



Centro de Estudios
CESOP
Sociales y de Opinión Pública



**PROGRAMA SEGURO
POPULAR**

Febrero de 2005

Índice General

Síntesis ejecutiva.....	2
Introducción.....	4
1. Factores que justifican el Programa Seguro Popular de Salud.....	5
2. Estudios que justifican el Seguro Popular de Salud.....	6
a) Encuesta nacional de Salud II.....	7
b) Encuesta Nacional de Ingreso Gasto 2000.....	8
c) Encuesta nacional de Aseguramiento y gasto en Salud.....	9
d) Primera evaluación del Seguro Popular de Salud, abril-octubre 2002.....	15
3. Tipos de Seguridad Social en México para población abierta.....	19
a) Seguro de Salud para la Familia.....	21
b) Seguro de Salud para Trabajadores Mexicanos en el Extranjero.....	22
c) IMSS-Oportunidades.....	23
d) Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, componente salud.....	28
e) Programa de Ampliación de Cobertura.....	33
f) Programa de Cirugía Extramuros.....	34
g) Programa de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas.....	35
h) Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.....	35
4. Caracterización del Seguro Popular de Salud en el 2003 y transformación en ejecutor del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).....	38
a) Población objetivo y servicios 2003.....	39
b) Fuentes de financiamiento en el 2003.....	40
c) El Sistema de Protección Social en Salud y el Seguro Popular como ejecutor 2004.....	46
d) Financiamiento del SPSS.....	47
e) Catálogo de servicios.....	51
f) Resultados del SPSS en 2004.....	51
g) Presupuesto	55
5. Diversos puntos de vista sobre el Seguro Popular de Salud.....	59
Comentario Final.....	65
Bibliografía.....	68
Anexo.....	71

El Seguro Popular de Salud

Síntesis Ejecutiva

- La seguridad social en México responde a un pacto realizado entre Estado y sociedad que permitió que a lo largo de la segunda mitad del siglo XX se consolidaran políticas sociales en: educación, trabajo, vivienda y salud con el objeto de reducir las desigualdades producto de la dinámica del mercado, a través de un “gasto social redistributivo.”
- El Estado mexicano estructuró desde 1943, un sistema de salud para la población abierta, en donde el usuario paga el servicio médico y medicamentos a través de una cuota de recuperación. Este sistema de cobro se aplica en la Secretaría de Salud, Sistema Integral para el Desarrollo Integral de la Familia y Sistemas Estatales de Salud.
- El Seguro Popular de Salud como parte fundamental del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) es un instrumento de la política social del Estado para reducir la tensión entre equidad e inequidad y se justifica con explicaciones de corte político, jurídico, social y económico-financiero.
- La estrategia del Sistema Nacional de Salud es asegurar a toda la población mediante tres esquemas: el Seguro Popular, la Ampliación de la afiliación al Seguro Social y el prepago privado.
- El Seguro Popular de Salud (SPS) es un instrumento de transferencia de subsidios a través de un paquete de servicios médicos. Su objetivo es proteger a la población que no cuenta con seguridad social formal y con alto riesgo al empobrecimiento por gastos en salud.
- El punto central del esquema de aseguramiento del SPS es la reducción del *gasto de bolsillo*, entendiendo a éste como el gasto realizado por una familia por concepto de consultas médicas y compra de medicamentos. El gasto de bolsillo en salud tiene mayor impacto en las familias de bajos ingresos, por lo que incrementa la desigualdad social, según los últimos reportes realizados por la Secretaría de Salud.
- El Seguro Popular de Salud pretende erradicar lo que consideran vicios del modelo benefactor mediante las siguientes acciones:
 - Distribuir equitativamente el gasto en salud para reducir las diferencias entre las personas y los grupos. Este aspecto no está relacionado con los recursos que se necesitan ni con la forma en la que se usan.
 - Garantizar el derecho constitucional de la protección de la salud.
 - Atender a la población excluida de las instituciones de salud.
 - Alcanzar la universalidad de la protección social.
 - Trasladar los gastos en salud a las entidades federativas.
 - Financiar la salud con recursos privados.

- Se afirma que el esquema de prepago del Seguro Popular por parte de la población abierta brindará protección financiera a los pobres, sobre todo ante eventos catastróficos. Numerosas familias pobres no tienen los recursos para prepagar su afiliación al Seguro popular, por lo que la protección tendrá alcance limitado.
- El Seguro Popular de Salud está supeditado al principio del federalismo, que otorga libertad y soberanía de cada entidad federativa; por lo que un programa federal no puede ejecutarse si previamente no se ha establecido un Acuerdo de Coordinación u otra disposición jurídico-administrativa sobre la materia.
- El financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) se integra por recursos que asignan la Federación, las entidades federativas y cuotas de los beneficiarios. El Gobierno Federal cubre anualmente una “*cuota social*” por cada familia, equivalente al 15 por ciento de un salario mínimo vigente diario en el Distrito Federal que se actualiza trimestralmente de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor. También se realiza por parte del Gobierno Federal y las entidades federativas una “*aportación solidaria*” por cada familia beneficiaria; para el caso del Gobierno Federal se distribuirá a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona, calculado mediante la fórmula establecida, la aportación representará al menos una y media veces el monto de la cuota social. A las entidades federativas les corresponde proporcionar la mitad de la cuota social proporcionada por el Gobierno Federal.
- El SPS como ejecutor del Sistema de Protección Social en Salud, introduce una nueva distribución de los recursos para las entidades federativas, los fondos de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSA-P) y de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASSA-C).
- En el primer semestre de 2004 el SPSS afilió a través del Seguro Popular a 799,902 familias, logrando un avance significativo en los estados de Colima con el 100 por ciento de cobertura, Tabasco con 65.2, Sinaloa 46.2, Baja California Sur 38.3 y Tamaulipas con 36.9 por ciento de afiliación en relación a las familias no derechohabientes.
- El IMSS, ISSSTE, la Secretaría de Salud y los Sistemas Estatales de Salud enfrentan serios problemas económicos para ampliar en gran magnitud la oferta de servicios a la población abierta sin antes resolver sus propios problemas para atender satisfactoriamente a quienes ya son derechohabientes. Este aspecto es un desafío que cuestiona la viabilidad del Seguro Popular.

El Seguro Popular de Salud

Introducción

El Seguro Popular de Salud (SPS) es un instrumento de transferencia de subsidios a través de un paquete de servicios médicos. Su objetivo es proteger a la población que no cuenta con seguridad social formal y con alto riesgo al empobrecimiento por gastos en salud. La importancia del SPS como ejecutor del Sistema de Protección Social en Salud es que pretende coordinar diversas acciones con el fin de fortalecer al Sistema Nacional de Salud en México para ello, brinda protección financiera a las familias afiliadas, fortalece el modelo del prepago; mejora el pacto entre los niveles de gobierno federal y estatal de tal manera, que los recursos asignados al sector salud reduzcan paulatinamente las distorsiones entre entidades federativas; mejora los servicios proporcionados por el sector salud estatal, y traduce el buen desempeño en recursos e infraestructura.

El presente artículo describe de manera general las diferencias y el desarrollo del Seguro Popular de Salud, que inicia operaciones como programa piloto en octubre de 2001 y terminan en diciembre de 2003, cuando se instrumenta como ejecutor del Sistema de Protección Social en Salud en el 2004, para ello el trabajo se divide en cuatro apartados:

En el primero se describen las justificaciones política, jurídica, social y económica financiera que sustenta el gobierno federal sobre la importancia del Seguro Popular de Salud.

En el segundo se sintetizan diversos estudios que dieron fundamento empírico a la creación del Seguro Popular de Salud, como una política de protección a la población sin acceso a la seguridad social o “población abierta”.

El tercero permite identificar los tipos de seguridad social para la “población abierta” que el Estado ha instrumentado para atender a los que no cuenta con seguridad social garantizada por prestaciones laborales, o que se encuentran en comunidades con altos índices de marginación y pobreza.

En el cuarto se incluyen los elementos más significativos del Seguro Popular de Salud y su transformación en ejecutor del Sistema de Protección Social en Salud; que

motivó cambios en la distribución del gasto en salud para las entidades federativas a partir de 2004.

Por último, se incluyen resultados de diversos estudios y los comentarios finales.

1. Factores que justifican el Seguro Popular de Salud

El Seguro Popular de Salud como parte fundamental del Sistema de Protección Social en Salud es un instrumento de la política social del Estado para reducir la tensión entre equidad e inequidad y se justifica con explicaciones de corte político, jurídico, social y económico-financiero.

- a) La justificación *política* tiene sus antecedentes en las propuestas del actual gobierno de: “Eleva los niveles de salud, garantizando el acceso a los servicios integrales de salud con calidad y trato digno, fortaleciendo el tejido social al reducir las desigualdades y asegurando protección económica de todas las familias.”¹
- b) La justificación *jurídica* se sustenta en los siguientes ordenamientos, el artículo 4º de la Constitución Política Mexicana, que dice “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.” Así como en la reforma a la Ley General de Salud y su Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2003 y el 5 de abril de 2004 respectivamente, en donde se crea el Sistema de Protección Social en Salud que plantea la prestación de los servicios de salud a todas las familias que carecen de un sistema de protección social.
- c) La justificación *social*, considera diferentes aristas como: 1) los rezagos existentes en materia de salud en amplios sectores de la sociedad producto de la pobreza; 2) los problemas degenerativos en la salud que trae consigo la contaminación ambiental, 3) la transición demográfica; 4) la desigualdad en la

¹ Presidencia de la República, *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*, México, p.82.

prestación de servicios y los gastos extras en medicinas por parte de las familias, 5) el incremento en el precio de los medicamentos.²

- d) La justificación *económico-financiera* enfatiza tres aspectos: 1) su preocupación por reducir el empobrecimiento de las familias que se ubican en los seis primeros deciles de ingreso por causa de los gastos catastróficos en salud, especialmente de las familias que no se encuentran afiliadas a los sistemas de seguridad social. “Se entenderá como catastrófico cuando una familia destina en gastos de salud más de 30 por ciento de su ingreso anual.”³ 2) La reducción del gasto en salud por el Estado. 3) La equidad en la asignación de recursos para las entidades federativas.

Estos aspectos se tomaron en cuenta para justificar el acto gubernamental de materializar el Seguro Popular de Salud como el instrumento que permite *la protección financiera* de la población sin seguridad social en salud, a través del *aseguramiento público* para las familias y ciudadanos que por su condición laboral o socioeconómica no son derechohabientes de instituciones como el IMSS o ISSSTE entre otras. Este tipo de *protección financiera* es respaldada por recursos solidarios (subsidios) del gobierno federal canalizados a las entidades federativas.⁴

2. Estudios que justifican el Seguro Popular de Salud

La forma de aseguramiento para la población no derechohabiente se sustenta en diversos estudios de campo, realizados en los últimos diez años, cuyos resultados reportan cifras determinantes para la creación del Seguro Popular de Salud (SPS).

El punto central del esquema de aseguramiento del SPS es la reducción del *gasto de bolsillo*, entendiendo a éste como el gasto realizado por una familia por concepto de consultas médicas y compra de medicamentos. El gasto de bolsillo en salud tiene mayor impacto en las familias de bajos ingresos, por lo que incrementa la desigualdad social, según los últimos reportes realizados por la Secretaría de Salud.

² Y es que en sólo una década, de acuerdo a la Fundación Mexicana de la Salud (Funsalud) los precios de los medicamentos crecieron 923.2% (de 1990 a 1999) mientras que los hospitales aumentaron 581.7% sus tarifas.

³ Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *Indicadores de Resultados, primer semestre año fiscal 2004*, México, julio, 2004, p. 11.

⁴ Reglas de Operación Programa Seguro Popular de Salud, 2003.

a) Encuesta Nacional de Salud II

En 1994 se llevó a cabo el levantamiento de la *Encuesta Nacional de Salud II (ENSA II)*, su objetivo general fue analizar aspectos sobre demanda de servicios, cobertura, accesibilidad, calidad y gastos en salud hechos por los usuarios, para generar un diagnóstico sobre los alcances y las limitaciones a las necesidades de salud de la población. La información recolectada detectó que “del total de las personas que requirieron de los servicios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, 53.4 por ciento adquirió sus medicamentos en farmacias privadas”,⁵ esa misma situación afectó al 8.5 por ciento de los afiliados a los sistemas de seguridad social como el IMSS e ISSSTE.

Los resultados de la ENSA II, sugieren el análisis de dos hechos centrales: 1) La reducción del presupuesto en salud destinado a la población abierta. 2) La reducción en el abasto de medicinas. Que probablemente fueron decisivos en esa década y explican el por qué un porcentaje tan alto de población abierta tuvo que realizar gastos de bolsillo en medicamentos.

Cifras de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, señalan que: “El presupuesto en salud destinado a la población abierta, esto es, aquella que no tiene acceso a las instituciones de seguridad social como el IMSS o el ISSSTE, modificó su participación de 21.7 por ciento en el sector de 1995, a 29.3 por ciento en el 2000; experimentando un aumento real del 81.1 por ciento en el mismo periodo, superior al 33.8% en que lo hizo el gasto total en salud.”⁶ (Cuadro 1)

Cuadro 1: Composición del gasto federal en salud por tipo de población, 1990, 1995 y 2000.

	Millones de pesos del 2000						Incremento en el gasto en salud 1990-1995	Incremento en el gasto en salud 1995-2000	Incremento en el gasto en salud 1990-2000
	1990		1995		2000				
	Gasto	%	Gasto	%	Gasto	%			
Población abierta 1/									
SSA	14,334.8	18.4	20,653.6	21.7	37,414.0	29.3	44.1	81.2	161.0
Población asegurada									
IMSS	47,316.30	60.8	60,858.50	63.8	70,336.30	55.1	28.6	15.6	48.7
ISSSTE	16,160.9	20.8	13,853.4	14.5	19,819.4	15.5	-14.3	43.1	22.6
Gasto Federal en Salud	77,812.0	100.0	95,365.5	100.0	127,569.7	100.0	22.6	33.8	63.9

1/ Incluye Secretaría de Salud, Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, FASSA del Ramo 33, Programa IMSS-Solidaridad y componente salud del Progresá.

Cuadro tomado de: Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Subsecretaría de Egresos, *El Presupuesto de Egresos de la Federación 1995-2000*, México, septiembre 2000, p. 69.

⁵ Gustavo Nigeda, et., al. “La importancia de los medicamentos en la operación del Seguro Popular de Salud,” en *Caleidoscopio de la Salud*, México, p. 263-273.

⁶ Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Subsecretaría de Egresos, *El Presupuesto de Egresos de la Federación 1995-2000*, México, septiembre 2000, p. 69.

Estos datos contradicen el primer punto ya que de 1990 al 2000 el presupuesto destinado a salud de la población abierta tuvo un incremento porcentual de 161 por ciento, en comparación con el IMSS que se incrementó 48.7 y el ISSSTE que tuvo un incremento porcentual de 22.6.

En lo que respecta a la reducción en el abasto de medicamentos, los datos obtenidos manifiestan que durante los últimos diez años de los noventa el sistema de salud pública tuvo problemas para abastecer las recetas, provocando que los usuarios realizaran gastos en la adquisición de medicamentos, afectando con ello a la población con menor ingreso. Este hecho repercutió negativamente en la opinión de los usuarios que al responder la ENSA II, expusieron sus percepciones sobre el problema a la disponibilidad de medicamentos e insumos en las instituciones de salud pública.

b) Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto 2000

Por su parte la *Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto 2000*, señaló que la proporción más alta de hogares con gastos en el rubro medicamentos se registró en los deciles I y II, representando el 59.3 y 49 por ciento respectivamente, también se observa que este gasto disminuye en los deciles IX y X en el mismo rubro. En el caso del gasto en salud ambulatoria los deciles II y III son similares al decil X. Resulta significativo que al rubro maternidad en los seis primeros deciles se destina la mayor porción del gasto en salud.

Cuadro 2. Porcentaje del gasto en salud en los hogares por rubro y decil de ingreso en México, 2000

Decil	Ambulatoria	Hospitalización	Medicamentos	Maternidad	Otros
I	29.8	1.8	59.3	8.9	0.2
II	37.7	6.8	49.0	5.1	1.4
III	37.0	4.6	45.8	10.6	1.9
IV	30.7	7.5	45.4	13.2	3.3
V	41.9	2.4	42.7	8.7	4.3
VI	30.8	11.2	39.2	13.8	5.0
VII	33.6	10.0	41.6	9.0	5.9
VIII	36.8	8.2	37.0	8.5	9.5
IX	27.4	25.5	28.4	7.0	11.7
X	38.6	15.8	32.4	4.7	8.4

Fuente: Elaborado por la FUNSALUD, a partir de la ENIG 2000.

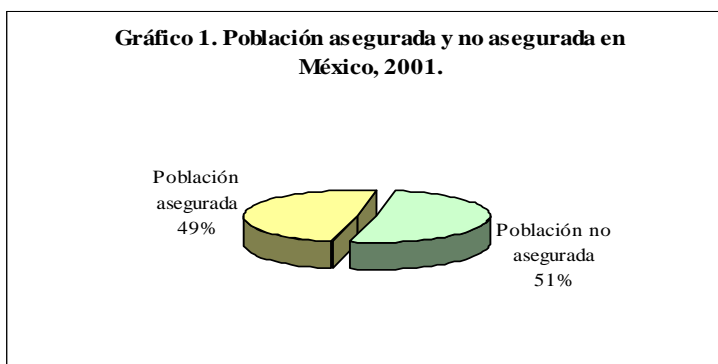
En el gasto en salud se incluyen: el gasto de bolsillo, las contribuciones a la seguridad social y el gasto gubernamental en salud transferido a los hogares.

c) Encuesta Nacional de Aseguramiento y Gasto en Salud

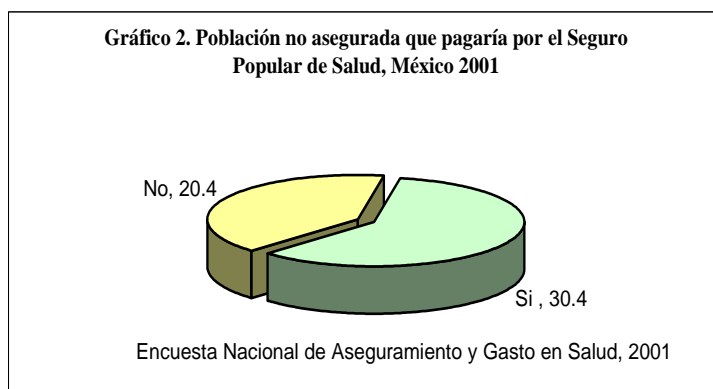
Un año antes de la puesta en marcha de la fase piloto del Seguro Popular de Salud se efectuó la *Encuesta Nacional de Aseguramiento y Gasto en Salud* (ENAGS 2001), con el fin de obtener información respecto al entorno socioeconómico y financiero de la población,⁷ así como explorar factores relacionados a:

- 1) La demanda de atención.
- 2) La cultura del prepago.
- 3) La disponibilidad al prepago en salud.⁸

Datos de la ENAGS 2001, indicaron que en México la población no asegurada representaba el 50.8 y la asegurada 49.2 por ciento. (Gráfico 1)



De la población no asegurada (50.8 por ciento) solo el 30.4 por ciento estaría dispuesto a pagar por el Seguro Popular de Salud. (Gráfico 2)



⁷ La encuesta se aplicó a 1980 hogares en 28 entidades federativas, visitados entre el 5 y 19 de diciembre de 2001 y corresponden a una muestra de los hogares entrevistados en la Encuesta de Ingreso Gasto de los Hogares (ENIGH 2000), Secretaría de Salud, *Evaluación del Seguro Popular de Salud, Informe 2002*, México, octubre 2002, p. 20.

