de la ciudadanía” (Cejudo y Zavaleta 2009).

IV. Evaluación del desempeño de los Estados: en busca de los indicadores más pertinentes.

Considerando en particular las intervenciones de salud, Ovretviet define la evaluación (del desempeño) como “atribuir valor a una intervención (tratamiento, servicio, política de salud) al recolectar información confiable y válida sobre esta de forma sistemática, y al hacer comparaciones con el propósito de tomar decisiones más informadas o para entender mecanismos causales o principios generales” (Ovretviet 2000). En este caso, la intervención es el trabajo realizado por las Secretarías de Salud estatales. A continuación se describirá el modelo conceptual a partir del cual se le atribuirán valores

a esta intervención, considerando los modelos de análisis para la evaluación del desempeño revisados anteriormente se propone fusionar dos de las dimensiones consideradas en dichos modelos: la dimensión de funciones/procesos con la dimensión de metas/resultados de los sistemas de salud, de esta manera se vinculará cada función o proceso con sus correspondientes resultados. Con el propósito de evaluar, con respecto a las tres funciones del sistema de salud, la calidad del desempeño de los gobiernos estatales y sus mecanismos de rendición de cuentas se seleccionarán indicadores que permitan medir y analizar la arquitectura institucional y las prácticas de gestión propuestas por Cejudo y Zabaleta (2009), la capacidad organizacional, la condición de gobernanza y los resultados generados por los sistemas estatales de salud.

Funciones o Procesos del sistema de salud y sus correspondientes resultados

Las funciones o procesos son todas las acciones que lleva a cabo el sistema de salud para cumplir sus metas. A través de estas acciones los tomadores de decisiones y el personal de salud buscan mejorar las condiciones de salud de la población.

1. Prestación de servicios / resultados en salud

La primera función es la de **prestación de servicios**, tanto personales como no personales (acciones de salud pública). Se trata de todas las acciones y prácticas que llevan a cabo los recursos humanos del sistema de salud para contribuir a mejorar la salud de la población. Para esta función se espera que los servicios que se otorgan sean pertinentes y que lleguen a la población objetivo. Los servicios esenciales de salud deben cubrir a la mayor proporción de la población que los requiere de manera equitativa y efectiva.

En el nivel estatal, la Secretaría de Salud se encarga de la prestación de los servicios de salud que proporcionan las dependencias de la administración pública estatal; la atención se dirige básicamente a la población abierta y a beneficiarios del seguro popular. Los lineamientos que deben seguir los prestadores de servicios se determinan -para los programas prioritarios a nivel nacional- por la Secretaría de Salud Federal a través del establecimiento de normas y procedimientos y por la Secretaría Estatal para los programas diseñados en los Estados y para procedimientos de rutina. Las instancias para exponer y dar seguimiento a las quejas sobre la prestación de servicio se proponen y exigen por las autoridades a nivel federal y están consideradas dentro de las leyes y normas locales pero no existen o funcionan en todos los Estados.

A través de las **metas o resultados** obtenidos a partir de la prestación de servicios se busca evaluar si se cumple con la razón que dio origen a la creación del sistema de salud que es garantizar las condiciones que permitan a todo ciudadano aspirar a tener buena salud (Murray C, Evans D. 2003). Los indicadores vinculados con la mejora de la salud sirven para evaluar el desempeño de la Secretaría de Salud estatal en lo que corresponde a la prestación directa de servicios y la coordinación de la prestación de servicios y de implementación de programas a cargo de las instituciones de seguridad social que no pertenecen a la administración pública estatal. Lo anterior, en lo que corresponde a los efectos directos de la prestación de servicios personales y de acciones de salud pública sobre la salud de la población. Es importante mencionar que los cambios en el estado de salud de los individuos no dependen exclusivamente de las acciones del sistema de salud, las decisiones individuales, así como las acciones de otros sectores del gobierno, influyen de manera importante. Sin embargo, sí nos proporcionan un buen indicio del impacto de las acciones del sector salud.

Otro resultado esperado es la **capacidad de respuesta** y se refiere a la medida en la que el sistema de salud contribuye a mejorar la salud de la población al incentivar a los individuos a buscar atención oportuna, al ser más abiertos en la interacción con los proveedores de salud y asimilar de mejor manera la información en salud. También contribuye a incrementar la utilización de los servicios en localidades donde las personas eligen no hacer uso de los servicios debido a su baja capacidad de respuesta (Murray y Evans 2003). Este criterio sirve también para evaluar la prestación de servicios y la capacidad de coordinación de las Secretarías de salud estatales de las acciones del resto de los actores que conforman el sistema de salud estatal. Este criterio hace referencia a la forma en que se proporcionan los servicios de salud y su efecto en el uso de esos servicios.

Para lograr un adecuado funcionamiento que contribuya a alcanzar las metas establecidas para el sistema de salud es necesario contar con la **infraestructura y los recursos humanos** necesarios. El sistema de salud requiere de un adecuado balance de una cantidad suficiente de recursos físicos y técnicos. Se espera que tanto la estructura como la disponibilidad de recursos no solo sea suficiente, sino también que estos estén distribuidos de manera equitativa y considerando las necesidades de la población.

Indicadores de proceso

Para los servicios personales de salud se proponen los siguientes indicadores de proceso:

- Porcentaje de mujeres entre 25 y 64 años que se hicieron el papanicolau
- Porcentaje de mujeres entre 50 y 64 años que se hicieron la mastografía
- Usuarías activas de métodos de planificación familiar por 100 mujeres en edad fértil

- Porcentaje de recién nacidos tamizados para detección oportuna de hipotiroidismo congénito
- Cobertura con esquema completo de vacunación en niños de 1 año
- Consultas de medicina de especialidad por 1 000 habitantes
- Intervenciones quirúrgicas por 1000 habitantes
- Porcentaje de casos de tuberculosis pulmonar que completan tratamiento y curaron
- Tasa de admisión hospitalaria estandarizada por edad por complicaciones de diabetes
- ¿Existe un programa estatal de atención a víctimas de violencia contra las mujeres?
- Especificaciones de la ley con respecto a la atención médica de víctimas de violencia contra las mujeres

Para los servicios no personales se proponen:

- Existen programas de prevención para enfermedades con una alta incidencia local (zona endémica del padecimiento)
- No. y tipo de acciones para prevenir esa enfermedad
- Forma en que se manejó la contingencia por influenza en su inicio

Indicadores vinculados a la rendición de cuentas, a los contrapesos que restringen la discrecionalidad de ejecutivo y burocracias y a las prácticas de gestión:

- Número de casos asignados y resueltos a la Coesamed al año con relación al total de casos asignados
- Si existe o no Aval Ciudadano ya estructurado en la entidad
- No. de organismos estatales que integran el Aval Ciudadano

- Existencia de expedientes electrónicos
- Periodicidad de entrega y tipo de información que debe entregar cada unidad de atención a la salud a las jurisdicciones sanitarias
- Existe algún mecanismo de sistematización de toda la información generada a nivel estatal y que información incluye.
- Acceso público a la información sobre prestación de servicios estatales de salud y como se presenta esa información a la población general.
- Estatus de la acreditación de la capacidad, seguridad y calidad en establecimientos públicos para la prestación de los servicios de salud.
- Porcentaje de especialistas con certificación vigente en instituciones públicas
- Requisitos y mecanismos de selección de directores de programas y de directores de hospitales de la Secretaría de salud
- Porcentaje de mujeres adscritas a plazas médicas por tipo de especialidad y por tipo de puesto.

