

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

*Noviembre 2015*



# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

## Resumen Ejecutivo

### *Más recursos sin mejor calidad de atención*

El sistema de salud mexicano está enfermo, padece serios males que afectan su funcionalidad. Y lo más grave es que su sistema de defensas está muy debilitado.

Hasta ahora, **el incremento de recursos ha más que duplicado el presupuesto de salud en los últimos 12 años, sin embargo esos recursos no se reflejan como deberían en mejores servicios.** No se surten completas las recetas de medicamentos, se generan largas esperas para consultas especializadas, estudios y cirugías, y en ocasiones se niegan los tratamientos.

Los recursos para atender a la población sin seguridad social, pasaron de 108 mil 424 millones de pesos en 2004 a 236 mil millones de pesos en 2015<sup>1</sup>.

La gran paradoja que enfrentamos es que si bien todos los diagnósticos coinciden en que se requiere incrementar la inversión en el sector salud para enfrentar la transición demográfica y epidemiológica que ya inició, también hay evidencia de que el incremento sustancial de presupuesto durante estos últimos 12 años no se ha traducido en una mejora equivalente en la calidad de los servicios de salud.

### *La promesa incumplida del Seguro Popular*

La promesa de la reforma que creó el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) en 2003 para garantizar que los recursos “siguieran” al usuario y subsidiaran la demanda de la población sin afiliación a la seguridad social no se ha cumplido.

La razón principal de este incumplimiento es que los gobiernos estatales no han cumplido su parte del trato para garantizar la prestación de los servicios a la población afiliada con la calidad y oportunidad necesarias.

El Seguro Popular no es otra cosa que un mecanismo de financiamiento mientras que la prestación de servicios de salud es responsabilidad de los gobiernos estatales. Las unidades médicas del “Seguro Popular” son los centros de salud y hospitales de los Servicios Estatales de Salud (SESA).

---

<sup>1</sup> Estimación de la Acción Ciudadana Frente a la Pobreza con base en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el año 2015 y la información presupuestal reportada por la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS) para el dato de 2004, México 2014.



# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

En el presupuesto federal para 2016 se asignan 75 mil 437 millones de pesos al Sistema de Protección Social en Salud y 82 mil 446 millones de pesos a través del Ramo 33. Estos recursos se canalizan a los gobiernos estatales.

Es imprescindible garantizar la transparencia y la rendición de cuentas sobre estos recursos hasta su destino final. El incremento recibido en estos años no se ha visto reflejado en un incremento equivalente en número de médicos y enfermeras, en medicamentos e insumos, en camas de hospital y consultorios.

La Auditoría Superior de la Federación ha señalado reiteradamente los problemas de desviación de recursos del Seguro Popular por parte de los gobiernos estatales.

## *Observación Ciudadana Independiente sobre los servicios de salud*

Ante la evidencia de problemas crecientes en el acceso efectivo a la Salud, la Acción Ciudadana Frente a la Pobreza se dio a la tarea de impulsar un **ejercicio de observación ciudadana sobre los servicios de salud**.

Este ejercicio pionero en su tipo, consistió en aplicar cuestionarios o tarjetas de medición ciudadana a usuarios de servicios de salud. (*Citizen scorecards*, se denomina a esta metodología a nivel internacional).

Entre julio y octubre, grupos de voluntarios de organizaciones civiles articuladas a la Acción Ciudadana Frente a la Pobreza, aplicaron 6,700 tarjetas o cuestionarios a usuarios en 160 establecimientos de salud de 16 entidades federativas.

La principal característica de estos establecimientos es que se ubican en zonas de rezago social y atienden en su mayoría a población en condición de pobreza.

Uno de los grandes valores de este ejercicio es que fue realizado totalmente por ciudadanas y ciudadanos voluntarios. Participaron alrededor de 700 personas en la organización, aplicación de cuestionarios y su captura, a nivel nacional.

Las y los observadores fueron convocados, preparados y apoyados por 21 organizaciones civiles. Muchas de ellas no tenían programas o acciones en el campo de la salud. Participaron pues valoraron este ejercicio de construcción de ciudadanía.

## *Logros de la Observación Ciudadana*

Las organizaciones refieren que uno de los principales logros ha sido la generación de mayor conciencia y valoración sobre el sistema público de salud por parte de todas las personas involucradas. Se ha incrementado en ellas la conciencia sobre la importancia

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

de ejercer y defender el derecho a la salud, como tal y no como una dádiva o un favor. Se ha generado una nueva relación con los servicios públicos como algo propio, que debe ser cuidado y vigilado para que funcione bien. Y hay interés en dar continuidad al ejercicio y de establecer el diálogo con las autoridades de salud a nivel local.

La Observación Ciudadana ha sido fundamental porque este primer ejercicio ha permitido:

1. Una aproximación independiente e imparcial sobre las condiciones a las que se enfrentan las y los pacientes que reciben atención en los servicios públicos de salud.
2. Indagar sobre la calidad de la prestación de servicios en establecimientos que atienden población en zonas altamente marginadas y con niveles de pobreza elevados, algunos para los que ni siquiera el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad de la Secretaría de Salud cuenta con datos.
3. Demostrar que ciudadanas y ciudadanos voluntarios tienen la disposición y el interés de participar y tienen las condiciones para aplicar los cuestionarios y que las usuarias y usuarios de los servicios tienen la disposición de contestar. Esto confirma que es viable y necesaria una auténtica contraloría social, con autonomía e independencia de las autoridades. También muestra que puede ser un mecanismo para generar información útil para la mejora de los servicios.
4. Detectar áreas de inconsistencia o invisibilidad en los datos oficiales sobre calidad de atención. Por ejemplo:
  - a. El tiempo promedio de espera para recibir consulta en áreas de elevada pobreza y marginación resultó en 1 hora con 32 minutos en la observación ciudadana. Esta cifra es altamente contrastante con los 22 minutos que reporta el Sistema INDICAS para las unidades de salud que brindan servicios en el medio urbano y 28 minutos para las del medio rural. Datos oficiales que resultan poco creíbles.
  - b. En la observación ciudadana solo 62.4% de los pacientes recibieron sus medicamentos completos, dato que se corrobora con la información estadística de la ENSANUT. Contrasta con el dato oficial del Sistema INDICAS de 84.2%, que sobreestima el desempeño del sector salud en el surtimiento de medicamentos por más de veinte puntos porcentuales.
5. Conocer información sobre cobros o aportaciones en especie que les son requeridos a las y los usuarios de los servicios públicos. Por ejemplo, por la observación ciudadana sabemos que 43% de las personas tuvieron que pagar o contribuir con algún material básico (como gasas o vendas) o algún medicamento para sus cirugías. Este dato no está incluido en los indicadores oficiales, lo cual es una omisión relevante.

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

## *Fuentes oficiales consultadas para el Reporte Ciudadano*

Para comparar y completar el análisis realizado con la observación ciudadana se consultó también la información oficial del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad de Salud (INDICAS) de la Secretaría de Salud. Para acceder a las bases de datos se debió presentar una solicitud de acceso a la información vía Infomex, porque la información no está disponible en datos abiertos. Las bases entregadas, además, presentaron serios problemas de dispersión y falta de claves de identificación.

Finalmente para tener un punto de comparación con parámetros estadísticos se consultó la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública.

## *Resultados*

Los resultados finales con las tres fuentes de información son preocupantes y requieren la atención de las autoridades y también de la Cámara de Diputados que aprueba el presupuesto y vigila su aplicación:

- **Una tercera parte de las unidades de salud (32.6%) no reportan información sobre calidad de los servicios que prestan.<sup>2</sup>**
- **Las 5 entidades federativas con peor rendición de cuentas en sus indicadores de calidad son: BAJA CALIFORNIA SUR, CHIAPAS, DISTRITO FEDERAL, MICHOACAN y COAHUILA.<sup>3</sup>**
- **Casi la mitad de las unidades de salud (46.2%) no reportaron información en el último periodo de 2014.<sup>4</sup>**
- **Casi dos terceras partes de las unidades de primer nivel urbano (63.4%) y seis de cada diez de las del área rural (59.5%) tienen fallas en el surtimiento completo de medicamentos.<sup>5</sup>**
- **Una tercera parte de los pacientes no recibe los medicamentos que se le recetan.<sup>6</sup>**
- **3.9 Millones de personas tuvieron que pagar por consultas, medicamentos o estudios de laboratorio.<sup>7</sup>**
- **61% de las unidades de urgencias incumplen con los tiempos de espera previstos en la norma.<sup>8</sup>**

<sup>2</sup>Cálculos de la Acción Ciudadana Frente a la Pobreza con base en la información del Sistema INDICAS (2011-2014), proporcionada por la Secretaría de Salud mediante solicitud de acceso a la información N° 0001200233315 y recurso de revisión interpuesto RDA 3896/15.

<sup>3</sup> *Ibid.*

<sup>4</sup> *Ibid.*

<sup>5</sup> *Ibid.*

<sup>6</sup> Cálculos de Acción Ciudadana Frente a la pobreza con base en la ENSANUT 2012 y el ejercicio de observación ciudadana 2015.

<sup>7</sup> Fuente: Acción Ciudadana Frente a la pobreza con base en la ENSANUT 2012

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

- Una de cada diez unidades reporta más de un mes de espera para cirugía (9.6%).<sup>9</sup>
- 42.3% de las personas que se sometieron a intervención quirúrgica en los servicios públicos de salud tuvieron que pagar por algún material o medicamentos para la cirugía.<sup>10</sup>
- Más de la cuarta parte de las unidades de primer nivel (27.8%) y casi tres cuartas partes de las unidades de urgencias, tienen quejas de los usuarios (73.5%).<sup>11</sup>

## *La falla más urgente: Falta rendición de cuentas e información*

**El principal hallazgo que requiere atención urgente es la falta de información y sus inconsistencias.** Sin información se debilita el “sistema de defensa” y no hay posibilidades de mejora. La Secretaría de Salud carece de un mecanismo de mejora de la calidad de los servicios con base en un sistema de información confiable, completo y oportuno. Es como un enfermo en situación de vulnerabilidad en su sistema inmunológico.

Resulta alarmante que el sistema de indicadores de calidad presente este nivel de subreporte. Un tercio de unidades no han reportado en los últimos 4 años y casi la mitad no entregaron reporte en el último periodo solicitado (2014 – III). Además hay inconsistencias de información y errores.

En particular, es grave que el sistema INDICAS no utilice la clave de identificación oficial generada por la propia Secretaría de Salud: la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES). La base de datos entregada por la Dirección General de Calidad en Salud no cuenta con esta clave (CLUES), con lo cual la interacción y comparación con los otros sistemas de información de la Secretaría es imposible o requiere un laborioso trabajo de “armado y pegado” que no se justifica.

**La primera urgencia a resolver es la creación de un sistema de indicadores confiables de calidad y acceso efectivo a la salud centrado en los usuarios.** Para monitorear la atención y mejorar la prestación de los servicios se requiere dar seguimiento a un grupo acotado de variables de alto valor estratégico y predictivo,

---

<sup>8</sup> Cálculos de la Acción Ciudadana Frente a la Pobreza con base en la información del Sistema INDICAS (2011-2014), proporcionada por la Secretaría de Salud mediante solicitud de acceso a la información N° 0001200233315 y recurso de revisión interpuesto RDA 3896/15

<sup>9</sup> Ibid.

<sup>10</sup> Acción Ciudadana Frente a la Pobreza con base en Observación Ciudadana 2015.

<sup>11</sup> Cálculos de la Acción Ciudadana Frente a la Pobreza con base en la información del Sistema INDICAS (2011-2014), proporcionada por la Secretaría de Salud mediante solicitud de acceso a la información N° 0001200233315 y recurso de revisión interpuesto RDA 3896/15

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

que permita la medición de problemas de acceso efectivo y facilite la toma de decisiones correctivas en el corto plazo para la mejora de la gestión y el desempeño.

La falta de un sistema de información integrado es una grave falla de la Secretaría de Salud, que es responsable de ejercer la rectoría del sector y que aporta recursos directamente del presupuesto a los gobiernos estatales. Los Servicios Estatales de Salud (SESA) no rinden cuentas sobre su desempeño como les corresponde por ley. Esto debe cambiar de inmediato.

## *Propuestas para el Decreto del Presupuesto 2016*

La Acción Ciudadana Frente a la Pobreza propone a la Cámara de Diputados incluir las obligaciones de información, evaluación y transparencia en el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación 2016.

Las reformas ya aprobadas para dar mayor seguridad a las transferencias realizadas desde el presupuesto federal a los Servicios Estatales de Salud son correctas pero insuficientes.

Las propuestas entregadas a los Diputados se resumen en incluir en el Artículo 34 del proyecto de Decreto del PEF 2016 las siguientes obligaciones:

- Las autoridades de los Servicios Estatales de Salud y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud presentarán información detallada, accesible en formato de datos abiertos, sobre la aplicación y uso de los recursos recibidos y aportados para la prestación de los servicios estatales de salud, desglosada a nivel de cada establecimiento de salud, identificado con la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES), de tal manera que permita la trazabilidad de los recursos hasta su destino final. Las plazas o contratos de personal, los insumos médicos, medicamentos y en general todos los gastos de personal, materiales y servicios se reportarán de manera desglosada según su asignación a cada unidad de salud, sin importar la fuente de fondos a los que correspondan.
- La Secretaría de Salud establecerá un sistema de monitoreo de indicadores de acceso efectivo a la salud, de cumplimiento obligatorio por parte de los Servicios Estatales de Salud, que permita conocer datos periódicos sobre surtimiento de medicamentos, tiempos de espera en cirugías y estudios, servicios negados, cobros o solicitud de aportaciones en especie, desglosados por establecimiento de salud, identificado con la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- El Consejo Nacional de Evaluación de la Política del Desarrollo Social (CONEVAL) establecerá los lineamientos a fin de que el monitoreo y la evaluación del Sistema de Protección Social en Salud considere al conjunto de los afiliados y que se

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

incluyan variables que permitan medir el acceso efectivo a la salud, tales como el surtimiento completo de medicamentos, la posposición o negación de estudios, tratamientos o cirugías, los cobros por servicios o la solicitud de aportar material o insumos para recibir un tratamiento o intervención.

- El Consejo Nacional de Salud, integrado por las autoridades responsables de las instituciones de seguridad social y por las autoridades de salud de las 32 entidades federativas, deben dar seguimiento a las evaluaciones y al monitoreo de los indicadores para establecer las medidas correctivas necesarias para mejorar la atención y garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud.

## *Llamamiento final*

La salud es un derecho humano garantizado por la Constitución. Garantizar el acceso a servicios de salud es una obligación del Estado Mexicano que aún no se cumple.