⁸ *Op. cit.*, p. 21.

El monto promedio que los entrevistados estarían dispuestos a pagar, fue de 461 pesos mensuales para más de 10 miembros de la familia y 106 pesos para 1 o 2 integrantes. (Cuadro 3)

Cuadro 3. Promedio del monto dispuesto a pagar al Seguro Popular de Salud, según número de integrantes en el hogar de no derechohabientes

Número de integrantes	Promedio
1-2	106
3-5	206
6-9	151
mayor a 10	461

Cuadro tomado de: Secretaría de Salud, *Evaluación del Seguro Popular de Salud, Informe, 2002*. México, octubre, p. 26.

Respecto a la expectativa de la población no derechohabiente sobre los servicios ofrecidos por el Seguro Popular en Salud, los encuestados evaluaron con el puntaje más alto, 92.9 por ciento el buen trato y 89.5 por ciento consideraron de mucha importancia que se cuente con el material y equipo necesario para la atención médica; la disponibilidad de medicamentos tuvo un nivel de importancia de 86.9 por ciento por debajo del tiempo de espera y recibir información general y médica. (Cuadro 4)

Cuadro 4. Encuesta Nacional de Aseguramiento y Gasto en Salud, 2001. Expectativa de la población no derechohabiente sobre la importancia de algunos elementos del Seguro Popular

Actividad	Nivel de importancia				
	Mucho	Regular	Poco	Nada	No sabe
Consulta por la tarde	81.0	14.6	1.2	3.0	0.1
Consulta por la noche	77.4	15.5	2.4	4.7	0.1
Consulta los sábados	80.2	15.1	1.8	2.8	0.1
Cita anticipada	73.5	20.6	2.3	3.6	0.1
Disponibilidad de medicamentos	86.9	6.8	0.5	3.1	0.1
Tuvieran material y equipo necesario	89.5	6.5	0.8	3.1	0.1
Cercanía de la casa	84.3	6.7	5.4	3.5	0.1
Tiempo de espera	88.2	7.5	1.2	2.6	0.1
Buen trato	92.9	5.3	0.6	1.0	0.1
Importancia de escoger médico	81.4	10.8	4.1	3.6	0.1
Recibir información general y médica	88.4	6.0	3.2	2.3	0.2

Cuadro Tomado de: Secretaría de Salud, *Evaluación del Seguro Popular de Salud, Informe, 2002*. México, octubre, p. 27.

La información proporcionada por las encuestas mencionadas, permitió poner en marcha el Piloto del Seguro Popular de Salud, en municipios seleccionados de Colima, Jalisco, Aguascalientes, Tabasco y Campeche. Los criterios para su selección fueron

señalados en las *Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud, 2002* y consideraron:

- “La existencia de alta cobertura para la seguridad social,
- La capacidad para ofrecer los servicios,
- Grandes concentraciones urbanas y semiurbanas;
- La existencia de grupos beneficiarios de programas sociales del gobierno.”⁹ (Estos criterios serían modificados completamente en las Reglas de operación del año 2003).

Uno de los criterios para seleccionar a los estados y municipios fue la existencia de beneficiarios por programas sociales, a manera de ejemplo se eligieron los programas Oportunidades, Leche y Tortilla para identificar el total de población objetivo a atendida en el 2002 y su relación con el total del SPS; cabe aclarar que en cada caso se consideran variables demográficas y geográficas muy específicas, que a continuación se describen:

El Programa Oportunidades, elige familias en pobreza extrema del medio rural y urbano, identificadas mediante un proceso que consta de dos etapas: 1) Selección de zonas por su nivel de marginación establecido por CONAPO, 2) Recolección de información socioeconómica de los hogares para determinar su grado de pobreza.

El Programa de Abasto Social de Leche atiende a niños menores de 12 años, adultos mayores de 60 años, enfermos y/o discapacitados, mujeres embarazadas, todos en condiciones de pobreza extrema, de áreas urbanas, semiurbanas y rurales, que no son atendidos por Oportunidades.

El Programa Tortilla que finiquitó en el 2003, atendía a familias en pobreza que habitaban colonias en localidades urbanas marginadas de 15,000 habitantes y más.

Durante las primeras etapas de operación, el Seguro Popular de Salud, se destinó a las familias de los seis primeros deciles de la distribución de ingreso que no fueran derechohabientes de la seguridad social y residieran en localidades semiurbanas y urbanas. Como se puede observar no se consideró como criterio de selección de hogares, ni de localidades el índice de marginación, que sí se emplea en los programas

⁹ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*, 15 de marzo 2002.

marcados. Sin embargo, la elección de la muestra que en este caso fue de 5 estados con 26 municipios tiene como característica un promedio entre muy bajo y bajo en grado de marginación. Campeche y Jalisco son los únicos estados que cuentan con dos municipios con muy alto grado de marginación. (Cuadro 5)

Cuadro 5. Total de hogares a beneficiar por el piloto del Seguro Popular de Salud 2002, otros programas sociales e índice de marginación.

Entidad	Municipio	Total de Hogares 2002 ^{1/}	Número máximo de familias beneficiarias por el Seguro Popular de Salud, 2002 ^{2/}	Hogares beneficiarios de Oportunidades 2002 ^{3/}	Número de beneficiarios del Programa de Abasto Social de Leche, 2002 ^{4/}	Número de familias beneficiarias del Programa Tortilla, 2002 ^{5/}	Índice de Marginación 2000. ^{6/}	Grado de marginación ^{7/}	Lugar que ocupa en el contexto estatal ^{8/}	Lugar que ocupa en el contexto nacional ^{9/}
Campeche		161,108	9,741	46,402	28,589	18,464	0.7017	Alto		8
	Calkiní						-0.14602	Medio	8	1323
	Hecelchakán						-0.20779	Medio	9	1386
	Tenabo						0.03837	Alto	5	1166
	Campeche						-1.28615	Muy bajo	11	2199
	Holpechén						0.32501	Alto	3	903
Tabasco		425,453	13,352	117,704	49,101	8,336	0.6554	Alto		9
	Comalcalco						-0.30645	Medio	7	1474
	Cunduacán						-0.17397	Medio	6	1356
Jalisco		1,444,971	13,838	79,618	194,844	49,819	-0.76076	Bajo		25
	Acatic						-0.74709	Bajo	60	1817
	Atotonilco						-0.85727	Bajo	72	1911
	Ayotlán						-0.47674	Medio	40	1598
	Cabo Corrientes						0.33953	Alto	7	893
	Arandas						-0.84385	Bajo	70	1899
	Encarnación de Díaz						-0.71381	Bajo	54	1790
	Jalostotitlán						-1.05394	Bajo	91	2047
	Jesús María						-0.35915	Medio	28	1511
	Puerto Vallarta						-1.76328	Muy bajo	122	2382
	San Julián						-1.16046	Bajo	101	2117
	San Miguel el Alto						-0.98954	Bajo	82	2007
	San Sebastián del Oeste						0.02927	Alto	17	1173
	Tepatitlán de Morelos						-1.31979	Muy bajo	113	2225
	Tomatlán						-0.19126	Medio	23	1370
	Valle de Guadalupe						-0.82515	Bajo	65	1876
	Cañadas de Obregón						-0.45749	Medio	38	1579
Aguascalientes		208,267	11,063	15,023	41,778	10,661	-0.9734	Bajo		28
	Aguascalientes						-1.87135	Muy bajo	11	2408
Colima		128,338	11,490	14,425	31,866	9,098	-0.68709	Bajo		22
	Colima						-1.79918	Muy bajo	9	2391
	Villa de Alvarez						-1.86968	Muy bajo	18	2407
Total		2,368,137	59,484	273,172	346,178	96,378				

Nota: La selección de los hogares para el caso de los programas sociales es focalizada y la elección de la población objetivo se relaciona con variables demográficas y geográficas específicas para cada caso.

1/ El total de hogares se tomó de: Secretaría de Desarrollo Social, Así se construye Oportunidades Informe 2002, México, abril 2003, p.24.

2/ Diario Oficial de la Federación, *Secretaría de Salud, Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*, publicadas el 15 de marzo 2002.

3/ El total de hogares beneficiarios por el Programa Oportunidades se tomó de: Secretaría de Desarrollo Social, Así se construye Oportunidades Informe 2002, México, abril 2003, p.24.

4, 5 / Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Desarrollo Social, Acuerdo por el que se publica el número de beneficiarios por entidad federativa y municipio de los Programas de Abasto Social de Leche y de Tortilla, ambos a cargo de Liconsa S.A. De C.V., jueves 28 de febrero de 2002, (Primera sección), pp. 52 -83

6, 7, 8, 9/ CONAPO, Índices de marginación 2000, http://www.conapo.gob.mx/00cifras/marg2000/anexo_b.XLS

Cuadro de elaboración propia.

Estimaciones de Raúl Miranda Ocampo realizadas en 1993, señalan que en las entidades más pobres hasta el 76.5 por ciento de la población carece de seguridad social formal.¹⁰

A manera de ejercicio se constató la afirmación de Miranda Ocampo, utilizando el índice de marginación 2000 y las proyecciones de población al 2002 de CONAPO; los resultados que se obtuvieron en las entidades federativas seleccionadas para el piloto del Seguro Popular fueron:

- 1) Aguascalientes, Colima y Jalisco tienen bajo grado de marginación y el porcentaje de población no derechohabiente fluctúa del 40 al 50 por ciento.
- 2) Campeche y Tabasco tienen alto grado de marginación y el porcentaje de población no derechohabiente es mayor al 50 por ciento.
- 3) Chiapas es la entidad con el más alto grado de marginación del país y no fue seleccionada para la primera etapa del piloto Seguro Popular, con una población no derechohabiente a la seguridad social formal en salud de 80.3 por ciento. (Cuadro 6)

En las entidades federativas con mayor grado de marginación se encuentran los porcentajes más elevados de población sin seguridad social formal, como se aprecia en el cuadro 6.

Cuadro 6. Diferencias entre las Entidades Federativas seleccionadas para el Piloto del Seguro Popular de Salud y la Entidad Federativa con el índice de marginación más alto, 2002

Entidad	Población al 2002 1/	% en relación a la población total nacional	Población derechohabiente de la seguridad social, 2002 2/	% de la población derechohabiente y total estatal	Población no derechohabiente 2002 3/	% de la población no derechohabiente y total estatal	Índice de Marginación 4/	Grado de marginación 5/
Nacional	103,039,964	100	46,725,096	45.3	56,314,868	54.7		
Aguascalientes	995,441	1.0	595,873	59.9	399,568	40.1	-0.9734	Bajo
Colima	569,244	0.6	301,597	53.0	267,647	47.0	-0.68709	Bajo
Campeche	736,839	0.7	338,619	46.0	398,220	54.0	0.7017	Alto
Jalisco	6,638,523	6.4	3,317,064	50.0	3,321,459	50.0	-0.76076	Bajo
Tabasco	1,996,050	1.9	674,761	33.8	1,321,289	66.2	0.6554	Alto
Chiapas	4,231,931	4.1	835,736	19.7	3,396,195	80.3	2.25073	Muy alto

1/ 2/ 3/ Proyecciones de la Población de México 2000 - 2050; y la estructura de la población por entidad federativa de la muestra censal del XII Censo de Población y Vivienda. INEGI 2000. El total puede no coincidir con la suma de los parciales, debido al redondeo de las cifras Fuente: Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud, Estimaciones a partir de los totales de población por entidad federativa. CONAPO, 2002.

Estimación realizada a partir de la muestra censal del Censo del 2000.

4/ 5/ CONAPO, índices de marginación 2000.

Cuadro de elaboración propia:

¹⁰ Raúl Miranda Ocampo, *et al.*, "Inequidad de los servicios de salud a población abierta en México," en: *Salud Pública de México*, Noviembre-Diciembre de 1993, Vol. 35, No.6.

El estado de Colima es un caso que llama la atención ya que representando sólo el 0.6 por ciento de la población total del país, el 47 por ciento o sea 267,647 habitantes,¹¹ no eran derechohabientes formales de la seguridad social. En el año 2004 a través del Seguro Popular de Salud se afilió a todos sus habitantes, por familias o individuos. (Cuadro 6)

En el 2002 inició la fase piloto del SPS en los cinco estados mencionados, para ello se asignaron montos anuales per cápita y por familia (considerando 4.4 miembros por familia) que la federación subsidió a los Servicios Estatales de Salud con base en los Padrones de Familias e Individuos con aseguramiento vigente.¹² (Cuadro 7)

Cuadro 7. Monto anual de subsidio en pesos, 2002

ENTIDADES	SUBSIDIO FEDERAL	
	per cápita	familiar *
Aguascalientes	260	1,143
Campeche	449	1,975
Colima	259	1,137
Jalisco	426	1,873
Tabasco	477	2,100
Promedio	374	1,646
Promedio nacional	398	1,751

* Considera 4.4 miembros por familia

Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*, publicadas el 15 de marzo 2002.

En la primera etapa de operación del Seguro Popular de Salud (SPS) se aseguraron a familias nucleares, es decir, el padre y/o la madre y los hijos menores de 18 años, pudiendo incluir al padre y la madre de cualquiera de ellos mayores de 64 años, que formen parte del hogar y, por lo tanto, habiten en la misma vivienda. Siempre y cuando el nivel de ingreso se localizara en los seis primeros deciles de la distribución y residencia en localidades semiurbanas y urbanas.¹³

11 Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud, Estimaciones a partir de los totales de población por entidad federativa. Tomado de "Proyecciones de la Población de México 2000 – 2050"; CONAPO, 2002, la estructura de la población por entidad federativa de la muestra censal del XII Censo de Población y Vivienda. INEGI 2000. El total puede no coincidir con la suma de los parciales, debido al redondeo de las cifras .

¹² *Ibid.*

¹³ *Ibid.*

Las cuotas por familia se calcularon por decil de ingreso tomando en consideración que fueran menores al gasto de bolsillo reportado en la Encuesta de Ingreso y Gasto 2000 del INEGI. (Cuadro 8)

Cuadro 8. Cuota por familia según decil de ingreso, 2002

Deciles de ingreso ¹	Ingreso trimestral promedio por hogar	Cuota semestral	Cuota Anual
I	3,537	120	240
II	6,157	180	360
III	8,395	300	600
IV	10,707	540	1080
V	13,284	900	1800
VI	16,511	1140	2280
VII	20,611	1500	3000
VIII	26,209	1800	3600
IX	37,502	1800	4800
X	90,224	3000	6000

1/ Agrupación del total de hogares en diez estratos con igual número de hogares, ordenados de menor a mayor de acuerdo a su ingreso corriente monetario trimestral (ENIGH, 2000).

Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*, publicadas el 15 de marzo 2002.

Durante el año 2002, se fueron incorporando los estados de Sinaloa, Tamaulipas, Baja California, San Luis Potosí, Sonora, Coahuila, Guanajuato, Zacatecas, Oaxaca, México, Quintana Roo, Guerrero, Hidalgo, Chiapas y Morelos los cuales iniciaron la fase de afiliación de familias sin estar considerados en las Reglas de Operación 2002, (como fue el caso de Aguascalientes, Colima, Campeche, Jalisco y Tabasco); este hecho no impidió el proceso para operar al SPS en la nuevas entidades federativas, ni tampoco la ausencia de Acuerdos de Coordinación, ya que se le continuó denominando etapa piloto que terminaría el 31 de diciembre de 2003, un día antes de entrar en vigor el Sistema de Protección Social en Salud.

d) Primera evaluación del Seguro Popular de Salud, abril-octubre 2002.

Para conocer el funcionamiento de la fase piloto,¹⁴ se realizó una evaluación del SPS, que abarcó el periodo del 15 de abril al 15 de octubre de 2002, sus resultados

¹⁴ La fase piloto duró de octubre de 2001 a diciembre de 2003. “El Secretario de Salud, Julio Frenk, informó que los proyectos iniciales del Seguro Popular empezarían el 1º de octubre del 2001, y se echaría andar en todo el país el 2002. *El Economista*, viernes 28 de septiembre de 2001.

fueron importantes para mejorar su operación en las 21 entidades federativas que para finales del 2002 se incorporaron al SPS.¹⁵

Los aspectos más destacados de esta primera evaluación fueron los siguientes:

1) Superar el número de asegurados tanto en los estados piloto como en los de nueva inclusión al SPS.¹⁶

2) Reducir entre el personal de las unidades médicas de salud pública, la percepción que incluir a las familias afiliadas al SPS, incrementa las cargas de trabajo.

3) Crear un sistema administrativo de los recursos del SPS, ya que no se tenía claro el abasto de medicamentos lo que provocó problemas para surtir las recetas médicas, especialmente cuando el SPS promueve en virtud de la “*Carta de Derechos y Obligaciones de los Asegurados 2002*”, que los beneficiarios tienen derecho a recibir el 100% de los medicamentos prescritos que están incluidos en el paquete de servicios, el cual incluía 191 medicinas.¹⁷ (Anexo cuadro 1A)

4) La evaluación detectó otro problema serio en relación al alcance del pago solidario (subsidio) ya que su viabilidad financiera se reduce cuan mayor sea el problema de salud o demanda de atención especializada. El SPS reduce la prestación de servicios médicos a un Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME) que para el 2002 incluía solo 78 intervenciones, (Anexo cuadro 2A) lo que significa que el Seguro Popular de Salud no atiende enfermedades si no se encuentran clasificadas, desprotegiendo a la población que requiera de atención médica de tercer nivel. Este hecho puede influir en la economía familiar e incrementar los gastos en salud ya que a ello se le sumaría el pago del SPS.

Otra de las encuestas fue la Encuesta Nacional de Evaluación de Desempeño 2002-2003 (ENED)¹⁸, midió los siguientes indicadores: 1) las condiciones de salud, 2)

¹⁵ Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, *Evaluación Seguro Popular enero-agosto 2003*,

¹⁶ “En los estados piloto la afiliación alcanza cerca del 15 % del total de la población en las áreas objetivo, lo cual señala una alta eficiencia en la afiliación”, Secretaría de Salud, *Informe de la Evaluación del Seguro Popular de Salud*, México, octubre 2002, p. 29.