Indicadores vinculados a otros contrapesos institucionales:

- ¿Existe una Comisión de Salud en el Congreso local?
- ¿Quiénes asesoran a esta comisión?
- ¿Ha discutido algún asunto vinculado a la prestación de servicios en el último año?
- Número de casos que han sido turnados a las instancias judiciales correspondientes que pasaron antes a la Coesamed

Indicadores de resultado

Indicadores de resultado / condiciones de salud:

- Tasas de mortalidad estandarizada por edad para hombres y mujeres por todas las causas
- Mortalidad por cáncer cervicoterino en mujeres de 25 años y más
- Mortalidad por complicaciones de diabetes estandarizada para hombres y mujeres
- Mortalidad por complicaciones quirúrgicas de apendicitis, hernia abdominal, colelitiasis y colesistitis en población de 5 a 64 años.
- Mortalidad materna
- Mortalidad en menores de 5 años
- No de casos y defunciones por influenza en el 2009

Indicadores de resultado/capacidad de respuesta:

- Trato digno (% de usuarios que consideran bueno el trato recibido en el 1er nivel de atención)
- Tiempos de espera para cirugías electivas
- Confidencialidad (de acuerdo al paciente)
- Calidad de infraestructura (de acuerdo al paciente)

Indicadores de disponibilidad de infraestructura y recursos humanos

- Médicos generales y familiares por cada 1000 hab. (por municipio)
- Médicos especialistas por cada 1000 hab.
- Enfermeras por cada 1000 hab. (por municipio)
- Camas censables por cada 1000 hab.
- Clínicas de primer nivel por cada 1000 hab. (por municipio)
- Distancia promedio que deben viajar los usuarios para recibir atención de segundo y tercer nivel
- Mastógrafos por cada 1000 mujeres entre 50 y 64 años

- Disponibilidad de otros equipos y tecnologías de diagnóstico

2. Financiamiento / protección financiera en salud

La segunda función es la de **financiamiento** y se refiere a la forma en que se recolectan, se agregan y asignan los recursos. Los Sistemas de Cuentas Estatales en Salud proporcionan información para conocer los flujos financieros de la atención pública en salud, de esta manera se puede determinar el origen de los recursos públicos y la asignación que se hace de estos. Se espera que los fondos sean suficientes y que su asignación sea equitativa y eficiente. La equidad se determina a través de la distribución de recursos de acuerdo al tipo de aseguramiento y a través de los municipios. La eficiencia se determina al vincular la información financiera con las metas, se espera que los recursos asignados contribuyan a alcanzar las metas establecidas por los sistemas estatales de salud (Murray 2007, 2003).

Se debe encontrar indicadores que reflejen los esfuerzos del sector salud para reducir los desequilibrios financieros: los desequilibrios de nivel, de distribución, de esfuerzo estatal, de destino y de origen. El primero es el desequilibrio de nivel, que está asociado a la proporción de gasto en salud que el país tiene relativo al nivel de crecimiento económico, el cual se mide a través del Producto Interno Bruto. El segundo es el desequilibrio de distribución, que se relaciona a la falta de equidad en la distribución del gasto público en salud entre las instituciones que atienden a la población con seguridad social y las instituciones que atienden a la población sin derechohabencia. El tercer desequilibrio es el de esfuerzo estatal, se relaciona con la insuficiente aportación de recursos de los Estados para atender necesidades de salud de la población. El cuarto desequilibrio es el de destino y se refiere al ejercicio del gasto, a la forma en que se asignan los recursos a cada rubro. El quinto y último desequilibrio se

denomina de origen y se relaciona con la forma en que se distribuye el gasto en salud entre público y privado. (Secretaría de Salud 2006; Sosa et al 2008)

El financiamiento de los servicios estatales de salud se integra por aportaciones federales (algunas de estas etiquetadas) y aportaciones estatales. El porcentaje, origen y destino de las aportaciones estatales varía entre los Estados, lo cual tiene repercusiones sobre las acciones en materia de salud que llevan a cabo y sobre los resultados.

Con respecto a las metas que debe alcanzar el sistema de salud con respecto al financiamiento, se espera que se cumpla con el criterio de **justicia en las contribuciones financieras**. A través de este criterio se busca que la aportación que deben hacer los usuarios al adquirir atención a la salud sea equivalente para todos, es decir, que su aportación sea proporcional a su nivel de ingreso. Este criterio evalúa la equidad financiera del sistema de salud.

Indicadores de proceso

Los indicadores sobre la estructura y distribución del financiamiento:

Desequilibrio de nivel:

- Gasto en salud como porcentaje del PIB (estatal)
- Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total (Estatal y municipal)
- Gasto total en salud per cápita

Desequilibrio de origen:

- Gasto público y privado como porcentaje del gasto total en salud por Estado
- Porcentaje del gasto público en salud que corresponde a la Secretaría de Salud y a otras instituciones públicas de salud (IMSS, ISSSTE, PEMEX)

Desequilibrio de distribución:

- Gasto público en salud per cápita por condición de aseguramiento por municipio (asegurado, no asegurado)

Desequilibrio de esfuerzo estatal:

- Relación entre la aportación estatal y la federal al gasto en salud para población no asegurada
- Relación entre la aportación estatal y la federal al gasto en salud para población afiliada al seguro popular
- Contribuciones federal y estatal al gasto en salud

Desequilibrio de destino

- Gasto en servicios de salud personales, no personales y administrativos como porcentaje del gasto público en salud
- Gasto de inversión

Indicadores sobre contrapesos institucionales

- ¿Quién decide sobre la asignación del presupuesto en salud?
- ¿Cuáles son los criterios utilizados para decidir la asignación del presupuesto?
- ¿De cuánto ha sido la diferencia entre el presupuesto de egresos en materia de salud propuesto por el gobernador y el aprobado por la cámara?
- ¿Existe comunicación entre la comisión de salud del congreso local y la comisión de economía?
- ¿hay participación de las autoridades municipales en salud y de las jurisdicciones sanitarias en la decisión de asignación presupuestaria?
- ¿Se han realizado auditorías recientes con relación al ejercicio del gasto?

Indicadores sobre rendición de cuentas

- Publicación en página web del ejercicio del gasto en cada Estado

- Facilidad para obtener información sobre el ejercicio del gasto a través de la Ley de Transparencia

Indicadores de resultado

Indicador de justicia de las contribuciones financiera

- Porcentaje de la población con seguro de salud
- Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto en salud
- Gasto de bolsillo por grandes rubros de gasto en salud
- Coeficiente de Gini del gasto público estatal
- Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud por Estado
- Índice de justicia financiera

3. Rectoría

La tercera función es la de **rectoría** que se encarga de establecer, implementar y monitorear las reglas a través de las cuales funciona el sistema de salud. En palabras del Reporte Mundial de Salud del año 2000 es la “esencia del buen gobierno” y la función más relevante del sistema (Murray C, Evans D. 2003).

El desempeño en la función de rectoría tendrá efectos positivos o negativos sobre las metas del sistema de salud, por lo tanto, no es suficiente tener evidencia sobre la medida en que se alcancen o no esos objetivos, se debe también tener evidencia sobre que elementos vinculados a la función rectora del gobierno afectan su desempeño y por lo tanto la posibilidad de alcanzar las metas planteadas. Este ejercicio proporcionará información sobre qué acciones debe tomar el gobierno para mejorar su papel como ente rector del sistema de salud y por lo tanto, como coordinador y generador de políticas de salud.

En su versión más extensa de evaluación del desempeño de la OMS del 2003 se proponen seis sub-funciones dentro de la función de rectoría (Phyllida, et. al. 2004):

A. Generación de inteligencia, se refiere a tener acceso a información y capacidad de interpretarla para la toma de decisiones. Se debe identificar e interpretar información de fuentes tanto formales como informales como estadísticas de rutina, medios de información, investigación, grupos de presión, etc. La información a la que se espera tener acceso es sobre las tendencias presentes y futuras del desempeño de los sistemas de salud, el contexto político, económico y social, y la evidencia y experiencia nacional e internacional sobre opciones de política.

Indicadores de proceso

- Diagnóstico al inicio de la actual administración
- ¿Quiénes integran el grupo de asesores del secretario de salud?
- ¿Se realiza investigación en salud y servicios de salud?
- ¿Existe un área específica que coordine la investigación?
- ¿Cuál es la productividad de esa área?
- ¿Existen estrategias sistematizadas de evaluación del desempeño?
- ¿Se sistematiza y analiza la información obtenida de las unidades prestadoras de servicios de salud? ¿Quién lo hace?

B. Formulación de lineamientos estratégicos de política, se refiere a la capacidad del gobierno de identificar las prioridades del sistema de salud para diseñar, implementar y monitorear políticas que busquen satisfacer esas prioridades. Implica

tener una clara articulación de objetivos, clara identificación de los roles de los actores involucrados, identificar instrumentos de política y arreglos institucionales para lograr estrategias factibles, guía para priorizar la asignación del gasto y establecer estrategias de monitoreo.

Indicadores de proceso

- Contenidos del Programa Estatal de Salud
- ¿Quiénes contribuyeron a su elaboración?
- ¿Coincide la asignación presupuestal con los contenidos del Programa Estatal de Salud?
- ¿Existen planes de trabajo o programas de acción para cada programa de salud?
- ¿Existen líneas de acción formales para enfrentar contingencias en salud?
- ¿Existen canales claros de comunicación con otras instituciones del sector (IMSS, ISSSTE, Marina, Pemex)?
- Periodicidad de reuniones con otras instituciones del sector (IMSS, ISSSTE, Marina, Pemex) y temas a tratar
- ¿Qué estrategia se siguió con el manejo de los primeros casos de influenza AH1N1 que se presentaron en el Estado?

