



Facultad de Medicina

Departamento de Salud Pública

Salud y Seguridad Social

Dr. Luis Durán Arenas, Mtra. Adriana Zubieta Zavala, Dr. Luis Antonio
García Valladares



Contenido

- Meta de los gobiernos de 2000 a 2012
- Cambios en el financiamiento de la Seguridad Social
- Cambios en los indicadores de Desempeño 2004-2012
- Reflexiones sobre la Política de salud actual



Justicia Distributiva

- El término *justicia distributiva* se refiere a la distribución igual, equitativa y apropiada en la sociedad, determinada por normas justificadas que estructuran los términos de la cooperación social
- La *justicia distributiva* se distingue de otros tipos de justicia como la *penal* (justa aplicación del castigo) o la *rectificadora* que se refiere a la justa compensación por problemas transaccionales tales como rupturas de contratos y mala práctica



¿Qué buscaba el seguro popular?

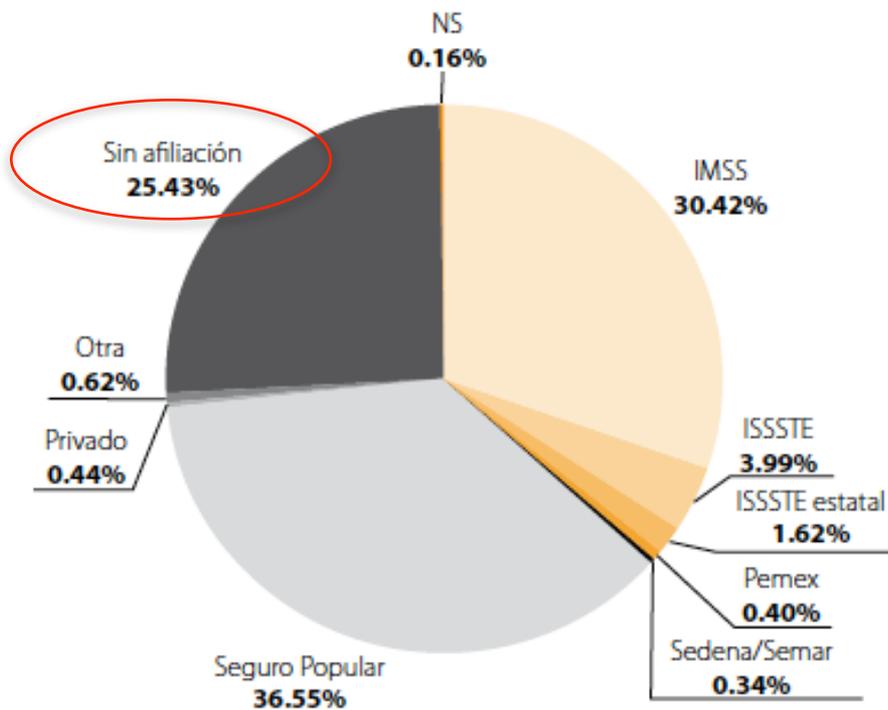


Con la creación del seguro Popular en 2003, el Estado Mexicano buscaba garantizar el derecho a la salud de la población que no tiene acceso a la Seguridad Social.



Logros para el 2012

“toda persona tiene derecho a la protección de la salud.”