¹⁷ *Ibid.*,

¹⁸ Entre noviembre de 2002 y abril de 2003 se llevó a cabo el trabajo de campo de la ENED 2002, la cual recogió información de más de 38,000 hogares en todo el país. La ENED 2002 fue coordinada por la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño y para su ejecución contó la colaboración del Instituto Nacional de Salud Pública en el trabajo de campo y de la Organización Mundial de la Salud para el diseño del instrumento. <http://evaluacion.salud.gob.mx/ened2002/ENED.htm>

trato,¹⁹ 3) justicia en el financiamiento y desempeño de los sistemas de salud en las 32 entidades federativas.

La medición se realizó con parámetros propuestos por la Organización Mundial de Salud (OMS), pero es importante resaltar que se hicieron algunas modificaciones para comprobar *las condiciones de salud* tomando como indicadores “la auto-percepción del estado de salud y la prevalencia de limitaciones en la movilidad y el autocuidado”.²⁰

Respecto a la evaluación de la justicia en el financiamiento de los servicios de salud, se utilizaron como indicadores:

- 1) El porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud.
- 2) El índice de justicia financiera.
- 3) El porcentaje de hogares con seguro de salud.

Los Gastos catastróficos se definen como todo aquel que está destinando el hogar para el pago de la salud de sus miembros, que es mayor al 30 por ciento del gasto total.

La ENED detectó que Chiapas, Durango y Michoacán son las entidades con los porcentajes más altos de hogares con gastos catastróficos con 7.28, 7.00 y 6.74 por ciento respectivamente; mientras que los estados de Yucatán con 1.38 y Colima con 2.24 cuentan con los porcentajes más bajos en gastos catastróficos en salud. (Cuadro 9)

¹⁹ “Para la evaluación del trato la OMS propone utilizar mediciones de lo que ha llamado trato adecuado. Este indicador se descompone en ocho ámbitos, a saber: trato digno, comunicación, autonomía, confidencialidad en el manejo de la información, atención pronta, calidad de los servicios generales y elección del proveedor de la atención en el primer nivel. Para la atención hospitalaria sugiere agregar además el acceso a redes sociales de apoyo. Los ocho ámbitos de este indicador fueron evaluados en la ENED 2002.” <http://evaluacion.salud.gob.mx/ened2002/ENED.htm>

²⁰ “En el caso de las *condiciones de salud*, la OMS propone utilizar indicadores que resuman la mayor cantidad posible de eventos de atención a la salud, como la esperanza de vida al nacer, la esperanza de vida saludable (EVISA), la sobrevivencia de los menores de 5 años, la mortalidad de los adultos o la auto-percepción del estado de salud. En todos estos casos el indicador debe dar cuenta tanto del nivel promedio alcanzado por la población bajo estudio como de su distribución entre los distintos grupos de la sociedad.” <http://evaluacion.salud.gob.mx/ened2002/ENED.htm>

Cuadro 9. Porcentaje de hogares por entidad federativa con gastos catastróficos en salud, índice de justicia en la distribución financiera, hogares con seguro de salud y trato digno en los servicios de salud, 2002

Entidad Federativa	Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud ^{1/}	Índice de justicia en la contribución financiera ^{2/}	Porcentaje de hogares asegurados por el jefe de familia ^{3/}	% de aprobación trato digno ^{4/}	
				Atención ambulatoria	Atención hospitalaria
Nacional	3.9	84.81	45.32	88.4	87.2
Aguascalientes	2.45	85.62	61.73	91.4	89.1
Baja California	4.17	83.67	51.08	84.7	82.2
Baja California Sur	4.25	84.48	62.37	86.8	86.2
Campeche	2.48	87.18	36.09	88.5	83.9
Coahuila	2.54	86.47	66.73	86.6	88.4
Colima	2.24	88.29	62.56	91	90.2
Chiapas	7.28	83.03	22.33	87.3	86.4
Chihuahua	2.46	84.63	55.2	91.6	89.2
Distrito Federal	3.93	85.02	62.89	89.1	84.7
Durango	5.23	82.21	47.15	90.5	90.1
Guanajuato	3.43	86.06	40.41	86.5	87.7
Guerrero	4.62	84.95	20.81	88.9	91.9
Hidalgo	4.13	86.23	33.14	82.5	86.1
Jalisco	4.5	83.98	52.44	87.4	88
México	3.07	85.33	43.98	88.4	88.1
Michoacán	6.74	83.14	31.36	87.8	83.9
Morelos	2.68	86.99	39.83	84.8	89.3
Nayarit	5.57	83.67	38.03	91.4	91.9
Nuevo León	2.52	87.9	75.91	90.8	87.9
Oaxaca	5.22	83.91	25.13	88.2	81.6
Puebla	4.28	85.88	27.06	87.1	83.3
Querétaro	2.45	86.99	42.56	86.9	80.9
Quintana Roo	2.9	85.86	53.74	79.8	79.1
San Luis Potosí	4.33	83.77	42.99	86.1	88.55
Sinaloa	3.66	85.35	66.63	89.7	92.2
Sonora	3.07	85.68	60.39	91.9	88.3
Tabasco	4.88	83.71	28.54	87.9	87.7
Tamaulipas	2.87	85.61	56.15	87.8	86.8
Tlaxcala	5.56	84.66	31.29	87.9	89.3
Veracruz	3.86	85.05	30.87	91.1	89.6
Yucatán	1.38	89.16	57.57	86.8	86.9
Zacatecas	7	81.39	27.72	91.6	92

1/ Se definió como hogar con gasto catastrófico a todo aquel que destina más del 30% de su capacidad de pago al financiamiento de la salud de sus miembros.

2/ El índice de justicia varía de 0 a 100. Un valor de 100 indica que el sistema de salud es completamente equitativo.

3/ Se refiere a los hogares cuyo jefe de familia reportó haber tenido algún esquema de aseguramiento ya fuera social o voluntario. ENED 2002, DGIED, Secretaría de Salud.

4// el porcentaje de aprobación se refiere a que el dominio fue calificado como bueno o muy bueno por la población encuestada.

Cuadro elaborado con información de: Salud: México 2002, Anexos estadísticos, México, 2003, pp. 214-217. Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002 (ENED 2002). Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño (DGIE), Secretaría de Salud.

El índice de justicia en la contribución financiera “mide el grado de equidad en el financiamiento del sistema de salud. El sistema de salud es justo o equitativo en la medida en que el gasto en salud se distribuye proporcionalmente en relación a la capacidad de pago de los hogares, independientemente de su nivel socioeconómico. El

índice de justicia varía entre 0 y 100. Un valor de 100 indica que el sistema de salud es completamente equitativo.”²¹ De acuerdo con la ENED 2002, los sistemas estatales de salud más justos son los de Yucatán y Colima con 89.16 y 88.29 por ciento respectivamente; y los menos justos son los de Zacatecas con 81.39 y Durango con 82.21 por ciento.

Un hogar con seguro de salud es aquel “cuyo jefe reportó haber tenido algún esquema de aseguramiento ya fuera social o voluntario. El porcentaje de hogares asegurados se calculó dividiendo los hogares asegurados entre el total de hogares.”²² Guerrero y Chiapas tienen los porcentajes más bajos de aseguramiento con 20.81 y 22.33 por ciento, respectivamente, frente a 75.91 en Nuevo León y Coahuila con 66.73 por ciento de hogares con seguro de salud.

En el último trimestre de 2002, a nivel nacional sólo 45.3 por ciento de los hogares contaba con algún tipo de aseguramiento, mientras que el restante 54.7 por ciento estaban fuera de la seguridad social formal en salud.

3. Tipos de Seguridad Social en México para población abierta

La seguridad social en México responde a un pacto realizado entre Estado y sociedad que permitió que a lo largo de la segunda mitad del siglo XX se consolidaran políticas sociales en: educación, trabajo, vivienda y salud con el objeto de reducir las desigualdades producto de la dinámica del mercado, a través de un “gasto social redistributivo”.²³

Al amparo de esta concepción se crearon el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA)²⁴ en 1943, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1959. Estas instituciones han ofrecido servicios en salud mediante tres vías:

²¹ Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002 (ENED 2002). Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño (DGIE), Secretaría de Salud, p. 172.

²² *Op. cit.*, p. 174.

²³ Juan Arancibia Córdova, *¿Cuánta seguridad social requiere la sociedad y puede soportar la economía?*, <http://www.redem.buap.mx/acrobat/arancibia2.pdf>

²⁴ Actualmente Secretaría de Salud.

- El IMSS cubre a los asalariados de las empresas privadas en el sector formal de la economía y sus familias, y a un pequeño grupo de asalariados del campo y trabajadores agrícolas de algunos regímenes especiales.
- El ISSSTE atiende a los trabajadores del sector público y sus dependientes. Los casos del ISSSFAM y PEMEX cubren a la población de referencia.
- La población no incluida en estos sistemas, como la población que labora en los sectores informales urbanos, trabajadores por cuenta propia del campo y talleres son cubiertos por instancias como la Secretaría de Salud, DIF e IMSS-Oportunidades.

Los servicios de salud del IMSS y del ISSSTE se basan en esquemas mutualistas (cotización proporcional al salario e impuestos progresivos sobre el ingreso), financiados principalmente a través de cuotas obrero-patronales y aportaciones de gobierno, derechos sociales garantizados por la obtención de un empleo asalariado legalmente reconocido.

En el caso de quienes no tengan un empleo formal con acceso a seguridad social, el Estado ha estructurado desde 1943 un sistema de salud para la denominada población abierta, en donde el usuario paga el servicio médico y medicamentos a través de una cuota de recuperación. Este sistema de cobro se aplica en la Secretaría de Salud, Sistema Integral para el Desarrollo Integral de la Familia y Sistemas Estatales de Salud. En el caso de los programas sociales, actualmente se aplican métodos de selección focalizada que incorporan a la población más necesitada.

El IMSS, ISSSTE, Petróleos, Ejército, etc. ofrecen servicios médicos a sus asegurados en tres niveles de atención: unidades de medicina familiar (primer nivel), hospitales generales (segundo nivel) y hospitales especializados (tercer nivel). Los niveles segundo y tercero proporcionan servicios de hospitalización. *Estas instituciones no cobran por el servicio prestado y además ofrecen estudios de laboratorio, y medicamentos prescritos.*

El IMSS cuenta con dos regímenes de afiliación:

1. El *régimen obligatorio*, para los trabajadores asalariados formalmente reconocidos.
2. El *régimen voluntario* en el que puede ingresar cualquier miembro de la población económicamente activa, a través de servicios mencionados por la Ley del Seguro Social como:

a) **Seguro de Salud para la Familia**, garantiza a los beneficiarios del asegurado el otorgamiento de las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad durante el periodo cubierto por la cuota²⁵, las cuales se determinan aplicando el 22.4 por ciento al monto anual del salario mínimo general diario que rija en el Distrito Federal al momento de la contratación. Para calcular el monto anual, se multiplicará la cuota diaria del salario mínimo en vigor por 365 días.²⁶ El Gobierno Federal cubre mensualmente por cada núcleo familiar o por cada familiar adicional asegurado una cuota diaria equivalente al 13.9 por ciento de un salario mínimo general del Distrito Federal vigente. La cantidad inicial que resulte se actualizará trimestralmente de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor.²⁷ (Cuadro 10)

²⁵ Reglamento del Seguro de Salud para la Familia, Artículo 1.

²⁶ *Op. cit.*, Artículo 24.

²⁷ *Op.cit.*, Artículo 26.

Cuadro 10. Seguro de Salud para la Familia proporcionado a la población abierta por el IMSS a través del régimen voluntario.

Tipo de Servicio	Institución que otorga el servicio	Servicios	Beneficiarios	Cuotas	Subsidio federal	Vigencia del servicio	
Seguro de Salud para la Familia	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	El seguro de salud para la familia garantiza a los sujetos protegidos por el mismo, el otorgamiento de las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad, durante el período cubierto por la cuota correspondiente, en los términos y condiciones que se establecen en este Reglamento (Art. 1 Reglamento del Seguro de Salud para la Familia)	El titular del núcleo familiar asegurado y sus beneficiarios legales. (Art. 4 Reglamento del Seguro de Salud para la Familia)	Las cuotas del seguro de salud para la familia deberán cubrirse por anualidad adelantada y se determinarán aplicando el 22.4 % al monto anual del salario mínimo general diario que rija en el Distrito Federal al momento de la contratación. Para calcular el monto anual, se multiplicará la cuota diaria del salario mínimo en vigor por 365 días. (Art. 24 Reglamento del Seguro de Salud para la Familia)	El Gobierno Federal cubrirá mensualmente por cada núcleo familiar asegurado y por cada familiar adicional asegurado, una cuota diaria equivalente al trece punto nueve por ciento de un salario mínimo general del Distrito Federal vigente a la fecha de entrada en vigor de la Ley. La cantidad inicial que resulte se actualizará trimestralmente de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor. (Art. 26 Reglamento del Seguro de Salud para la Familia)	12 meses a partir del inicio de los servicios.	
				Todos los sujetos que voluntariamente se incorporen al seguro de salud para la familia, incluidos los familiares a que se refiere el artículo anterior y cualquier familiar adicional pagarán anualmente la cuota establecida correspondiente, clasificándose por el grupo de edad a que pertenezcan. Las cuotas serán calculadas de acuerdo a la siguiente tabla, la cual será actualizada en febrero de cada año de acuerdo al incremento en el Índice Nacional de Precios al Consumidor del año calendario anterior. (Art. 242 Ley del Seguro Social)			
				Cuotas para el régimen voluntario, actualizadas al 2003.			
				Edad del miembro de la familia en años cumplidos			Cuota total en moneda nacional por miembro del grupo de edad señalado
				0 a 19			940
20 a 39	1,098.00						
30 a 59	1,642.00						
60 o más	2,470.00						

Cuadro de elaboración propia con información de: Reglamento del Seguro de Salud para la Familia, Ley del Seguro Social,

Cuotas actualizadas al 2003, información tomada de: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/0E407005-C515-4A07-A4C9-3C8401951EC6/0/6.pdf>

b) **Seguro de salud para trabajadores mexicanos en el extranjero**, garantiza que los trabajadores mexicanos que se encuentren laborando en el extranjero o sus familiares residentes en la República Mexicana puedan contratar un seguro cuya vigencia es de un año, que proteja a los familiares y al trabajador cuando se ubique en el país.²⁸ Este seguro incluye los siguientes servicios: consulta médica familiar o de especialista, hospitalización, intervenciones quirúrgicas, atención por maternidad, análisis de laboratorio y rayos X, medicamentos, leche para el recién nacido por seis meses y canastilla al nacer. (Cuadro 11)

²⁸ *Op.cit.*, Artículo 32.

Cuadro 11. Seguro de Salud para Trabajadores Mexicanos en el Extranjero proporcionado a la población abierta por el IMSS a través del régimen voluntario.

Tipo de Servicio	Institución que otorga el servicio	Servicios	Beneficiarios	Cuotas			Subsidio federal	Vigencia del servicio
Seguro de Salud para Trabajadores Mexicanos en el Extranjero	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	Consulta médica familiar o de especialista	Pueden contratar el seguro de salud para la familia los trabajadores mexicanos que se encuentren laborando en el extranjero o sus familiares residentes en la República Mexicana; la protección de este seguro se extenderá a los familiares de éstos que residan en el territorio nacional y a los propios trabajadores cuando se ubiquen en el país. (Art. 32 Reglamento del Seguro de Salud para la Familia)	Costo del Seguro al 2003			(Dato no disponible)	12 meses a partir del inicio de los servicios.
		Intervenciones quirúrgicas (operaciones)		Edad del miembro de la familia en años cumplidos	En Estados Unidos	En México		
		Hospitalización		De 0 a 19 años	97 dólares	940 pesos		
		Atención por maternidad		De 20 a 39 años	114 dólares	1,098 pesos		
		Análisis de laboratorio y rayos X		De 40 a 59 años	170 dólares	1,642 pesos		
		Medicamentos		De 60 años o más	256 dólares	2,470 pesos		
		Leche para el (la) recién nacido (a) por seis meses.		tiempos de espera para recibir atención médica				
		Canastilla al nacer para el (la) hijo (a) de la asegurada, esposa o concubina del asegurado.		6 meses	Tumoración benigna de mama.			
				10 meses	Parto			
				1 año	Litotripcia, cirugías de algunos padecimientos ginecológicos, de insuficiencia venosa, de nariz, varicocele, hemorroidectomía y de fístulas rectales, de amígdalas y de adenoides, de hernias, excepto de disco intervertebral, y de estrabismo. En general: aquellas operaciones programadas.			
	2 años	Cirugía ortopédica.						
	Las emergencias y accidentes quedan cubiertos desde el inicio de servicios. (Artículo 12 del Reglamento del Seguro de Salud para la Familia)							

Cuadro de elaboración propia con información de: Reglamento del Seguro de Salud para la Familia, Ley del Seguro Social. Cuotas actualizadas al 2003, información tomada de: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/0E407005-C515-4A07-A4C9-3C8401951EC6/0/6.pdf>

c) ***IMSS-Oportunidades***²⁹ es un programa desconcentrado de la Secretaría de Salud y administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social “que promueve el derecho a la salud de los mexicanos que no cuentan con acceso a los servicios de

²⁹ El IMSS-Oportunidades tiene sus antecedentes en 1979 con la creación del IMSS-Coplamar, cambiando su nombre en 1989 por el de IMSS-Solidaridad.

seguridad social,³⁰ proporcionando servicios de salud integral de 1^{er} y 2^o nivel a la población marginada rural (abierta) que resida en el ámbito de operación del Programa IMSS-OPORTUNIDADES.³¹ (Cuadro 12)

Cuadro12. IMSS-Oportunidades: Servicios de salud proporcionados a la población abierta

Programa	Beneficiarios	Tipo de Apoyo	Servicios e infraestructura			Subsidios federal	Vigencia del servicio
			Primer nivel	Segundo nivel	Tercer nivel		
IMSS-Oportunidades	Población marginada rural (abierta) sin acceso regular a otros servicios de salud o de seguridad social que reside en el ámbito de operación del Programa	El apoyo del Programa a las comunidades básicamente es en especie, por medio de servicios médicos de naturaleza preventiva y curativa, así como de tipo comunitario. Los servicios del Programa son abiertos a la población en general, dentro del ámbito de las unidades médicas rurales o de los hospitales rurales.	Estos servicios se otorgan en Unidades Médicas Rurales (UMR). Atiende problemas de salud que requieren de una tecnología sencilla aplicada con la participación activa de la comunidad	Estos servicios se otorgan en el Hospital Rural (HR) comprende los servicios de especialidades en medicina familiar, medicina interna, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia y anestesiología.	Este nivel no se otorga a través del Programa IMSS-Oportunidades	Los recursos que se asignan al Programa son subsidios federales	Existen criterios para la depuración de la población adscrita que se realiza cada año, cuando el núcleo familias deja de radicar en la localidad o universo de trabajo.
			Las UMR cuentan con un consultorio, un cuadro básico de medicamentos, dos camas de tránsito, una sala de exploración, una sala de espera y una habitación para el médico, en un área física de 60 a 100 metros cuadrados, también cuenta con sistema de radiocomunicación.	El HR cuenta con instalaciones para la hospitalización y los servicios auxiliares de diagnóstico, necesarios para la atención de los pacientes referidos por las UMR, quienes son atendidos por médicos titulados en su último año de formación como especialistas.			