C. Asegurar herramientas para la implementación: poder, incentivos y sanciones. Los órganos rectores deben tener poder proporcional a sus responsabilidades que deben usar apropiadamente, deben establecer y hacer cumplir, reglas justas, incentivos y sanciones que coincidan con las metas del sistema de salud, a todos aquellos actores involucrados en las otras funciones del sistema de salud. Los gobiernos locales deben acatar las reglas establecidas por el gobierno

federal, pero tienen también una función rectora, al tratarse de un sistema descentralizado, para regular las acciones de los actores que forman parte del sistema estatal.

Indicadores de proceso

- ¿Cuál es el canal de comunicación con jurisdicciones sanitarias y con municipios?
- ¿Qué porcentaje de recursos y de qué rubro están descentralizados y qué porcentaje están etiquetados desde la federación?
- ¿Tiene el Estado control sobre la contratación del personal de salud y sobre la disponibilidad del número de plazas?
- ¿Existen reglamentos claros (normas o leyes) sobre los siguientes aspectos?:
 - Responsabilidad de los distintos niveles de gobierno
 - Asignación del presupuesto
 - Compras y adquisiciones para el sector
 - Procedimientos administrativos
 - Responsabilidad de funcionarios públicos del sector
 - Responsabilidad de personal de salud en la atención privada
 - Requisitos para certificación de unidades de atención médica
- ¿Existen mecanismos de sanción a las acciones que contravengan esas reglamentaciones?
- ¿Existen mecanismos de sanción a las acciones que contravengan las normas mexicanas oficiales de salud?
- ¿Está en funciones la COESAMED? ¿Cuántos casos fueron atendidos en 2009? ¿Cuántos casos llegaron a una instancia judicial?

D. Construcción de alianzas. Existen muchos factores dentro y fuera del sistema de salud que influyen en la salud de la población y que requieren acciones en las que el órgano rector del sistema no tiene injerencia o esta es limitada. Esto hace necesario establecer alianzas y acuerdos con diferentes actores.

Indicadores de proceso

- ¿Son coordinadas con la Secretaría de Salud las acciones vinculadas a los programas salud pública que realizan IMSS, ISSSTE, Marina, etc?
- ¿Hay alianzas con proveedores del sector privado?
- ¿Existen acuerdos de colaboración con otros sectores que realizan acciones que influyen en las condiciones de salud de la población (SEP, SEDESOL, Inmujeres, DIF, Comisiones de Agua Estatales, etc)? ¿En que consisten? ¿Cuál es la vigencia de esos acuerdos?
- ¿Cómo es la relación con asociaciones y consejos de especialidad médica? ¿Hay alianzas con estos grupos?
- ¿Cómo es la relación con los medios de comunicación? ¿Ha habido algún incidente que haya sido manejado de forma mediática?

E. Asegurar que embonen los objetivos de las políticas con la estructura y cultura organizacional. Una función rectora efectiva requiere de la capacidad organizacional y una cultura administrativa de apoyo de las instituciones y actores involucrados en el sistema de salud. Se deben definir muy bien las funciones y responsabilidades de los actores para evitar ineficiencias y duplicación; deben existir líneas efectivas de comunicación; y estabilidad y memoria institucional (procedimientos claros y continuos, permanencia del personal calificado y la existencia de registros).

Indicadores de proceso

- ¿Qué políticas y programas presentan una discontinuidad en la presente administración con relación a la administración anterior?
- ¿Existe coincidencia entre las políticas propuestas en el Plan Estatal de Salud y la estructura organizacional de la Secretaría Estatal de Salud?
- ¿Existen lineamientos específicos sobre procedimientos administrativos?
¿Hay flexibilidad sobre la forma en que se ejecutan dichos procedimientos?
¿Conocen dichos lineamientos todo el personal involucrado en su ejecución?
- Porcentaje del personal que permaneció en su cargo en la transición a la presente administración. ¿Qué tipo de cargo tienen?
- ¿Existen registros de las acciones llevadas a cabo para cada política y programa en la administración anterior? ¿Existen registros sobre el ejercicio del gasto?

F. Garantizar la rendición de cuentas. Es responsabilidad de la rectoría garantizar que todos los actores del sistema de salud rindan cuentas de sus acciones a la rectoría y a la población usuaria. Deben existir lineamientos claros sobre la información del desempeño y funcionamiento del sistema de salud que debe hacerse pública, como presentarla y mecanismos para su disseminación. Es importante la existencia de comités de vigilancia con facultades formales.

Indicadores de proceso

- ¿Existe un comité de aval ciudadano ya estructurado? ¿Quiénes lo conforman?
- ¿De qué forma transmiten la información del sector salud a los ciudadanos?
¿Qué información les transmiten?

- ¿Hay una política explícita de transparencia y rendición de cuentas en la administración estatal del sector?
- ¿Los portales del sector salud publican y actualizan la información sobre los ingresos y egresos del gobierno?
- ¿Los portales cuentan con indicadores de desempeño y de resultados?
- ¿Los portales cuentan con información sobre sueldos de los funcionarios?
- ¿Hay información explícita sobre los mecanismos para quejas y denuncias de usuarios de servicios de salud?

V. Algunas Consideraciones

La salud de los individuos depende de una multiplicidad de factores, algunos asociados a características biológicas, otros a cuestiones ambientales y otros más a estilos de vida seleccionados por los mismos individuos. Es difícil determinar que fracción del deterioro o mejoría de las condiciones de salud de la población son atribuibles al desempeño del sistema de salud. Los indicadores aquí seleccionados son considerados, tanto en México como en otros países, como buena referencia del impacto de las acciones del sector salud en la salud poblacional.

VI. Descripción de Indicadores

Para describir los indicadores seleccionados se utilizará el esquema propuesto por el *NHS Institute for Innovation and Improvement* de la Universidad de Warwick (NHS 2008).

Prestación de servicios: indicadores de proceso

Nombre del indicador:

% de mujeres entre 25 y 64 años que se hicieron el papanicolau

% de mujeres entre 50 y 64 años que se hicieron la mastografía

Definición: Porcentaje de mujeres en edad de mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama y cáncer cervicouterino, respectivamente, que se les realizaron las pruebas de detección oportuna de cada tipo de cáncer.

Geografía: Total de municipios en cada Estado.

Temporalidad: Información que se proporciona periódicamente a los encargados de los programas de prevención a nivel estatal y federal. Indicadores de resultado de la Secretaría de Salud.

Que propone medir: Porcentaje de mujeres en riesgo que se realizaron las pruebas de detección oportuna.

Porque es importante (racionalidad): El cáncer cervicouterino es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres y el cáncer de mama es la tercer causa. La tasa estandarizada de mortalidad por cáncer cervicouterino es de 9.6 muertes por cada 100 mil mujeres de 25 años y más en 2007. Con una gran disparidad entre Estados con Hidalgo con la tasa más baja (6.0), y Chiapas (14.4) con la tasa más alta. (Inmujeres 2009). El cáncer de mama por su parte tuvo en 2007 una tasa de mortalidad de 10.7 muertes por cada 100 mil mujeres de 25 años y más. Yucatán presentó la tasa más baja con 5.5 y Baja California Sur la más alta con 18.2. En ambos casos existe tratamiento y la detección oportuna tiene altas probabilidades de evitar la muerte. Los programas de detección de ambos tipos de cáncer son, por lo tanto, programas prioritarios a nivel nacional.

Razón para incluirlo: Se trata de acciones directas para evitar muertes prevenibles. Es una medida del nivel de cobertura de los programas para evitar la muerte por ambos tipos de cáncer. Es también un indicador sensible a la incorporación del enfoque de género a las políticas de salud.

Interpretación (que significan valores altos / bajos del indicador): Valores altos significa que los programas de prevención se están enfocando en diagnosticar oportunamente a todas aquellas mujeres en mayor riesgo de desarrollar cáncer, para poder proporcionarles tratamiento.

Nombre del indicador: Usuarías activas de métodos de planificación familiar por 100 mujeres en edad fértil

Definición: Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad que utilizan algún método de planificación familiar. Boletines de Información Estadística DGIS-SS.

Geografía: Todos los Estados, población atendida por la de Salud. Cifras estatales y municipales.

Temporalidad: La información se reporta periódicamente a las autoridades estatales y federales. Se publican informes anuales.

Que propone medir:

Del total de mujeres en edad reproductiva cuantas utilizan un método de planificación familiar otorgado por servicios de salud de la Secretaría de salud.

Porque es importante (racionalidad):

La Constitución Política Mexicana y La Ley General de Salud establecen que es un derecho de la población decidir el número y espaciamiento de los hijos. Para contribuir a hacer cumplir ese derecho, y con el interés de mantener una política de control natal iniciada en los años setenta, la Secretaría de Salud tiene como uno de sus servicios básico el proporcionar el método de planificación familiar más adecuado a los usuarios que así lo soliciten. Este servicio y proporcionar información al respecto forman parte del Programa de Planificación Familiar de cada uno de los Estados y que se lleva a cabo siguiendo los lineamientos de la Norma Oficial de Planificación Familiar NOM 005-SSA2 1993.