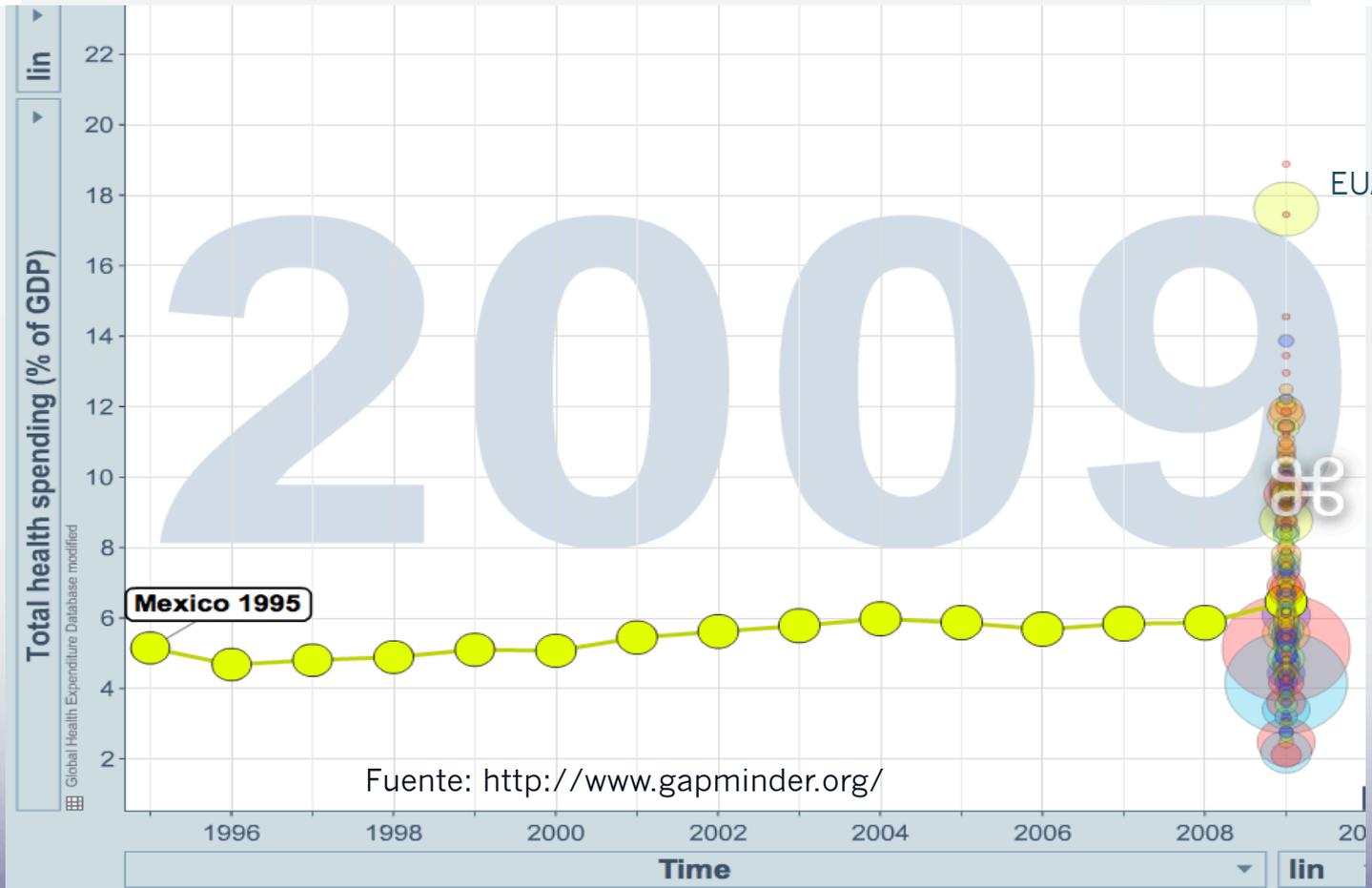
NS= No sabe

Según datos de la Encuesta Nacional y Nutrición, en 2012 México tenía entre 21% y 25% de la población sin protección en salud.

También se habla de otros problemas como la doble cobertura-



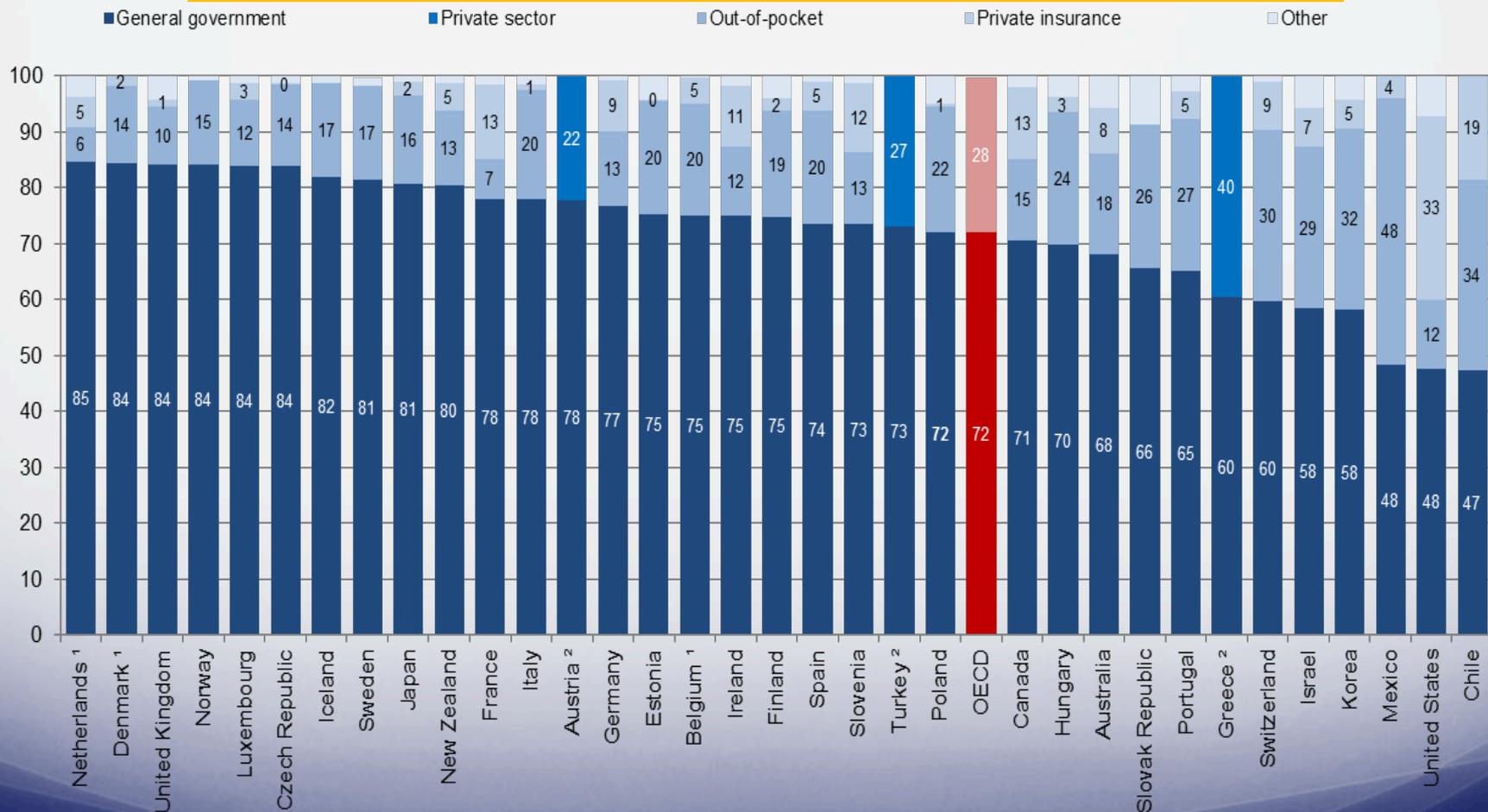
Gasto total en Salud % PIB



El gasto total en salud para 2004 fue de 6.0% del PIB, para los siguientes dos años decreció 5.7% y en el 2010 6.2%.



Financiamiento público y privado



En México el 49% del gasto total en salud es gasto de bolsillo.