Cuadro de elaboración propia con información de: Diario Oficial de la Federación, Instituto Mexicano del Seguro Social, *Acuerdo por el que la Coordinación General del Programa IMSS-Solidaridad publica las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidad.* viernes 15 de marzo de 2002. (primera sección)

Actualmente este programa no cuenta con criterios de selección de la población beneficiaria y los recursos que se le asignan constituyen un subsidio federal. El IMSS-OPORTUNIDADES cubre 16 mil 637 comunidades rurales en 17 estados de la República; (Baja California, Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Durango, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas). En mayo de 2004 el programa reportaba 11 millones de personas beneficiadas por sus servicios.

³⁰ *Ibid.*,

³¹ Instituto Mexicano del Seguro Social, *Acuerdo por el que la Coordinación General del Programa IMSS-Solidaridad publica las Reglas de Operación del Programa IMSS-Solidaridad.* Diario Oficial de la Federación, viernes 15 de marzo de 2002 (primera sección).

Para atender a la población beneficiaria IMSS-OPORTUNIDADES instrumentó un Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) cuyos servicios son gratuitos y opera en coordinación con voluntarios de la comunidad y los equipos de salud, supervisados por la Coordinación General elaboran el diagnóstico de salud local. Las principales actividades del MAIS se enlistan a continuación.³²

1. Salud reproductiva y materno infantil,
2. Salud integral del adolescente,
3. Alimentación y nutrición familiar,
4. Vacunación universal,
5. Enfermedades de las vías respiratorias y tuberculosis,
6. Enfermedades asociadas al inadecuado saneamiento del medio,
7. Enfermedades crónico-degenerativas,
8. Enfermedades transmitidas por vectores,
9. Actividades médico asistenciales. (Cuadros 13 a y 13 b)

³² *Ibid.*,

Cuadro 13a. IMSS-Oportunidades: Servicios de salud para población abierta
Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) ^{1/}

Actividad	Objetivo	Acciones
Salud Reproductiva y Materno Infantil	Tiene como finalidad otorgar los servicios de planificación familiar, salud materna y perinatal, de tal manera que dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a la consejería, basada en la aplicación del enfoque de salud reproductiva, se realice la selección adecuada, prescripción y aplicación de los métodos anticonceptivos y se proporcione la atención cálida y oportuna de la salud ginecológica, prenatal, y durante el parto y puerperio.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientar a la población en planificación familiar. 2. Dar consejería en salud reproductiva a las parejas. 3. Proporcionar métodos de planificación familiar. 4. Brindar atención en el embarazo, parto y puerperio. 5. Alojarse, en albergues maternos en zonas de difícil acceso a mujeres embarazadas para la atención del parto. 6. Aplicar toxoide tetánico-diftérico a mujeres embarazadas. 7. Atención del puerperio. 8. Atención del recién nacido. 9. Capacitar a las madres sobre orientación nutricional y para el cuidado durante el embarazo y puerperio; lactancia al seno materno y cuidados del recién nacido. 10. Exploración ginecológica. 11. Visualización de cérvix con ácido acético. 12. Detección de cáncer mamario y cervicouterino. 13. Orientar a la población para la prevención de enfermedades de transmisión sexual. 14. Detección y manejo de las enfermedades de transmisión sexual. 15. Incorporación de la perspectiva de género y los derechos reproductivos. 16. Atención del climaterio y la postmenopausia.
Salud Integral del Adolescente	Atender la salud del adolescente del medio rural e indígena, a fin de favorecer conductas y actitudes libres, responsables y sin riesgos que propicien el autocuidado de su salud, su sexualidad y su capacidad reproductiva.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acercar los servicios de salud a grupos de adolescentes campesinos e indígenas. 2. Orientar a los adolescentes para el cuidado de su salud sexual y la toma de decisiones informadas. 3. Fomentar la instalación y operación de los centros de atención rural a los y las adolescentes.
Alimentación y Nutrición Familiar	Mejorar y mantener los niveles adecuados de nutrición del niño y del adolescente, así como de la embarazada, mediante la valoración periódica del peso/edad en el niño y peso/talla de acuerdo a edad gestacional en la embarazada; identificación de los factores de riesgo; capacitación a las madres en el uso adecuado y preparación de los alimentos de consumo local y familiar e incorporación de los desnutridos al Centro de Recuperación Nutricional (CEREN).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valoración periódica del estado nutricional de los menores de 5 años. 2. Tratamiento del niño desnutrido hasta su recuperación. 3. Capacitación a las madres para la elaboración de dietas familiares de alto valor nutritivo y bajo costo. 4. Valoración del estado nutricional de las embarazadas y en etapa de lactancia. 5. Promoción y demostración de técnicas para la producción y aprovechamiento de huertos, de granjas de especies menores y de los recursos locales alimentarios. 6. Identificación, derivación, seguimiento y control conjuntamente con los voluntarios de la comunidad de embarazadas, en etapa de lactancia y niños desnutridos, con el fin de promover su incorporación a las acciones de orientación alimentaria.
Vacunación Universal	Mejorar los actuales niveles de salud de la población, mediante la erradicación, la eliminación o el control de las enfermedades previsible por vacunación.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vacunación permanente a la población, con énfasis al grupo de menores de 5 años, escolares y embarazadas. 2. Participación en semanas nacionales de salud o vacunación. 3. Vacunación a niños alojados en albergues del INI, ubicados en localidades bajo la responsabilidad del Programa. 4. Promoción de la participación comunitaria, en la prevención de enfermedades previsible por vacunación.

Continúa...

1/ Para responder a las necesidades de la población beneficiaria y en apego a las estrategias de atención primaria a la salud, se instrumentó un modelo de atención cuyos servicios son gratuitos.

Cuadro de elaboración propia con información de: Diario Oficial de la Federación, Instituto Mexicano del Seguro Social, Acuerdo por el que la Coordinación General del Programa IMSS-Solidaridad publica las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidad. viernes 15 de marzo de 2002. (primera sección)

Continuación...

Cuadro 13 b. IMSS. Oportunidades: Servicios de salud para población abierta

Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) ^{1/}

Actividad	Objetivo	Acciones
Enfermedades de las Vías Respiratorias y Tuberculosis	Identificación, derivación, seguimiento y control conjunto con los voluntarios de la comunidad	<ol style="list-style-type: none"> Orientación a la población en la prevención y atención médica oportuna de infecciones respiratorias y tuberculosis. Detección y tratamiento de la tuberculosis. Promoción y demostración de tecnologías para mejorar las condiciones sanitarias de las viviendas.
Enfermedades Asociadas al Inadecuado Saneamiento del Medio	Impulsar la participación de la población, con el fin de mejorar las condiciones del medio familiar y comunitario que se traduzcan en beneficios para la salud individual y colectiva.	<ol style="list-style-type: none"> Orientación a la población en la prevención de diarreas, parasitosis, cólera, mediante la adopción de medidas higiénicas y sanitarias. Capacitación a las madres en el empleo de los sobres de hidratación oral para prevenir la deshidratación por diarrea. Capacitación en la identificación oportuna de signos de alarma de deshidratación y derivación oportuna de enfermos a la unidad médica para su tratamiento. Prescripción de tratamientos familiares antiparasitarios. Promoción y demostración de tecnologías de saneamiento básico en el ámbito familiar y de mejoramiento sanitario de la vivienda. Promoción y demostración de tecnologías de desinfección del agua y de rehabilitación y limpieza de fuentes de almacenamiento.
Enfermedades Crónico-Degenerativas	Contribuir al mejoramiento de las actividades de prevención, manejo y control de la diabetes y la hipertensión arterial, mediante la promoción, detección, diagnóstico y tratamiento integral.	<ol style="list-style-type: none"> Promoción de hábitos higiénicos y alimenticios favorables a la salud. Detección y tratamiento y control de diabetes mellitus e hipertensión arterial. Identificación y derivación de pacientes potenciales a la unidad médica rural, por parte de los grupos voluntarios.
Enfermedades transmitidas por Vectores	Difusión de medidas preventivas a nivel familiar y comunitario	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de técnicas básicas de entomología. • Limpieza y eliminación de cacharros. • Protección de ventanas con mosquiteros. • Aplicación, en su caso, de medidas de control físico, químico y biológico de vectores. • Detección y tratamiento de pacientes con paludismo o dengue.
Actividades Médico-Asistenciales	Proporcionar atención médica integral oportuna de calidad y con alto sentido humano, mediante acciones de promoción, protección, diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado, curación y rehabilitación, dirigidas al individuo, al grupo familiar y a la comunidad; con especial énfasis en los problemas de salud prioritarios, así como el apoyo con alojamiento y alimentación al acompañante familiar del paciente hospitalizado de bajos recursos económicos.	<ol style="list-style-type: none"> Proporcionar consultas de medicina familiar, especialidades, dental y de urgencias. Atención de partos. Realización de intervenciones quirúrgicas. Hospitalización de pacientes. Estudios de laboratorio, rayos X, y ultrasonido. Prestación de servicios de apoyo (archivo clínico, farmacia y puesto de sangrado y transfusión) Alojamiento en albergues a familiares acompañantes de pacientes hospitalizados.

1/ Para responder a las necesidades de la población beneficiaria y en apego a las estrategias de atención primaria a la salud, se instrumentó un modelo de atención cuyos servicios son gratuitos.

Cuadro de elaboración propia con información de: Diario Oficial de la Federación, Instituto Mexicano del Seguro Social, Acuerdo por el que la Coordinación General del Programa IMSS-Solidaridad publica las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidad. viernes 15 de marzo de 2002. (primera sección)

d) **Programa de Desarrollo Humano Oportunidades - componente de salud,**

este programa busca a través de la focalización de los subsidios mejorar la educación, salud, alimentación, nutrición e ingreso de los hogares en condición de pobreza extrema, que se localizan en zonas rurales y urbanas con altos niveles de marginación.

El componente salud del Programa OPORTUNIDADES opera bajo cuatro estrategias:

- 1) Proporcionar de manera gratuita el Paquete Esencial (Básico) de Servicios de Salud;
 - 2) Prevenir la desnutrición de los niños desde la etapa de gestación mediante la entrega de suplementos alimenticios;
 - 3) Fomentar y mejorar el autocuidado de la salud de las familias y de la comunidad mediante la comunicación educativa en materia de salud, nutrición e higiene, y
 - 4) Reforzar la oferta de servicios de salud para satisfacer la demanda adicional. ³³
- (Cuadros 14 a y 14 b)

³³ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Desarrollo Social, *Acuerdo por el que se emiten y publican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para el Ejercicio Fiscal 2003.* y *Acuerdo publicado el 25 de septiembre de 2003 por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades,* publicadas el 8 de mayo de 2003.

**Cuadro 14a. Programa de Desarrollo Humano Oportunidades - Componente Salud,
PAQUETE ESENCIAL (BASICO) DE SERVICIOS DE SALUD ^{1/}**

SERVICIO	ACCIONES
SANEAMIENTO BASICO A NIVEL FAMILIAR: Comprende una serie de medidas eficaces para impulsar la higiene en el ambiente en el que viven las familias y las comunidades, así como en el agua y los alimentos que consumen, además del mejoramiento de la vivienda	Educación para la salud Disposición adecuada de excretas Desinfección domiciliaria del agua Eliminación sanitaria de la basura
PLANIFICACION FAMILIAR: Es un servicio estratégico para la salud materno-infantil y el bienestar familiar, ya que favorece en los individuos y las parejas la posibilidad de una vida sexual y reproductiva satisfactoria y sin riesgos, con libertad para decidir de manera responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos que desean, con pleno respeto a su dignidad	Educación para la salud Orientación y provisión de métodos anticonceptivos Identificación de la población en riesgo Referencia para la aplicación del DIU, oclusión tubaría bilateral, vasectomía y manejo de infertilidad Educación y promoción de la salud reproductiva
ATENCION PRENATAL, DEL PARTO Y PUERPERIO Y DEL RECIEN NACIDO: Se orienta a reducir y atender los riesgos durante el embarazo, parto y puerperio, con el objeto de reducir la mortalidad materna e infantil en el periodo perinatal. Reviste especial importancia por el grupo estratégico de población al que está dirigida	Educación para la salud Identificación de embarazadas Consulta prenatal de primera vez Consulta prenatal subsecuente Aplicación del toxoide tetánico y diftérico Administración de hierro y ácido fólico Identificación y referencia de mujeres con embarazo de alto riesgo Consejería de salud reproductiva y planificación familiar, individual o a la pareja Atención del parto y cuidados inmediatos del recién nacido Detección y referencia del recién nacido con problemas Aplicación de las vacunas SABIN y BCG al recién nacido Atención del puerperio Promoción de la lactancia materna
VIGILANCIA DE LA NUTRICION Y EL CRECIMIENTO INFANTIL: La nutrición es esencial para la salud, específicamente durante la etapa gestacional y en los niños menores de cinco años. Las acciones se enfocan a la prevención, vigilancia, detección y atención de la nutrición infantil, así como a la referencia de casos de desnutrición severa. Está dirigida a un grupo étnico en el que los daños por desnutrición, tanto en crecimiento como en desarrollo, son irreversibles	Educación para la salud Identificación de menores de cinco años Diagnóstico del estado de nutrición mediante el indicador peso para la edad Seguimiento del niño sin desnutrición Seguimiento del niño con desnutrición Orientación nutricional Referencia y contrarreferencia de casos Capacitación a las madres Administración de micronutrientes
INMUNIZACIONES: Este servicio está dirigido a la prevención de enfermedades evitables con vacunas, a mantener la erradicación de la poliomielitis y a avanzar en la de otros padecimientos inmunoprevenibles; a asegurar que todas las vacunas lleguen a todas las localidades y AGEB mediante la sensibilización de la población, el oportuno abasto y distribución de los biológicos, y el correcto funcionamiento de la red de distribución y conservación en todas las unidades	Educación para la salud Administración de vacunas conforme a los lineamientos de la cartilla nacional de vacunación y a la normatividad oficial mexicana establecida para este rubro Promoción y educación para la salud
MANEJO DE CASOS DE DIARREA EN EL HOGAR: Las diarreas son una patología común en las áreas marginadas rurales y son causa de muerte todavía frecuente en menores de cinco años. Sin embargo, las acciones para prevenirlas, evitar la deshidratación y detectar oportunamente los signos de alarma, son factibles y ofrecen resultados trascendentes	Educación para la salud Capacitación y adiestramiento a las madres Tratamiento de los casos Distribución y uso de sobres vida suero oral Educación para la salud y referencia de casos complicados
TRATAMIENTO ANTIPARASITARIO A LAS FAMILIAS: La frecuencia de parasitosis en la población menor de 15 años en las áreas marginadas es muy alta; en estas zonas es indispensable su combate, tanto para resolver los casos aislados como por la alta tendencia a la infestación de todo el núcleo familiar	Educación para la salud Administración periódica de antiparasitarios a los miembros de la familia

Nota: El Paquete Esencial (Básico) de Servicios de Salud se proporciona en el primer nivel de atención; de requerirse servicios de urgencia atendibles en este nivel, éstos serán otorgados en las unidades de salud de la SSA, el IMSS y otras instituciones participantes.

Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Desarrollo Social, *Acuerdo por el que se emiten y publican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para el Ejercicio Fiscal 2003 y Acuerdo publicado el 25 de septiembre de 2003 por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*, publicadas el 8 de mayo de 2003.

**Cuadro 14b. Programa de Desarrollo Humano Oportunidades - Componente Salud,
PAQUETE ESENCIAL (BASICO) DE SERVICIOS DE SALUD ^{1/}**

SERVICIO	ACCIONES
MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS: Estos padecimientos son muy comunes y causa frecuente de mortalidad infantil en las áreas marginadas. Es de primordial importancia el reconocimiento oportuno de los signos de alarma y su adecuado tratamiento.	Educación para la salud Capacitación a las madres Referencia oportuna para el tratamiento de casos complicados Tratamiento específico
PREVENCION Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS Con esta acción se enfrenta un problema de salud pública nuevamente en ascenso. Requiere de la amplia participación comunitaria, especialmente en cuanto a la detección oportuna de enfermos potenciales, y se requiere de un monitoreo constante del tratamiento de los casos confirmados y de sus contactos, así como del impulso intensivo de las medidas preventivas.	Educación para la salud Identificación de tosedores sintomáticos respiratorios Realización del diagnóstico Tratamiento primario Estudio de contactos Establecimiento de medidas de protección Tratamiento acortado y estrictamente supervisado
PREVENCION Y CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL Y LA DIABETES MELLITUS: La reducción de la prevalencia y mortalidad por hipertensión arterial y diabetes mellitus implica inducir cambios en los estilos de vida, así como intensificar su detección oportuna y tratamiento adecuados, sobre todo en función de su frecuencia creciente en la edad productiva.	Educación para la salud Detección, diagnóstico y tratamiento de casos de hipertensión arterial y diabetes mellitus Control de casos
PREVENCION DE ACCIDENTES Y MANEJO INICIAL DE LESIONES: Dirigida a un problema de salud también creciente en diferentes grupos de edad, esta acción comprende el impulso a la educación y orientación tendientes a evitarlos, y por supuesto prevé el otorgamiento de primeros auxilios en el caso de accidentes, pero especialmente la referencia para la atención adecuada y de forma gratuita.	Educación para la salud Otorgamiento de primeros auxilios en caso de heridas, quemaduras, luxaciones, fracturas expuestas y envenenamientos referencia de los casos Educación y promoción para la salud, incluyendo la prevención de accidentes
CAPACITACION COMUNITARIA PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD: Esta estrategia se inscribe en el terreno de la promoción de la salud y cruza por todos los demás servicios del paquete esencial. Se fundamenta en la participación de la población, en el mejor uso de los recursos comunitarios y en el esfuerzo de auxiliares.	Educación para la salud Promoción de la salud Apoyo a las campañas de salud Protección de las fuentes de abastecimiento de alimentos para el autoconsumo Cuidado de la salud en general y el uso de los servicios
PREVENCION Y DETECCION DEL CANCER CERVICO UTERINO: Esta acción está dirigida a la población femenina, dentro del grupo de 25 a 64 años de edad en quienes el cáncer cérvico uterino es la causa primera de muerte por tumores malignos. En México se considera un problema de salud pública que muestra incremento en su incidencia. Las acciones de prevención y detección constituyen una intervención estratégica que exige la participación de los integrantes del equipo.	Educación para la salud Promoción de la salud a grupos de riesgo Detección oportuna a través del estudio de citología cérvico vaginal, orientado a la identificación temprana de alteraciones en las células del cuello uterino y al manejo oportuno Control, seguimiento y referencia de las pacientes con resultados positivos

Nota: El Paquete Esencial (Básico) de Servicios de Salud se proporciona en el primer nivel de atención; de requerirse servicios de urgencia atendibles en este nivel, éstos serán otorgados en las unidades de salud de la SSA, el IMSS y otras instituciones participantes.

Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Desarrollo Social, *Acuerdo por el que se emiten y publican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para el Ejercicio Fiscal 2003 y Acuerdo publicado el 25 de septiembre de 2003 por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*, publicadas el 8 de mayo de 2003.

Otro conjunto de acciones del Componente de Salud del Programa Oportunidades está orientado a la vigilancia de la nutrición mediante la toma periódica mensual de medidas antropométricas, a fin de monitorear tanto el crecimiento y desarrollo físico de los menores de cinco años, como el estado y evolución de la mujer embarazada. (Cuadro 15)

**Cuadro 15. Programa de Desarrollo Humano Oportunidades - Componente Salud,
FRECUENCIA DE ATENCION DE SALUD Y ACCIONES PRIORITARIAS ^{1/}**

MENORES

GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA DE REVISION	ACCIONES
menores de 4 meses	3 revisiones: a los 7 y 28 días, y a los 2 meses	Inmunizaciones Tamiz neonatal Control del crecimiento, peso y talla Promoción de lactancia materna
de 4 meses a 23 meses	6 revisiones: a los 4, 6, 8, 10, 12 y 18 meses	Inmunizaciones Control de peso, talla y desarrollo Desarrollo psicomotor y estimulación temprana Vigilancia de la alimentación Detección temprana de enfermedades Dotación de suplemento alimenticio
de 2 a 4 años	2 revisiones al año: 1 cada 6 meses	Inmunizaciones Control de crecimiento, peso y talla Desparasitación Detección temprana de enfermedades
de 5 a 9 años	2 revisiones al año: 1 cada 6 meses	Inmunizaciones Valoración del crecimiento y desarrollo Detección temprana de enfermedades
de 10 a 19 años	2 revisiones al año: 1 cada 6 meses	Inmunizaciones, educación para la salud y salud mental Orientación sexual y planificación familiar Prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA Detección temprana de enfermedades

MUJERES

GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA DE REVISION	ACCIONES
embarazadas	5 revisiones prenatales	Orientación nutricional Vigilancia del desarrollo del embarazo Administración de hierro y ácido fólico Inmunizaciones Dotación de suplemento alimenticio Información, educación y comunicación dirigidas a la pareja para lograr comportamientos saludables respecto al embarazo, el parto y el puerperio Prevención, detección y control de factores de riesgo obstétrico y perinatales Consejería en planificación familiar
en periodo de puerperio y lactancia	2 revisiones: una en el puerperio mediato (7 días) y otra en el periodo de lactancia (28 días)	Planificación familiar Orientación nutricional Cuidados del recién nacido Fomento de la lactancia materna Dotación de suplemento alimenticio

JOVENES Y ADULTOS

GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA DE REVISION	ACCIONES
hombres y mujeres de 20 a 49 años	dos revisiones al año, una cada seis meses	Salud reproductiva y planificación familiar Prevención de infecciones de transmisión sexual Detección temprana de enfermedades Educación para la salud y salud mental Prevención de VIH/SIDA Cartilla Nacional de la Mujer
hombres y mujeres de 50 años y más	una revisión al año	Detección temprana de enfermedades crónico degenerativas y neoplasias Cartilla Nacional de la Mujer

^{1/} Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Desarrollo Social, *Acuerdo por el que se emiten y publican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para el Ejercicio Fiscal 2003 y Acuerdo publicado el 25 de septiembre de 2003 por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*, publicadas el 8 de mayo de 2003.

Las sesiones educativas para la salud se llevan a cabo mensualmente, y se consideran 35 temas referentes al Paquete Esencial (Básico) de Servicios de Salud, además de temas vinculados a la situación epidemiológica de la región, los cuales son acordados en el Comité Técnico Estatal.³⁴

Cuadro 16. Programa de Desarrollo Humano Oportunidades - Componente Salud, TEMAS DE COMUNICACION EDUCATIVA Y PROMOCION DE LA SALUD ^{1/}

Presentación del Programa	
1. Suplemento alimenticio	19. Parasitosis
2. Alimentación y salud	20. Infecciones respiratorias agudas
3. Saneamiento básico	21. Tuberculosis pulmonar
4. Participación social	22. Hipertensión y diabetes
5. Adolescencia y sexualidad ^{*x}	23. Prevención de accidentes
6. Planificación familiar ^{*x}	24. Manejo inicial de lesiones
7. Maternidad sin riesgo	25. Salud bucal
8. Embarazo	26. Padecimientos transmitidos por vectores
9. Alimentación durante el embarazo y la lactancia	27. Prevención de las adicciones ^{*x}
10. Parto y puerperio	28. Infecciones de transmisión sexual ^{*x}
11. El recién nacido	29. VIH/SIDA ^{*x}
12. Lactancia materna	30. Género y salud ^{*x}
13. Cáncer de mama y cérvico-uterino	31. Violencia intrafamiliar ^{*x}
14. El menor de un año	32. Climaterio y menopausia
15. El mayor de un año	33. Acciones básicas en caso de desastres
16. Vacunas	34. Atención al adulto mayor
17. Diarreas	35. Discapacidad
18. Vida suero oral	

^{*x} X Estos siete temas son obligatorios para los becarios de educación media superior.

Es recomendable que el padre de familia asista a las sesiones educativas de salud, sin que su inasistencia repercuta en la certificación de asistencia de las titulares.

1/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Desarrollo Social, *Acuerdo por el que se emiten y publican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para el Ejercicio Fiscal 2003.* y *Acuerdo publicado el 25 de septiembre de 2003 por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades,* publicadas el 8 de mayo de 2003.

El Programa OPORTUNIDADES en su componente salud pretende alcanzar:

- Trato digno a los usuarios con base en el Programa Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.
- Atención a los pacientes que rebasen la capacidad resolutoria del personal de las unidades de salud del primer nivel, para ser referidos, a otros servicios como el Programa de Atención Médica Especializada a la Comunidad, Cirugía

³⁴ *Ibid.*

Extramuros, Encuentros Médico-Quirúrgicos, brigadas médicas especializadas o la red de hospitales.

- Atención para que los beneficiarios derechohabientes del IMSS reciban la asistencia de segundo y tercer nivel, conforme a los derechos establecidos en la Ley del Seguro Social.
- Atención en el caso de las familias beneficiarias no derechohabientes y correspondientes al ámbito geográfico del IMSS régimen obligatorio, de los servicios de segundo nivel, circunscritos en la atención del parto, complicaciones del embarazo, parto o puerperio, y a las urgencias médicas reales hasta la estabilización del paciente, para su referencia a otra institución.

“La atención de familias beneficiarias en unidades de segundo y tercer nivel de la SSA, está sujeta a las cuotas de recuperación conforme al esquema vigente en el que se incluye la exención de pago en cada estado.”³⁵

e) **Programa de Ampliación de Cobertura (PAC).** Este programa otorgaba el Paquete Básico de Servicios de Salud –PABSS- a la población localizada en zonas de alta marginación, a través de dos estrategias de operación: la ampliación geográfica y funcional. La primera acercó los servicios a los habitantes de las localidades apartadas y de difícil acceso por medio de equipos de salud itinerantes. La vertiente funcional extendía la capacidad de los servicios de primer nivel en zonas con acceso parcial a éstos, construyendo, unidades de atención ó realizando acciones de conservación, mantenimiento y ampliación.³⁶

A partir del segundo semestre del 2003 el PAC se incorporó al **Programa de Calidad de Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES)** y transfirió acciones en el 2004 a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), cambiando su estrategia por la de un programa de financiamiento estratégico,³⁷ que pretende disminuir la desigualdad en la distribución de los recursos públicos hacia las entidades

³⁵ *Ibid.*

³⁶ Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2001, Funciones de Desarrollo Social, Salud*, México, p.114-115.

³⁷ El PROCEDES inicia su operación en el 2002, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2002, Funciones de Desarrollo Social, Salud*, México, p. 147.

federativas elevar la calidad de los servicios de salud y disminuir los rezagos existentes en las diferentes regiones a través del equipamiento médico básico de las unidades de salud, el abasto de medicamentos para 13.6 millones de habitantes de áreas con fuerte marginación y mínimos índices de bienestar social, la Secretaría de Salud considera importante para la planificación de salud, el índice de bienestar social definido como “Nivel de similitud en lo diverso como el grado de desarrollo socioeconómico que presentan distintos municipios pese a la dispersión geográfica del país, así como el lugar que ocupa ese conjunto de similares con respecto a otros conjuntos en cuanto a su nivel de desarrollo y, o bienestar”.³⁸

El PROCEDES es financiado parcialmente con un préstamo otorgado del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) a través de recursos presupuestarios del ramo 12, conformando éstos la aportación federal, así como con la aportación establecida con las entidades federativas mediante Acuerdos de Coordinación. El programa pretende alcanzar las siguientes metas:

- “Garantizar un paquete de servicios esenciales de salud a la población marginada rural que vive en 908 municipios de alta y muy alta marginación.
- Garantizar un paquete de servicios esenciales de salud a la población de mayor marginación que vive en 50 grandes conglomerados urbanos.”³⁹

f) ***Programa de Cirugía Extramuros (PCE)***. Se transforma en el 2002 en el ***Programa de Atención Médica Especializada a la Comunidad (PAMEC)***, apoya a la población de escasos recursos con problemas discapacitantes, a través de campañas de cirugías especializadas en la que intervienen médicos especialistas con equipos médicos avanzados.⁴⁰

³⁸ Secretaría de Salud, *Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud, PROCEDES*, México, julio 2002, p. 102.

³⁹ Secretaría de Salud, *Op.cit.*, p. 10-104.

⁴⁰ Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2001, Funciones de Desarrollo Social, Salud*, México, p.114-115.

g) **Programa de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas**, este programa inició su operación en julio del 2001 y se circunscribe en la estrategia dos del Plan Nacional de Desarrollo: “reducir los rezagos de salud que afectan a los pobres”, se instrumenta en los municipios con más de 40 por ciento de población hablante de lenguas indígenas. El programa se estructura con diez estrategias:

- “Coordinar y dar seguimiento a los programas de salud que se aplican a las comunidades indígenas y evalúa los resultados a través de los indicadores reportados por la Secretaría de Salud.
- Administrar suplementos con vitaminas y minerales a niños y niñas, mujeres embarazadas y en período de lactancia.
- Promover servicios de salud con calidad y sensibilidad cultural.
- Incorporar el enfoque intercultural en la capacitación al personal de salud.
- Impulsar programas de prevención, control y rehabilitación del alcoholismo.
- Promover las relaciones entre la medicina institucional y la medicina tradicional.”⁴¹

Las cuatro estrategias restantes corresponden a las acciones de salud que se vienen aplicando como parte de los programas de salud existentes:

1. “Fortalecer la promoción a la salud con énfasis en la comunicación educativa.
2. Fortalecer los programas de salud de la mujer indígena.
3. Impulsar el saneamiento ambiental.
4. Dar mayor presencia a la población indígena en el sistema de información en salud.”⁴²

h) **Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)**.⁴³ El DIF brinda apoyo a los grupos sociales en situación vulnerable como niños, niñas, adolescentes, mujeres, indígenas migrantes, desplazados migrantes, adultos mayores

⁴¹ Secretaría de Salud, *Programa de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas*, México, 2001, p. 45

⁴² *Op. Cit.*, p. 45.

⁴³ “El DIF Nacional es un organismo público, descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, creado por Decreto el 13 de enero de 1977 y que, de acuerdo al artículo 13 de la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social de 1986, es el promotor de la asistencia social y la promoción de la interrelación sistemática de las acciones por lo que es el rector del campo de la asistencia social y coordinador del Sistema compuesto por los órganos estatales y municipales.” Tomado de: <http://www.dif.gob.mx/dif/interior/dif.html>

en desamparo, personas con algún tipo de discapacidad o necesidades especiales, dependientes de personas privadas de su libertad, alcohólicos o farmacodependientes, indigentes y personas afectadas por los fenómenos naturales. Los servicios básicos de salud en materia de asistencia social ofrecen:

“I. Los señalados en el artículo 168 de la Ley General de Salud:

- a) la atención a personas que, por sus carencias socio-económicas o por problemas de invalidez, se vean impedidas para satisfacer sus requerimientos básicos de subsistencia y desarrollo;
- b) la atención en establecimientos especializados a menores y adultos mayores en estado de abandono o desamparo e inválidos sin recursos;
- c) la promoción del bienestar del adulto mayor y el desarrollo de acciones de preparación para la senectud;
- d) el ejercicio de la tutela de los menores, en los términos de las disposiciones legales aplicables;
- e) la prestación de servicios de asistencia jurídica y de orientación social, especialmente a menores, adultos mayores e inválidos sin recursos;
- f) la realización de investigaciones sobre las causas y efectos de los problemas prioritarios de asistencia social;
- g) la promoción de la participación consciente y organizada de la población con carencias en las acciones de promoción, asistencia y desarrollo social que se lleven a cabo en su propio beneficio;
- h) el apoyo a la educación y capacitación para el trabajo de personas con carencias socio-económicas.
- i) la prestación de servicios funerarios.”⁴⁴

La Secretaría de Salud, a través del DIF en coordinación con las entidades del sector salud, los gobiernos estatales y municipales promueven las acciones que en materia de asistencia social se refiere y los recursos para ello.

Los sistemas de salud para población abierta y de asistencia social en México, se han caracterizado por ser incluyente en la medida que trata de brindar servicios de

⁴⁴ Ley de Asistencia Social, Art. 12 (vigente al 10 de noviembre de 2004)

salud a toda la *población*, sean personas que por la situación económica del país se encuentren desempleadas; las que conforman la población rural de alta y muy alta marginación y viven en extrema pobreza, así como los grupos vulnerables a quienes se les ofrece asistencia social,⁴⁵ a través de instituciones y programas como los mencionados arriba.

Recientemente la Organización Mundial de Salud (OMS) ha transitado del enfoque de la cobertura universal de la salud al del “nuevo universalismo” que abandona el objetivo de “ofrecer toda la atención posible para todo el mundo, o solo la atención más simple y básica para los pobres”, por el propósito de hacer llegar a todos “una *atención esencial* de alta calidad, definida fundamentalmente por criterios de eficiencia, costos y aceptabilidad social.”⁴⁶

Esto constituye un cambio notable en la concepción de la seguridad social en salud que ahora circunscribe la prestación de servicios médicos a un catálogo de beneficios médicos de primer nivel, así como de consulta externa y hospitalización para especialidades básicas que incluye medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención. Este modelo pretende paulatinamente extenderse para construir el Sistema Nacional de Salud compuesto por tres seguros de atención básica:

- “Seguro para los asalariados del sector privado formal de la economía.
- Seguro para los trabajadores al servicio del Estado.
- Seguro para los auto-empleados, los trabajadores del sector informal y los desempleados sin acceso a la seguridad social.”⁴⁷

⁴⁵ “Son sujetos de la recepción de los servicios de asistencia social preferentemente los siguientes: Menores en estado de abandono, desamparo, desnutrición o sujetos al maltrato; menores infractores; alcohólicos, farmacodependientes o individuos en condiciones de vagancia; mujeres en período de gestación o lactancia; ancianos en desamparo, incapacidad, marginación o sujetos a maltrato; inválidos por causa de ceguera, debilidad visual, sordera, mudez, alteraciones del sistema neuro-musculoesquelético, deficiencias mentales, problemas de lenguaje u otras deficiencias; indigentes; personas que por su extrema ignorancia requieran de servicios asistenciales; víctimas de la comisión de delitos en estado de abandono; familiares que dependan económicamente de quienes se encuentren detenidos por causas penales y que queden en estado de abandono; habitantes del medio rural o del urbano marginados que carezcan de lo indispensable para su subsistencia; y personas afectadas por desastres.” *Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social*, Artículo 4.

⁴⁶ Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el Mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Ginebra, Suiza, p. xvi.

⁴⁷ Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *Indicadores de Resultados, resultados del primer semestre año fiscal 2004*, México, julio 2004, p.16.

La progresiva instauración de estos seguros modificarán los regímenes de seguridad social de los trabajadores tanto asalariados como al servicio del Estado. Por otra parte, representan un cambio político-ideológico en la lucha social y de organización colectiva hacia una visión individualista.

Al amparo del nuevo modelo de salud promovido por organismos financieros internacionales, el sistema integrado por el Seguro Popular de Salud pretende erradicar lo que consideran vicios del modelo de seguridad anterior mediante las siguientes acciones:

- Distribuir equitativamente el gasto en salud para reducir las diferencias entre las personas y los grupos. Este aspecto no está relacionado con los recursos que se necesitan ni con la forma en la que se usan.⁴⁸
- Garantizar el derecho constitucional de la protección de la salud.
- Atender a la población excluida de las instituciones de salud.
- Alcanzar la universalidad de la protección social.
- Trasladar los gastos en salud a las entidades federativas.
- Financiar la salud con recursos privados.

4. Caracterización del Seguro Popular de Salud 2003 y su transformación en ejecutor del Sistema de Protección Social en Salud

El Seguro Popular de Salud (SPS) inició su fase piloto en octubre de 2001 y constituye el “brazo operativo” del Sistema de Protección Social en Salud a partir del 1º de enero de 2004, cuando entraron en vigor las adiciones a la Ley General de Salud (artículos 3o bis, 77 bis - 1 al 77 bis – 41),⁴⁹ que sustentan las acciones de protección social en salud que ofrecerán las entidades federativas

El Seguro Popular de Salud es definido como “un instrumento para brindar protección financiera a los mexicanos, ofreciendo una opción con criterios de aseguramiento público en materia de salud a familias y ciudadanos que por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de

⁴⁸ Organización mundial de Salud, *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000*, p.29.

⁴⁹ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud*, México, 15 de mayo 2003.

seguridad social”⁵⁰. Su principal objetivo reducir el gasto de bolsillo de las familias afiliadas. En el año 2003 este objetivo se mantuvo como punto de partida para el diseño de las reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud), sin embargo, se modificaron algunos criterios de ejecución, que se comentan a continuación.

a) Población objetivo y servicios 2003

El programa atiende de manera prioritaria a las familias de los seis primeros deciles de la distribución de ingreso que no son derechohabientes de la seguridad social, residentes en el territorio nacional y que tengan acceso a unidades de salud con capacidad y calidad suficiente para ofrecer la prestación de los servicios médicos considerados en el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME). Como se señaló, este catálogo comprende 78 intervenciones que se consideran como los servicios de mayor demanda por la población, clasificados en 6 rubros: 1) Servicios de medicina preventiva, 2) Servicios de consejería médica, psicológica, dieta y ejercicio, 3) Servicio de consulta externa, 4) Servicio de salud reproductiva, 5) Servicio de odontología, 6) Servicio de urgencias, hospitalización y cirugía. El costo anual promedio per cápita nacional de las 78 intervenciones ofrecidas se estimó en \$1,572.22 pesos para el año 2003. (Anexo cuadros 3A y 4A)

La cobertura del SPS para el mismo año, se extendió a 21 entidades federativas seleccionadas conforme a los siguientes criterios: “1) baja cobertura de seguridad social, 2) mayor número de personas no aseguradas en los primeros seis deciles de ingreso, 3) capacidad para garantizar la provisión de los servicios cubiertos por el Programa, 4) demanda potencial de afiliación, 5) solicitud explícita de las autoridades estatales, 6) la existencia de suficiencia presupuestal del programa.”⁵¹

⁵⁰ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 2003.