Razón para incluirlo:

Es un indicador de la disponibilidad de métodos de planificación familiar y por lo tanto una aproximación al nivel de cobertura del programa. Es un indicador sensible a la inequidad de género ya que la mayor parte de los métodos anticonceptivos utilizados por el programa están dirigidos a la mujer. Se espera que todos los proveedores públicos del servicio tengan disponible el método anticonceptivo que la mujer solicite.

Interpretación (que significan valores altos / bajos del indicador):

A mayor valor, mayor es el número de mujeres haciendo uso del programa.

Este indicador es sólo una aproximación a la medición de las mujeres que desean un método de planificación familiar y pueden acceder a este. El indicador como aquí se presenta no es sensible a determinar que porcentaje de mujeres no tuvo acceso a un método de planificación familiar.

Nombre del indicador:

- % de recién nacidos tamizados para detección oportuna de hipotiroidismo congénito
- Cobertura con esquema completo de vacunación en niños de 1 año

Definición:

- Recién nacidos de cada 100 a los que se les realizó la prueba de tamiz neonatal para detección oportuna de hipotiroidismo, ya sea con papel filtro o con la prueba rápida.
- Niños con el esquema completo de vacunación de cada 100 niños de 1 año de edad registrados en el censo nominal del Programa de Vacunación (PROVAC) por entidad federativa.

Geografía:

- Recién nacidos cuyo nacimiento fue atendido en instalaciones de la Secretaría de Salud. Cifras estatales y municipales. Información obtenida de Informe de Laboratorios Central y Estatales de Tamiz Neonatal, SPPS-SS y Sistema de Información en Salud (SIS), DGIS-SS.
- Cifras estatales y municipales. Sistema de información del componente de vacunación (PROVAC). CeNSIA-SS

Temporalidad:

Se trata de información que se reporta a las autoridades estatales y a la federación de manera periódica.

Que propone medir:

Porcentaje de niños recién nacidos a los que se les realizó oportunamente la prueba diagnóstica de hipotiroidismo congénito y porcentaje de niños de un año de edad registrados en el PROVAC que han recibido el total de vacunas incluidas en el esquema básico de vacunación.

Porque es importante (racionalidad):

El Hipotiroidismo congénito es un defecto al nacimiento que constituye una urgencia pediátrica que, cuando no recibe tratamiento oportuno tiene consecuencias graves como es el retraso mental irreversible. El Tamiz neonatal es la prueba diagnóstica utilizada para detectar la enfermedad en niños aparentemente sanos. En México la prevalencia es de 1:2426 recién nacidos. La Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993 establece como acción obligatoria realizar la prueba en todos los centros que proporcionan atención materno-infantil (Vela-Amieva et al. 2004).

El esquema básico de vacunación en México protege contra 10 enfermedades: tuberculosis, poliomiélitis, difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B, H Influenza b, sarampión, rubéola, parotiditis. Al año los niños deben tener el esquema completo de vacunación, con excepción de la tripleviral que al año sólo ha recibido la primera dosis, y sólo necesitar la aplicación de refuerzos en años posteriores (Secretaría de Salud 2009). El programa nacional de vacunación es una acción prioritaria a nivel nacional que deben vigilar de cerca todos los Estados. En el caso de las inmunizaciones, se trata de estrategias que crean externalidades positivas hacia el resto de la población, ya que de esta manera se contiene el contagio.

Razón para incluirlo:

Se trata de programas de prevención dirigidos a uno de los grupos de la población más vulnerables, se trata también de dos acciones que debe llevar a cabo el sistema de salud de manera obligatoria. Es un indicador de que el sistema de salud está cumpliendo con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de niños menores de un año y recién nacidos a través de una acción que tiene repercusiones de largo plazo para el sistema de salud mismo, al reducir el costo de atención de las enfermedades que buscan prevenir ambas acciones, y tiene también repercusiones en la calidad de vida de la población en general. Es un indicador del nivel de cobertura de ambos programas.

Interpretación (que significan valores altos / bajos del indicador):

Valores cercanos a 100 ó 100 implica que se ha cubierto al total de la población objetivo de ambos programas. Entre más bajo es el valor menor es el número de recién nacidos con prueba realizada y menor es el número de niños con el esquema completo de vacunas.

Nombre del indicador:

- Consultas de medicina de especialidad por 1 000 habitantes
- Intervenciones quirúrgicas por 1000 habitantes

Definición: Consultas otorgadas de medicina de especialidad por cada 1000 habitantes en clínicas y hospitales de la Secretaría de Salud.

Intervenciones quirúrgicas realizadas en unidades de primer nivel y hospitales generales y de especialidad de la Secretaría de Salud por cada 1000 habitantes.

Geografía: Consultas e intervenciones de clínicas y hospitales de la Secretaría de Salud en los Estados.

Temporalidad: Información que se registra de manera periódica. Boletín de Información Estadística y Proyecciones de la población 2005-2050 del CONAPO

Que propone medir:

El número de consultas de especialidad otorgadas e intervenciones quirúrgicas realizadas por cada 1000 habitantes.

Porque es importante (racionalidad):

Las consultas de especialidad y las intervenciones quirúrgicas se realizan en, su mayoría, en clínicas y hospitales de segundo y tercer nivel. El número de instalaciones de ambos niveles es menor que el de clínicas de primer nivel y se ubican en ciudades medianas o grandes. Se trata de una aproximación al nivel de acceso a este tipo de atención médica. Los problemas de salud con mayores consecuencias son los que requieren ser atendidos por médicos especialistas o requieren intervenciones quirúrgicas.

Razón para incluirlo:

Se trata de un indicador del acceso de la población a recibir atención médica de especialidad o una intervención quirúrgica. Da una aproximación de la disponibilidad de este tipo de atención en cada Estado.

Interpretación (que significan valores altos / bajos del indicador):

A mayor valor, mayor el número de consultas o intervenciones quirúrgicas realizadas por cada 1000 habitantes. Se debe comparar con el promedio nacional y con el valor en otros Estados para tener un parámetro de referencia.

Una limitante es que el indicador no permite determinar en que medida el valor se debe a un mayor o menor nivel de acceso o a mejores o peores condiciones de salud (Un valor bajo es por barreras al acceso o porque la población tiene menor necesidad de utilizar servicios de especialidad).

Nombre del indicador:

% de casos de tuberculosis pulmonar que completan tratamiento y curaron

Definición: Porcentaje de casos de tuberculosis registrados que recibieron tratamiento supervisado y curaron en relación con el total de casos de tuberculosis registrados susceptibles de recibir tratamiento.

Geografía:

Información estatal y municipal. Sistema Único para la Vigilancia Epidemiológica.

Temporalidad: La información se proporciona periódicamente a autoridades estatales y federales.

Que propone medir:

Mide el acceso y disponibilidad para recibir diagnóstico y tratamiento para la tuberculosis pulmonar de las personas que lo requieren, esto es la cobertura de la atención contra la tuberculosis pulmonar.

Porque es importante (racionalidad):

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad altamente infecciosa que requiere ser diagnosticada tempranamente para tener un mejor pronóstico y cuya cura requiere adherencia al tratamiento, es decir, que el se debe seguir el tratamiento sin interrupción el tiempo que se requiera. Para el 2007 se tenía una tasa de incidencia de 13.5 por cada 100 mil habitantes (Secretaría de Salud 2008).

Razón para incluirlo: http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/ac_proposito.html

Es un indicador de el acceso al diagnóstico y tratamiento de de una enfermedad infecciosa asociada a la pobreza. Aquí se evalúa la eficacia del sistema de salud para mantener a los pacientes infectados bajo tratamiento.

Interpretación (que significan valores altos / bajos del indicador):

Valores altos significan que un alto porcentaje de los pacientes diagnosticados terminaron

exitosamente el tratamiento y fueron dados de altas por la enfermedad.

El indicador es útil para determinar que tan eficaz es el servicio de salud para mantener al paciente bajo tratamiento hasta curarlo, pero no para determinar que tan eficaz es para detectar nuevos casos o que tan accesible es la atención para un paciente infectado.

Nombre del indicador:

Tasa de hospitalización estandarizada por edad y por género por complicaciones de diabetes

Definición: Tasa de hospitalización debido a complicaciones de diabetes por cada 100 mil habitantes estandarizada por edad (Estandarización por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025) por género.