Financiamiento: Cambios en el SNPSS

El presupuesto para el SNPSS se incrementó 10,8 veces entre 2004 y 2010

Recursos federales para el SNPSS aprobados en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación y el presupuesto ejercido, 2004-2010 (millones de pesos)

Concepto	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Aprobado en el PEF	ND*	8.742,4	17.006,4	25.545,7	37.440	45.587,2	51.194,3
Ejercido	4.433,9	8.742,4	17.283,8	26.320,8	34.633	43.509,3	47.844
Diferencia	ND	0	277,4	775,1	-2.807	-2.077,9	-3.350,3
Porcentaje	ND	0	1,6	2,9	-8,1	-4,8	-7

Hay una discrepancia creciente entre el presupuesto aprobado y el ejercido



Financiamiento: Cambios en el sector salud

Evolución del presupuesto público federal de salud como porcentaje del PIB por institución, 2006-2011

Institución*	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Incremento periodo % del PIB
<i>Población sin seguro social laboral</i>							
SSA (12)	0,37	0,47	0,54	0,65	0,63	0,61	0,24
FASSA (33)	0,36	0,35	0,36	0,38	0,39	0,36	0,002
Subtotal	0,74	0,81	0,89	1,03	1,02	0,98	0,24
<i>Población con seguro social</i>							
IMSS (50)	1,06	1,07	1,11	1,26	1,15	1,11	0,06
ISSSTE (51)	0,233	0,221	0,238	0,266	0,280	0,282	0,05
Ejército (07)	0,021	0,019	0,026	0,029	0,031	0,029	0,008
Marina (13)	0,005	0,006	0,007	0,004	0,008	0,008	0,003
Ramo 19**	0,077	0,069	0,061	0,080	0,083	0,073	-0,003
Subtotal	1,39	1,38	1,44	1,64	1,55	1,51	0,12
TOTAL	2,1	2,2	2,33	2,67	2,57	2,48	0,36

La institución cuyo presupuesto incrementa proporcionalmente más

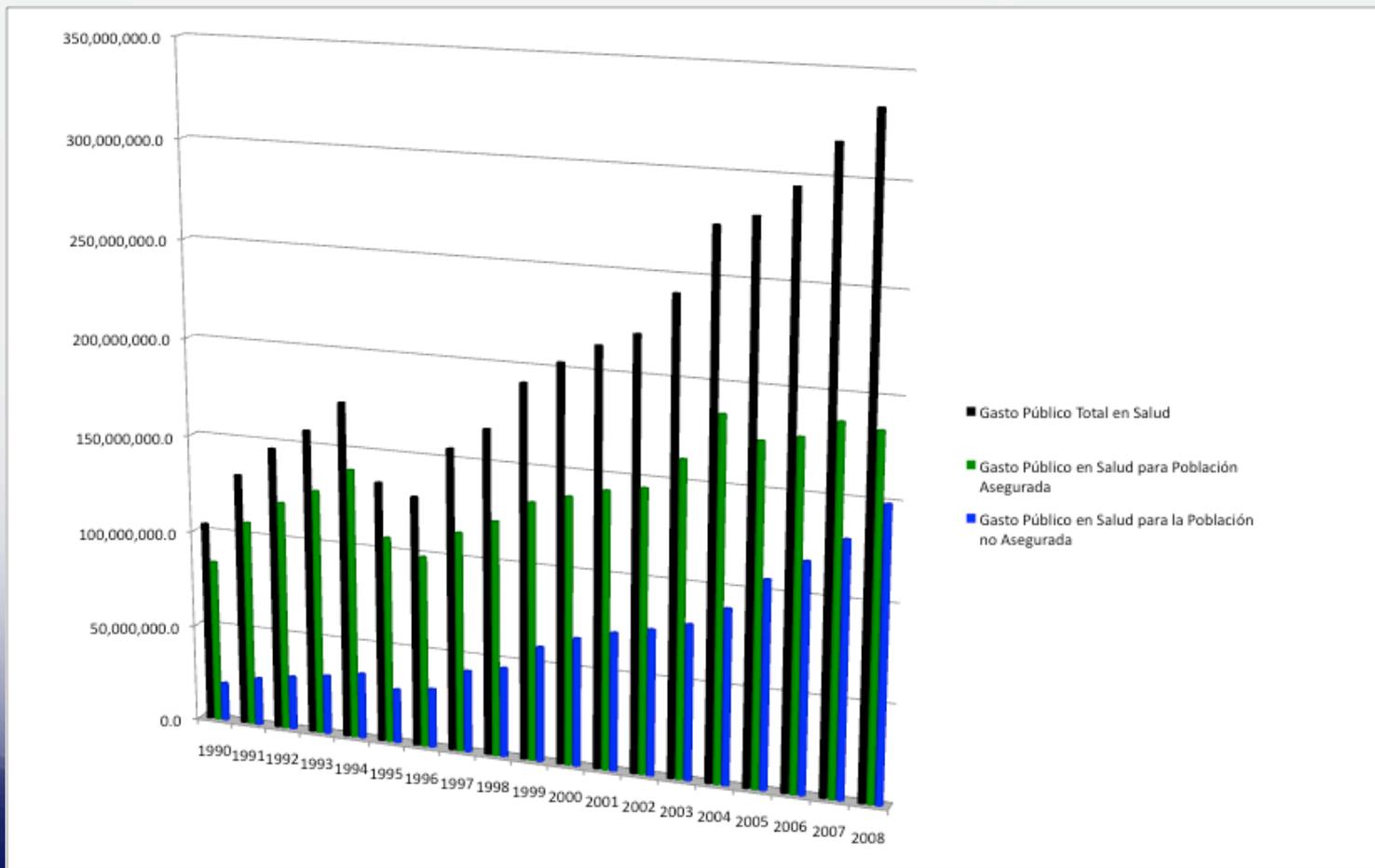
sólo tiene un incremento de 0,002% a pesar de incluir el presupuesto para acciones preventivas, educativas y promocionales dirigidas a toda la población

Las instituciones cuyo presupuesto incrementa proporcionalmente menos son el ISSSTE y el IMSS con 0,06%