⁵¹ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de salud da a conocer las reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 2003.

b) Fuentes de financiamiento del SPS 2003

El financiamiento del Seguro Popular de Salud proviene de dos fuentes:

- 1) Subsidio federal por familia.
- 2) Cuotas por familia según decil de ingreso.

“El Gobierno Federal destina un subsidio base por familia afiliada el cual se calcula a partir del costo per cápita promedio del CABEME, estimado para cada estado, menos el monto per cápita de recursos fiscales destinados a la prestación de servicios personales de salud vía ramo 33 y 12.” El monto que por concepto de subsidio se remita a los Servicios Estatales de Salud, será el correspondiente al per cápita estatal multiplicado por el número promedio estatal de miembros por familia según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2000.

En el 2003 los montos anuales de subsidio base por familia más altos fueron Chiapas con 2,535 pesos y para Baja California, Quintana Roo y Tabasco en 543 pesos por persona; los más bajos fueron para Baja California Sur con 1,320 pesos por familia y 328 por persona. Esta cantidad es el monto que el gobierno federal proporcionó a cada entidad federativa por persona o familia afiliada, en función del costo del CABEME. El tamaño de la familia se calculó a partir del número promedio estatal de miembros por familia, según datos del Censo 2000. (Cuadro 17)

Seguro Popular de Salud, 2003

Cuadro 17. Monto anual de subsidio base en pesos para el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME) de 78 intervenciones.

ENTIDADES	Por persona	Por Familia
Aguascalientes	472	2,219
Baja California	543	2,213
Baja California Sur	328	1,320
Campeche	423	1,860
Chiapas	517	2,535
Chihuahua	508	2,032
Coahuila	405	1,700
Colima	505	2,070
Distrito Federal	472	1,903
Durango	403	1,794
Guanajuato	472	2,374
Guerrero	491	2,296
Hidalgo	472	2,133
Jalisco	475	2,153
México	472	2,135
Michoacán	476	2,217
Morelos	472	1,997
Nayarit	492	2,057
Nuevo León	474	2,046
Oaxaca	474	2,199
Puebla	472	2,246
Quintana Roo	543	2,224
San Luis Potosí	472	2,200
Sinaloa	487	2,146
Sonora	496	2,071
Tabasco	543	2,489
Tamaulipas	526	2,120
Tlaxcala	471	2,333
Veracruz	489	2,104
Yucatán	517	2,294
Zacatecas	472	2,094

Cuadro de elaboración propia con información de: Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud), viernes 4 de julio de 2003.

El tamaño de la familia se calculó a partir del número promedio estatal de miembros por familia, según datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2000.

La cuota familiar de afiliación por decil de ingreso se calculó con la información de la Encuesta Nacional de Aseguramiento y Gasto en Salud 2001; y de la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH), ambas se ajustaron en base al Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC). (Cuadro 18)

Seguro Popular de Salud, 2003

Cuadro 18. Cuota por familia según decil de ingreso

Deciles de ingreso ¹	Ingreso corriente Trimestral por hogar		Trimestral	Semestral	Anual
	Promedio	Rango ²			
I	3,537	1,808-5,170	65	130	260
II	6,157	5,171-7,154	95	190	380
III	8,395	7,155-9,296	160	320	640
IV	10,707	9,297-11,689	285	570	1,140
V	13,284	11,690-14,520	475	950	1,900
VI	16,511	14,521-18,035	600	1,200	2,400
VII	20,611	18,036-22,699	790	1,580	3,160
VIII	26,209	22,700-29,396	945	1,890	3,780
IX	37,502	29,397-44,689	1,260	2,520	5,040
X	90,224	77,593-102,855	1,575	3,150	6,300

1/ Agrupación del total de hogares en diez estratos con igual número de hogares, ordenados de menor a mayor de acuerdo a su ingreso corriente monetario trimestral (ENIGH, 2000).

2/ La determinación de los rangos del ingreso corriente monetario trimestral promedio por hogar, para cada decil, se obtuvo a partir de la aplicación de dos desviaciones estándar, de acuerdo con la base de datos de la Cuadro de elaboración propia con información de: Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud), viernes 4 de julio de 2003.

Se determinó que los montos de las cuotas del SPS fuesen menores a los gastos de bolsillo reportados por la Encuesta de Ingreso Gasto de los Hogares por decil de ingreso y, de acuerdo a las posibilidades económica de la familia, que eligiera el periodo de cobertura trimestral, semestral o anual.

Por regla, las familias que afilia el Seguro Popular de Salud pertenecen a los primeros seis deciles de ingreso y, de acuerdo a las cuotas asignadas, éstas no deberán ser mayores al 30 por ciento de los ingresos familiares. Por ejemplo en el cuadro 18a se observa que los afiliados de los primeros tres deciles pagan por concepto de cuotas de 1.5 al 1.9 por ciento de su ingreso trimestral, lo que representa entre 0.70 centavos y 1.75 pesos diarios, respectivamente. Así el costo del aseguramiento resulta atractivo para las familias de 10 o más personas, pero también resultaría ser uno de los mayores riesgos financieros del programa.

Seguro Popular de Salud, 2003

Cuadro 18 a. Cuota por familia según decil de ingreso y porcentaje en relación al ingreso promedio

Deciles de ingreso ¹	Ingreso corriente Trimestral por hogar				Cuota Trimestral	% en relación al ingreso promedio trimestral	Cuota Semestral	% en relación al ingreso promedio semestral	Cuota Anual	% en relación al ingreso promedio anual
	Promedio trimestral	Promedio Semestral	Promedio anual	Rango ²						
I	3,537	7,074	14,148	1,808-5,170	65	1.8	130	1.8	260	1.8
II	6,157	12,314	24,628	5,171-7,154	95	1.5	190	1.5	380	1.5
III	8,395	16,790	33,580	7,155-9,296	160	1.9	320	1.9	640	1.9
IV	10,707	21,414	42,828	9,297-11,689	285	2.7	570	2.7	1,140	2.7
V	13,284	26,568	53,136	11,690-14,520	475	3.6	950	3.6	1,900	3.6
VI	16,511	33,022	66,044	14,521-18,035	600	3.6	1,200	3.6	2,400	3.6
VII	20,611	41,222	82,444	18,036-22,699	790	3.8	1,580	3.8	3,160	3.8
VIII	26,209	52,418	104,836	22,700-29,396	945	3.6	1,890	3.6	3,780	3.6
IX	37,502	75,004	150,008	29,397-44,689	1,260	3.4	2,520	3.4	5,040	3.4
X	90,224	180,448	360,896	77,593-102,855	1,575	1.7	3,150	1.7	6,300	1.7

1/ Agrupación del total de hogares en diez estratos con igual número de hogares, ordenados de menor a mayor de acuerdo a su ingreso corriente monetario trimestral (ENIGH, 2000).

2/ La determinación de los rangos del ingreso corriente monetario trimestral promedio por hogar, para cada decil, se obtuvo a partir de la aplicación de dos desviaciones estándar, de acuerdo con la base de datos de la ENIGH 2000.

Cuadro de elaboración propia con información de: Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud), viernes 4 de julio de 2003.

La evaluación 2003 consideró identificar a las familias grandes resultando que “solo el 1.6 por ciento de los hogares afiliados y no afiliados esta compuesto por 10 o más personas”, por lo que no es un elemento que preocupe o afecte a las finanzas del SPS.⁵²

Considerando que el SPS se destina a la población en donde impacta más el gasto de bolsillo en salud, esta evaluación muestra que el 35.9 por ciento de los beneficiarios pertenecen al 20% de la población más pobre del país: El 9.6 en el primer decil y el 26.3 por ciento en el segundo, “mientras que el 11.4 por ciento de los hogares se encuentra en los 3 últimos deciles.”⁵³ También se reveló que el 27.1 por ciento de los afiliados considera las cuotas muy baratas o baratas, 69 por ciento como adecuada y 4.1 como caras.⁵⁴ Por tanto, el 94 por ciento afirmó que renovará su contrato y solo el 2.6 por ciento no lo hará.⁵⁵

El Seguro Popular de Salud está supeditado al principio del federalismo, que otorga libertad y soberanía de cada entidad federativa; por lo que un programa federal no puede ejecutarse si previamente no se ha establecido un Acuerdo de Coordinación u otra disposición jurídico-administrativa sobre la materia.

⁵² Secretaría de Salud, *Evaluación Seguro Popular, Enero-Agosto, 2003*, México, p. 27.

⁵³ *Ibid*,

⁵⁴ *Ibid*, p. 36.

⁵⁵ *Ibid*, p. 35.

El SPS es puesto en marcha mediante un *Acuerdo de Coordinación* “firmado entre el Ejecutivo Federal por conducto de la Secretaría de Salud y por el Ejecutivo del Estado.”⁵⁶ El Acuerdo de Coordinación permite liberar y radicar los recursos.

El Cuarto Informe de Gobierno, señala que desde el 2002 se han ejercido recursos para la promoción y afiliación, equipo y gastos operativos del SPS, pero fue en el 2003 cuando algunas entidades firmaron sus respectivos convenios (Aguascalientes, Jalisco, Tabasco y Tamaulipas) y los 21 Estados restantes a lo largo del año 2004.

Durante enero del 2005 Chihuahua y Durango iniciaron la operación del Seguro Popular de Salud.⁵⁷ Queda pendiente el Distrito Federal. (Cuadro 19)

El Gobierno del Distrito Federal (GDF) cuestiona algunos aspectos del SPS expresando su disposición a firmar el acuerdo siempre y cuando no se cobre la atención médica, ya que el SPS no tiene cobertura amplia como la que ofrecen actualmente las instituciones de salud capitalinas.

La postura del GDF ha sido cuestionada aduciendo que su negativa responde a motivos e intereses partidistas, relegando a segundo término la urgencia de asegurar a la población que carece de servicios médicos, estimada en 3,261,361 personas (680,624 familias)⁵⁸

Debido a que es la única entidad no incorporada al SPS legisladores de la Comisión Permanente del Congreso de la Unión, exhortaron al Jefe del Gobierno del D.F. a reconsiderar su posición y firmar el convenio con la Secretaría de Salud.⁵⁹

Es importante recordar que el Seguro Popular de Salud forma parte del Sistema de Protección Social en Salud, por lo cual modificará la distribución de recursos del Ramo 33 concretamente los del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud

⁵⁶ Secretaría de Salud, Dirección General de Protección Financiera en Salud, *Lineamientos generales para el ejercicio de los recursos transferidos a los Estados participantes en el Programa del Seguro Popular de Salud*, Glosario de términos, México, p. 32.

⁵⁷ Presidencia de la República, entrevista que concedió el Presidente Vicente Fox al conductor del programa radiofónico "Por la Mañana", del Estado de Chihuahua, Jueves 6 de enero de 2005.

⁵⁸ http://www.comsoc.df.gob.mx/arch_sintesis/docs/15012005m.doc . Acepta AMLO seguro popular federal pero sin cuota, Milenio, 15 de enero de 2005.

⁵⁹ Los partidos que votaron el punto de acuerdo para exhortar al Jefe de Gobierno del D.F. fueron PRI, PVEM y PAN y dice: “Único.- Se exhorta al Jefe de Gobierno del Distrito Federal, a considerar la firma del Convenio con la Secretaría de Salud del Gobierno Federal y se implemente en esta entidad federativa el programa de aseguramiento público en materia de salud, denominado Seguro Popular”. Francisco Reséndiz, “Exhorta la permanente a López incorporar el Seguro Popular”, *La Crónica*, México, 27 de enero de 2005, p. 16.

(FASSA), y el Distrito Federal es de las entidades con mayor asignación federal en este rubro.

Cuadro 19. Acuerdos de Coordinación Formalizados para operar el Seguro Popular en las Entidades Federativas

Entidad federativa	Fecha de firma del Acuerdo
Aguascalientes	19/12/2003
Baja California	13/02/2004
Baja California Sur	02/02/2004
Campeche	19/01/2004
Coahuila	27/05/2004
Colima	30/01/2004
Chiapas	04/02/2004
Chihuahua	
Distrito Federal	
Durango	
Guanajuato	02/02/2004
Guerrero	06/04/2004
Hidalgo	16/01/2004
Jalisco	29/12/2003
México	20/01/2004
Michoacán	10/06/2004
Morelos	12/03/2004
Nayarit	18/03/2004
Nuevo León	01/06/2004
Oaxaca	23/06/2004
Puebla	28/01/2004
Querétaro	29/06/2004
Quintana Roo	03/06/2004
San Luis Potosí	11/02/2004
Sinaloa	12/02/2004
Sonora	15/01/2004
Tabasco	23/12/2003
Tamaulipas	03/12/2003
Tlaxcala	09/01/2004
Veracruz	26/01/2004
Yucatán	21/01/2004
Zacatecas	19/12/2004

Cuadro tomado de Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *Indicadores de Resultados, primer semestre año fiscal 2004*, México, julio 2004, p. 18.

En el 2003 el Seguro Popular de Salud amplió su cobertura geográfica incorporando cuatro entidades federativas a las 20 que ya lo tenían en el 2002. De esta manera se atendían 11,565 localidades de 332 municipios, en las que se afiliaron a 622,800 familias lo que representa 2, 050,900 personas afiliadas.⁶⁰

⁶⁰ Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2003*, México, 2004, pp. 147-148.

La meta es incorporar anualmente el 14.3 por ciento de la población que no tiene acceso a la seguridad social,⁶¹ de tal manera que para el 2010 toda la población que carece de seguridad social quede comprendida en este programa.

Cuadro 20. Resultados generales Seguro Popular de Salud, 2002-2004

Concepto	2002	2003	2004 ^{a/}
Afiliados			
Familias	295,513	622,800	799,902
Personas	N.D.	2,050,900	2,677,213
Cobertura			
Localidades	5,099	11,565	13,332
Municipios	186	332	517
Apoyo			
Unidades médicas	800	938	1,956
Hospitales^{1/}	69	111	111

N.D. Dato no disponible.

1/ El total de hospitales incorporados al SPSS incluye 110 Hospitales ancla y 1 Hospital de Alta Especialidad

a/ Los datos del año 2004 son un acumulado al 30 de junio del mismo año.

Cuadro elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, H Cámara de Diputados, con información de: Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 2002, 2003 y de la Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Dirección General de Afiliación y Operación.

Se tenía previsto que en el 2004 el SPS tuviera vigencia en todas las entidades federativas bajo el Sistema de Protección Social en Salud, para que las familias beneficiarias recibiesen atención en los centros de salud y hospitales generales incorporados al sistema.

c) El Sistema de Protección Social en Salud y el Seguro Popular de Salud como ejecutor

En abril de 2003, el Congreso de la Unión con diversas adiciones y reformas la Ley General de Salud (LGS), aprobó la creación el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y el Seguro Popular de Salud como ejecutor del mismo. Dicha Ley entró en vigor el 1º de enero de 2004.⁶²

⁶¹ Presupuesto de Egresos de la Federación 2004, Estrategia programática sectorial, sector salud, p. 2.

⁶² Aprobado en lo general, en la Cámara de Diputados con 305 votos en pro, 115 en contra y 4 abstenciones, el martes 29 de abril de 2003. Devuelta a la Cámara de Senadores para los efectos de lo dispuesto en el artículo 72, inciso e) de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Las reformas a la LGS establecen el funcionamiento del SPSS, y un mínimo de servicios para la protección social en salud, que son: “consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría y geriatría en el segundo nivel de atención.”⁶³

Define a la unidad de protección como las familias y personas que no cuenten con seguridad social; y el núcleo familiar como la unidad de atención, integrado por los cónyuges, concubina y el concubinario; por el padre y/o madre no unidos en vínculo matrimonial o concubinato, y por otros supuestos. Los integrantes del núcleo familiar son los hijos y adoptados menores de dieciocho años; los menores que tengan parentesco, los ascendientes mayores de 64 años que habiten en la misma vivienda y dependan económicamente, los hijos que tengan hasta 25 años, solteros que prueben ser estudiantes o bien discapacitados dependientes.⁶⁴

Las familias y sus miembros que cumplan con los siguientes requisitos recibirán los beneficios del SPSS:

- I. “Ser residentes en el territorio nacional;
- II. No ser derechohabiente de la seguridad social;
- III. Contar con Clave Única de Registro de Población;
- IV. Cubrir las cuotas familiares correspondientes, en los términos establecidos por el artículo 77 bis 21;
- V. Cumplir con las obligaciones establecidas anteriores.”⁶⁵

d) Financiamiento del SPSS

El financiamiento del SPSS se integra por recursos que asignan la Federación, las entidades federativas y cuotas de los beneficiarios. El Gobierno Federal cubre anualmente una “*cuota social*” por cada familia, equivalente al 15 por ciento de un salario mínimo vigente diario en el Distrito Federal que se actualiza trimestralmente de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor. También se

Aprobado en la Cámara de Senadores con 88 votos en pro y 6 en contra, el miércoles 30 de abril de 2003. Publicado en el Diario Oficial de la Federación, el jueves 15 de mayo de 2003.

⁶³ Ley General de Salud, Artículo 77 BIS 1.

⁶⁴ *Op.cit.*, Artículo 77 BIS 4.

⁶⁵ *Op. cit.*, Artículo 77 BIS 7.

realiza por parte del Gobierno Federal y las entidades federativas una “*aportación solidaria*” por cada familia beneficiaria; para el caso del Gobierno Federal se distribuirá a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona,⁶⁶ calculado mediante la fórmula establecida, la aportación representará al menos una y media veces el monto de la cuota social. A las entidades federativas les corresponde proporcionar la mitad de la cuota social proporcionada por el Gobierno Federal.

1) Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona

La Secretaría de Salud determina anualmente el monto total de los recursos federales disponibles para el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona, previa aprobación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). El fondo se integra atendiendo diversos componentes: el número de familias beneficiarias en la entidad federativa, necesidades de salud de la población, por *esfuerzo*⁶⁷ y desempeño estatal. El peso porcentual de cada componente se publicará el primer bimestre de cada año en el Diario Oficial de la Federación.⁶⁸

2) Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad

El monto de los recursos para el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, se determina por la Secretaría de Salud con la opinión de la Comisión Permanente de Servicios de Salud a la Comunidad, previa aprobación de la SHCP. La distribución del Fondo entre las entidades federativas se fija considerando tanto la población total del estado, como la población total de las entidades federativas incorporadas al SPSS, la asignación a la entidad para el año fiscal más el incremento anual conforme a la disponibilidad de recursos.⁶⁹

3) Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

De la cuota social y de las aportaciones solidarias, la Secretaría de Salud canaliza el 8 por ciento de dichos recursos al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. Este fondo se crea con el objeto de apoyar el financiamiento de

⁶⁶ *Op. cit.*, Artículo 77 BIS 12 y 13.