Geografía: Información estatal. Boletín de Información Estadística y Proyecciones de la población 2005-2050 del CONAPO

Temporalidad: La información se reporta periódicamente.

Que propone medir:

La tasa de hospitalización por género estandarizada por edad por complicaciones de la diabetes.

Porque es importante (racionalidad):

La población en México de personas con diabetes fluctúa entre los 6.5 y los 10 millones (prevalencia nacional de 10.7% en personas entre 20 y 69 años). De este gran total, 2 millones de personas no han sido diagnosticadas. En personas de 40-59 años, 1 de cada 4 muertes se debe a complicaciones de la diabetes. La mayor parte de las complicaciones son consecuencia de un inadecuado control del paciente enfermo. Es una enfermedad que afecta más a mujeres que a hombres (Federación Mexicana de diabetes, 2009 http://www.fmdiabetes.org/v2/paginas/d_numeros.php).

Razón para incluirlo:

Este indicador tiene dos propósitos, por un lado, determina una capacidad limitada de los servicios de salud para controlar al paciente diabético y evitar complicaciones. Por otro lado, es un indicador del acceso del paciente diabético a un segundo o tercer nivel de atención.

Interpretación (que significan valores altos / bajos del indicador):

Valores altos significan que hay una mayor proporción de la población hospitalizada por diabetes debido a complicaciones.

Prestación de servicios: indicadores de resultado

Mejora a la Salud

Nombre del indicador:

4. Mortalidad materna

5. Mortalidad en menores de 5 años según sexo

Definición:

1. Razón de mortalidad materna: Número de defunciones maternas por cada 100,000 nacidos vivos estimados. La Mortalidad materna se define como la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales” (OMS)
2. Tasa de mortalidad observada por 10,000 habitantes de ese grupo de edad. Riesgo de morir entre los niños menores de 5 años según sexo en una población y período

determinados

Geografía: estatales y municipales. Base de datos de las defunciones INEGI/SS y Proyecciones de la población 2005-2050 del CONAPO

Temporalidad: anual

Que propone medir:

1. Riesgo de morir entre las mujeres debido a complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio en un año y una población determinados, por 10,000 nacidos vivos de ese mismo año y población.
2. Riesgo de morir entre los niños y niñas menores de 5 años en una población

Porque es importante (racionalidad):

4. Considera todas las muertes causada directamente por el embarazo (incluyendo aquellas defunciones que resultan del tratamiento de complicaciones) o si el embarazo agrava otra condición. Mide el riesgo obstétrico una vez que la mujer queda embarazada.
5. La mortalidad en menores de 5 años es un indicador que permite valorar, en un momento específico y un lugar determinado, el estado de salud de este grupo poblacional en lo particular y de la sociedad en lo general. Las cifras aportan información valiosa acerca del nivel de vida de la población y sobre la disponibilidad y acceso a los servicios de salud.

Razón para incluirlo:

Ambos indicadores son sensibles a las condiciones de vida de la población y también a la disponibilidad de infraestructura y atención adecuada de los servicios de salud. Por lo tanto, son considerados indicadores sensibles a la medición de la desigualdad. Las muertes pueden ocurrir por condiciones inadecuadas del entorno o por servicios de salud inaccesibles o de mala calidad.

Interpretación (que significan valores altos / bajos del indicador):

Un valor alto representa un número alto de muertes por ambas causas. En un sistema de salud con servicios de salud adecuados y suficientes se espera que la muerte en ambos grupos poblacionales sea baja, sin embargo, hay elementos vinculados con el entorno y con condiciones de vida que están también asociados con este tipo de defunciones. Es difícil separar el efecto de estas causas sobre los indicadores de mortalidad.

Nombre del indicador: Mortalidad potencialmente prevenible

1. Mortalidad por cáncer cervicouterino en mujeres de 25 años y más
2. Mortalidad por complicaciones de diabetes estandarizada para hombres y mujeres
3. Mortalidad por complicaciones quirúrgicas de apendicitis, hernia abdominal, colelitiasis y colesistitis en población de 5 a 64 años.

Definición:

1. Tasa de mortalidad observada por 100,000 mujeres de 25 años o más por cacu.
2. Tasa de mortalidad estandarizada por 100,000 habitantes para hombres y mujeres
3. Tasa de mortalidad observada por 100,000 habitantes de 5 a 64 años

Geografía: 1 y 2 estatal y municipal. 3 estatal. Base de datos de las defunciones INEGI/SS y Proyecciones de la población 2005-2050 del CONAPO.

Temporalidad: anual

Que propone medir:

1. Riesgo de morir por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 y más años de edad en una población y un periodo determinados.
2. Riesgo de morir, ajustado por edad, a causa de la diabetes mellitus según sexo en una población y un periodo determinados.
3. Riesgo de morir por complicaciones quirúrgicas por cirugía de apendicitis, hernia abdominal, coledocitis y coledocitis en población de 5 a 64 años.

Porque es importante (racionalidad):

1. El indicador mide el riesgo de la población femenina de 25 y más años de edad de morir a consecuencia de cáncer del cuello de útero en un momento y lugar determinados. Este es el tumor maligno más común entre las mujeres en edad reproductiva y la primera causa de muerte en este grupo (DGED 2008).
2. La diabetes mellitus, considerada uno de los principales problemas emergentes de salud, se ubica como tercera causa de muerte a nivel nacional, como la primera causa de demanda de servicios en consulta externa y de las primeras en el servicio de hospitalización.
3. Las cirugías por apendicitis, hernia abdominal, coledocitis y coledocitis son las intervenciones de cirugía general más comunes y cuyo procedimiento bien realizado y bajo condiciones adecuadas implica un riesgo bajo.

Razón para incluirlo:

Los tres casos constituyen un indicador de mortalidad por causas potencialmente prevenibles. Se espera que un sistema de salud con servicios de salud adecuados y suficientes la mortalidad por estas causas sea baja.

Interpretación (que significan valores altos / bajos del indicador):

1. El indicador se expresa como una tasa que indica el número de defunciones ocurridas por cáncer cérvico-uterino por cada 100,000 mujeres de 25 años y más.
2. El indicador se reporta como una tasa ajustada por edad (método de estandarización directa) que indica el número de defunciones por diabetes mellitus por cada 100,000 habitantes en una población y un período determinados.

Capacidad de respuesta

Nombre del indicador:

Tiempos de espera para cirugías electivas

Definición: Tiempo transcurrido desde que se realizó el diagnóstico que requiere cirugía electiva hasta el momento que se realiza, expresado en días.

Geografía: estatal

Temporalidad: anual

Que propone medir:

El tiempo promedio que debe esperar un paciente que requiere intervención quirúrgica, desde que fue diagnosticado hasta el momento que se realiza la intervención.

Porque es importante (racionalidad):

Los tiempos de espera para recibir algún servicio de salud, incluyendo una intervención quirúrgica, se han tomado como referencia de la calidad del servicio. Si los recursos y la infraestructura son suficientes para atender la demanda de servicios de salud se esperaría que el tiempo que debe esperar un paciente para recibir el servicio no sea excesivo.

Razón para incluirlo:

La medición del tiempo de espera se traduce en el tiempo de respuesta de la institución hospitalaria a la demanda de servicios y constituye, por lo tanto, un indicador de la accesibilidad y oportunidad de los servicios prestados por la institución prestadora de servicios de salud.

Interpretación (que significan valores altos / bajos del indicador):

A mayor el indicador, mayor el tiempo que han tenido que esperar en promedio los pacientes para acceder a la intervención.

Nombre del indicador:

Trato adecuado (% de usuarios que consideran bueno y muy bueno el trato recibido en el 1er nivel de atención)

Definición: Grado de satisfacción que manifiestan los usuarios (pacientes, familiares o acompañantes), por el trato recibido en la unidad médica, expresado en porcentaje, con respecto al total de usuarios entrevistados.

Geografía: estatal y municipal

Temporalidad: anual

Que propone medir:

Número de usuarios (pacientes, familiares o acompañantes) que manifestaron haber recibido trato muy bueno y bueno en la unidad médica, con respecto al total de entrevistados.

Porque es importante (racionalidad):

Mejorar la calidad de los servicios es avanzar en sus dos componentes: calidad técnica y calidad interpersonal. Desde la perspectiva del usuario esto se logra cuando el individuo se siente satisfecho con la atención recibida —solución a su necesidad de salud y haber recibido un trato digno y adecuado—. Por el contrario, en un sistema de baja calidad la población presente un alto grado de insatisfacción y reporta una baja utilización de los servicios.