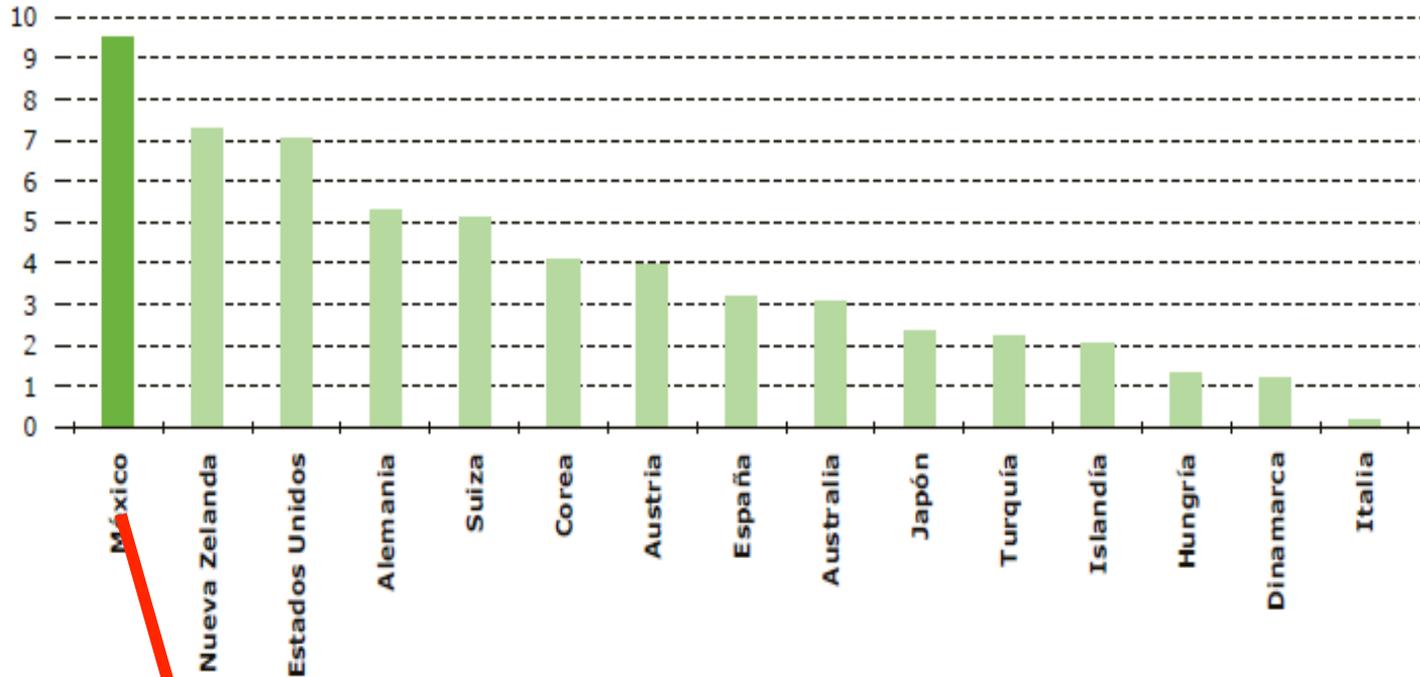
Financiamiento: Cambios en el sector salud

Gasto Público en Salud, 1990-2008





Financiamiento: gasto en administración

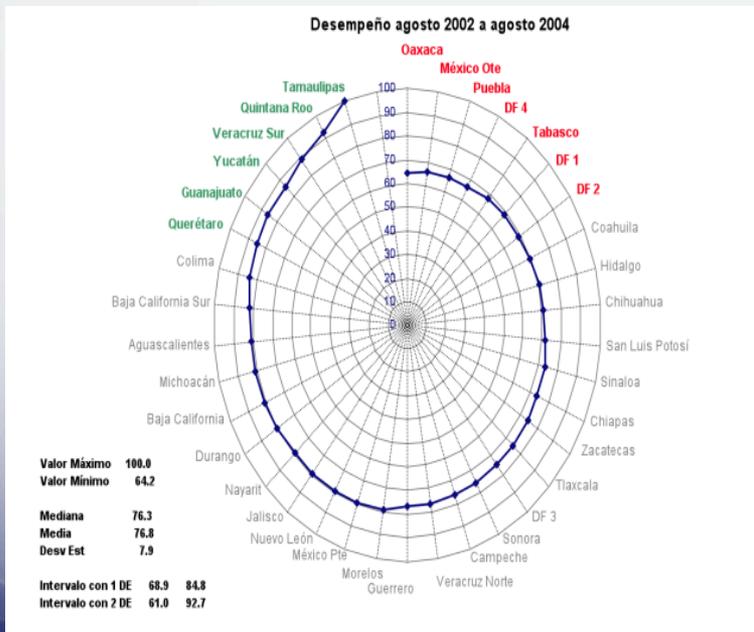


el gasto administrativo alcanza poco más del 9% de gasto en salud siendo a nivel internacional, el más alto de la OCDE



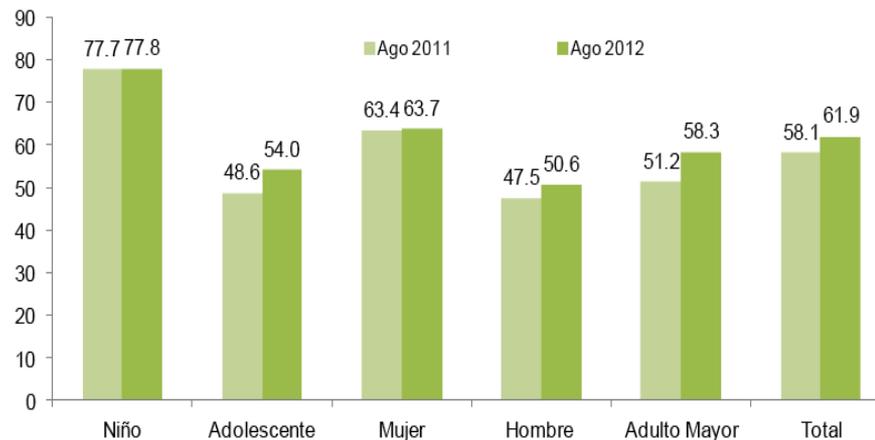
Indicadores de Desempeño, IMSS 2004 y 2012