Aún hay 20 millones de personas sin afiliación a servicios de salud, son el 18% de la población. Quienes cuentan con afiliación reciben atención diferenciada según el sistema al que estén adscritos por su condición laboral. Esto genera diferencia de trato. Es un mal congénito del sistema público de salud en nuestro país.

La Acción Ciudadana Frente a la Pobreza convoca a la ciudadanía a promover la mejora de los servicios públicos de salud y a exigir que se cumpla con las normas que posibilitan el acceso efectivo a consultas, medicamentos, estudios, tratamientos y cirugías necesarios para prevenir, atender y superar problemas de salud para toda la población, como un primer paso indispensable para construir un sistema de salud integrado, único y de cobertura universal.

Para seguir impulsando esta agenda promoveremos el próximo año nuevos mecanismos de vigilancia ciudadana e insistiremos en las propuestas para que las autoridades de salud establezcan medidas para garantizar la información, la rendición de cuentas y los procesos de mejora en la atención a fin de cumplir con su obligación legal.

Finalmente, exigimos que no se recorte el presupuesto para la salud en 2016 y se amplíe la afiliación al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) para lograr la cobertura universal en los próximos tres años, como estaba mandatado en la reforma a la Ley General de Salud, lo cual debió cumplirse en 2010.

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

## Reconocimiento

A las más de 700 ciudadanas y ciudadanos voluntarios que aplicaron y capturaron las tarjetas de medición ciudadana, a quienes organizaron las brigadas, y a quienes contribuyeron en este ejercicio pionero e innovador de defensa del derecho a la salud. Nuestro reconocimiento y gratitud.

### Organizaciones y ciudadanos participantes en el Ejercicio de Observación Ciudadana 2015



Defensa y Fomento  
a la Supervivencia  
A.C.



Yasodhara Silva  
Ciudadana

Carlos Bonilla  
Ciudadano



# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

Producción editorial a cargo del equipo operativo de la Acción Ciudadana Frente a la Pobreza. noviembre, 2015

Rogelio Gómez Hermosillo  
Coordinador

Mónica E. Orozco  
Información y Datos

Cristian Franco  
Análisis de datos

Juan Pablo Anchondo  
Movilización y articulación territorial

Amado Avendaño  
Comunicación

Blanca Varela  
Comunicación Digital

María Ayala  
Logística

Con la contribución de: Brisna Beltrán

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

## ¿Por qué es necesario mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud?

En México, el Artículo 1º de la Constitución Política establece la obligación de garantizar los derechos humanos que la propia Constitución señala, en particular la protección de la salud de acuerdo con el Artículo 4º, así como todos aquellos derechos comprometidos en los tratados internacionales que el Estado Mexicano ha ratificado.

El Artículo 1º obliga a todas las autoridades competentes a promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. Y al Estado a prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos. En materia de salud, están obligadas todas las autoridades que establece el Artículo 73 de la Constitución, y la Ley General de Salud.

La Acción Ciudadana Frente a la Pobreza busca promover la creación de condiciones para que se garanticen los derechos sociales de la población, particularmente de quienes viven en pobreza. Nuestro principal objetivo es asegurar que las autoridades respondan al mandato que les obliga a ejercer sus funciones de forma efectiva, y a contar con los mecanismos para garantizar a la población el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, en cumplimiento de las disposiciones normativas y utilizando de forma eficiente los recursos públicos con que cuentan.

El sistema de salud mexicano carece de un mecanismo de mejora de la calidad de los servicios y un sistema de información que permitan a las autoridades cumplir con las obligaciones a las que legalmente están comprometidas. Esto impide a las autoridades de salud de las 32 entidades federativas, de las 660 jurisdicciones sanitarias y de la federación garantizar el acceso efectivo a la salud para la población. En los sistemas de información de que dispone el sector salud la información está incompleta, no es consistente y presenta errores.

Hay dispersión de los sistemas de información de la Dirección General de Educación y Calidad en Salud y de la Dirección General de Información en Salud, así como de las fuentes de financiamiento y transferencias a las entidades federativas. A falta de un sistema de información integrado, la Secretaría de Salud falla en ejercer la rectoría del sector y los SESA en rendir las cuentas a las que están obligados por ley; la ciudadanía no cuenta con información suficiente y oportuna para exigir su derecho a la salud. En resumen, no existe la gobernanza que se requiere para que el país cuente con un sistema de calidad que garantice el acceso efectivo a la salud.

Hoy en México, hay evidencia de la falta de acceso efectivo a la salud. La afiliación a los servicios de salud no es suficiente, la calidad de los servicios deja mucho que desear,

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

los SESA no rinden cuentas, hay cobro de servicios que la Ley establece como gratuitos, falta de medicamentos y demoras en la realización de cirugías y estudios médicos.

El Estado Mexicano tiene la obligación de contar con un enfoque integral de mejora de los servicios. Existen cuantiosos recursos y la infraestructura institucional para la integración de un sistema de información adecuado y los mecanismos de mejora de la calidad y acceso efectivo que abonen al ejercicio del derecho a la salud. La Dirección General de Calidad y Educación en Salud cuenta en el año 2015 con un presupuesto de 3 mil 130 millones de pesos y para 2016 se prevé que tendrá un presupuesto de 3 mil 143 millones de pesos. Para la Dirección General de Información en Salud se prevé en 2016 un presupuesto de 79 millones 618 mil pesos y para la Dirección General de Evaluación del Desempeño 29 millones 373 mil pesos.

## El sistema público de salud

El sistema público de salud en México está fragmentado entre los servicios que atienden a la población derechohabiente de la seguridad social y los que atienden al resto de la población. Estos últimos son los responsables en mayor medida a la población que vive en condiciones de pobreza, quienes comúnmente carecen de cobertura de seguridad social.

La seguridad social se organiza en siete tipos de servicios de salud que prestan distintas instituciones: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaría de Marina (SEMAR). En la actualidad, la seguridad social es la principal carencia que enfrenta la población. De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) 6 de cada 10 mexicanos carecen de seguridad social.

Para el resto de la población que no cuenta con seguridad social los servicios de salud se prestan principalmente a través de los establecimientos de la Secretaría de Salud (SS) y del Programa IMSS-Prospera (IMSS-P). Los servicios de la SS a su vez están a cargo de las entidades federativas, a través de los Sistemas Estatales de Salud (SESAs).<sup>12,13</sup>

El sistema de salud presta servicios a través de 20,573 unidades de salud, organizadas en 660 jurisdicciones sanitarias, de las cuales 243 corresponden a la SS (Cuadro 1).

<sup>12</sup> Octavio Gómez Dantés, et. al., "Sistema de salud de México", *Salud Pública de México*, vol. 53, núm. 2 (Enero 2011)

<sup>13</sup> Verónica Malo Guzmán (Ed.), *El México del 2013. Propuestas para transformar el Sistema Nacional de Salud*, México, CEEY, 2013.

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

**Cuadro 1. Jurisdicciones del sistema de salud**

Institución	Número de jurisdicciones
SSA	243
ISSSTE	35
IMSS	37
IMSS PROSPERA	229
PEMEX	12
FUERZAS ARMADAS	42
GOBIERNOS ESTATALES	22
OTROS	40
Total	660

Fuente: Acción Ciudadana Frente a la Pobreza, con base en la información del Sistema Indicas proporcionada por la Secretaría de Salud mediante solicitud de acceso a la información N° 0001200233315 y recurso de revisión interpuesto RDA 3896/15

Las unidades con servicios de primer nivel ofrecen consulta ambulatoria. Constituyen la primera línea de atención. Se trata de las acciones preventivas y curativas que no requieren servicios de hospitalización. Son también los servicios que realizan la referencia hacia consultas de especialistas y estudios médicos (análisis de sangre, orina, rayos X y demás). La importancia de los servicios del primer nivel de atención es primordial para ordenar su prestación y lograr una atención adecuada a las personas que los utilizan. El ejercicio adecuado de su función de prevención y atención curativa es fundamental para evitar problemas de salud de mayor gravedad, reducir el sufrimiento humano y los costos a las y los usuarios, y también ahorra recursos al sistema de salud en su conjunto.

La prestación de servicios en el segundo nivel de atención se encarga de los padecimientos que requieren hospitalización. Prestan servicios de urgencias hospitalarios y para la realización de cirugías programadas, así como la atención de especialización que rebasa las funciones del primer nivel de atención. Su adecuado funcionamiento, y la garantía de calidad y gratuidad establecida en la ley, son esenciales para evitar gastos catastróficos y la consecuente merma y empobrecimiento de las y los usuarios de servicios de salud.

## Metodología de análisis y fuentes de información

Para medir la calidad y acceso efectivo a los servicios es necesario considerar diversos factores que describen por un lado los servicios que proporciona el sector salud, y por otro, las características de la población potencialmente usuaria de servicios. El principio básico que rige el acceso efectivo a la salud radica en que la

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

cobertura o afiliación no es suficiente, sino que se requiere cumplir con múltiples elementos de calidad en la prestación del servicio (Malo 2013<sup>14</sup>; INSP 2014).

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) plantea seis componentes para la mejora de la calidad. éstos involucran al personal de salud, los sistemas de información, los pacientes y la población, la regulación del sistema de salud, la capacidad de organización (infraestructura, medicamentos, financiamiento) y sus modelos de atención (INSP, 2014).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2006) define seis áreas o dimensiones de calidad de los servicios de salud: 1) efectividad: práctica o atención sanitaria que mejora el estado de salud de la población que la recibe; 2) eficiencia: maximizar el uso de los recursos y disminución de pérdidas; 3) accesibilidad: atención de salud oportuna, geográficamente razonable, donde las habilidades y los recursos son adecuados para las necesidades médicas; 4) servicio centrado en el paciente: servicio que tenga en cuenta las preferencias, aspiraciones de los usuarios y las culturas de sus comunidades ; 5) equidad: servicios de salud para toda la población sin considerar características físicas, género, origen étnico o condición socioeconómica; 6) seguridad: ausencia de lesiones a causa de la atención médica recibida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (WHO 2014) utiliza el concepto de *acceso universal a la salud*, que define como: asegurar que todas las personas obtengan los servicios que necesitan sin que ello les implique dificultades financieras, centrado en las personas para informarles y motivarles, prevenir la enfermedad, tener capacidad para tratar la enfermedad y brindar rehabilitación a los pacientes.

Otra perspectiva es la del Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM, 2001), que define la calidad de los servicios de salud como: “El grado en el que los servicios de salud para los individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de los resultados de salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual”.

La Secretaría de Salud en México dictamina la acreditación de los servicios de salud con base en la evaluación de establecimientos considerando un conjunto de criterios de capacidad, calidad y seguridad para proporcionar los servicios. Para ello se basa en las especificaciones que dictan el Sistema de Protección Social en

---

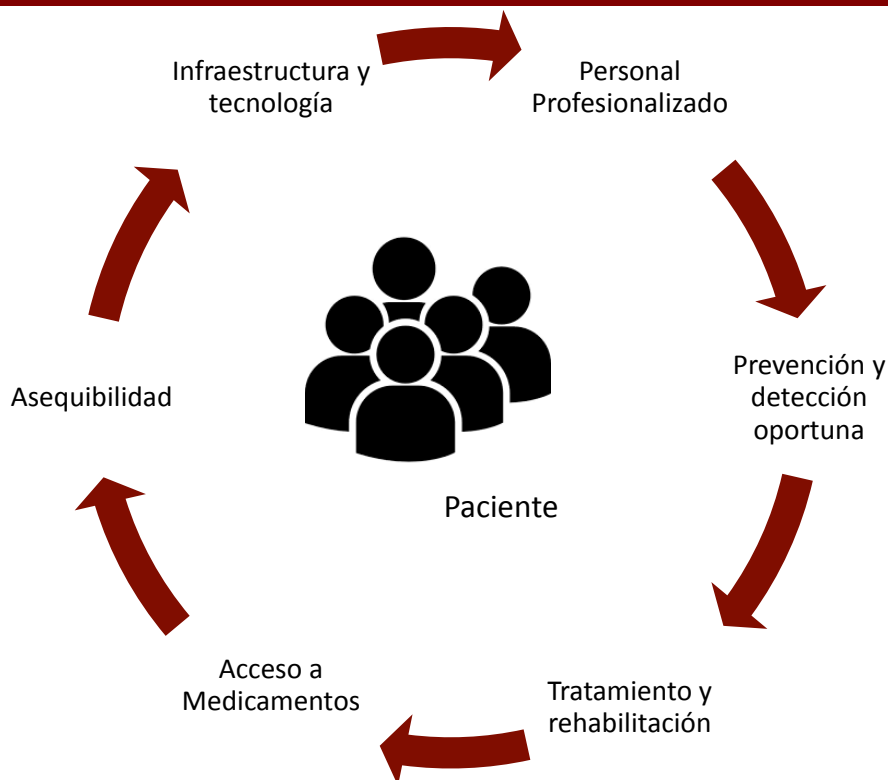
<sup>14</sup> Verónica Malo Guzmán (Ed.), *El México del 2013. Propuestas para transformar el Sistema Nacional de Salud, México, CEEY, 2013.*

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

Salud en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y el Fondo de Gastos Catastróficos (FGC).<sup>15</sup>

Con base en los elementos considerados en estos marcos teóricos de referencia, el acceso efectivo a servicios de salud de calidad comprende los factores que se ilustran en el Diagrama 1.

Diagrama 1. Factores asociados a la calidad y el acceso efectivo a la salud.



Fuente: Acción Ciudadana Frente a la Pobreza con base en OMS e INSP.

Para medir el acceso efectivo a la salud la Acción Ciudadana Frente a la Pobreza ha utilizado tres tipos de información que ofrecen una mirada complementaria, aunque no exhaustiva, de la situación que prevalece en materia de utilización y calidad de atención de los servicios de salud:<sup>16</sup>

- **Estadística nacional.** Utiliza la información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT, del Instituto Nacional de Salud Pública correspondiente al año 2012.

<sup>15</sup> Véase el Manual de Acreditación de la Secretaría de Salud. Disponible en: [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dec-acr\\_00A.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dec-acr_00A.pdf)

<sup>16</sup> Una aproximación similar a la utilizada por Saturno et.al. (2014).

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

- **Indicadores oficiales de calidad en salud.** Se basa en la información de los registros administrativos del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), que son responsabilidad de la Dirección General de Calidad en Salud de la Secretaría de Salud, correspondiente a los años 2011, 2012, 2013 y 2014.
- **Observación ciudadana de servicios de salud.** Se basa en la información reportada por usuarios de servicios de salud a través de cuestionarios de medición ciudadana (*citizen scorecards*) aplicados entre julio y octubre de 2015.