Razón para incluirlo:

Es un indicador de la forma en que la población usuaria perciben los servicios. La percepción de un trato inadecuado puede provocar una reducción en la utilización de los servicios aún cuando exista la necesidad de de salud, pudiendo ocasionar un uso tardío de los mismos. Puede tener también como consecuencia una baja utilización de los programas de prevención.

Interpretación (que significan valores altos / bajos del indicador):

A mayor valor mayor el porcentaje de usuarios satisfechos con el servicio de salud recibido. Se trata de un indicador de la calidad percibida el cual tiene una carga importante de subjetividad.

Estructura/recursos

Nombre del indicador:

1. Médicos generales y familiares por cada 1000 hab. (por municipio)
2. Médicos especialistas por cada 1000 hab.
3. Enfermeras por cada 1000 hab. (por municipio)

Definición: 1. Relación del número de médicos generales y familiares en contacto con el paciente disponibles en instituciones del sector público para atender a la población por cada 1000 habitantes.

2. Relación del número de médicos especialistas en contacto con el paciente disponibles en instituciones del sector público para atender a la población por cada 1000 habitantes.

3. Relación del número de enfermeras en contacto con el paciente disponibles en instituciones del sector público para atender a la población por cada 1000 habitantes.

Geografía: Para médicos generales y enfermeras, información estatal y municipal. Para médicos especialistas información estatal. Boletín de Información Estadística y Proyecciones de la población 2005-2050 del CONAPO.

Temporalidad: anual

Que propone medir:

Cuantos médicos generales, especialistas y enfermeras hay disponibles en el sistema público de salud por cada 1000 personas.

1. El indicador se reporta como la relación de disponibilidad de médicos generales y familiares y enfermeras para atender a la población por cada 1,000 habitantes en un periodo determinado. Los médicos generales y familiares incluyen a pasantes en servicio social ubicados en el 1er y 2do niveles de atención (Dirección General de Evaluación del Desempeño 2008).
2. El indicador reporta la relación de disponibilidad por cada 1,000 habitantes de médicos especialistas que cuentan con estudios de especialización en una rama de la medicina para la atención a la salud o de padecimientos referidos a un órgano, aparato o sistema, ubicados en las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención de las instituciones públicas del sector salud. Incluye a todos los médicos especialistas que están en contacto con el paciente en las unidades de primero y segundo nivel de atención, excluyendo a los odontólogos (Dirección General de Evaluación del Desempeño 2008).

Porque es importante (racionalidad):

Los indicadores 1 y 3 informan sobre la capacidad de los servicios de salud para atender las necesidades de la población, dentro del esquema de atención primaria; el indicador 2 dentro del esquema de atención secundaria y terciaria también. La distribución per cápita de los médicos y enfermeras en una población y un periodo determinado se relaciona con el nivel de cobertura del sistema de salud, la reducción de brechas en la atención a grupos poblacionales y con la mejoría de la calidad de la atención (Dirección General de Evaluación del Desempeño 2008).

Razón para incluirlo:

Proporciona información sobre la disponibilidad de recursos humanos en el sistema de salud y como se distribuyen por Estado y por municipio. De esta manera es posible determinar la suficiencia de esos recursos para atender las necesidades del sistema de salud.

Interpretación (que significan valores altos / bajos del indicador):

A mayor valor, mayor es el número de personal médico y de enfermería disponible para atender las necesidades de la población.

Nombre del indicador:

1. Camas censables por cada 1000 hab.
2. Clínicas de primer nivel por cada 1000 hab. (por municipio)

Definición: Relación del número de camas censables y clínicas de primer nivel disponibles en el sector público para atender a la población por cada 1,000 habitantes.

Geografía: Información sobre clínicas por Estado y municipio; el resto solo por Estado. Boletín de Información Estadística y proyecciones de población 2005-2050 de CONAPO.

Temporalidad: anual

Que propone medir:

1. El indicador valora la disponibilidad de camas censables por cada 1,000 habitantes para atender a una población en un lugar y periodo determinados, así como la cobertura de población con base en este recurso.
2. El indicador valora la disponibilidad de clínicas de primer nivel por cada 1,000 habitantes para atender a una población en un lugar y periodo determinados, así como la cobertura de población con base en este recurso.

Porque es importante (racionalidad):

1. La cama censable es considerada la unidad funcional en las unidades de segundo nivel. Se define como la cama instalada en el área de hospitalización que aloja al paciente, posterior a su ingreso a la unidad, para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado y/o tratamiento. A partir de ella se cuantifican los egresos hospitalarios, la ocupación hospitalaria, días estancia, etc
2. La Clínica de primer nivel de atención es la unidad de atención más pequeña y se encuentra distribuída tanto en zona rural como en zona urbana. Es, en muchos casos, el contacto inicial del usuario con el sistema de salud.

Razón para incluirlo:

Proporcionan información sobre la disponibilidad de infraestructura y sobre si son o no suficientes para atender las necesidades de la población objetivo.

Interpretación (que significan valores altos / bajos del indicador):

A mayor valor, mayor es la disponibilidad de camas y clínicas.

Nombre del indicador:

1. Mastógrafos por cada 1000 mujeres entre 50 y 64 años

Definición:

1. El indicador valora la disponibilidad de mastógrafos por cada 1,000 mujeres en edad con mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama para atender a ese grupo poblacional en un lugar y periodo determinados, así como la cobertura de ese grupo poblacional con base en este recurso.

Geografía: estatal. Boletín de Información Estadística y proyecciones de población 2005-2025 de CONAPO.

Temporalidad: anual

Que propone medir:

La disponibilidad de mastógrafos por cada 1,000 mujeres en edad con mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama.

Porque es importante (racionalidad):

El cáncer de mama tuvo en 2007 una tasa de mortalidad de 10.7 muertes por cada 100 mil mujeres de 25 años y más. Yucatán presentó la tasa más baja con 5.5 y Baja California Sur la más alta con 18.2. Existe tratamiento y la detección oportuna tiene altas probabilidades de evitar la muerte. El programas de detección es un programas prioritarios a nivel nacional. La prueba diagnóstica más utilizada por su sensible y accesibilidad para detectar este tipo de cáncer es la mastografía y el programa de detección temprana incluye la realización de esta prueba anualmente a las mujeres de entre 50 y 64 años de edad.

Razón para incluirlo:

Para poder diagnosticar oportunamente a las mujeres con cáncer de mama y darles la posibilidad de recibir tratamiento y obtener un mejor pronóstico es necesario tener disponibilidad suficiente de mastógrafos para atender a las mujeres en riesgo. Es útil como indicador de equidad de género.

Interpretación (que significan valores altos / bajos del indicador):

A mayor valor, mayor la disponibilidad de mastógrafos para la población en riesgo de desarrollar cáncer de mama.

Financiamiento: Indicadores de proceso

Nombre del indicador:

1. Gasto público en salud como porcentaje del PIB (estatal)
2. Gasto público en salud como porcentaje del gasto público (Estatal y municipal)

Definición: 1. Es la relación porcentual que existe entre el gasto público en salud y el Producto Interno Bruto estatal en un año determinado. 2. Es la relación porcentual que existe entre el gasto público en salud y el gasto público en general.

Fórmula: $GTS \% PIB = \text{Gasto total en salud} / PIB * 100$

Geografía: 1. estatal; 2. estatal y municipal. Sistema de Cuentas Estatales y Nacionales de Salud.

Temporalidad: anual

Que propone medir:

1. Mide que porcentaje del PIB representa el gasto público en salud.
2. Mide que porcentaje del gasto público representa el gasto público en salud.

Porque es importante (racionalidad):

Para poder garantizar el acceso a servicios de salud al total de la población y para cumplir con los objetivos planteados en los Planes Nacionales y Estatales de Salud es necesario contar con recursos financieros suficientes. En México, el gasto público en salud representa 46 por ciento del gasto total en salud, porcentaje mucho menor que el promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), que es de 72 por ciento. De hecho, México es el país miembro de esta organización con el gasto público en salud como porcentaje del PIB más bajo (Secretaría de Salud 2007)

Razón para incluirlo:

1. Este indicador determina la importancia relativa que tiene el sistema de salud en el nivel de riqueza de un país o área geográfica. 2. Este indicador determina la importancia relativa para el gobierno del sistema público de salud a nivel federal o estatal.

Interpretación (que significan valores altos / bajos del indicador):

A mayor valor mayor es el gasto que se destina a salud con relación al PIB y mayor es el gasto público en salud con relación al gasto público total.