Cobertura de derechohabientes incorporados a protocolos de atención preventiva en todos los grupos de edad



COBERTURA DE DERECHOHABIENTES CON ATENCIÓN INTEGRAL PREVENIMSS

AGOSTO 2011 – 2012. (Porcentaje)



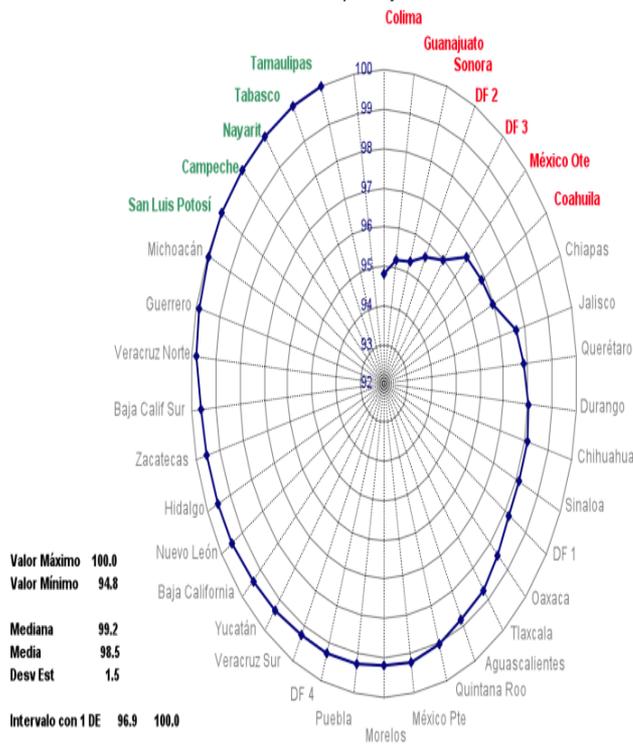
Fuente Dirección de Prestaciones Médicas.



Indicadores de Desempeño, IMSS 2004 y 2012

Cobertura de vacunación con esquemas completos en niños de 1 año

Desempeño a junio 2004*



Cuadro VII. Cobertura administrativa de vacunación por institución de aseguramiento y grupo de edad. México, ENSANUT 2012

Derechohabienta a servicios de salud	Menores de 1 año		Niños de 15 a 23 meses		Niños de 6 años cumplidos
	Esquema Completo ¹	tres vacunas ²	Esquema Completo ³	cuatro vacunas ⁴	
IMSS-1	95.2	ND	97.1	ND	ND
IMSS-2	97.1	ND	97.4	ND	ND
SSa	97.7	ND	98.4	ND	ND
No tiene servicios médicos ⁵	NA	NA	NA	NA	NA

* Incluye cinco vacunas: BCG, hepatitis B, pentavalente, neumococo y rotavirus

¹ Incluye seis vacunas: BCG, hepatitis B, pentavalente, neumococo, rotavirus y SRP

² No incluye neumococo ni rotavirus

³ Estos niños fueron vacunados por IMSS, SSa, otras instituciones de aseguramiento público y privado

IMSS-1: régimen ordinario

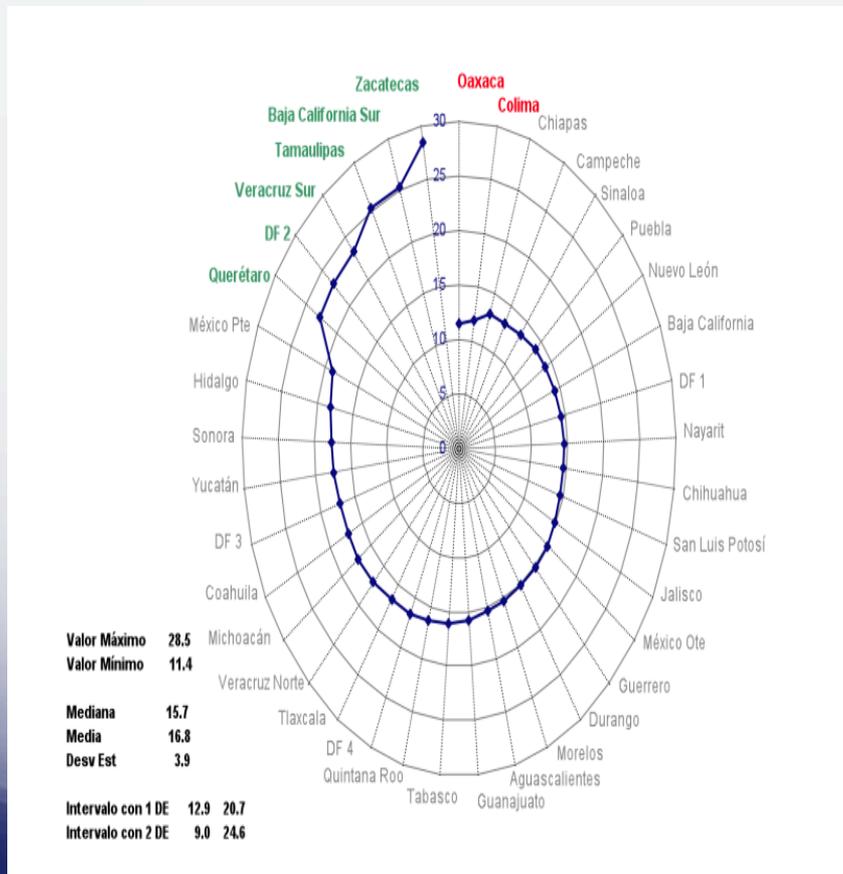
IMSS-2: Oportunidades

Fuente: Consejo Nacional de Vacunación. Corte del Provac al 31 de diciembre de 2012



Indicadores de Desempeño, IMSS 2004 y 2012

Cobertura de detección de cáncer cérvico uterino en mujeres de 25 a 64 años.