⁶⁷ La ecuación que calcula el monto total anual de recursos federales asociados al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona tienen como componente de asignación por esfuerzo estatal en el año anterior. Para ampliar el tema ver Diario Oficial de la Federación, *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud*, México, D.F. a 5 abril de 2004. Sección segunda, de las aportaciones para los servicios de salud a la persona, Artículos 83-87.

⁶⁸ *Op. cit.*,

⁶⁹ *Op.cit.*, Sección tercera de las aportaciones para los servicios de salud a la comunidad, Artículos 88-94.

enfermedades de alto costo, y serán los centros regionales de alta especialidad seleccionados mediante un estudio técnico, quienes reciban los recursos para atender casos de salud graves, de acuerdo a reglas de operación. La administración de los recursos del fondo está a cargo de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, mediante un fideicomiso constituido por el Gobierno Federal.⁷⁰ Las entidades federativas, organizaciones públicas y no gubernamentales pueden aportar recursos adicionales a este fideicomiso.

La enumeración de enfermedades, tratamientos y medicamentos que generan gastos catastróficos la realiza el Consejo de Salubridad General y la publica en el Catálogo de intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.⁷¹

4) Previsión Presupuestal Anual

De los recursos conjuntos (cuota social y aportaciones solidarias), la Secretaría de Salud, canaliza anualmente el 3 por ciento para la constitución de una Previsión Presupuestal Anual, de la cual dos tercera partes se canalizan a infraestructura para atención primaria y especialidades básicas en los estados con mayor marginación social. La tercera parte restante se destina a situaciones imprevistas en la demanda de servicios durante cada ejercicio fiscal.

En suma, las entidades federativas reciben del Gobierno Federal los recursos provenientes de la cuota social y aportación solidaria federal una vez descontado el 8 por ciento para el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y el 3 por ciento de la Previsión Presupuestal Anual.⁷²

5) Cuotas Familiares

Las cuotas familiares de los beneficiarios del SPSS se calculan conforme a las condiciones socioeconómicas de cada familia, y son revisadas anualmente con base en el Índice de Precios al Consumidor. En el caso que las familias no tengan capacidad de pago se incluyen en el *régimen no contributivo*, siempre y cuando se ubiquen en los

⁷⁰ El Fideicomiso se formalizaría con BANOBRAS durante el mes de agosto de 2004. Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *Indicadores de resultados del primer semestre año fiscal 2004*, México, julio 2004, p. 20.

⁷¹ Diario Oficial de la Federación, *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud*, México, D. F. a 5 abril de 2004. Sección segunda, de las aportaciones para los servicios de salud a la persona Capítulo II, del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, Artículos, 95-106.

⁷² *Op. cit.*, Capítulo III, de la Previsión Presupuestal Anual, Artículos, 107-110.

deciles I y II de la distribución de ingreso o sean beneficiarias de los programas de combate a la pobreza extrema y residentes en localidades rurales. Los recursos del régimen no contributivo no forman parte de las aportaciones solidarias ni de la cuota social, son aportaciones asignadas por la Secretaría de Salud previa autorización de la SHCP, por las entidades federativas y terceros solidarios.⁷³

Los hogares rurales ubicados en los deciles de ingreso I y II sumaban en el año 2002, 2.8 millones. En relación al total nacional representaban el 6.9 por ciento de hogares rurales en el decil I, y 4.7 por ciento al decil II de ingreso. Lo que significaría que aproximadamente 3 millones de hogares rurales podrían ser objeto del régimen no contributivo del SPSS ya que son hogares sin ingresos suficientes para solventar su salud. La atención en este amplio segmento de la población mediante el sistema no contributivo podría representar un riesgo financiero para el sistema, sobre todo en aquellas entidades federativas en donde existe mayor pobreza y marginación. (Cuadro 21)

Cuadro 21. Hogares urbanos y rurales por decil de ingreso, 2002

Decil de ingreso	Hogares Urbanos (más de 2,500 habitantes)	Hogares rurales (menos de 2,500 habitantes)	% Hogares rurales en relación al total nacional
I	769,181	1,695,836	6.9
II	1,311,012	1,154,005	4.7
III	1,665,085	799,932	3.2
IV	1,917,452	547,565	2.2
V	1,976,617	488,400	2.0
VI	2,093,941	371,076	1.5
VII	2,200,660	264,357	1.1
VIII	2,239,362	225,655	0.9
IX	2,323,432	141,585	0.6
X	2,333,212	131,804	0.5
TOTAL	18,829,954	5,820,215	24,650,169

Cuadro de elaboración propia con información de: Ángeles Palacios Escobar, El impacto del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en el incremento de los ingresos de los hogares pobres, Este trabajo es parte de la investigación "Superación de la Pobreza y Universalización de la Política Social" inscrita en PAPIIT de DGAPA de la UNAM, que se realiza en el CEDEM de la Facultad de Economía, UNAM <http://www.rolandocordera.org.mx/enigh2002/impacto.htm>

⁷³ *Op. cit.*, Capítulo IV, de las cuotas familiares y reguladoras, Artículos, 122-137.

e) Catálogo de Servicios

Con la constitución del SPSS, el número de intervenciones del Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME) fue sustituido por el Catálogo de Servicios Esenciales (CASES) pasando de 78 a 91 intervenciones y de 165 a 168 medicamentos. (Anexo cuadros 5 A y 6 A). El SPSS no atiende los padecimientos no incluidos en la lista.

f) Resultados del Sistema de Protección Social en Salud 2004

En el primer semestre de operación como SPSS afilió a través del Seguro Popular a 799,902 familias, logrando un avance significativo en los estados de Colima con el 100 por ciento de cobertura, Tabasco con 65. 2, Sinaloa 46.2, Baja California Sur 38.3 y Tamaulipas con 36.9 por ciento de afiliación en relación a las familias no derechohabientes. (Cuadro 22)

**Cuadro 22. Seguro Popular de Salud, avance por entidad federativa.
(acumulado al 30 de junio 2004)**

Entidad Federativa	Total de hogares (estimación al 2004) 1/	Número de familias no derechoahabientes (acumulado al 30 de junio 2004) 2/	Familias afiliadas al Seguro Popular (acumulado al 30 de junio 2004) 3/	Avance de filiación en relación al total de hogares (%)	Avance de filiación en relación al número de familias no derechoahabientes (%)
Aguascalientes	237,847	78,962	14,575	6.1	18.5
Baja California	713,736	189,178	34,067	4.8	18.0
Baja California Sur	123,370	28,913	11,079	9.0	38.3
Campeche	185,230	75,905	18,247	9.9	24.0
Coahuila	614,462	120,544	1,092	0.2	0.9
Colima	156,380	50,668	52,274	33.4	103.2
Chiapas	925,375	547,734	41,210	4.5	7.5
Chihuahua	862,219	224,273		0.0	0.0
Distrito Federal	2,357,837	680,624		0.0	0.0
Durango	358,788	124,478		0.0	0.0
Guanajuato	1,105,744	593,579	17,500	1.6	2.9
Guerrero	746,882	433,497	9,451	1.3	2.2
Hidalgo	563,867	272,232	19,892	3.5	7.3
Jalisco	1,625,164	618,423	38,747	2.4	6.3
México	3,407,901	1,365,715	37,343	1.1	2.7
Michoacán	984,076	560,568	3,089	0.3	0.6
Morelos	427,409	194,203	9,591	2.2	4.9
Nayarit	244,301	97,706		0.0	0.0
Nuevo León	1,035,930	223,363		0.0	0.0
Oaxaca	829,034	439,484	29,963	3.6	6.8
Puebla	1,225,903	687,815		0.0	0.0
Querétaro	358,331	138,549		0.0	0.0
Quintana Roo	266,287	82,538	7,927	3.0	9.6
San Luis Potosí	560,319	262,350	51,752	9.2	19.7
Sinaloa	650,767	203,588	94,118	14.5	46.2
Sonora	603,176	162,186	26,777	4.4	16.5
Tabasco	482,309	230,012	150,000	31.1	65.2
Tamaulipas	769,276	235,958	87,129	11.3	36.9
Tlaxcala	229,650	132,569	2,973	1.3	2.2
Veracruz	1,799,852	830,280	17,988	1.0	2.2
Yucatán	430,827	158,994	3,070	0.7	1.9
Zacatecas	334,021	161,104	20,048	6.0	12.4
TOTAL	25,216,270	10,205,992	799,902	3.2	7.8

Nota: La Ley de protección Social en Salud brinda aseguramiento a núcleos familiares y no a personas. La definición de núcleo familiar contemplada en la Ley General de Salud y la de hogar del XII Censo General de Población y Vivienda tienen puntos en común, lo cual permite establecer equivalencias y hacerlas comparables. La estimación del número de hogares en 2004 se calculó en relación a la tasa de crecimiento intercensal de los hogares entre 1990 y el año 2000 de dicha cifra se derivó la tasa de crecimiento promedio anual de los hogares por entidad federativa.

Cuadro de elaboración propia con información de:

1/ Alejandro Suárez Valdés Ayala, Juan José González Vilchis, et.al., Población no asegurada y núcleos familiares sujetos de afiliación al Sistema de Protección Social en Salud, Secretaría de Salud, México, mayo 2004.

2/ 3/ Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Dirección General de Afiliación y Operación.

Los indicadores que miden el avance del SPSS son:

1. Presupuesto ejercido.
2. Número de familias afiliadas.
3. Número de personas afiliadas.

4. Familias afiliadas incorporadas al Programa Oportunidades.
5. Número de familias afiliadas en comunidades indígenas.
6. Número de familias afiliadas en regiones de alta y muy alta marginación.
7. Número de familias por decil de ingreso.
8. Monto promedio de cuotas por familia beneficiaria.
9. Tasa de reafiliación.
10. Número de unidades médicas incorporadas al SPSS.⁷⁴

El cuadro 23 resume los totales por entidad federativa de las familias afiliadas por indicador, se aprecia que el total de familias afiliadas hasta el 30 de junio de 2004 fue 799,902 familias, lo que representa a 2'677,213 personas. Del total de familias afiliadas 554,118 son encabezadas por mujeres; 75,823 se localizan en comunidades indígenas; 180,345 familias habitan localidades de alta y muy alta marginación y 246,470 familias están incorporadas al Programa Oportunidades.

⁷⁴ Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *Indicadores de Resultados, Primer semestre año fiscal 2004*, México, julio 2004, . pp. 24-28.

**Cuadro 23. Número de familias afiliadas por rubro en el Seguro Popular de Salud por entidad federativa
(acumulado al 30 de junio 2004)**

Entidad Federativa	Familias afiliadas (1)	Número de personas afiliadas	Familias afiliadas encabezadas por mujeres	Familias afiliadas en comunidades indígenas (2)	Familias afiliadas en regiones de alta y muy alta marginación (3)	Familias afiliadas de Oportunidades (4)	Familias afiliadas por municipio (5)	Familias afiliadas por localidad (6)
Aguascalientes	14,575	58,446	11,171		2	1,314	5	28
Baja California	34,067	104,752	21,082		20,271	1,325	5	175
Baja California Sur	11,079	34,509	8,127		3,093	4,167	5	101
Campeche	18,247	60,849	8,311	8,697	9,826	2,058	8	137
Coahuila	1,092	3,526	843			69	2	7
Colima	52,274	146,966	37,063		1,482	9,285	10	290
Chiapas	41,210	130,911	35,078	6,884	23,233	14,479	14	642
Chihuahua								
Distrito Federal								
Durango								
Guanajuato	17,500	56,667	7,478			1,735	8	559
Guerrero	9,451	27,949	6,687			1,686	4	13
Hidalgo	19,892	59,173	14,527	1,255	932	5,172	20	324
Jalisco	38,747	151,378	30,778		1,629	17,990	87	1829
México	37,343	148,158	33,337		12,010	25,722	26	348
Michoacán	3,089	11,616	2,603	360	712	1,505	7	85
Morelos	9,591	33,310	8,076	1,693		4,020	17	221
Nayarit								
Nuevo León								
Oaxaca	29,963	91,457	22,893	4,747	3,355	3,929	56	103
Puebla								
Querétaro								
Quintana Roo	7,927	30,061	6,165	4	4	2,934	3	7
San Luis Potosí	51,752	200,929	36,987	18,454	27,052	25,784	38	1,085
Sinaloa	94,118	340,552	75,843		23,684	46,636	18	2,432
Sonora	26,777	88,606	20,900	9,694	1,918	18,028	45	542
Tabasco	150,000	459,830	63,649	11,774	19,385	17,305	17	1,311
Tamaulipas	87,129	288,126	69,578		14,857	23,472	43	1,834
Tlaxcala	2,973	12,800	2,751		1,762	2,004	11	33
Veracruz	17,988	61,267	15,114	9,191	10,658	9,211	20	487
Yucatán	3,070	13,660	2,860	3,070	3,070	2,388	2	15
Zacatecas	20,048	61,715	12,217		1,410	4,252	46	724
TOTAL	799,902	2,677,213	554,118	75,823	180,345	246,470	517	13,332

Cuadro de elaboración propia con información de: Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Dirección General de Afiliación y Operación.

En junio de 2004 el SPSS cubría a 2.7 millones de mexicanos, a través de 2,067 unidades hospitalarias, 1,956 Centros de Salud, 110 Hospitales Ancla y 1 Hospital de alta especialidad. (Cuadro 24)

Cuadro 24. Número de Unidades, Centros y Hospitales incorporados al SPSS

Acumulado al 30 de junio de 2004

Entidad federativa	Número de Unidades Hospitalarias	Número de Centros de Salud	Número de Hospitales Ancla	Número de Hospitales de Alta Especialidad
Aguascalientes	20	18	2	0
Baja California	40	37	3	0
Baja California Sur	30	26	4	0
Campeche	62	58	4	0
Coahuila	6	4	2	0
Colima	124	120	4	0
Chiapas	27	25	2	0
Chihuahua				
Distrito Federal				
Durango				
Guanajuato	114	107	7	0
Guerrero	27	23	4	0
Hidalgo	47	43	4	0
Jalisco	87	78	9	0
México	23	18	5	0
Michoacán	15	14	1	0
Morelos	80	78	2	0
Nayarit				
Nuevo León				
Oaxaca	24	21	3	0
Puebla				
Querétaro				
Quintana Roo	30	28	2	0
San Luis Potosí	175	171	3	1
Sinaloa	192	187	5	0
Sonora	68	59	9	0
Tabasco	371	358	13	0
Tamaulipas	298	286	12	0
Tlaxcala	32	30	2	0
Veracruz	64	61	3	0
Yucatán	16	14	2	0
Zacatecas	95	92	3	0
TOTAL	2,067	1,956	110	1

Cuadro tomado de: Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Dirección General de Afiliación y Operación.

g) Presupuesto

En México la centralización de los recursos en las zonas urbanas más importantes del país como el Distrito Federal, Guadalajara y Monterrey, ha tenido un impacto en todos los ámbitos de la vida social, política, económica – financiera y educativa, de las regiones. Refiriéndose a la cobertura en salud Gustavo Leal y Carolina Martínez comentan que “las áreas rurales más pobres se encontrarán prácticamente aisladas del

acceso a cualquier servicio”.⁷⁵ La desigualdad económica que existe entre las entidades federativas es muy marcada ya que no todos los sectores generan la misma cantidad de ingresos lo que repercute en el gasto para infraestructura y servicios.

Debido a las inercias en la distribución de los recursos federales asignados a los estados el gasto público en salud presenta fuertes disparidades. Así en el 2000, 11 entidades federativas concentraban el 60 por ciento del monto transferido por la federación, (Jalisco, Veracruz, Chiapas, Distrito Federal, Oaxaca, Hidalgo, Guanajuato, Puebla, Michoacán, Guerrero y Estado de México); mientras que Baja California Sur, Tlaxcala, Aguascalientes, Colima y Quintana Roo contaban con las asignaciones federales más bajas. (Cuadro 25)

Cuadro 25. Gasto Público en Salud, 2000
Estructura porcentual

Entidad Federativa	Gasto		
	Federal	Estatal	Total
Total	100.0	100.0	100.0
Jalisco	9.8	1.8	8.5
Veracruz	6.4	5.7	6.3
Chiapas	6.4	0.6	5.4
Distrito Federal	5.9	44.1	12.1
Oaxaca	5.5	0.0	4.6
Hidalgo	5.3	2.2	4.8
Guanajuato	4.7	1.3	4.2
Puebla	4.5	1.3	4.0
Michoacán	4.2	0.6	3.6
Guerrero	3.5	0.5	3.0
Estado de México	3.3	3.2	3.3
Tamaulipas	3.2	2.7	3.1
Chihuahua	2.9	1.5	2.7
San Luis Potosí	2.7	0.1	2.3
Sinaloa	2.6	0.2	2.2
Yucatán	2.4	0.7	2.1
Nuevo León	2.4	2.2	2.4
Sonora	2.3	8.0	3.2
Durango	2.3	0.2	2.0
Tabasco	2.2	13.3	4.0
Zacatecas	1.9	0.5	1.7
Coahuila	1.9	0.9	1.8
Baja California	1.9	0.4	1.6
Querétaro	1.6	0.9	1.5
Nayarit	1.5	0.3	1.3
Morelos	1.5	1.4	1.5
Campeche	1.5	1.4	1.5
Quintana Roo	1.3	0.8	1.2
Colima	1.2	0.1	1.0
Aguascalientes	1.2	2.5	1.4
Tlaxcala	1.1	0.5	1.0
Baja California Sur	0.9	0.2	0.8

Cuadro tomado de: Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Diagnóstico integral de la situación actual de las haciendas públicas estatales y municipales*, México, agosto 2003, Cuadro 41.

⁷⁵ Gustavo Leal y Carolina Martínez, “Tres momentos en la política de salud y seguridad social en México”, en Papeles de Población, No. 34, Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco, México, octubre-diciembre, 2002, p. 110. papelesdepoblacion.uaemex.mx/rev34/pdf/Gustav34.pdf

La estructura para la asignación de recursos del SPSS pretende superar la segmentación de la protección financiera de las familias al modificar la asignación de los recursos a las entidades federativas, en donde mantener un padrón de familias afiliadas al Seguro Popular de Salud es una condición imperativa para no perder el subsidio federal.