La utilización de estas aproximaciones obedece a que cada fuente de datos proporciona distintos indicadores a partir de enfoques también distintos, pero que utilizados en conjunto pueden dar cuenta de las limitaciones y áreas de oportunidad de la información sobre la prestación de servicios en México. Pero sobre todo, mostrar la situación a la que se enfrenta la población usuaria de los servicios de salud.

En cada caso se buscó identificar un indicador nacional, los indicadores por entidad federativa, el *ranking* u ordenamiento de las entidades y las unidades de salud con mayores problemas.

## ENSANUT

La estadística nacional que provee ENSANUT representa la situación del país en diversos indicadores relacionados con la salud y las características de la atención que recibe la población. Se basa en la recolección de información a través de visitas a los hogares en una muestra probabilística y representativa, en donde se aplican entrevistas a los integrantes del hogar o a un informante clave.

La ENSANUT es un proyecto estadístico de información independiente, externo a la prestación de servicios. Se trata de una encuesta totalmente pública, disponible en línea sin distinción ni restricción de uso. Su base de datos puede ser descargada vía web y proporciona información desagregada a nivel de cada persona entrevistada, al tiempo que preserva la confidencialidad estadística de su información. Esta última característica es de gran valor, pues permite el análisis a detalle de cada registro de datos.

Si bien la ENSANUT provee un diagnóstico preciso sobre los indicadores que capta a nivel nacional y por entidades federativas, los datos que proporciona no pueden desagregarse de forma que sea posible, por ejemplo, identificar las unidades de salud que brindaron servicios de salud a la población. Para ello existen otras fuentes de

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

datos y metodologías de recolección de información más acordes, tales como los registros administrativos del sector, o las encuestas en establecimientos de salud.

Sin embargo, dado que las encuestas y los censos son los únicos instrumentos de recolección de información que pueden brindar un panorama estadísticamente representativo de la situación que guarda la población a la que se enfocan. Por ello la ENSANUT es un marco de referencia fundamental para la medición de información en salud.

Con esta fuente de información se analizaron indicadores de surtimiento de medicamentos; gasto en medicamentos, consultas médicas y estudios de laboratorio; y tiempos de espera para recibir consulta.

## *INDICAS*

El Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud busca recolectar información del universo total de las unidades de salud en todo el país, con periodicidad cuatrimestral. Se integra a partir de la sistematización de registros médicos y entrevistas a usuarias y usuarios de los servicios de salud.

La información de esta fuente de datos es de una gran riqueza, a pesar de que la SS no la tiene integrada de manera que pueda explotar su potencial. Teóricamente se trata de un censo (se refiere al universo total de unidades de salud) organizado en un panel de datos (con observaciones cuatrimestrales a lo largo del tiempo).

Si bien sus resultados puede consultarse a distintos niveles de agregación vía web,<sup>17</sup> la información disponible sobre el sistema no permite hacer análisis sistemáticos que muestren datos comparativos entre unidades de salud, jurisdicciones o entidades federativas.

Debido a que la base de datos de INDICAS no está disponible al público, la Acción Ciudadana Frente a la Pobreza la solicitó a la Secretaría de Salud para todos los establecimientos de salud del país para el periodo 2011-2015. La solicitud tuvo que realizarse a través del sistema INFOMEX en una primera instancia, y recurrir a un recurso de revisión.<sup>18</sup>

Con esta fuente de información se analizaron indicadores de surtimiento de medicamentos; cobros y aportaciones en consultas médicas, estudios de laboratorio y

<sup>17</sup> Disponible en: <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/>

<sup>18</sup> En el Anexo I se describe la información entregada por la SS y el tratamiento dado a los datos para la integración de una base de datos que permitiera el análisis.

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

cirugías; tiempos de espera para recibir consulta; tiempos de espera para cirugía; y quejas ciudadanas.

## *Observación Ciudadana*

Es una fuente de datos basada en la participación ciudadana. Recolecta información proporcionada por los usuarios de servicios de salud a través de un cuestionario aplicado por voluntarias y voluntarios en el exterior de los establecimientos de salud.<sup>19</sup> Se trata de información recolectada de forma independiente al sistema de salud.

La Observación se realizó en unidades de salud localizadas en áreas de elevada pobreza y marginación que se identificaron a partir de la base de datos oficial de Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) disponible en el sitio de datos abiertos del gobierno federal.<sup>20</sup> La información recolectada representa únicamente a las unidades en donde se realizó el ejercicio. Aunque no es extrapolable hacia otras regiones, el ejercicio logró captar datos que no están disponibles ni siquiera en los indicadores oficiales del Sistema Nacional de Calidad de la SS.

Entre los meses de julio y octubre de 2015 se aplicaron 6,761 cuestionarios en 161 establecimientos de salud de 16 entidades federativas. En el proceso de recolección de datos participaron cerca de 700 personas voluntarias, tanto aplicando encuestas como capturando información.

Con esta fuente de información se analizaron indicadores de surtimiento de medicamentos; gasto o contribuciones durante cirugías; tiempos de espera para recibir consulta y cirugía.

---

<sup>19</sup> Disponible en: <http://frentealapobreza.mx/campana-cero-listas-de-espera/>

<sup>20</sup> Disponible en: [datos.gob.mx](http://datos.gob.mx)

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

## Resultados

### 1. Servicios sin rendición de cuentas

Una de las mayores fallas del Sistema INDICAS es que a nivel nacional el 32.6% de los establecimientos de salud jamás han reportado información al sistema (Cuadro 2),<sup>21</sup> a pesar de que debería ser una práctica habitual en el registro de información de las unidades de salud en todo el país.

Esta falla hace imposible determinar las condiciones en que se prestan los servicios de salud en 1 de cada 3 establecimientos del país, y también impide diseñar estrategias informadas para la mejora de la prestación de servicios.

Tan solo en el último cuatrimestre del año 2014 el 46.2% de los establecimientos a nivel nacional omitieron el reporte de datos al Sistema INDICAS.

**Cuadro 2. Porcentaje de establecimientos que nunca han reportado información al sistema INDICAS (2011-2014)**

Entidad	%	Entidad	%
Baja California Sur	59.5	Yucatán	25.3
Chiapas	59.3	Nayarit	23.1
Distrito Federal	57.6	Querétaro	21.3
Michoacán	54.8	Durango	20.9
Coahuila	48.2	Campeche	20.9
Sonora	46.6	Zacatecas	20
Veracruz	46.5	Colima	19.3
Oaxaca	42.5	Aguascalientes	18.6
Tamaulipas	41.4	Estado de México	17.7
Baja California	39.9	Tabasco	16.1
Chihuahua	38.1	Quintana Roo	15.7
Nuevo León	37.8	Guanajuato	14.3
Puebla	33.3	Sinaloa	13.4
<b>Nacional</b>	<b>32.6</b>	Morelos	12.4
Hidalgo	32	Tlaxcala	12.3
Jalisco	31	Guerrero	12.2
		San Luis Potosí	8.4

Fuente: Acción Ciudadana Frente a la Pobreza, con base en la información del Sistema Indicas proporcionada por la Secretaría de Salud mediante solicitud de acceso a la información N° 0001200233315 y recurso de revisión interpuesto RDA 3896/15

Las entidades federativas más deficientes en el reporte de información son: Baja California Sur, Chiapas, Distrito Federal, Michoacán y Coahuila (Cuadro 2 y Gráfica 1).

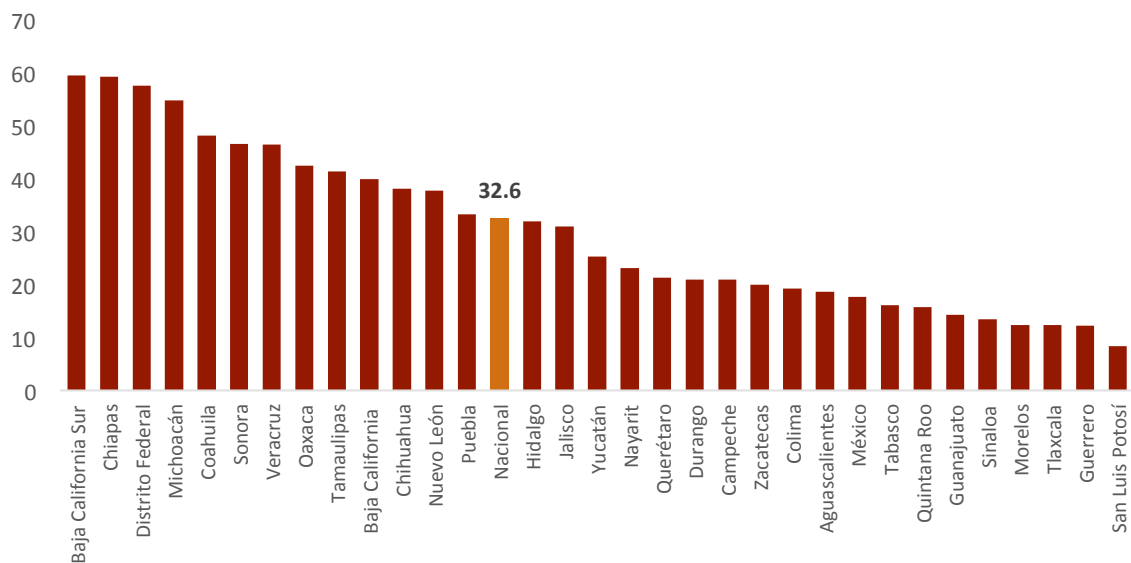
<sup>21</sup> Información de los años 2011 a 2014.

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

Para contar con un sistema de calidad verdaderamente efectivo es necesario, en primera instancia, identificar el grado de cumplimiento de los SESAs al reportar información.

Aunque la consulta de datos del sistema INDICAS proporciona un conteo de las unidades que reportan información cada periodo o cuatrimestre,<sup>22</sup> no da cuenta del porcentaje de cumplimiento de cada entidad federativa, ni sobre el comportamiento de dicho indicador a lo largo del tiempo (en distintos cuatrimestres). Por otra parte, dado que el conteo únicamente indica el grado de cumplimiento de cada SESA, para estar en posibilidad de corregir fallas en la provisión de servicios es necesario identificar individualmente las unidades de salud que han omitido el reporte de datos y la rendición de cuentas básica.

**Gráfica 1. Porcentaje de establecimientos que nunca han reportado información al sistema INDICAS (2011-2014)**



Fuente: Acción Ciudadana Frente a la Pobreza, con base en la información del Sistema Indicas proporcionada por la Secretaría de Salud mediante solicitud de acceso a la información N° 0001200233315 y recurso de revisión interpuesto RDA 3896/15

La cuantificación de omisiones en el reporte de información requiere comparar el conteo de unidades que reportan datos con el universo de unidades obligadas a reportar. Fue a partir de esta comparación entre el reporte de datos al sistema y el conteo total de unidades registradas en el catálogo del sistema INDICAS que la Acción

<sup>22</sup> Disponible en: <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/consultarecidas1.php>.

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

Ciudadana Frente a la Pobreza obtuvo el grado de cumplimiento en la rendición de cuentas sobre calidad a nivel nacional y por entidad federativa.

La ausencia de información por entidad federativa es variable, pero inclusive en las entidades federativas con menores fallas en el reporte de información una de cada diez unidades de salud es omisa en la rendición de cuentas sobre la prestación de servicios a la población. Estas omisiones son elevadas inclusive en entidades federativas con alto grado de desarrollo de infraestructura o desarrollo, como por ejemplo en el norte del país.

De acuerdo con los resultados obtenidos del sistema INDICAS, la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud (SESA) carecen de información básica para conocer la forma en que prestan los servicios. Esta situación es muy preocupante, pues cada año el sector salud recibe un presupuesto de más de 500 mil millones de pesos, y hoy por hoy carece de un mecanismo para verificar su quehacer y garantizar a la población el ejercicio del derecho constitucional a la salud.

## *2. Surtimiento de Medicamentos*

A nivel nacional, uno de cada tres pacientes que acude a los servicios públicos de salud no recibe sus medicamentos (

). Sin embargo, los indicadores de la SS refieren cifras más optimistas en comparación con lo que sucede en la realidad.

La información del Sistema INDICAS señala que a 84.2% de los usuarios se les surtieron completos sus medicamentos desde la primera vez.<sup>23</sup> Esta información es inconsistente tanto con los datos de la ENSANUT como con el ejercicio de Observación Ciudadana desarrollado por diversas organizaciones de forma independiente. El dato de INDICAS sobreestima el desempeño del sector salud en el surtimiento de medicamentos por más de veinte puntos porcentuales. La ENSANUT indica que 63% consiguió todos los medicamentos en el mismo lugar de la consulta cuando se trata de pacientes que recibieron servicios en la SS, y asciende a 64.7% en el caso del total de pacientes que recibieron servicios de salud. Por otra parte, de acuerdo con la Observación Ciudadana solo 62.4% de los pacientes recibieron sus medicamentos completos (

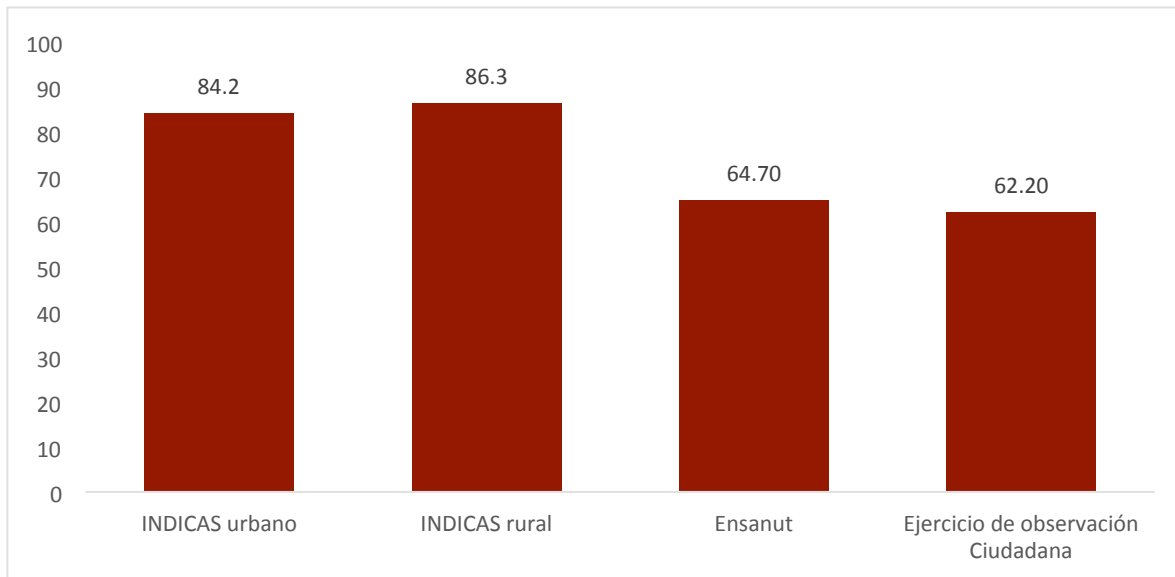
).