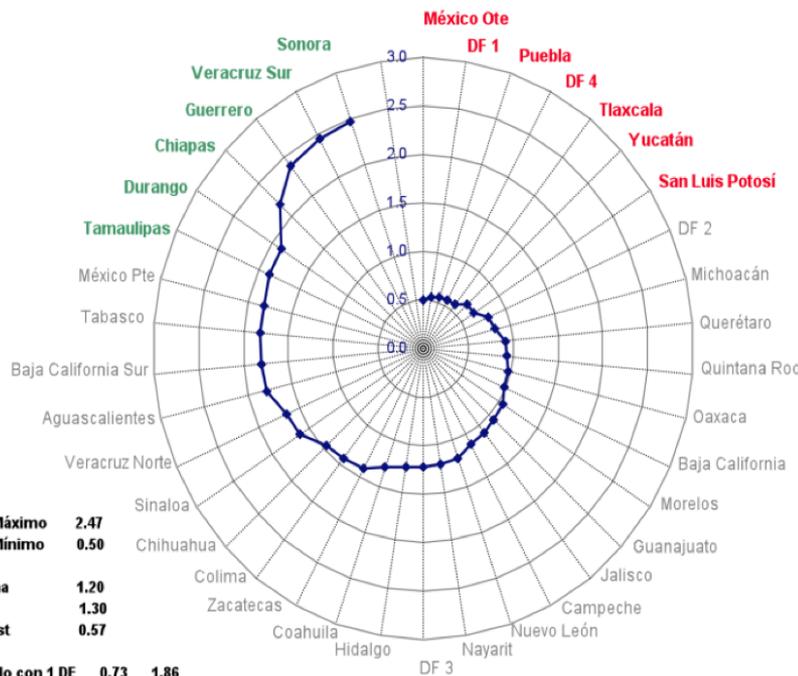


Enero a agosto de 2012 se realizaron estudios de Papanicolaou a 2'228,402 mujeres de 25 a 64 años de edad, lo que representa una cobertura de **23.2%** por ciento



Indicadores de Desempeño, IMSS 2004 y 2012

Cobertura de detección de tuberculosis pulmonar en hombres de 20 a 59 años



Valor Máximo	2.47
Valor Mínimo	0.50
Mediana	1.20
Media	1.30
Desv Est	0.57
Intervalo con 1 DE	0.73 1.86
Intervalo con 2 DE	0.17 2.43

para el año 2012 la tasa de detección en el IMSS fue de **1.25%**

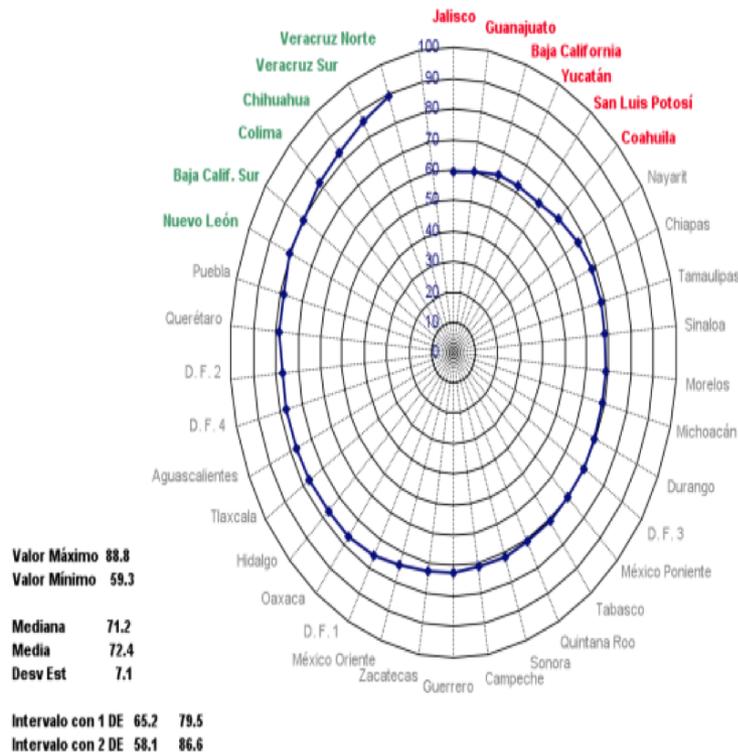
Sin embargo en esos 8 años la tuberculosis tuvo incremento de **5.6%** en el país



Indicadores de Desempeño, IMSS 2004 y 2012

Cobertura de protección anticonceptiva postevento obstétrico, Régimen Ordinario

Desempeño enero - agosto 2004



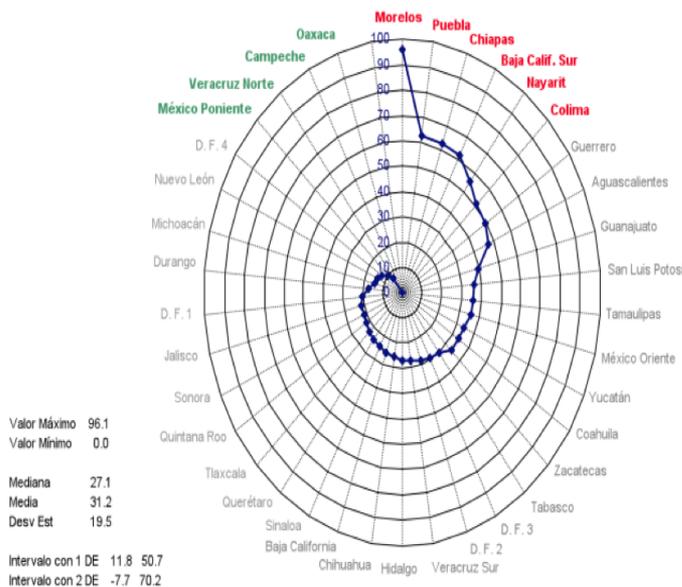
para el 2012 se obtuvo una cobertura del **84.6%** en la cobertura anticonceptiva posparto y del **88.2%** de cobertura anticonceptiva posaborto