Nombre del indicador:

1. Relación entre la aportación estatal y la federal al gasto en salud para población no asegurada
2. Relación entre la aportación estatal y la federal al gasto en salud para población afiliada al seguro popular

Definición: De la suma de las aportaciones estatal y federal para población no asegurada y para población afiliada al seguro popular, que porcentaje corresponde a cada una. El gasto federal incluye el gasto del Ramo 12, FASSA e IMSS-Oportunidades. El gasto para población no asegurada incluye el Ramo 12, Ramo 33, Gasto Estatal e IMSS-Oportunidades. Porcentaje que representa la aportación estatal al gasto público en salud para población no asegurada y para la población afiliada al seguro popular en un periodo determinado (el porcentaje restante representa la aportación federal al gasto público en salud para población no asegurada).

Geografía: Información federal y estatal. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS).

Temporalidad: anual

Que propone medir:

Relación entre la aportación estatal y la federal al gasto en salud para población no asegurada
Relación entre la aportación estatal y la federal al gasto en salud para población afiliada al seguro popular

Porque es importante (racionalidad):

En el financiamiento de la salud la distribución de las responsabilidades y obligaciones es un asunto de alta prioridad, principalmente porque la salud debe constituirse en un valor compartido. Esto implica que las autoridades federales, estatales y municipales colaboren para asegurar a la población el acceso a los bienes y servicios sociales que les corresponden a partir de incrementar los recursos disponibles en el sistema. 67 El indicador evalúa la participación en el financiamiento en salud para población no asegurada de las autoridades federales y estatales. Complementariamente valora la capacidad de respuesta de los servicios de salud públicos. Se considera como aportaciones federales al gasto en salud el presupuesto reportado en Ramo 12 (PAC, PROGRESA, Unidades Centrales, Organismos Descentralizados y Organos Desconcentrados) y Ramo 33 (FASSA) a nivel nacional y por Estado. Se considera como Aportaciones Estatales, el presupuesto asignado por las entidades federativas al Gasto en salud, reportado en el BIE, a nivel nacional y por entidad federativa.

Razón para incluirlo:

Dentro de un sistema de salud descentralizado se espera que la contribución al financiamiento del sistema de salud sea compartida entre federación y los Estados. Este indicador determina en que medida se da esa co-participación.

Interpretación (que significan valores altos / bajos del indicador):

Un valor alto de la participación estatal significa que lo que aporta el Estado es mayor al aporte de la federación.

Nombre del indicador:

Gasto público en salud per cápita por condición de aseguramiento por municipio

Definición: Relación entre el total del presupuesto público ejercido en salud y la población asegurada y no asegurada en un periodo determinado.

Geografía: Estatal y municipal. Sistema de Cuentas Nacionales Nacional y Estatal Sicuentas.

Temporalidad: reporte anual

Que propone medir:

Total del gasto público en salud ejercido (en población asegurada y no asegurada) en un

periodo determinado por cada persona asegurada o no asegurada en ese mismo periodo.

Porque es importante (racionalidad):

La disponibilidad de recursos presupuestales favorece la consecución de los objetivos y metas del sistema de salud, fortaleciendo su desempeño, es decir nos habla de lo sustentable que puede ser el sistema en relación a los recursos presupuestales disponibles. La distribución per cápita del presupuesto público en salud permite establecer la cantidad o monto de recursos que en promedio corresponde a cada individuo de una población en un periodo determinado. El indicador se reporta como una razón entre el presupuesto público ejercido en salud y la población ya sea de asegurada o no asegurada total en un periodo determinado (Dirección General de Evaluación del Desempeño, 2008).

Razón para incluirlo:

Es un parámetro de referencia sobre la inversión del gobierno en la salud de cada individuo que permite determinar si es suficiente para atención de la población objetivo. Al dividirlo según condición de aseguramiento se determina que grupo poblacional recibe en promedio mayores recursos.

Interpretación:

Cantidad o monto de recursos que en promedio corresponde a cada individuo asegurado y no asegurado respectivamente.

Nombre del indicador: Gasto en servicios de salud personales, no personales y administrativos como porcentaje del gasto público en salud

Definición: Es la relación porcentual que existe entre el gasto en servicios de salud y administrativos y el gasto público en salud estatal en un año determinado.

Geografía: estatal. Sistema nacional y estatal de cuentas nacionales (Sicuentas)

Temporalidad: anual

Que propone medir:

La proporción del gasto público en salud que se destina a servicios de salud y gastos administrativos.

Porque es importante (racionalidad):

El sistema de salud funciona con recursos limitados, para lograr alcanzar las metas propuestas es necesario distribuir los recursos en salud entre los distintos rubros del gasto de manera eficiente. El principal objetivo del sistema de salud es mejorar las condiciones de salud de la población, se espera entonces que la distribución del gasto en salud por rubro se realice de la mejor manera para contribuir a alcanzar ese objetivo.

Razón para incluirlo:

Permite determinar que rubros están obteniendo más o menos recursos para poder hacer ajustes a futuro.

Interpretación:

Porcentaje del gasto público en salud que se destina a servicios de salud y a gastos administrativos, respectivamente.

Financiamiento: Indicadores de resultado

Justicia en las contribuciones financieras

Nombre del indicador:

Porcentaje de la población con seguro de salud

Definición: porcentaje del total de la población con cobertura por algún tipo de seguro, ya sea de seguridad social, seguro privado o seguro popular.

Geografía: estatal y municipal

Temporalidad: anual

Que propone medir:

La proporción de la población que cuenta con algún tipo de cobertura de atención a la salud asegurada.

Porque es importante (racionalidad):

Para darle seguimiento a la protección financiera, la OMS sugiere utilizar indicadores que midan tanto la justicia en el financiamiento de los servicios de salud como la protección que ofrecen los sistemas de salud contra el riesgo de empobrecimiento por motivos de salud. Los seguros de salud son una protección a ese riesgo de empobrecimiento, al estar asegurado se garantiza el acceso, al menos, a ciertos servicios básicos.

Razón para incluirlo:

Es un indicador de la posibilidad que ofrece el sistema de salud de protegerse contra gastos excesivos en atención a la salud que impliquen un riesgo financiero al individuo.

Interpretación (que significan valores altos / bajos del indicador):

Un valor alto implica una mayor cobertura de la población por algún seguro de salud.

Nombre del indicador:

gasto de bolsillo como porcentaje del gasto en salud

Definición: Es la relación porcentual que existe entre el gasto de bolsillo y el Producto Interno Bruto estatal en un año determinado.

Geografía: Estado

Temporalidad: anual

Que propone medir:

El gasto de bolsillo puede tener diversas fuentes: los ingresos monetarios regulares del hogar, los ahorros monetarios, el endeudamiento, la venta de bienes que conforman el patrimonio familiar y, en algunas ocasiones, el sacrificio de otros satisfactores básicos, como la educación

Porque es importante (racionalidad):

Los sistemas de salud financieramente justos le evitan a los hogares los gastos médicos excesivos inesperados, también llamados gastos catastróficos. Esto se puede lograr reduciendo o evitando los denominados gastos de bolsillo o gastos directos por atención de la salud mediante el establecimiento de esquemas de pago por anticipado.

Los sistemas de salud financieramente justos también distribuyen las contribuciones al financiamiento de la salud de los hogares de acuerdo con la capacidad de pago y no con el riesgo de enfermar. Esto significa que las familias con mayores recursos contribuyen proporcionalmente más a la atención a la salud que las familias de menores ingresos (Sesma et al 2000).

Razón para incluirlo:

Es un indicador de la limitada posibilidad de la población de acceder a algún mecanismo de protección financiera en salud. Ya sea por que el sistema de salud no proporciona opciones de acuerdo a su capacidad de pago o porque los individuos no son aversos al riesgo y no tienen interés de obtener algún mecanismo de prepago para recibir atención a la salud.

Interpretación (que significan valores altos / bajos del indicador):

A mayor valor, mayor el número de personas que deben sacar dinero directamente de sus bolsillos para recibir atención médica.

Nombre del indicador:

Coefficiente de Gini del gasto público estatal

Definición: El Coeficiente de Gini es una medida de desigualdad. El coeficiente de Gini se calcula como una razón de las áreas en el diagrama de la curva de Lorenz. Esta razón se expresa como porcentaje o como equivalente numérico de ese porcentaje, que es siempre un número entre 0 y 1. La curva de Lorenz es una gráfica de concentración acumulada de la distribución del gasto público en salud superpuesta a la curva de la distribución de frecuencias de los Estados o municipios que la poseen, y su expresión en porcentajes es el índice de Gini.

Geografía: estatal, municipal.

Temporalidad: anual

Que propone medir:

propone medir el grado de desigualdad del gasto público en salud distribuido entre Estados y municipios.

Porque es importante (racionalidad):

Razón para incluirlo:

La ventaja principal del coeficiente de Gini es que es una medida de desigualdad por medio de un análisis de cocientes. Es suficientemente simple que puede ser comparado a través de países y ser interpretado fácilmente. Para el caso de la distribución estatal y municipal por gasto en salud el coeficiente de Gini constituye un indicador de la equidad financiera del sistema.