---

<sup>23</sup> III cuatrimestre de 2014.

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

Gráfica 2. Porcentaje de personas que recibieron todas las medicinas



Fuente: Acción Ciudadana Frente a la Pobreza, con base en la información del Sistema Indicas proporcionada por la Secretaría de Salud mediante solicitud de acceso a la información N° 0001200233315 y recurso de revisión interpuesto RDA 3896/15; la ENSANUT 2012 y la campaña Cero listas de espera.

No obstante la sobre estimación del desempeño en el surtimiento de medicamentos en el Sistema INDICAS, los datos disponibles muestran que a nivel nacional el 64.3% de las unidades urbanas de primer nivel tuvieron fallas considerables en la entrega de medicamentos completos a los pacientes (Cuadro 3),<sup>24</sup> en detrimento de su salud, el apego al tratamiento e incrementando el riesgo de provocar mayores complicaciones en la salud. En el medio rural este porcentaje ascendió a 59.5% (Cuadro 4).

Las entidades federativas con peor desempeño en la entrega de medicamentos son Baja California Sur, Querétaro, Baja California, Sonora y Coahuila (Cuadro 3 y Gráfica 3).

<sup>24</sup> Indica que 20% o más de los pacientes no recibieron medicamentos completos.

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

**Cuadro 3. Porcentaje de establecimientos con surtimiento de medicamentos deficiente (urbano)**

Entidad	%	Entidad	%
Baja California Sur	100.0	Colima	70.6
Querétaro	100.0	Guerrero	70.3
Baja California	92.9	Chiapas	69.7
Sonora	92.6	Yucatán	68.2
Coahuila	90.0	Tabasco	68.2
Nayarit	89.5	San Luis Potosí	66.2
Quintana Roo	88.6	Veracruz	64.9
Michoacán	87.0	<b>Nacional</b>	<b>64.3</b>
Hidalgo	86.2	Durango	61.9
Chihuahua	84.6	Tlaxcala	58.3
Sinaloa	84.4	Puebla	54.5
Oaxaca	82.5	Tamaulipas	50.9
Distrito Federal	80.9	Jalisco	49.0
Aguascalientes	79.4	Guanajuato	47.5
Campeche	71.4	Estado de México	46.8
Morelos	70.8	Zacatecas	40.9
		Nuevo León	40.0

Fuente: Acción Ciudadana Frente a la Pobreza, con base en la información del Sistema Indicas proporcionada por la Secretaría de Salud mediante solicitud de acceso a la información N° 0001200233315 y recurso de revisión interpuesto RDA 3896/15

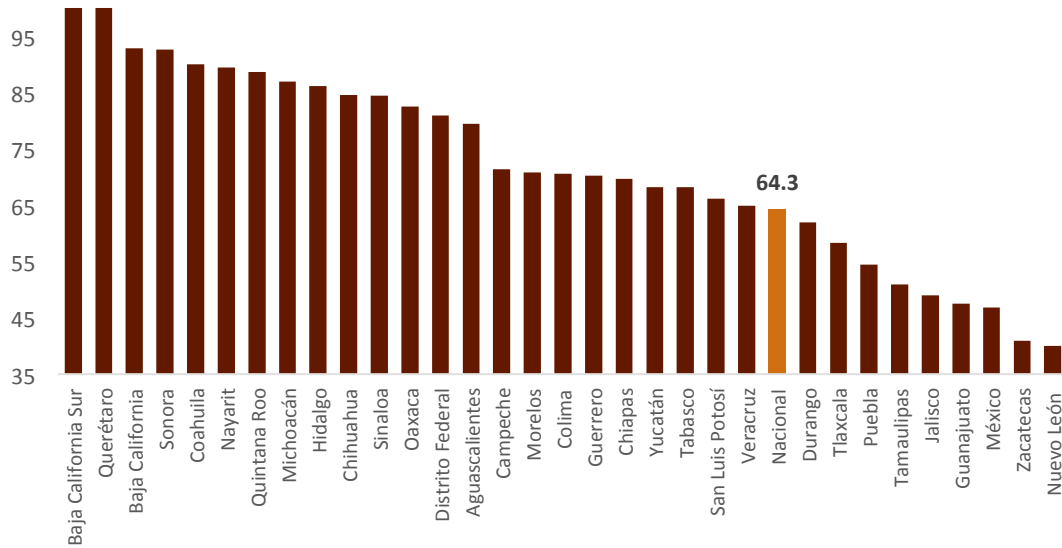
**Cuadro 4. Porcentaje de establecimientos con surtimiento de medicamentos deficiente (rural)**

Entidad	%	Entidad	%
Aguascalientes	95.1	Colima	65.0
Sonora	93.1	Chiapas	59.6
Querétaro	91.4	<b>Nacional</b>	<b>59.5</b>
Michoacán	88.5	Nuevo León	59.2
Tlaxcala	87.7	Chihuahua	57.6
Hidalgo	84.9	Veracruz	57.3
Guerrero	83.0	Coahuila	54.8
Quintana Roo	72.7	Nayarit	50.3
Morelos	69.2	México	47.9
Zacatecas	68.3	San Luis Potosí	47.9
Oaxaca	67.4	Sinaloa	45.5
Baja California	66.1	Guanajuato	41.8
Puebla	66.0	Jalisco	41.3
Campeche	65.4	Tabasco	38.6
Baja California Sur	65.2	Tamaulipas	28.2
Yucatán	65.1	Durango	26.5

Fuente: Acción Ciudadana Frente a la Pobreza, con base en la información del Sistema Indicas proporcionada por la Secretaría de Salud mediante solicitud de acceso a la información N° 0001200233315 y recurso de revisión interpuesto RDA 3896/15

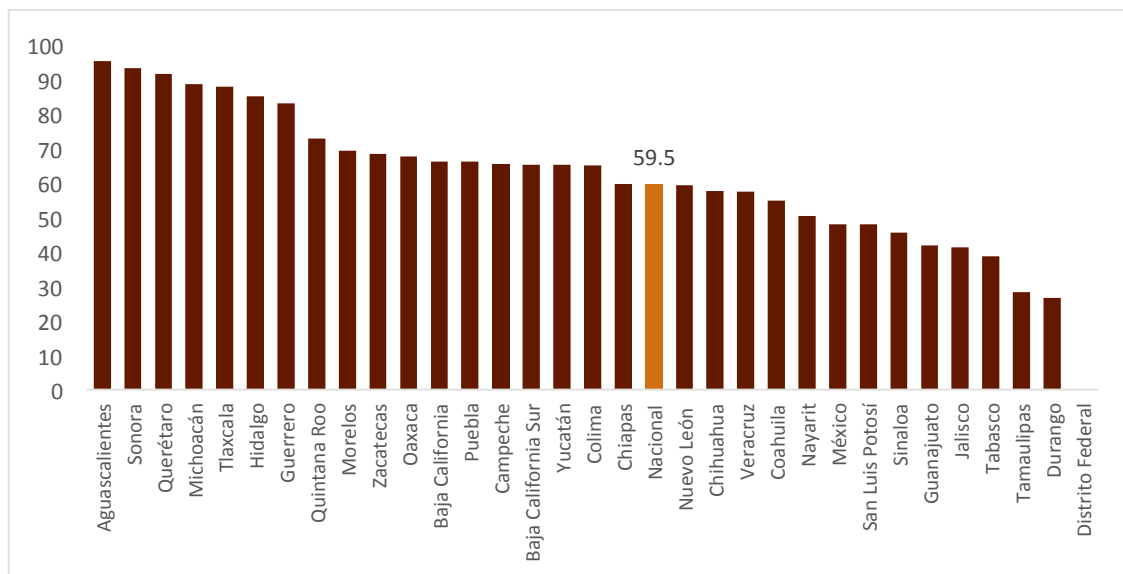
# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

Gráfica 3. Porcentaje de establecimientos con surtimiento deficiente (urbano)



Fuente: Acción Ciudadana Frente a la Pobreza, con base en la información del Sistema Indicas proporcionada por la Secretaría de Salud mediante solicitud de acceso a la información N° 0001200233315 y recurso de revisión interpuesto RDA 3896/15

Gráfica 4. Porcentaje de establecimientos con surtimiento deficiente (rural)



Fuente: Acción Ciudadana Frente a la Pobreza, con base en la información del Sistema Indicas proporcionada por la Secretaría de Salud mediante solicitud de acceso a la información N° 0001200233315 y recurso de revisión interpuesto RDA 3896/15

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

Las fallas y omisiones de reporte de información por parte de los SESAs al Sistema INDICAS están omitiendo la verificación de la calidad en servicios de salud en donde se presentan deficiencias importantes.

El ejercicio de Observación Ciudadana detectó algunos casos críticos en Oaxaca, el D.F. y el Estado de México, en donde el surtimiento oscila entre el 15.2% y el 47.5% (Cuadro 5).

**Cuadro 5. Porcentaje de personas que recibieron todos los medicamentos en Unidades que nunca han reportado en INDICAS**

Nombre	Unidades	%
Unidad Médica Rural Pinotepa de Don Luis, Oax.	OCIMO000603	15.2
Unidad Médica Rural La Noria y Minindaca, Oax.	OCIMO004272	37.1
Unidad Médica Rural San Felipe Zihualtepec, Oax.	OCIMO001665	37.5
C.S.T-I Gertrudis Sánchez, D.F.	DFSSA001016	39.4
Clínica de Consulta Externa Ecatepec, Edo. Mex.	MCSME001126	47.5

Fuente: Acción Ciudadana Frente a la Pobreza con base en Observación Ciudadana 2015

### 3. Cobros y aportaciones en especie

#### 3.1. Consultas, medicamentos y estudios

Alrededor de 3.9 Millones de personas pagaron por consulta, medicamentos o estudios de laboratorio. Los mayores gastos los realizaron pacientes del ISSSTE, con erogaciones inclusive más elevadas que las de los servicios privados. Entre quienes se atendieron en los servicios públicos que presta la SS el gasto promedio ascendió a 195 pesos (Cuadro 6).

**Cuadro 6. Gasto promedio en consulta, medicamentos y estudios de laboratorio por tipo de institución que brindó la atención**

ISSSTE	401
Médico Privado	336
ISSSTE Estatal	265
PEMEX	212
Otro Lugar	204
IMSS	199
SS	195
Consultorio Dependiente de farmacia	55
IMSS Prospera	40
Defensa / Marina	15
<b>Total</b>	<b>218</b>

Fuente: Acción Ciudadana Frente a la pobreza con base en la ENSANUT 2012, pesos corrientes

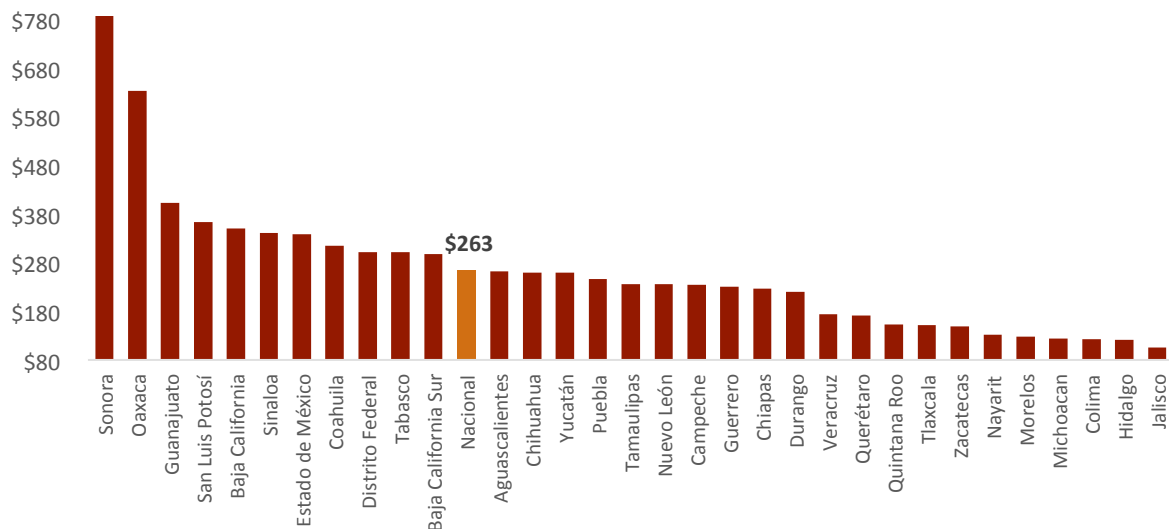
# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

Por norma, la afiliación a las instituciones de seguridad social o el seguro popular debe garantizar a la población el acceso gratuito a un conjunto de servicios de salud. Por ello el cobro y el gasto de bolsillo son indicadores de falla en la prestación de servicios como resultado de la falta de medicamentos, insumos o disponibilidad de aparatos de diagnóstico para la realización de estudios. Los cobros desincentivan el uso de servicios y empobrecen, sobre todo a la población de más escasos recursos.

A pesar de su importancia, el cobro y el gasto de bolsillo no son captadas en el Sistema INDICAS. No obstante, tanto la ENSANUT, como la Observación Ciudadana disponen de información útil para dimensionar estos aspectos.

Las entidades federativas en donde los gastos por la utilización de servicios públicos fueron más altos son: Sonora, Oaxaca, Guanajuato, San Luis Potosí y Baja California (Gráfica 5).

**Gráfica 5. Ranking de gastos promedio por consulta, medicamentos y estudios de laboratorio de personas que se atendieron en algún servicio público**



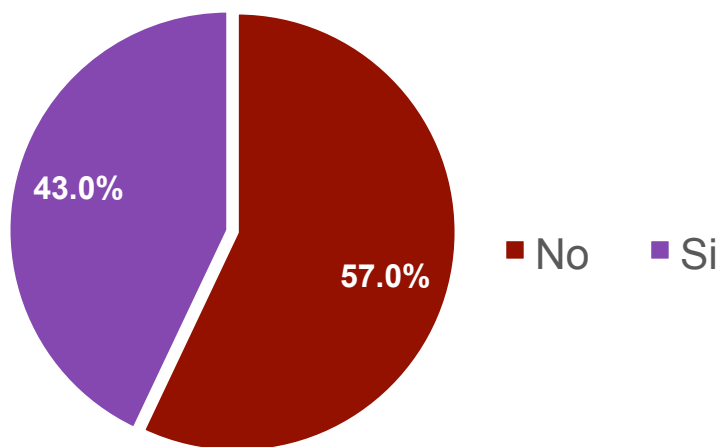
Fuente: Acción Ciudadana Frente a la pobreza con base en la ENSANUT 2012. Nota: Se construye con pago por consulta, pagos de medicamentos de quienes no consiguieron todos y pagos por estudios de laboratorio. Para servicio Público se consideró IMSS, ISSSTE, SSA, PEMEX, Defensa, Marina.