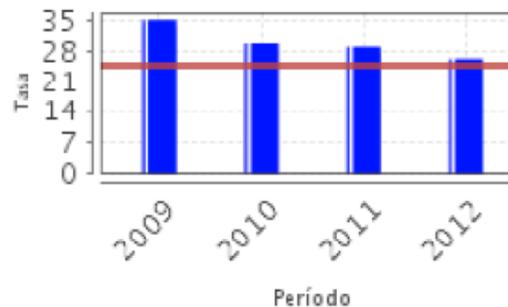
Indicadores de Desempeño, IMSS 2004 y 2012

Tasa de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos

Desempeño septiembre 2003 - agosto 2004



Tasa de mortalidad materna hospitalaria en el IMSS



Frecuencia: Anual
 Año base: 2007
 Meta: 25.00 %
 Valor: 26.40 %

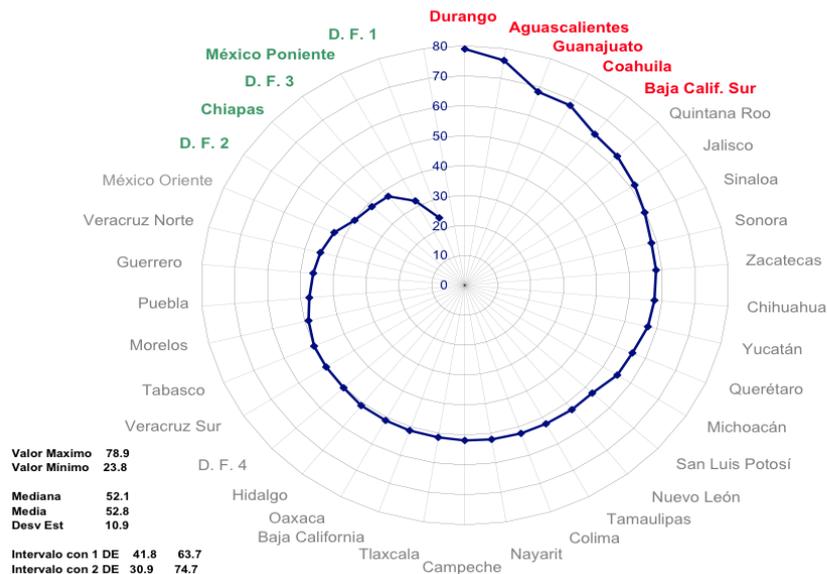
■ Avance ■ Meta 2012: 25%



Indicadores de Desempeño, IMSS 2004 y 2012

Tasa de partos por 1,000 mujeres en edad fértil

Desempeño septiembre 2003 - agosto 2004



Valor Máximo 78.9
 Valor Mínimo 23.8
 Mediana 52.1
 Media 52.8
 Desv Est 10.9
 Intervalo con 1 DE 41.8 63.7
 Intervalo con 2 DE 30.9 74.7

Resultado Nacional 51.7
Valor mínimo de referencia 52.5

Indicadores del programa de planificación familiar, 2000 - 2012, régimen ordinario

Cuadro No. IV. 1

Año	Cobertura de Protección Anticonceptiva Postparto (incluye cesárea)			Cobertura de Protección Anticonceptiva Postaborto			Tasa de Partos y Abortos por mil Mujeres en edad fértil				
	Egresos	Aceptantes de Métodos Anticonceptivos	Cobertura	Egresos	Aceptantes de Métodos Anticonceptivos	Cobertura	Mujeres en edad Fértil	Egresos de Parto	Tasa por mil Mef	Egresos por Complicaciones de Aborto	Tasa por mil Mef
2000	649 589	421 477	64.88	67 416	41 781	61.97	10 133 476	649 589	64.10	67 416	6.65
2001	627 777	409 198	65.18	67 360	41 462	61.55	10 223 827	627 777	61.40	67 360	6.59
2002	600 193	395 242	65.85	64 084	41 051	64.06	10 379 221	600 193	57.83	64 084	6.17
2003	575 081	394 015	68.51	63 186	44 308	70.12	10 615 432	575 081	54.17	63 186	5.95
2004	555 684	396 601	71.37	63 435	47 950	75.59	11 198 100	555 684	49.62	63 435	5.66
2005	532 241	397 848	74.75	63 235	49 611	78.45	11 646 244	532 241	45.70	63 235	5.43
2006	523 678	400 350	76.45	64 518	51 381	79.64	9 671 478	523 678	54.15	64 518	6.67
2007	525 474	404 544	76.99	65 859	52 118	79.14	9 628 898	525 474	54.57	65 859	6.84
2008	507 400	399 108	78.66	66 464	54 009	81.26	9 387 514	507 400	54.05	66 464	7.08
2009	476 467	380 919	79.95	65 231	54 330	83.29	9 454 351	476 467	50.40	65 231	6.90
2010	457 233	377 759	82.82	63 438	54 342	85.66	10 078 144	457 233	45.37	63 438	6.29
2011	462 651	385 582	83.30	64 197	55 846	87.00	9 472 740	462 651	48.80	64 197	6.80
2012	462 032	388 789	84.10	64 174	55 809	87.00	10 069 525	462 032	45.90	64 174	6.40

Fuente: DIS, Data Mart Estadísticas Médicas. Coordinación de Programas Integrados de Salud, División de Salud Reproductiva.