Interpretación (que significan valores altos / bajos del indicador):

El coeficiente de Gini representa dos veces el área entre la curva de Lorenz y la diagonal y toma valores entre cero (igualdad perfecta) y uno (desigualdad total).

Nombre del indicador:

Porcentaje de hogares con gasto catastrófico

Definición: Se define como hogar con gastos catastróficos por motivos de salud a todo aquel cuya contribución financiera de los hogares ($CFH \geq 0.3$) (30%). Esto significa, por tanto, que el gasto en salud del hogar representa más del 30% de la capacidad de pago o ingreso disponible del mismo.

$$\%HGC = \frac{\text{Número de hogares gasto catastrófico}}{\text{Total de hogares del país}} * 100$$

Dónde

$$CFH = \frac{\text{Gasto de bolsillo} + \text{gasto en seguros médicos}}{\text{Gasto total} - \text{gasto de subsistencia}}$$

Geografía: estatal

Temporalidad: anual

Que propone medir:

Un hogar incurre en gastos catastróficos cuando su gasto en salud rebasa el 30% de su capacidad de pago, que se define como el remanente del gasto total del hogar una vez descontado su gasto en alimentación.

Nombre del indicador:

Índice de Justicia Financiera

Definición:

El Índice de Justicia Financiera (IJF) es un indicador que mide que tan justo o no es el financiamiento de los sistemas de salud.

$$IJCF = 1 - 4 \left(\frac{\sum_{i=1}^n |CFHi - \overline{CFH}|^3}{0.125 * n} \right)$$

Donde:

CFHi es la contribución financiera del hogar i-ésimo

\overline{CFH} es la media de las contribuciones financieras de todos los hogares

n es el total de hogares de la encuesta

Geografía: estatal, municipal.

Temporalidad: anual

Que propone medir:

El Índice de Justicia Financiera (IJF) mide la desigualdad en la distribución del financiamiento privado del sistema de salud.

Interpretación

Toma valores entre cero y uno, donde cero es perfecta desigualdad y uno es perfecta igualdad en el financiamiento.

Bibliografía

- Handler, Arden; Issel, Michele and Turnock, Bernard. "A Conceptual Framework to Measure Performance of the Public Health System" *Am J Public Health*. 2001;91:1235–1239.
- Arellano López, Oliva y Blanco Gil, José. La polarización de la política de salud en México. Cuadernos de Saúde Pública [online]. 2001, vol.17, n.1 ISSN 0102-311X.
- Arredondo-Lopez A, Orozco-Nuñez E, Catañeda X. Gobernanza en Sistemas de Salud y participación social en México a partir de la reforma del sector. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*. 2005; 29: 5-12.
- Brachet V. Elementos para investigar la capacidad estatal político-administrativa en materia de salud pública. Los casos de Guanajuato, Oaxaca y Sonora. *Estudios Sociológicos*. El Colegio de México. enero-abril. 2002. vol. XX. Mexico D.F.
- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917. Última reforma publicada DOF 18-06-2008
- Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED). Secretaría de Salud. Notas sobre indicadores. <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/indicadores/notas/indicador52.pdf> f. (Accesada 2008)
- Federación Mexicana de diabetes, 2009
http://www.fmdiabetes.org/v2/paginas/d_numeros.php (accesada sep. 2009)
- Gakidou E, Lozano R, González-Pier E, Abbott-Klafter J, Barofsky JT, Bryson-Cahn C, Feehan DM, Lee DK, Hernández-Llamas H, Murray CJL. Evaluación del impacto de la reforma mexicana de salud 2001-2006: un informe inicial. *Salud Publica Mex* 2007;49 supl 1:S88-S109.
- Gobierno del Estado de Aguascalientes. Ley de Salud del Estado de Aguascalientes. 2004.
- Gobierno del Estado de Colima. Ley de Salud del Estado de Colima. 2006.
- Gobierno del Estado de Baja California Sur. Ley de Salud Pública para el Estado de Baja California Sur. 2007
- Gobierno del Estado de Chiapas. Ley de Salud del Estado de Chiapas. 2000.
- Gobierno del Estado de Coahuila. Ley de Salud del Estado de Coahuila. 2008
- Gobierno del Estado de Durango. Ley de Salud del Estado de Durango. 2006
- Gobierno del Estado de Estado de México. Funciones de la Secretaría de Salud del Estado de Estado de México. <http://salud.edomex.gob.mx/salud/funciones.htm> Accesada Junio 2009.
- Gobierno del Estado de Jalisco. Ley de Salud del Estado de Jalisco. 2000.
- Gobierno del Estado de Guanajuato. Ley de Salud del Estado de Guanajuato. 2007.
- Gobierno del Estado de Guerrero. Ley de Salud del Estado de Guerrero. 2005.

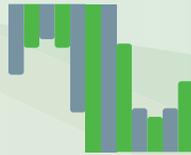
- Gobierno del Estado de Yucatán. Ley de Salud del Estado de Yucatán. 2007.
- González-Pier, E. Federalismo en Salud y Reforma Financiera en México. En Federalismo y Políticas de Salud. Descentralización y relaciones intergubernamentales desde una perspectiva comparada. Canadá. Foro de Federaciones y Segob. 2003.
- Grindle, M.S. and M.E. Hildebrand. Building sustainable capacity in the public sector: what can be done? *Public Administration and Development*, 1995. 15:441-463.
- Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism. Edited by Christopher J.L. Murray and David B. Evans. WHO. Geneva. 2003.
- Hurst, J. and M. Jee-Hughes (2001), "Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems", *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, No. 47, OECD.
- Inmujeres. Sistema de Indicadores de género (<http://estadistica.inmujeres.gob.mx/myhpdf/101.pdf>). (Accesada Agosto 2009).
- INSP. Análisis y Estimación de la Información sobre Gasto y Financiamiento en Salud: Análisis de la dinámica financiera del sistema mexicano de salud 2000-2008. Manuscrito. INSP. Agosto 2009.
- Murray, C.J.L. and Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (6)
- Murray C, Evans D. Health Systems Performance Assessment: Goals, Framework and Overview. Introduction. WHO. Geneva. 2003.
- NHS Institute for Innovation and Improvement. "The Good Indicators Guide: understanding how to use and choose indicators". UK. Association of Public Health Observatories. 2008.
- Phyllida Travis, Dominique Egger, Philip Davies, Abdelhay Mechbal. Towards Better Stewardship: Concepts and Critical Issues. In Murray C, Evans D. Health Systems Performance Assessment. Debates, Methods and Empiricism. WHO. Geneva. 2003.
- Puentes Rosas E, Gómez Dantés O, Garrido Latorre F. Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. *Rev Panam Salud Pública*. 2006;19(6):394-402.
- Sosa-Rubí, Sandra G.; Sesma, Sergio; Guijarro, Maite. Análisis del Gasto en Salud en México 2001 – 2006. Manuscrito. INSP. 2008
- Secretaría de Salud. Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. México. Ssa. 1995.
- Secretaría de Salud. 2009
- Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud Manual del Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud. Secretaría de Salud. 2004.
- Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Boletín Epidemiológico. Número 13 Volumen 25 Semana 13 Del 23 al 29 de marzo de 2008.
- Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. México. 2006

- Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud: Evaluación Financiera. Tomo II. México, D.F.: Secretaría de Salud; 2006.
- Secretaría de Salud. http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/ac_proposito.html
- Secretaría de Salud. Estado de México.
<http://salud.edomex.gob.mx/html/uma/manual/MOTIPOJURISDICCION.pdf>.
(Accesada nov. 2009).
- Sesma S, Merino MF, Martínez R. Hogares con Gastos Catastróficos por Motivos de Salud. México. Secretaría de Salud. Síntesis Ejecutiva. 2000
- Vela-Amieva M, Gamboa-Cardiel S, Pérez-Andrade ME, Ortiz-Cortés J, González-Contreras CR, Ortega-Velázquez V. Epidemiología del hipotiroidismo congénito en México. Salud Publica Mex 2004;46:141-148.
- WHO. http://www.who.int/topics/health_systems/es/ accesado julio 2009 mexicana de salud 2001-2006: un informe inicial. Salud Publica Mex 2007;49 supl 1:S88-S109.
- World Health Organization. National Health Accounts (NHA). Consultar la siguiente dirección electrónica. <http://www.who.int/nha/country/en/index.html> Accesada 2009.



CARRETERA MÉXICO- TOLUCA 3655
COL. LOMAS DE SANTA FE 01210
MÉXICO, D.F.

CIDE
35 años



www.mexicoestatal.cide.edu