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

## 3.2. Cirugía

El 42.3% de las personas que tuvieron alguna intervención quirúrgica en los servicios públicos de salud tuvieron que pagar por algún material (como vendas, gasas) o medicamentos para la cirugía, según el reporte de Observación Ciudadana.

Gráfica 6. Porcentaje de personas que tuvieron que pagar por algún material o medicamentos para la cirugía.



Fuente: Acción Ciudadana Frente a la Pobreza con base en la Observación Ciudadana 2015.

## 4. Tiempos de espera

### 4.1. Consulta

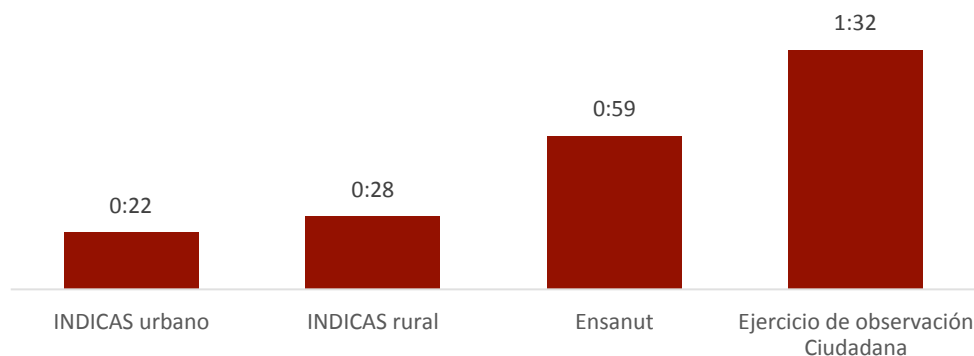
El tiempo de espera para recibir consulta es una de las variables de calidad de los servicios que juegan un papel importante en la decisión de utilizar los servicios públicos de salud. Esto se debe a que los tiempos de espera interfieren con otras actividades y los horarios de trabajo o asistencia a la escuela. Por ello representan un costo a la hora de utilizar un servicio.

De acuerdo con la información reportada en el Sistema INDICAS, el tiempo promedio de espera para recibir consulta se estima en 22 minutos para las unidades de salud que brindan servicios en el medio urbano y 28 minutos para las del medio rural (Gráfica 7). No obstante, las fuentes de datos alternas utilizadas indican que el tiempo promedio asciende a 59 minutos (ENSANUT) y 1 hora con 32 minutos si se trata de unidades de salud ubicadas en territorios de elevada pobreza y marginación (Observación Ciudadana).

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

A nivel nacional en el 23.7% de los establecimientos urbanos los pacientes tienen que esperar tiempos excesivos para recibir consulta (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**). Lo mismo sucede en el 15.7% de los establecimientos rurales (Cuadro 8 ), en donde el tiempo promedio de espera a nivel nacional es de 1 hora con 2 minutos.

**Gráfica 7. Tiempo de espera promedio para recibir consulta**



Fuente: Acción Ciudadana Frente a la Pobreza con base en Indicas, ENSANUT 2012 y Observación Ciudadana 2015

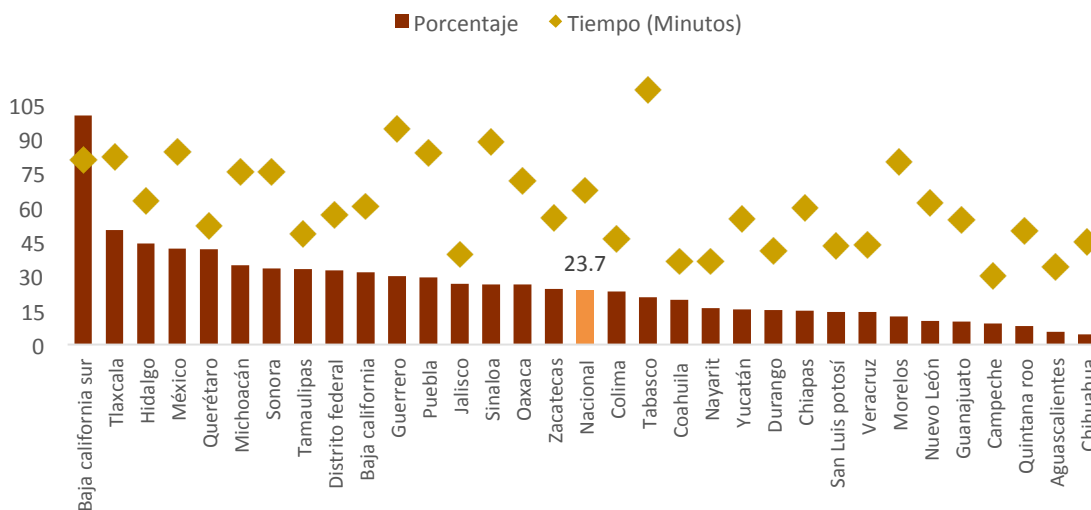
**Cuadro 7. Porcentaje de establecimientos con tiempos de espera excesivos (urbano)**

Entidad	%	Minutos	Entidad	%	Minutos
Baja california sur	100	80.5	<b>Nacional</b>	<b>23.7</b>	<b>67.2</b>
Tlaxcala	50	81.9	Colima	23.1	46.1
Hidalgo	44.1	62.7	Tabasco	20.7	111.1
Estado de México	41.9	83.9	Coahuila	19.5	36.3
Querétaro	41.7	51.6	Nayarit	15.8	36.4
Michoacán	34.6	75.3	Yucatán	15.4	55
Sonora	33.3	75.3	Durango	15.2	41.1
Tamaulipas	32.9	48.3	Chiapas	14.7	59.5
Distrito federal	32.4	56.8	San Luis Potosí	14.1	43.1
Baja california	31.6	60.3	Veracruz	14.1	43.5
Guerrero	29.9	94	Morelos	12.2	79.8
Puebla	29.3	83.4	Nuevo León	10.2	79.8
Jalisco	26.5	39.3	Guanajuato	10.1	54.5
Sinaloa	26.2	88.4	Campeche	9.1	30
Oaxaca	26.1	71.5	Quintana Roo	8.1	49.5
Zacatecas	24.2	55.4	Aguascalientes	5.7	33.9
			Chihuahua	4.4	44.9

Fuente: Acción Ciudadana Frente a la Pobreza, con base en la información del Sistema Indicas proporcionada por la Secretaría de Salud mediante solicitud de acceso a la información N° 0001200233315 y recurso de revisión interpuesto RDA 3896/15

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

Gráfica 8. Porcentaje de unidades de salud con tiempo de espera excesivo (urbano)



Fuente: Acción Ciudadana Frente a la Pobreza, con base en la información del Sistema Indicas proporcionada por la Secretaría de Salud mediante solicitud de acceso a la información N° 0001200233315 y recurso de revisión interpuesto RDA 3896/15

Cuadro 8. Porcentaje de establecimientos con tiempos de espera excesivos (rural)

Entidad	%	Minutos	Entidad	%	Minutos
Estado de México	33.2	64.3	Zacatecas	9.2	56.9
Jalisco	26.3	43.7	Nayarit	9.1	51.2
Hidalgo	24.4	54.8	Tamaulipas	8.2	80
Guerrero	23.5	71.6	Chihuahua	8.2	116.9
Querétaro	23.2	62.3	San Luis Potosí	6.5	45.1
Baja california sur	22.7	60.3	Aguascalientes	6.5	47.9
Puebla	20.2	72.5	Veracruz	6.3	44.1
Oaxaca	18.9	68.7	Campeche	6.3	41.4
Michoacán	17.7	73.2	Sinaloa	6.2	74.3
Guanajuato	16.9	54.3	Morelos	5.9	49.7
<b>Nacional</b>	<b>15.7</b>	<b>62.5</b>	Yucatán	5.6	56.8
Sonora	14.8	53.7	Durango	5.4	38.1
Quintana roo	12.6	79.8	Nuevo león	4.3	42.5
Tlaxcala	12.2	45.6	Baja california	3.5	48.2
Chiapas	10.5	45.1	Coahuila	2.7	40.6
Tabasco	10.3	66.5	Colima	2.1	39.2
			Distrito Federal	0	0

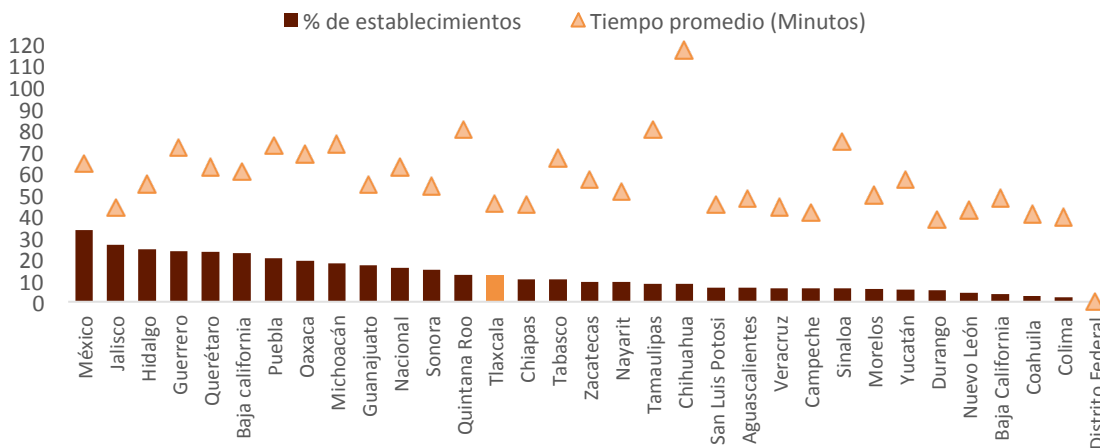
Fuente: Acción Ciudadana Frente a la Pobreza, con base en la información del Sistema Indicas proporcionada por la Secretaría de Salud mediante solicitud de acceso a la información N° 0001200233315 y recurso de revisión interpuesto RDA 3896/15



# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

Las entidades federativas con el peor desempeño en los tiempos de espera para recibir consultas, según datos oficiales de la SSA, son: Baja California Sur, Tlaxcala, Hidalgo, Estado de México y Querétaro, para las zonas urbanas (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

Gráfica 9. Tiempo de espera excesivo rural (% de establecimientos)



Fuente: Acción Ciudadana Frente a la Pobreza, con base en la información del Sistema Indicas proporcionada por la Secretaría de Salud mediante solicitud de acceso a la información N° 0001200233315 y recurso de revisión interpuesto RDA 3896/15

En las unidades de salud captadas durante el ejercicio de Observación Ciudadana los tiempos de espera promedio para recibir consulta representan lapsos mucho mayores que el promedio estatal basado solo en las unidades que registra el Sistema INDICAS. Corresponden a 2.5 veces el tiempo de espera promedio en el Estado de México, 3.3 en Oaxaca, 4.6 en Morelos y 3.2 en el DF (Gráfica 10).

Cuadro 9. Tiempo promedio de espera de Unidades que nunca han reportado en datos al Sistema INDICAS

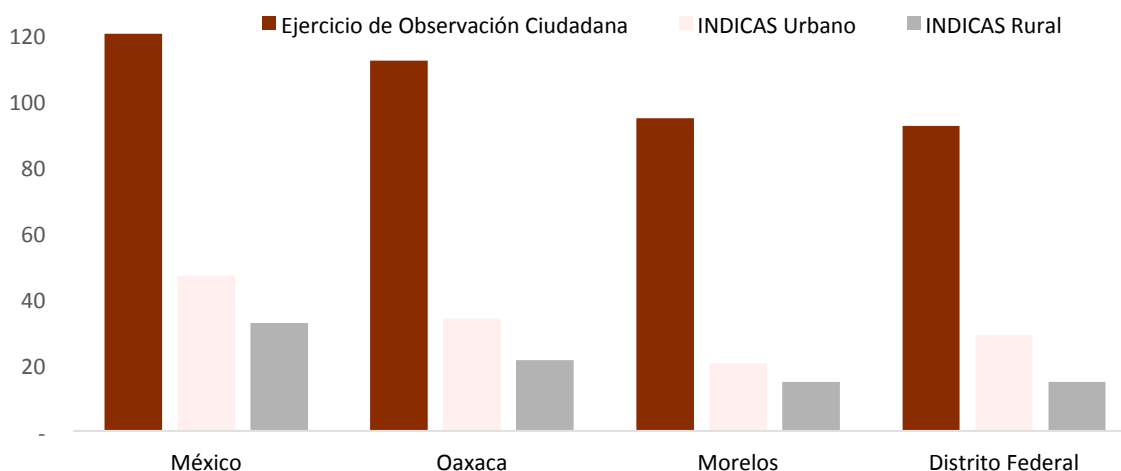
Nombre	Clave de Unidad	Tiempo (Horas)
Unidad Médica Rural Mancuernas, Oax.	OCIMO004260	3:26
Unidad Médica Rural Santa María Yosocani, Oax.	OCIMO002061	3:12
Unidad Médica Rural San Miguel Tetepelcingo, Oax	OCIMO002271	3:05
Hospital Pediátrico Coyoacán	DFSSA000350	2:35
Unidad Médica Rural Pinotepa de Don Luis	OCIMO000603	2:33

Fuente: Acción Ciudadana Frente a la Pobreza con base en Observación Ciudadana 2015

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

El ejercicio de observación ciudadana permite identificar algunas de las unidades de salud con mayor tiempo de espera y cuya información no se ha reportado en el sistema INDICAS de la Secretaría de Salud. (Cuadro 9).

**Gráfica 10. Tiempo Promedio de espera para recibir consulta (minutos)**



Fuente: Acción Ciudadana Frente a la Pobreza, con base en la información del Sistema Indicas proporcionada por la Secretaría de Salud mediante solicitud de acceso a la información N° 0001200233315 y recurso de revisión interpuesto RDA 3896/15. Para el ejercicio de Observación ciudadana únicamente se consideran las 35 unidades de salud que no reportaron información en el INDICAS. Ver Anexo III.