Indicadores de Desempeño, IMSS 2004 y 2012

Año	Unidades certificadas
1999- 2001 (metodología previa)	145
2002 (inicia por el CSG)	10
2003	27
2004	48
2005 (hasta septiembre)	43 (81 Preparadas)

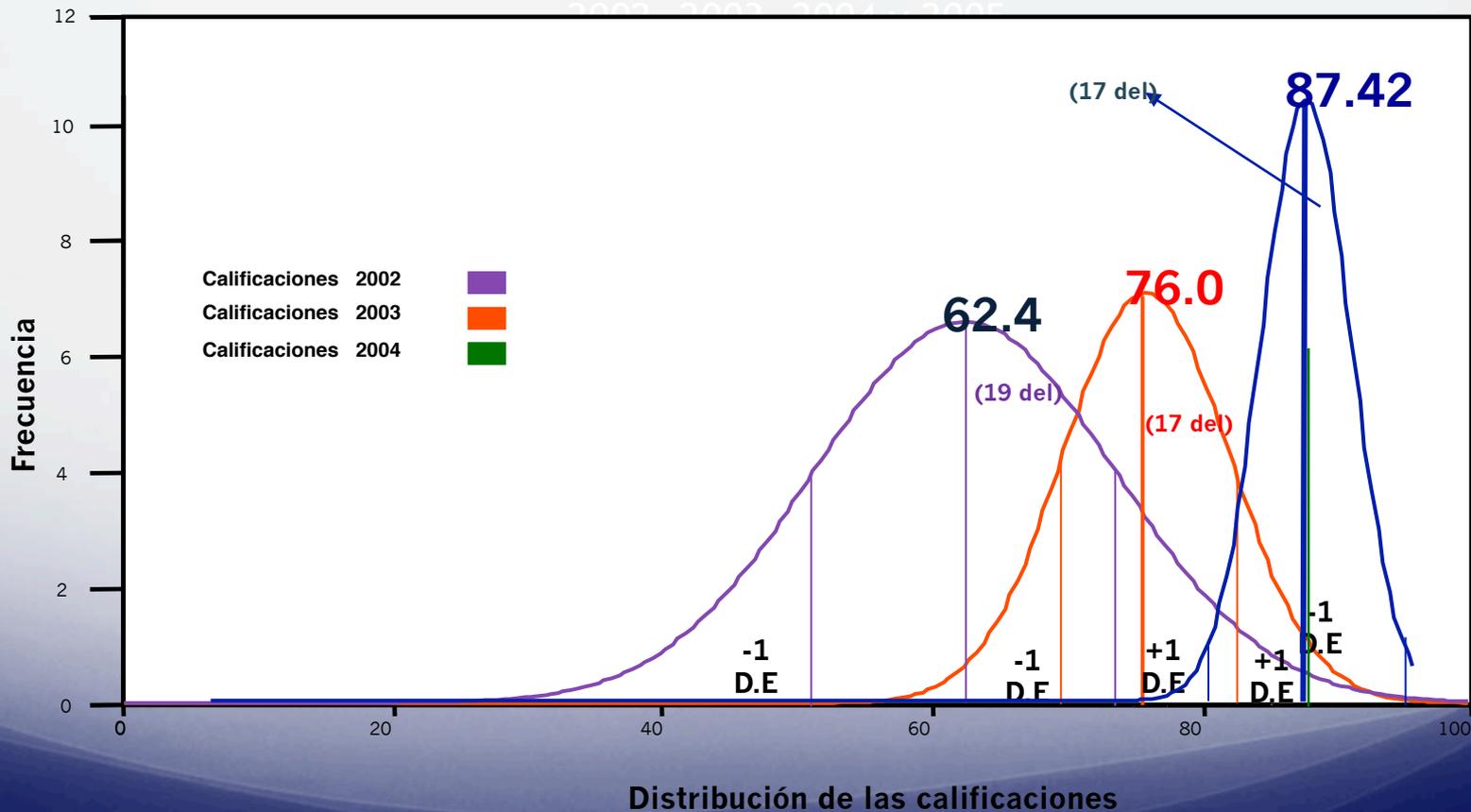
En septiembre de 2005 un total de **274** unidades médicas del IMSS estaban certificadas.

En el 2012 **89** unidades están certificadas.



Indicadores de Desempeño, IMSS 2004 y 2012

DISTRIBUCIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LAS JEFATURAS DELEGACIONALES DE PRESTACIONES MÉDICAS





Dilemas éticos en Salud Pública



- En la Salud Pública nos enfrentamos con frecuencia a dilemas éticos serios, tales como el racionamiento de recursos escasos, influir en individuos para cambiar sus conductas, y limitar la libertad de las personas con el objetivo de disminuir la transmisión de la enfermedad.
- No existe un consenso sobre la estructura o marco analítico para enfrentar estas dificultades. Pero el trabajo de Roberts y Reich ofrece un marco conceptual que nos puede servir para cerrar esta presentación.
- Distingue tres visiones filosóficas que se invocan con frecuencia en el discurso de la Salud Pública:
 - Posiciones basadas en resultados (utilitarismo),
 - Posiciones basadas en derechos y oportunidades (liberalismo),
 - Y visiones que enfatizan el carácter y la virtud (comunitarianismo).



Dilemas éticos en Salud Pública



- Posiciones basadas en resultados (utilitarismo)
 - La decisión correcta es vista como aquella que produce la ganancia mayor, por ejemplo, la mayor reducción en la carga de la enfermedad.
- Posiciones basadas en derechos y oportunidades (liberalismo)
 - Los liberales se ven a ellos mismos como creando un juego de reglas que definen como el estado debe de operar y como deben de ser determinadas las políticas (con una perspectiva libertaria o una igualitaria)
- Y visiones que enfatizan el carácter y la virtud (comunitarianismo).
 - Este enfoque se define como la creencia de que ciertas conductas (por ejemplo, no fumar en público) y patrones culturales (e.g., alfabetismo en la mujer) deben de ser promovidos en todas las sociedades, sin tomar en cuenta las normas culturales locales. Tales políticas pueden ser justificadas por sus consecuencias en salud o como un asunto de derechos. Pero son también defendidos como buenos en si mismos, como una forma superior de organización social.



Conclusiones finales

- Desfinanciamiento
- Reducción de la capacidad de Producir servicios
- Visión utilitaria
 - Mercados
- Visión libertaria
 - Equidad Vertical u Horizontal
- Visión comunitaria
 - Un mundo global (comunidad universal) vs relativismo comunitario