## 4.2. Cirugía

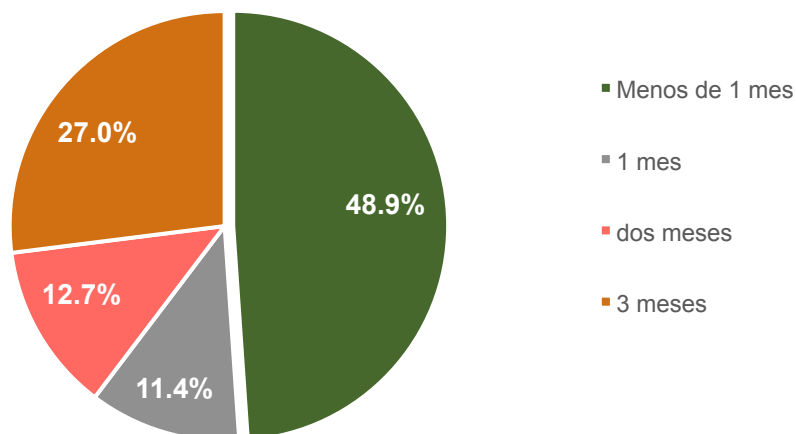
De acuerdo con el Sistema INDICAS el tiempo promedio para la realización de una cirugía es de 11.6 días. Esta información sin embargo parece reflejar diversas fallas en la captación del indicador que subestiman la demora del sistema de salud en la realización de procedimientos operatorios.

Tan solo a manera de ejemplo, en el tercer cuatrimestre de 2014 reportaron información sobre días de espera para cirugía 398 establecimientos de salud, de ellos 49 registraron menos de un día de espera, lo cual es poco creíble o sugiere que se está utilizando otro parámetro de medición en el reporte de datos, como por ejemplo, cirugías de emergencia o tiempo desde la “aprobación” y asignación de quirófano.

De acuerdo con el ejercicio de observación ciudadana, el 52% de las personas tardaron más de un mes en que se les realizara su cirugía desde que la solicitaron. Esto representa casi cuatro veces más tiempo que lo reportado por INDICAS.

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

Gráfica 11. Tiempo que tuvo que esperar para que le practicaran la cirugía.



Fuente: Acción Ciudadana Frente a la Pobreza con base en la observación ciudadana 2015.

Cuadro 10. Porcentaje de establecimientos con tiempos de espera excesivos para la realización de cirugías

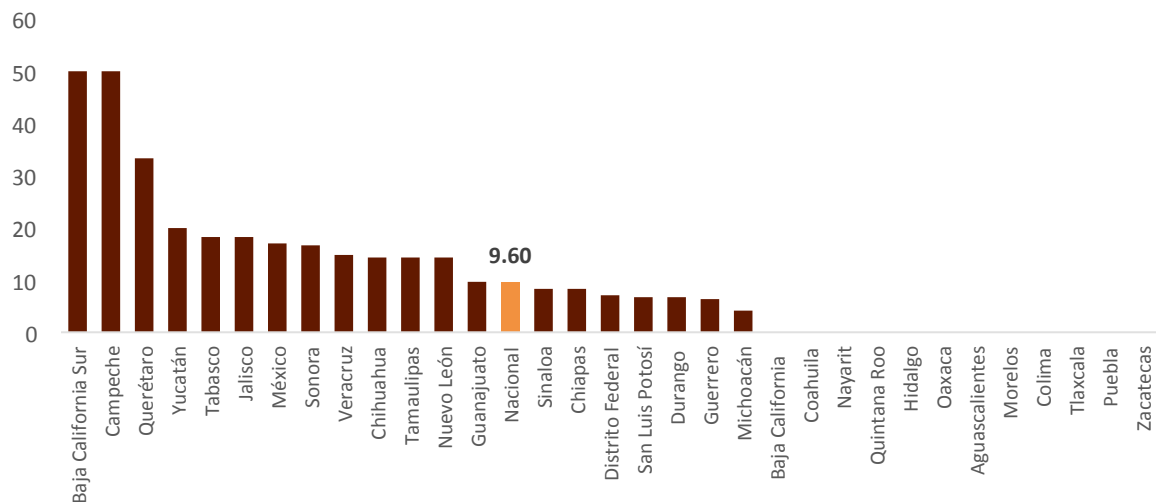
Entidad	%	Entidad	%
Baja California Sur	50.0	San Luis Potosí	6.7
Campeche	50.0	Durango	6.7
Querétaro	33.3	Guerrero	6.3
Yucatán	20.0	Michoacán	4.2
Tabasco	18.2	Baja California	0
Jalisco	18.2	Coahuila	0
Estado de México	17.0	Nayarit	0
Sonora	16.7	Quintana Roo	0
Veracruz	14.8	Hidalgo	0
Chihuahua	14.3	Oaxaca	0
Tamaulipas	14.3	Aguascalientes	0
Nuevo León	14.3	Morelos	0
Guanajuato	9.7	Colima	0
<b>Nacional</b>	<b>9.6</b>	Tlaxcala	0
Sinaloa	8.3	Puebla	0
Chiapas	8.3	Zacatecas	0
Distrito Federal	7.1		

Fuente: Acción Ciudadana Frente a la Pobreza, con base en la información del Sistema Indicas proporcionada por la Secretaría de Salud mediante solicitud de acceso a la información N° 0001200233315 y recurso de revisión interpuesto RDA 3896/15

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

Las entidades federativas con peor desempeño en tiempos de espera para cirugía, según datos oficiales de la SSA, son: Baja California Sur, Campeche, Querétaro, Yucatán y Tabasco (Cuadro 10 y Gráfica 12).

**Gráfica 12. Porcentaje de establecimientos deficientes.**



Fuente: Acción Ciudadana Frente a la Pobreza, con base en la información del Sistema Indicas proporcionada por la Secretaría de Salud mediante solicitud de acceso a la información N° 0001200233315 y recurso de revisión interpuesto RDA 3896/15

## 5. Quejas por la prestación de servicios

Entre las unidades del primer nivel de atención que reportaron información en el sistema de calidad de la SSA (INDICAS), una de cada 10 tuvieron 10 o más quejas de usuarios en el periodo; y entre las unidades de urgencias 22% presentaron esta problemática.

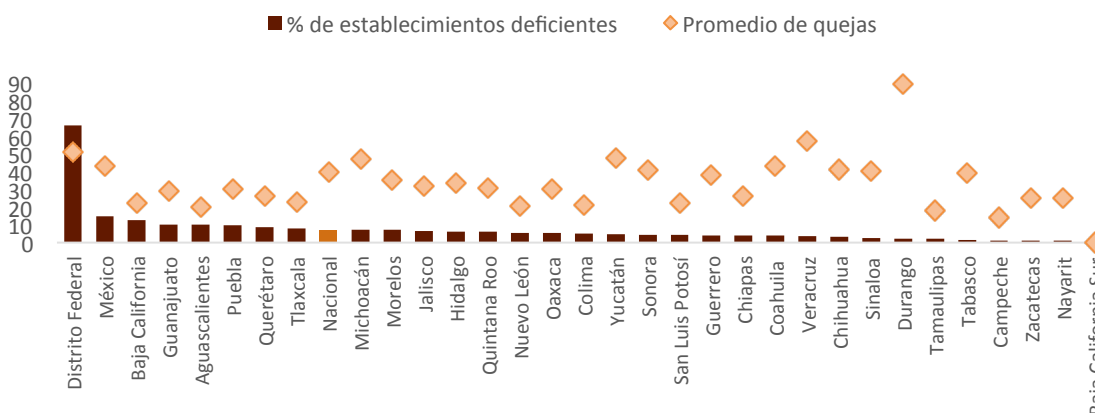
# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

**Cuadro 11. Porcentaje de unidades de salud con 10 o más quejas y promedio de quejas presentadas en el tercer cuatrimestre de 2014**

Entidad	%	Promedio	Entidad	%	Promedio
Distrito Federal	66	51.1	Colima	4.9	21
Estado de México	14.7	42.9	Yucatán	4.6	47.7
Baja California	12.5	22.4	Sonora	4.3	40.7
Guanajuato	10.2	29	San Luis Potosí	4.2	22.5
Aguascalientes	10.2	19.7	Guerrero	4	37.7
Puebla	9.7	30.2	Chiapas	4	26.2
Querétaro	8.5	26.4	Coahuila	3.9	42.9
Tlaxcala	8	22.6	Veracruz	3.5	56.8
Nacional	7.3	39.8	Chihuahua	3.1	41.1
Michoacán	7.3	47.3	Sinaloa	2.6	40.2
Morelos	7.3	35.2	Durango	2.3	89.2
Jalisco	6.6	31.7	Tamaulipas	2.1	18
Hidalgo	6.2	33.6	Tabasco	1.5	38.8
Quintana Roo	6.1	30.8	Campeche	1.1	14
Nuevo León	5.5	20.6	Zacatecas	1.1	25.2
Oaxaca	5.4	29.8	Nayarit	1	25.2
			Baja California Sur	0	

Fuente: Acción Ciudadana Frente a la Pobreza, con base en la información del Sistema Indicas proporcionada por la Secretaría de Salud mediante solicitud de acceso a la información N° 0001200233315 y recurso de revisión interpuesto RDA 3896/15

**Gráfica 13. Unidades con 10 o más quejas en el tercer cuatrimestre de 2014**



Fuente: Acción Ciudadana Frente a la Pobreza, con base en la información del Sistema Indicas proporcionada por la Secretaría de Salud mediante solicitud de acceso a la información N° 0001200233315 y recurso de revisión interpuesto RDA 3896/15



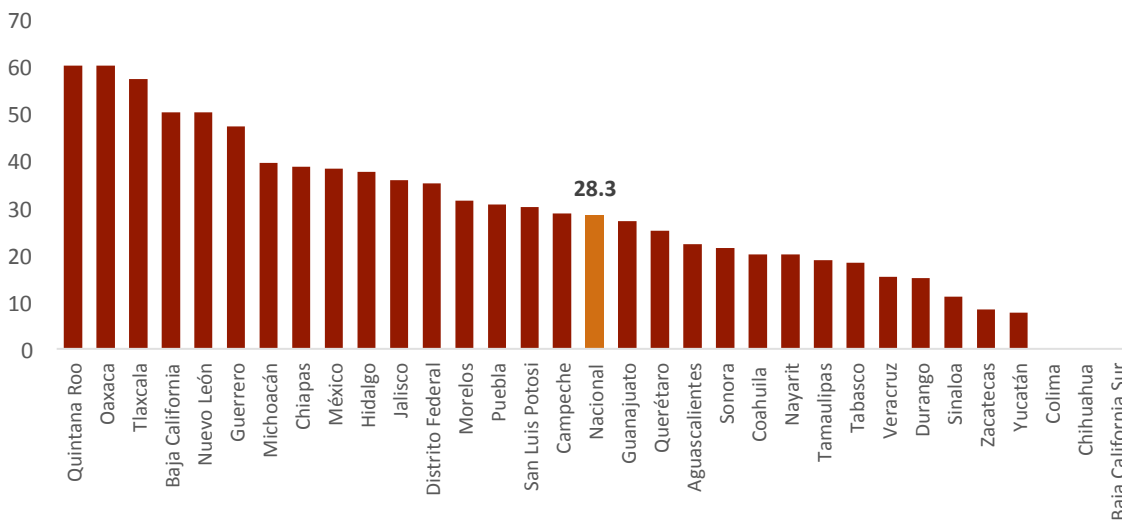
# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

**Cuadro 12. Porcentaje de Unidades con 10 o más quejas en el servicio de urgencias**

Entidad	%	Entidad	%
Quintana Roo	60	Nacional	28.3
Oaxaca	60	Guanajuato	27
Tlaxcala	57.1	Querétaro	25
Baja California	50	Aguascalientes	22.2
Nuevo León	50	Sonora	21.4
Guerrero	47.1	Coahuila	20
Michoacán	39.3	Nayarit	20
Chiapas	38.5	Tamaulipas	18.8
Estado de México	38.2	Tabasco	18.2
Hidalgo	37.5	Veracruz	15.2
Jalisco	35.7	Durango	15
Distrito Federal	35	Sinaloa	11.1
Morelos	31.3	Zacatecas	8.3
Puebla	30.6	Yucatán	7.7
San Luis Potosí	30	Colima	0
Campeche	28.6	Chihuahua	0
		Baja California Sur	0

Fuente: Acción Ciudadana Frente a la Pobreza, con base en la información del Sistema Indicas proporcionada por la Secretaría de Salud mediante solicitud de acceso a la información N° 0001200233315 y recurso de revisión interpuesto RDA 3896/15

**Gráfica 14. Unidades con 10 o más quejas en el servicio de urgencias en el tercer cuatrimestre de 2014**



Fuente: Acción Ciudadana Frente a la Pobreza, con base en la información del Sistema Indicas proporcionada por la Secretaría de Salud mediante solicitud de acceso a la información N° 0001200233315 y recurso de revisión interpuesto RDA 3896/15

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

Es importante aclarar que los datos reportados en el sistema INDICAS tienen problemas de subreporte, dado que casi la mitad de las unidades no entregaron información para el último periodo de 2014. Y también resulta importante cuestionar si el número de quejas se corresponde con el número de casos con problemas de atención.

El indicador “número de quejas” resulta uno de los datos que requieren validación independiente y garantizar que la ciudadanía tiene a su alcance el medio para presentarlas.

## *6. Razones de no atención en los servicios de salud*

En el 67.7% de quienes no reciben atención reportan razones que se relacionan con fallas en la disponibilidad, cobertura o calidad de los servicios de salud, debido a que:

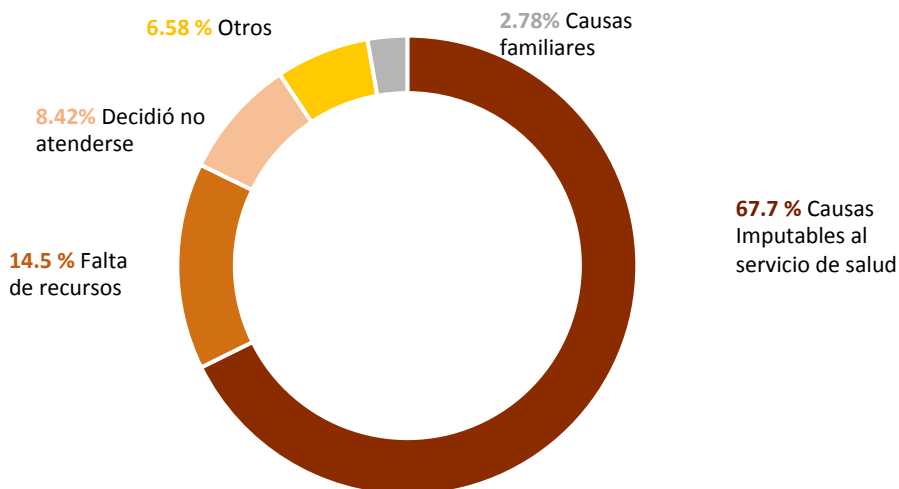
- El prestador pensó que no era necesario
- No hay donde atenderse
- Está muy lejos
- Falta de confianza
- Lo tratan mal
- Fue pero no lo atendieron
- Le dijeron que el seguro no cubría lo que tenía
- No alcanzó ficha
- Le dijeron que el problema no era urgente
- Tenía que pagar por la atención
- Falta de equipo
- No había servicio en el horario
- Los trámites eran muy tardados
- Tiempo para consulta muy tardado.

Por otra parte, 14.5% de las personas reportan que la razón por la que no se atendieron fue la falta de recursos. De ahí la importancia de garantizar la gratuidad de los servicios para la población que vive en pobreza.

Estas razones reportadas implican la necesidad de que los servicios sean monitoreados de forma estructurada con la finalidad de detectar barreras operativas a la utilización. Asimismo, es preciso contar con los mecanismos para detectar el origen de dichas fallas dentro de los Sistemas Estatales de Salud.

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

Gráfica 15. Principales razones por las que no se atendieron



Fuente: Acción Ciudadana Frente a la Pobreza, con base en ENSANUT 2012. nota: falta de recursos se refiere a que es caro o no tenía dinero; motivos familiares comprende que no tuvo tiempo o no tuvo quien lo llevara.

## 7. Inconsistencias del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud

A partir del análisis de la información entregada por la Secretaría de Salud, mediante la solicitud de acceso a las bases de datos del Sistema INDICAS, a través de INFOMEX, la Acción Ciudadana Frente a la Pobreza identificó diversos problemas que las autoridades de salud deben solucionar para garantizar el derecho a la salud de la población.

1. El Sistema de Calidad INDICAS carece de la Clave Única de Establecimientos de Salud, que es el indicador oficial que establece la Secretaría de Salud, con lo que es imposible vincular su información con datos de otros sistemas de información
2. La información de INDICAS no se encuentra públicamente disponible en una base de datos, ni se encuentra organizada de manera tal que permita explotar las características de la información de forma óptima para contar con insumos destinados a mejorar la calidad de los servicios de salud
3. La falta de publicidad de los datos favorece la opacidad y propicia la evasión de las autoridades en salud para rendir cuentas, es grave que una tercera parte de las unidades no hayan reportado durante los últimos 4 años y que casi la mitad no hayan reportado información para el último período de 2014.

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

4. Los resultados reportados carecen de independencia y de una metodología de validación externa, esto genera sesgos que sobreestiman la calidad del sistema de salud, reflejando mejores condiciones que las que prevalecen en la realidad.
5. La dispersión e imposibilidad de vinculación entre los sistemas de datos de la Dirección General de Educación en Salud, la Dirección General de Información en Salud y otras fuentes de datos con que cuenta el sector hacen imposible explorar integralmente la calidad, el financiamiento y los resultados sobre la salud de la población.
6. El Sistema INDICAS omite variables relevantes que son indispensables para el monitoreo de la calidad de los servicios, como los cobros y la solicitud de materiales o insumos.
7. El Sistema INDICAS presenta datos inconsistentes, tales como porcentajes negativos o superiores a 100, lo que los hace inutilizables.

## Exigencias al sector salud

La Acción Ciudadana Frente a la Pobreza ha propuesto a la Cámara de Diputados incluir las obligaciones de información, evaluación y transparencia en el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación 2016. Las reformas aprobadas recientemente para dar mayor seguridad a las transferencias realizadas desde el presupuesto federal a los Servicios Estatales de Salud son correctas pero insuficientes.

Las propuestas entregadas a la Cámara de Diputados se resumen en incluir en el Artículo 34 del proyecto de Decreto del PEF 2016 las siguientes obligaciones: (Ver redacción propuesta al Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación, en el Cuadro 13)

- Las autoridades de los Servicios Estatales de Salud y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud presentarán información detallada, accesible en formato de datos abiertos, sobre la aplicación y uso de los recursos recibidos y aportados para la prestación de los servicios estatales de salud, desglosada a nivel de cada establecimiento de salud, identificado con la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES), de tal manera que permita la trazabilidad de los recursos hasta su destino final. Las plazas o contratos de personal, los insumos médicos, medicamentos y en general todos los gastos de personal, materiales y servicios se reportarán de manera desglosada según su asignación a cada unidad de salud, sin importar la fuente de fondos a los que correspondan.
- La Secretaría de Salud establecerá un sistema de monitoreo de indicadores de acceso efectivo a la salud, de cumplimiento obligatorio por parte de los Servicios Estatales de Salud, que permita conocer datos periódicos sobre surtimiento de medicamentos, tiempos de espera en cirugías y estudios, servicios negados,

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

desglosado por establecimiento de salud, identificado con la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).

- El Consejo Nacional de Evaluación de la Política del Desarrollo Social (CONEVAL) establecerá los lineamientos a fin de que la evaluación del Sistema de Protección Social en Salud considere al conjunto de los afiliados y que se incluyan variables que permitan medir el acceso efectivo a la salud, tales como el surtimiento completo de medicamentos, la posposición o negación de estudios, tratamientos o cirugías, los cobros por servicios o la solicitud de aportar material o insumos para recibir un tratamiento o intervención.
- El Consejo Nacional de Salud, integrado por las autoridades responsables de las instituciones de seguridad social y por las autoridades de salud de las 32 entidades federativas, deben dar seguimiento a las evaluaciones y al monitoreo de los indicadores para establecer las medidas correctivas necesarias para mejorar la atención y garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud.

La Secretaría de Salud debe asumir su responsabilidad como instancia rectora para garantizar la información suficiente y oportuna sobre la calidad y el acceso efectivo a la salud de la población.

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud debe incluir en los convenios firmados con los estados las obligaciones de entregar información completa, suficiente y desglosada a nivel de unidad de salud. Un sistema de información con un tablero de indicadores adecuados y confiables, acordes a las necesidades de monitoreo de la calidad y el acceso efectivo a la salud, para ser de utilidad requiere:

1. Ser público y accesible en datos abiertos para cada establecimiento de salud identificado por la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUE) que establece la Secretaría de Salud
2. Sujetarse a una reestructura basada en la opinión de un comité de expertas y expertos para integrar un auténtico sistema de indicadores de calidad y acceso efectivo a la salud, oportuno y confiable.
3. Contar con mecanismos de observación y auditoría independientes al sector salud, basados en la participación ciudadana y con la colaboración de Universidades y organizaciones de la sociedad civil
4. Contar con un mecanismo de alerta y seguimiento a la resolución de las problemáticas detectadas, que tenga seguimiento por parte del Consejo Nacional de Salud, que reúne a las autoridades de salud de los 32 Servicios Estatales de Salud y de los organismos de la seguridad social (IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMAR, PEMEX).

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

**Cuadro 13. Propuestas de redacción para incluir en el art. 34 del Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación 2016**

Proyecto de Decreto PEF 2016 enviado por la SHCP  DICE	(Propuestas de Acción Ciudadana Frente a la Pobreza al Decreto del PEF 2016)  DEBE DECIR
<p>Artículo 34. La ejecución y operación del Sistema de Protección Social en Salud deberá sujetarse a lo dispuesto por la Ley General de Salud, a las disposiciones reglamentarias de dicha Ley, así como a las disposiciones de carácter general o lineamientos que emitan la Secretaría de Salud o la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.</p> <p>A. La Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, llevará a cabo lo siguiente:</p> <p>I. Difundir criterios públicos y objetivos para la definición de la población sujeta a la afiliación en el medio rural y urbano, prioritariamente a madres embarazadas y niños recién nacidos;</p> <p>II. Dar a conocer semestralmente, en los términos de la legislación en materia de transparencia y acceso a la información pública gubernamental, la relación de municipios en los que opera el Sistema de Protección Social en Salud y el número de personas beneficiarias, en cada una de ellas por entidad federativa, así como el monto de las cuotas familiares, la cuota social y las aportaciones solidarias federal y estatal, por entidad federativa;</p> <p>III. Publicar semestralmente en su página de Internet las obras e inversiones realizadas con los recursos del Fondo de Previsión Presupuestal, a que se refiere el artículo 77 bis 18 de la Ley General de Salud, y</p>	<p>Artículo 34. La ejecución y operación del Sistema de Protección Social en Salud deberá sujetarse a lo dispuesto por la Ley General de Salud, a las disposiciones reglamentarias de dicha Ley, así como a las disposiciones de carácter general o lineamientos que emitan la Secretaría de Salud o la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.</p> <p>A. La Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, llevará a cabo lo siguiente:</p> <p>I. Difundir criterios públicos y objetivos para la definición de la población sujeta a la afiliación en el medio rural y urbano, prioritariamente a madres embarazadas y niños recién nacidos;</p> <p>II. Dar a conocer semestralmente, en los términos de la legislación en materia de transparencia y acceso a la información pública gubernamental, la relación de municipios en los que opera el Sistema de Protección Social en Salud y el número de personas beneficiarias, en cada una de ellas por entidad federativa, así como el monto de las cuotas familiares, la cuota social y las aportaciones solidarias federal y estatal, por entidad federativa;</p> <p>III. Publicar semestralmente en su página de Internet las obras e inversiones realizadas con los recursos del Fondo de Previsión Presupuestal, a que se refiere el artículo 77 bis 18 de la Ley General de Salud, <b>identificando en cada caso su ubicación</b></p>

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

**Cuadro 13. Propuestas de redacción para incluir en el art. 34 del Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación 2016**

Proyecto de Decreto PEF 2016 enviado por la SHCP  DICE	(Propuestas de Acción Ciudadana Frente a la Pobreza al Decreto del PEF 2016)  DEBE DECIR
<p>IV. Emitir disposiciones generales o lineamientos sobre:</p> <p>a) El destino de los recursos federales que se transfieran a las entidades federativas por concepto de cuota social y aportación solidaria federal, conforme a las siguientes bases:</p> <p>i. Hasta el 40 por ciento, por concepto de remuneraciones del personal ya contratado directamente involucrado en la prestación de servicios de atención a los afiliados al Sistema;</p> <p>ii. Hasta el 30 por ciento, por concepto de adquisición de medicamentos, material de curación y otros insumos necesarios para la prestación de servicios a los afiliados al Sistema;</p> <p>iii. Al menos el 20 por ciento, para acciones de promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades que estén contenidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), y</p> <p>iv. Hasta el 6 por ciento, para el gasto operativo y para el pago de personal administrativo del Régimen Estatal de Protección Social en Salud correspondiente a</p>	<p><b>conforme a la norma técnica sobre domicilios geográficos del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica,</b></p> <p>IV. Emitir disposiciones generales o lineamientos sobre:</p> <p>a) El destino de los recursos federales que se transfieran a las entidades federativas por concepto de cuota social y aportación solidaria federal, conforme a las siguientes bases:</p> <p>i. Hasta el 40 por ciento, por concepto de remuneraciones del personal ya contratado directamente involucrado en la prestación de servicios de atención a los afiliados al Sistema;</p> <p>ii. Hasta el 30 por ciento, por concepto de adquisición de medicamentos, material de curación y otros insumos necesarios para la prestación de servicios a los afiliados al Sistema;</p> <p>iii. Al menos el 20 por ciento, para acciones de promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades que estén contenidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), y</p> <p>iv. Hasta el 6 por ciento, para el gasto operativo y para el pago de personal administrativo del Régimen Estatal de</p>

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

**Cuadro 13. Propuestas de redacción para incluir en el art. 34 del Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación 2016**

Proyecto de Decreto PEF 2016 enviado por la SHCP  DICE	[Propuestas de Acción Ciudadana Frente a la Pobreza al Decreto del PEF 2016]  DEBE DECIR
<p>cada entidad federativa.</p> <p>Sólo en casos plenamente justificados o excepcionales, la composición de dichos porcentajes se podrá modificar, siempre que las características de afiliación, financieras y de servicios de salud estatales lo ameriten, en el entendido de que dichas modificaciones deberán acreditarse y ser aprobadas por la Secretaría de Salud por conducto de la Comisión Nacional de Protección Social de Salud, y</p> <p>b) El destino de los recursos federales que se transfieran a las entidades federativas para el fortalecimiento de la infraestructura médica.</p>	<p>Protección Social en Salud correspondiente a cada entidad federativa.</p> <p>Sólo en casos plenamente justificados o excepcionales, la composición de dichos porcentajes se podrá modificar, siempre que las características de afiliación, financieras y de servicios de salud estatales lo ameriten, en el entendido de que dichas modificaciones deberán acreditarse y ser aprobadas por la Secretaría de Salud por conducto de la Comisión Nacional de Protección Social de Salud,</p> <p>b) El destino de los recursos federales que se transfieran a las entidades federativas para el fortalecimiento de la infraestructura médica, y</p> <p><b>V. Publicar en su página de internet al menos cuatrimestralmente los indicadores de seguimiento a la operación reportados por las entidades federativas, desglosados conforme al Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) y anualmente los resultados de la evaluación integral del Sistema a que se refiere el artículo 77 bis 6 de la Ley General de Salud, en la página de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, para cada entidad federativa; así como los indicadores de monitoreo conforme a la normativa establecida por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social a nivel de establecimiento de salud y en formato</b></p>

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

**Cuadro 13. Propuestas de redacción para incluir en el art. 34 del Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación 2016**

Proyecto de Decreto PEF 2016 enviado por la SHCP  DICE	[Propuestas de Acción Ciudadana Frente a la Pobreza al Decreto del PEF 2016]  DEBE DECIR
<p>B. Las entidades federativas deberán remitir la información que determine la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, de conformidad con las disposiciones generales que para tal efecto emita.</p> <p>Los anexos I, II, III y IV del Acuerdo de Coordinación a que se refiere el artículo 77 bis 6 de la Ley General de Salud, deberán firmarse, en su caso, en el primer trimestre del año fiscal. Al momento de su firma a la Comisión Nacional de Protección en Salud y las entidades federativas, les corresponderá su publicación en sus respectivas páginas de Internet. Tratándose de los anexos II, III y IV, deberán ser publicados en el Diario Oficial de la Federación, a través de la Secretaría de Salud.</p> <p>Las disposiciones consideradas en la fracción IV de este artículo deberán formar parte del anexo IV de dicho Acuerdo de Coordinación.</p>	<p><b>de datos abiertos.</b></p> <p>B. Las entidades federativas deberán remitir la información que determine la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, <b>inclusive la relativa al monitoreo de prestación de servicios y atención a la población</b>, de conformidad con las disposiciones generales que para tal efecto emita.</p> <p>Los anexos I, II, III y IV del Acuerdo de Coordinación a que se refiere el artículo 77 bis 6 de la Ley General de Salud, deberán firmarse, en su caso, en el primer trimestre del año fiscal. Al momento de su firma a la Comisión Nacional de Protección en Salud y las entidades federativas, les corresponderá su publicación en sus respectivas páginas de Internet. Tratándose de los anexos II, III y IV, también deberán ser publicados en el Diario Oficial de la Federación, a través de la Secretaría de Salud.</p> <p>Las disposiciones consideradas en la fracción IV de este artículo deberán formar parte del anexo IV de dicho Acuerdo de Coordinación.</p>
<p>El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social normará la evaluación del Sistema de Protección Social en Salud, de conformidad con lo establecido en la Ley General de Desarrollo Social.</p>	<p>El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social normará la evaluación del Sistema de Protección Social en Salud, de conformidad con lo establecido en la Ley General de Desarrollo Social. <b>La evaluación considerará al universo total de afiliados para medir su acceso efectivo y calidad de atención recibida. Así mismo, normará el monitoreo de la prestación de</b></p>

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

**Cuadro 13. Propuestas de redacción para incluir en el art. 34 del Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación 2016**

<p>Proyecto de Decreto PEF 2016 enviado por la SHCP</p> <p><b>DICE</b></p>	<p>(Propuestas de Acción Ciudadana Frente a la Pobreza al Decreto del PEF 2016)</p> <p><b>DEBE DECIR</b></p>
	<p><b>servicios en los establecimientos de salud identificando para cada uno de ellos al menos, la cobertura de beneficiarios afiliados al Sistema de Protección Social en Salud, los recursos federales y estatales que reciben, los indicadores de calidad de atención, acceso efectivo y existencia de inventarios de medicamentos del Catalogo de Universal de Servicios de Salud (CAUSES).</b></p> <p><b>El Consejo Nacional de Salud será responsable de dar seguimiento y tomar las medidas correctivas necesarias para la mejora de la atención con base en los resultados de los indicadores de monitoreo, de las evaluaciones y del Sistema de Calidad en Salud.</b></p>

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

## Referencias

Acción Ciudadana Frente a la Pobreza. 2015. Campaña cero listas de espera. Disponible en: <http://frentealapobreza.mx/campana-cero-listas-de-espera/>

Acción Ciudadana Frente a la Pobreza. 2015. La pobreza y el reto de hacer efectivo el acceso a los servicios de salud. Disponible en: <http://frentealapobreza.mx/la-pobreza-y-el-reto-de-hacer-efectivo-el-acceso-a-los-servicios-de-salud/>

Institute of Medicine (IOM). (2001). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academies Press. Retrieved from [http://www.nap.edu/catalog.php?record\\_id=10027](http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10027)

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Encuesta nacional de Salud y Nutrición ENSANUT, 2012. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/>

Saturno PJ, Gutiérrez JP, Armendáriz DM, Armenta N, Candia E, Contreras D, Fernández M, Galván A, Hernández JL, Hernández Ávila JE, Palacio LS, Poblano O, Vértiz J, Vieyra W, Wirtz V. 2014. Calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud. Diagnóstico estratégico de la situación actual. Cuernavaca, México: INSP.

Secretaría de Salud. 2015. Respuesta a la solicitud de acceso a la información N° 0001200233315 y recurso de revisión interpuesto RDA 3896/15 realizados vía el sistema INFOMEX, por la Acción Ciudadana Frente a la Pobreza.

Secretaría de Salud. Manual de acreditación. Disponible en: [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dec-acr\\_00A.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dec-acr_00A.pdf)

Secretaría de Salud. Sistema INDICAS. Disponible en: <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/consulta.php>

World Health Organization (WHO). 2006. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. (R. Bengoa, R. Kawar, P. Key, S. Leatherman, R. Massoud, & P. Saturno, Eds.). Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (WHO). 2014. What is universal health coverage? Disponible en: [http://www.who.int/features/qa/universal\\_health\\_coverage/en/](http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/en/)

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

## Anexo I. Integración de la base de datos del Sistema INDICAS

Para hacer uso de los datos del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad (INDICAS) la Acción Ciudadana Frente a la Pobreza solicitó a la Secretaría de Salud para todos los establecimientos de salud del país para el periodo 2011-2015. La solicitud tuvo que realizarse a través del sistema INFOMEX en una primera instancia, y recurrir a un recurso de revisión.<sup>25</sup>

A partir de dicha solicitud la SS entregó un CD con 74 archivos en formato \*.CSV con la siguiente estructura:

Nombre genérico de la base	Información Contendida	Año	Núm. de periodos	Número de Observaciones
phg*	"La denominación "phg" significa padre, hijo, gobierno que es donde se incorpora la relación de organizaciones que reportaron información en un periodo determinado ordenados con referencia a sus agrupaciones jerárquicas es decir, unidad, jurisdicción estado al que pertenece la unidad y los números corresponden al año y periodo de reporte." <sup>o</sup>	2011	3	
		2012	3	
		2013	3	
		2014	3	
		2015	1	
phm*	"La denominación "phm" significa padre, hijo, mesurando que es donde se incorpora el listado de los "objetos" monitoreados en un periodo determinado ordenados con referencia a	2011	3	
		2012	3	
		2013	3	
		2014	3	

<sup>25</sup> En el Anexo I se describe la información entregada por la SS y el tratamiento dado a los datos para la integración de una base de datos que permitiera el análisis.

<sup>o</sup> Según respuesta provista por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

Nombre genérico de la base	Información Contenida	Año	Núm. de periodos	Número de Observaciones
	la estructura de construcción del objeto es decir, variable, indicador o índice y los números corresponden al año y periodo de reporte." <sup>o</sup>	2015	1	
porc*	Información recolectada por el sistema INDICAS	2011	3	64,010
		2012	3	66,372
		2013	3	65,000
		2014	3	67,686
		2015	1	21,316
recibidas*	Número de unidades encuestas recolectadas por entidad federativa, institución y nivel de atención (1 para primer nivel de atención y 2 para segundo nivel de atención); cada año y cada cuatrimestre.	2011	3	31,086
		2012	3	32,643
		2013	3	32,455
		2014	3	34,141
		2015	1	11,021
estado	Nombre de Entidad Federativa y la clave asignada por INEGI	.	.	32
institucion	Nombre de las instituciones que brindan servicios de salud	.	.	11

<sup>o</sup> Según respuesta provista por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

<b>Nombre genérico de la base</b>	<b>Información Contendida</b>	<b>Año</b>	<b>Núm. de periodos</b>	<b>Número de Observaciones</b>
jurisdiccion	Nombre y clave de la jurisdicción sanitaria; clave del estado en el que se ubican; clave de la institución que brinda el servicio de salud	.	.	660
municipio	Nombre del municipio; clave del estado y del municipio asignados por INEGI	.	.	2,466
nombres	Nombres de las unidades que servicios de salud; y clave de 5 caracteres. Nombre de las variables recolectadas por el sistema INDICAS	.	.	23,927: 23,755 observaciones de centros de servicios de salud; 172 claves de las preguntas del sistema INDICAS
periodos	Fechas específicas de inicio y fin de periodo de recolección de información del sistema INDICAS	.	.	17
programa	Programa que cubre los servicios de salud; y su clave	.	.	7
unidad	Nombre de las unidades que brindan servicios de salud; clave de la jurisdicción a la que pertenecen; clave (4 caracteres); clave de la institución a la que pertenecen; claves RENIS y CLUES; nivel de atención que brindan (primaria o	.	.	20,591

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

Nombre genérico de la base	Información Contendida	Año	Núm. de periodos	Número de Observaciones
	secundaria); si el centro es urbano o rural.			

Para poder hacer uso de la información la Acción Ciudadana Frente a la Pobreza integró una base de datos panel en el software Stata, en la cual se identificaron unidades de salud utilizando la clave proporcionada por la SS y los periodos de referencia de la información. En cada periodo se verificó la disponibilidad de información para cada unidad de salud.

Dada la falta de un catálogo de variables del Sistema INDICAS, y con la finalidad de identificar con precisión en contenido de las variables entregadas por la SS, se compararon los resultados obtenidos de la base de datos con los indicadores presentados en el sitio web del Sistema INDICAS. Dada la inconsistencia de los datos correspondientes a 2015 se decidió utilizar únicamente el periodo 2011-2014.

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

## Anexo II. Resumen de indicadores del Sistema Indicas

Indicador	Número	Porcentaje
<b>Periodo: 2011-2014</b>		
Unidades en el catálogo	20,573	100
Primer nivel	19,095	92.8 <sup>1)</sup>
Segundo nivel	1,478	7.2 <sup>1)</sup>
Unidades que nunca han reportado información al sistema INDICAS (2011-2014)	6,702	32.6% <sup>1)</sup>
Primer nivel	6,159	32.3% <sup>2)</sup>
Segundo nivel	543	36.7% <sup>2)</sup>
<b>Periodo: III cuatrimestre 2014</b>		
Unidades que no reportaron información en el periodo	9,503	46.2% <sup>3)</sup>
Unidades de primer nivel urbano con menos de 95% de medicamentos surtidos completos a la primera	998	64.3% <sup>3)</sup>
Unidades de primer nivel rural con menos de 95% de medicamentos surtidos completos a la primera	4,073	59.5% <sup>3)</sup>
Unidades de primer nivel urbano en donde el tiempo de espera es mayor o igual a 30 minutos	425	23.7% <sup>3)</sup>
Unidades de primer nivel rural en donde el tiempo de espera es mayor o igual a 30 minutos	1,193	15.7% <sup>3)</sup>
Unidades de urgencias en donde el tiempo de espera es mayor o igual a 15 minutos	311	60.7% <sup>3)</sup>
Promedio de días de espera entre la solicitud y realización de cirugía electiva	11.6 <sup>4)</sup>	

# Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

Indicador	Número	Porcentaje
Unidades con 30 o más días de espera entre la solicitud y realización de cirugía electiva	41 <sup>4)</sup>	9.6% <sup>3)</sup>
Unidades con menos de 1 día de espera entre la solicitud y realización de cirugía electiva	49 <sup>4)</sup>	11.5% <sup>3)</sup>
Unidades de primer nivel con 10 o más quejas en el periodo	694	7.3% <sup>3)</sup>
Unidades de urgencias con 10 o más quejas en el periodo	153	28.3% <sup>3)</sup>
Unidades de primer nivel con quejas en el periodo	2,641	27.8% <sup>3)</sup>
Unidades de urgencias con quejas en el periodo	397	73.5% <sup>3)</sup>

Fuente: Acción Ciudadana Frente a la Pobreza, con base en la información del Sistema Indicas proporcionada por la Secretaría de Salud mediante solicitud de acceso a la información N° 0001200233315 y recurso de revisión interpuesto RDA 3896/15

Notas: <sup>1)</sup> Porcentaje sobre el total de unidades en el catálogo; <sup>2)</sup> Porcentaje sobre el total de unidades de ese nivel en el catálogo; <sup>3)</sup> Porcentaje sobre el total de unidades con información en el periodo; <sup>4)</sup> Promedio

# 1er Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud

## Anexo III. Unidades captadas en el ejercicio de Observación Ciudadana que nunca reportaron información al Sistema INDICAS en el periodo 2011-2014

Unidades de Salud que nunca han reportado al INDICAS 2011-2014 y que forman parte del ejercicio de Observación Ciudadana 2015			
CLUE	Nombre	Estado	Tipología
CSIMO002784	OCOSINGO	Chiapas	Hospital rural
CSIMO004481	MAJOSIK	Chiapas	Unidad médica rural
CSIMO004510	SIBACTEL	Chiapas	Unidad médica rural
CSIMO005625	SAN JUAN CANCUC	Chiapas	Unidad médica rural
CSSA003842	OCOSINGO	Chiapas	Urbano de 08 núcleos básicos
DFSSA000350	HOSPITAL PEDIATRICO COYOACAN -CE	D.F.	Hospital
DFSSA000415	URBANO DE 01 NUCLEO BASICO, EJIDOS DE SANTA URSULA URBANO DE 03 NUCLEOS BASICOS, PEDREGAL DE SANTO	D.F.	Urbano de 01 núcleos básicos
DFSSA000432	DOMINGO PONI URBANO DE 02 NUCLEOS BASICOS, PEDREGAL DE SANTO	D.F.	Urbano de 03 núcleos básicos
DFSSA000456	DOMINGO ORIE	D.F.	Urbano de 02 núcleos básicos
DFSSA001016	URBANO DE 01 NUCLEO BASICO, GERTRUDIS SANCHEZ	D.F.	Urbano de 01 núcleos básicos
DFSSA003220	HOSPITAL GENERAL XOCO	D.F.	Hospital
DFSSA003162	CLINICA DE ESPECIALIDADES, CONDESA	D.F.	Clínica
DGSSA000676	HOSPITAL GENERAL DE GÁ"MEZ PALACIO	Durango	Hospital
MCSME001126	CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC SUR	Edo Mex	Urbano de 05 núcleos básicos
MCSME001126	CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC SUR	Edo Mex	Clínica
MCSSA010111	HOSPITAL MUNICIPAL, IGNACIO ALLENDE BICENTENARIO	Edo Mex	Hospital
MSSSA000541	OCOTEPEC	Morelos	Urbano de 01 núcleos básicos
MSSSA000611	PLAN DE AYALA	Morelos	Urbano de 02 núcleos básicos
MSSSA002805	EMILIANO ZAPATA	Morelos	Rural de 03 núcleos básicos y más
MSSSA002863	HOSPITAL DEL NINO Y EL ADOLESCENTE MORELENSE - CE	Morelos	Hospital
OCIMO000603	PINOTEPA DE DON LUIS	Oaxaca	Unidad médica rural
OCIMO001665	SAN FELIPE ZIHUALTEPEC	Oaxaca	Unidad médica rural
OCIMO002061	SANTA MARIA YOSOCANI	Oaxaca	Unidad médica rural
OCIMO002271	SAN MIGUEL TETEPELCINGO	Oaxaca	Unidad médica rural
OCIMO002493	SAN MIGUEL TLACAMAMA	Oaxaca	Unidad médica rural
OCIMO002551	SAN PEDRO AMUZGOS	Oaxaca	Unidad médica rural
OCIMO003345	SANTA MARIA CHILCHOTLA	Oaxaca	Unidad médica rural
OCIMO003724	AQUILES SERDAN	Oaxaca	Unidad médica rural
OCIMO004161	SANTIAGO LLANO GRANDE	Oaxaca	Unidad médica rural
OCIMO004260	MANCUERNAS	Oaxaca	Unidad médica rural
OCIMO004272	NORIA Y MININDACA, LA	Oaxaca	Unidad médica rural
OCSSA018526	GUADALUPE VICTORIA	Oaxaca	Rural de 01 núcleos básicos
PLIMO003001	REYES METZONTLA, LOS	Puebla	Rural de 01 núcleos básicos
SRIST000133	H.G. 98 CAMAS DR. FERNANDO OCARANZA , HERMOSILLO -CE	Sonora	Hospital general
JCSSA002195	ANTIGUO HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA, FRAY ANTONIO ALCALDE -CE	Jalisco	Hospital general