Esta condición imperativa significa mayor control por parte del Gobierno Federal para la aplicación de los recursos en los estados y la entrada a una nueva etapa de la descentralización administrativa, ya que a partir de la firma de los acuerdos de coordinación para la operación del SPSS, el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) se distribuyen en dos fondos:

- 1.- Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASS-P)
- 2.- Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASS-C)

Los presupuestos aprobados en 2004 y 2005 ya incluyeron en la estructura programática la distribución de los recursos con esta nueva división. (Cuadro 26)

Cuadro 26. Seguro Popular de Salud. Presupuesto Aprobado, 2002-2005
(pesos corrientes)

Fuente del presupuesto	2002	2003	2004	2005	Incremento 2004-2005
Salud Ramo 12	21,995,770,000	20,866,971,465	20,973,045,416	34,024,454,010	62.2
Seguro de Salud Popular	202,618,064				
Programa Salud para Todos (Seguro Popular)		177,518,700			
Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)			1,936,779,176	8,595,712,863	343.8
Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipales, Ramo 33	218,673,007,922	234,618,811,609	251,201,397,358	271,082,863,183	7.9
Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud Ramo 33	26,758,816,714	31,163,370,000	34,064,123,181	36,257,068,548	6.4
Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud para la Comunidad (FASSA-C) ^{1/}			11,719,872,070	12,534,697,693	7.0
Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud para la Persona (FASSA - P) ^{2/}			22,344,251,111	23,722,370,855	6.2

1/ 2/ El 1o de enero de 2004 entró en vigor el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), el cual divide la estructura del FASSA en dos fondos el FASSA-C y el FASSA-P

Cuadro de elaboración propia con información de: Presupuesto de Egresos de la Federación varios años.

El FASSA es un fondo del Ramo 33 y su monto se determina conforme a las disposiciones de la Ley de Coordinación Fiscal considerando los siguientes elementos:

- I. Inventario de infraestructura médica y las plantillas de personal.
- II. Los recursos para cubrir el gasto en servicios personales.
- III. Los recursos para cubrir el gasto de operación e inversión, excluyendo los gastos eventuales de inversión en infraestructura y equipamiento.
- IV. Otros recursos que promuevan la equidad en los servicios de salud. Los cuales son calculados a partir de la *fórmula de asignación de recursos*.

La fórmula de asignación de recursos tiene entre sus componentes variables como la población abierta, mortalidad en la entidad federativa, marginación, gasto total federal que para población abierta se ejerce en las entidades federativas.⁷⁶ La ponderación de estos componentes favorecía a las entidades con mayor infraestructura en salud.

El monto anual del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASSA-C) se determina a partir de la disponibilidad de recursos y del monto asignado el año anterior más el incremento respectivo. El aumento considera el crecimiento de la población nacional, el total de la población incorporada al SPSS, índice de riesgo sanitario estatal y un índice de eficiencia de los programas de salud pública.⁷⁷

El Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSA-P), contiene la aportación solidaria que el Gobierno Federal otorga a cada entidad federativa por familia beneficiaria, para ello:

- I. La Secretaría de Salud determina el presupuesto anual previa autorización de la SHCP, respetando el monto disponible para la aportación solidaria federal promedio nacional por familia, equivalente a 1.5 veces de la cuota social.
- II. El monto se distribuye entre las entidades federativas conforme a una ecuación cuyos componentes más significativos son la aportación solidaria federal total en el año, asignación por familia beneficiaria del sistema, asignación por necesidades de salud vinculadas a la población infantil y adulta, asignación por esfuerzo estatal, asignación por desempeño, ésta última toma en cuenta un

⁷⁶ Ley de Coordinación Fiscal, capítulo V, de los fondos de aportaciones federales, Artículos 29-31.

⁷⁷ Reglamento de la Ley General de Salud en materia de protección social en salud, Artículo 93.

conjunto de variables para medir la cobertura efectiva de los servicios que será definida por la Secretaría de Salud.⁷⁸

Los criterios de asignación de recursos al FASSA-C y FASSA-P, incluyen variables que el FASSA de la Ley de Coordinación Fiscal (artículos 29, 30 y 31) no tomaba en cuenta. Ahora el reglamento de la Ley General de Salud estipula los procedimientos para calcular los dos fondos del gasto en salud.

El presupuesto de la Secretaría de Salud en el 2005 se incrementó en 62.2 por ciento respecto al 2004, del cual se destinó 8,595,712,863 pesos a la operación del SPSS, monto que representa el 25.3 por ciento del total del sector salud. Es significativo que a un año de vigencia del SPSS se incrementara su presupuesto hasta en 343.8 por ciento con respecto al año anterior, lo cual expresa que ha sido considerado como el programa de mayor prioridad para el gobierno actual: Un programa cuya evolución y desarrollo lo convirtieron en sistema de protección y en ley.

5. Diversos puntos de vista sobre el Seguro Popular de Salud

Durante las dos últimas décadas del siglo XX el Gobierno Federal ha puesto en marcha políticas para modificar al sector salud como:

- 1) La descentralización administrativa que implicó la transferencia de recursos, bienes e inmuebles, y plazas laborales a las entidades federativas manteniendo a la Secretaría de Salud como cabeza de sector. La finalidad de la descentralización es que los Estados decidan sobre los recursos federales que reciben, siempre y cuando cumplan por lo menos con un nivel mínimo de acciones de salud determinadas a nivel federal en el Paquete Básico de Servicios de Salud que se les proporciona a la población abierta.⁷⁹
- 2) Reducir la desigualdad entre Estados respecto a la disponibilidad de los servicios de salud.

⁷⁸ *Op. Cit.*, Segunda sección, Artículos 86-87.

⁷⁹ Carlos Moreno Jaimes, *La descentralización del gasto en salud en México: una revisión de sus criterios de asignación*, México, p. 8. http://www.transparencia.org.mx/docs/descentralizacion_salud.pdf
“En 1995, el gobierno federal decidió retomar el proceso de descentralización. (iniciado en 1983). El Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 incluye a la descentralización como uno de sus principales lineamientos, cuyo fin es incrementar la eficiencia de la atención a la población abierta”.

- 3) "Fomentar la prestación plural de los servicios y procurar una buena mezcla público y privada en salud,"⁸⁰
- 4) Distribuir de manera equitativa el gasto federal en salud entre las entidades federativas.

Este conjunto de acciones siguen las recomendaciones del Banco Mundial y la Organización Mundial de Salud, interesados en el capital humano y, por ende, en "el rol que juega la salud en el desarrollo económico, la productividad laboral, la capacidad de aprender en la escuela, y la habilidad de desarrollar el físico, el intelecto, y las emociones. Y como al mejorar la salud pública se reducen las horas de trabajo perdidas debido a enfermedades, incrementando la productividad laboral, y reduciendo los costos asociados a las muertes".⁸¹

La productividad laboral es uno de los pilares del proceso económico de todo país, por lo que una población sana representa una inversión pública en la operación de todo el sistema de salud, según cifras de la Organización Mundial de Salud, en, "Japón, la salud pública representa el 80.2 por ciento gasto total de salud; 78 por ciento en Suecia y 82 por ciento en Noruega. El promedio de expectativa de vida es de 74.5 años en Japón, 73 en Suecia, 72 en Canadá, y 72.1 en Noruega. El gasto público per cápita en todos estos países supera los \$1,300 dólares, contrastando con la situación actual en América Latina. El gasto público per cápita en Brasil es de \$208 dólares, \$172 dólares en México, y \$98 dólares en Perú." ⁸²

Según la OCDE el gasto en servicios públicos de salud en México se incrementó de 40 por ciento de la inversión total del sector a 45 por ciento en 2002; sin embargo, sigue muy por debajo del promedio de la OCDE, que es de 72 por ciento. El sistema de Salud es profundamente inequitativo en términos de acceso a los servicios de salud, su financiamiento y sus resultados. Existen grandes disparidades en cuanto a cobertura, gasto público y condiciones sanitarias entre los estados del norte y del sur del país"; tiene muy baja disponibilidad de médicos, enfermeras y camas de hospital en comparación con los demás miembros de la OCDE. Dada la precariedad de la

⁸⁰ Programa Nacional de Salud, 2001-2006.

⁸¹ Organización Mundial de Salud, *Macroeconomía y Salud: Invertir en Pro del Desarrollo Económico*, Ginebra, 2001.

⁸² Organización Mundial de Salud, *Macroeconomía y Salud: Invertir en Pro del Desarrollo Económico*, Ginebra, 2001.

infraestructura de salud es preocupante que se informe que indicadores como el número de cirugías practicadas, consultas, especialistas y camas de hospital ocupadas expresan una significativa subutilización o que su productividad es muy de baja.⁸³

El primer informe de la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud, publicado en noviembre del 2004 señala que “la salud en México mantiene profundas desigualdades, como consecuencia de 50 años de ineficiencia en la asignación del gasto y la baja inversión (pública y privada) en el sector: mientras en municipios de Chiapas mueren 65 niños por cada mil nacidos, en la delegación Benito Juárez los índices de salud se equiparan a los de Europa occidental,”⁸⁴

Por su parte el director del área de Empleo y Asuntos Laborales y Sociales de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), John P. Martin, considera que el Seguro Popular de Salud, es “un proyecto bien diseñado para alcanzar la cobertura universal de servicios básicos de salud; sin embargo, para financiarlo en su *periodo de transición* (hasta 2010) necesitará más recursos y es poco probable que éstos se obtengan sin una reforma fiscal.”⁸⁵

Se espera que el Sistema de Protección Social en Salud, (SPSS), y su “brazo operativo” el Seguro Popular de Salud, reduzcan los desequilibrios señalados, propiciando un círculo que permita:

- Incrementar la inversión en salud para alcanzar niveles promedio de América Latina.
- Modificar la composición de las fuentes de financiamiento, de manera que a mediano plazo el gasto público sea la principal fuente de financiamiento.
- Generar mayor equidad financiera entre instituciones a partir de la cuota social.
- Producir mayor equidad geográfica, y una mayor transparencia en la asignación y el uso de los recursos a partir de las familias afiliadas por entidad federativa.

⁸³ David Zúñiga, “Los servicios sanitarios en México pobre”, *La Jornada*, México, D.F. jueves 18 de noviembre de 2004.

⁸⁴ *La Jornada*, “Desigualdad nacional en salud, por 50 años de mala inversión”, México, jueves 18 de noviembre de 2004.

⁸⁵ David Zúñiga, *Op.cit.*,

- Generar el compromiso de cada gobierno estatal con el financiamiento de servicios de salud para las familias afiliadas.
- Vincular la asignación de recursos por familia y el gasto en inversión con un Plan Maestro de infraestructura en salud.⁸⁶

Las reformas del Estado realizadas a principios de los años 80, trataron de contrarrestar los efectos de la crisis económica en todos los sectores de la sociedad. Tuvieron diversas repercusiones socioeconómicas entre las que destacan las siguientes:

- Reducción de la participación sindical y de las prestaciones sociales.
- Aumento del trabajo informal.
- Aumento en las tasas de desempleo.
- Incremento en el índice de pobreza.

Estos problemas se incrementaron ante la contracción del mercado laboral, que abarató la mano de obra debido a la sobreoferta de la población económicamente activa; y a la progresiva instauración de mecanismos de flexibilización laboral repercutiendo negativamente en el ámbito contractual del trabajo asalariado y en la merma de los derechos a prestaciones sociales establecidos legalmente. A la fecha se mantiene el elevado déficit en la generación de empleos formales; elevando a 19.5 millones de personas empleadas en actividades informales sin prestaciones, bajos salarios e inestabilidad permanente, lo que representa el 63.3 por ciento de la población ocupada urbana.⁸⁷

Para Julio Frenk, Secretario de Salud, el Seguro Popular de Salud es un “instrumento de justicia social”, ya que permite ampliar la seguridad social en salud a 48 millones que carecen de ella, es un programa que “no está dirigido a la población informal sino a los no asalariados”.⁸⁸

Entre las críticas más reiteradas al Seguro Popular destaca la que coloca la falta de infraestructura hospitalaria, de médicos y medicinas para llevarlo a cabo. Son reconocidas tanto la saturación como las carencias de los hospitales del IMSS, ISSSTE

⁸⁶ Octavio Gómez Dantés, Mauricio Ortiz, “Seguro Popular de salud, Siete perspectivas,” en *Salud Pública de México*, Vol. 46, Núm.6, noviembre-diciembre de 2004. p. 587.

⁸⁷ Juan Antonio Zúñiga, “La informalidad es ya la principal fuente de empleo en la era Fox”, *La Jornada*, México, D.F. martes 30 de diciembre de 2003.

⁸⁸ *Op. Cit.*, p. 590.

y de la Secretaría de Salud.⁸⁹ En cuanto a la evolución del mercado de trabajo médico se ha caracterizado “por la insuficiencia de médicas y médicos en las zonas rurales, y altas tasas de desempleo y subempleo en las ciudades.”⁹⁰ Este fenómeno se refleja en la prestación de los servicios de salud al desaprovechar los recursos humanos. “Existe 28% de médicas y médicos titulados que no trabajan ya sea porque están desempleados o permanecen inactivos, o bien, no se emplean en el sector salud. Esta cifra de desempleo es aún más alta entre las y los enfermeros: 48%.”⁹¹

Así las plazas para médicos que atienden a la población no asegurada se incrementó de 1980 a 1990 en 75.1 frente a un 21 por ciento de plazas médicas para la población asegurada. De 1990 al 2000 nuevamente se da un incremento de 91.2 por ciento en las plazas médicas para población no asegurada y un 30.3 por ciento en las plazas médicas de la población asegurada. Las plazas de enfermeras se incrementaron en la misma proporción.

Cuadro 27. Médicos y enfermeras del sector salud por tipo de población ^{1/}

Año	Médicos ^{2/}				Enfermeras ^{3/}			
	Población No Asegurada ^{4/}	Incremento	Población Asegurada ^{5/}	Incremento	Población No Asegurada ^{6/}	Incremento	Población Asegurada	Incremento
1980	16,423		38,225		26,280		52,245	
1990	28,749	75.1	46,262	21.0	45,269	72.3	85,260	63.2
2000	54,982	91.2	60,259	30.3	80,349	77.5	105,115	23.3
2001	56,725	3.2	60,822	0.9	81,322	1.2	105,847	0.7
2002	58,269	2.7	60,183	-1.1	82,950	2.0	106,539	0.7
2003 ^{7/}	59,714	2.5	60,973	1.3	82,647	-0.4	107,108	0.5
2004 ^{6/}	59,814	0.2	61,310	0.6	83,495	1.0	108,275	1.1
Incremento 2002-2004		2.7		1.9		0.7		1.6

e/ cifra estimada al mes de diciembre

1/ Sólo incluye información del sector público.

2/ Los sistemas de información reportan el número de plazas y no el número de personas.

3/ incluye enfermeras auxiliares, generales especializadas y en otras labores.

4/ El total incluye SSA, IMSS-Oportunidades, servicios de salud de entidades federativas, Secretaría de Salud del Distrito Federal y de los hospitales civiles estatales.

5/ El total incluye IMSS, ISSSTE, SEDENA, PEMEX, SEMAR

6/ El total incluye SSA, servicios de salud de entidades federativas, Secretaría de Salud del Distrito Federal y de los hospitales civiles estatales.

7/ En PEMEX y SEMAR cifras estimadas.

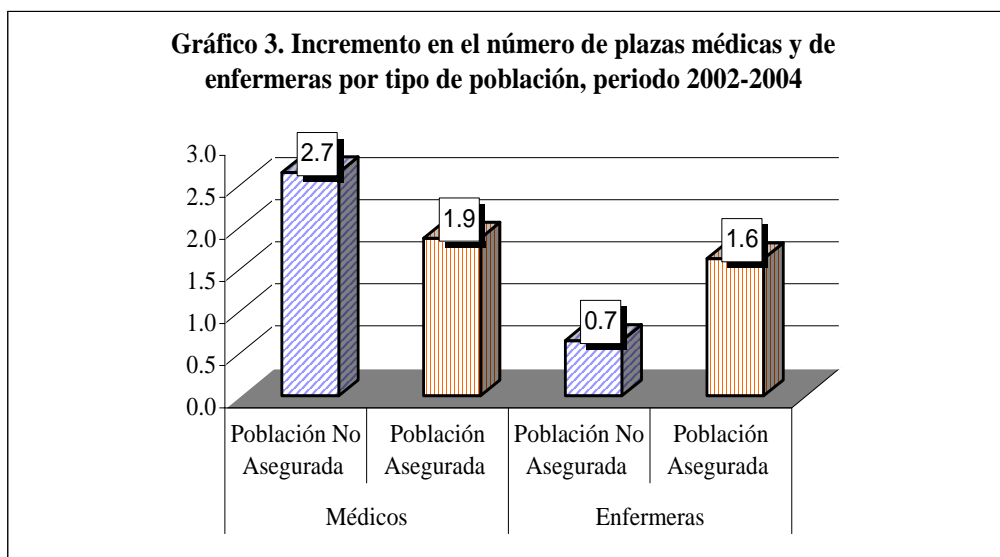
Cuadro de elaboración propia con información de: Presidencia de la República, *Cuarto Informe de Gobierno*, México, 2004, pp. 91-92.

⁸⁹ Clara Brugada Molina (coordinadora), *Seguro Popular ideas para el debate*, Grupo parlamentario del PRD, Cámara de Diputados, Congreso de la Unión, LXI Legislatura,

⁹⁰ Ana Mylena Aguilar, Gustavo Nigenda *et. al.*, “Desperdicio de recursos en el sistema de salud: el caso de la profesión médica y la enfermería”, en *Caleidoscopio de la salud*, México, p. 10.

⁹¹ Ana Mylena Aguilar, *Op. cit.*, p. 130.

En el periodo 2002-2004, que es lo que tiene de existencia el SPS, la cantidad de plazas médicas y de enfermeras para la población no asegurada aumentó de 58,269 a 59,814 y de 82,950 a 83,495 respectivamente, lo que representó el 2.7 y 0.7 por ciento, significando una contratación del 2002 al 2004 de 1,545 plazas médicas y 545 plazas de enfermeras. Para la población asegurada, las plazas médicas y de enfermeras se incrementaron 1.9 y 1.6 por ciento o sea que en dos años solo se sumaron a las ya existentes 1,127 plazas médicas y 1,736 plazas de enfermeras. El personal médico y de enfermeras a nivel nacional en el sector público incluye instituciones como la SSA, IMSS-Oportunidades, servicios de salud de las entidades federativas, Secretaría de Salud del Distrito Federal, Hospitales civiles estatales, IMSS, ISSSTE, SEDENA, PEMEX y SEMAR. (Gráfico 3)



El SPSS, pone de manifiesto la débil estructura del Sistema Nacional de Salud, especialmente en recursos financieros, infraestructura y de personal. Queda la interrogante si el SPS configura una política social que reducirá la tensión provocada por la inequidad.

Comentario final

La promoción para la creación y ampliación del Seguro Popular señala que la población pobre que no tiene acceso a la seguridad social formal estuvo desprotegida de servicios de salud. Se afirma que el 50 por ciento de la población abierta ha carecido de servicios de salud hasta que se crea el Seguro Popular, lo cual es incorrecto, ya que el Estado mexicano proporciona desde hace décadas atención médica a estos sectores por medio de la red programas de salud y de hospitales que han brindado servicios médicos básicos y especialidades a la población abierta. Al igual que ahora lo hace el Seguro Popular, en las clínicas y hospitales de la Secretaría de Salud se cobraban cuotas de recuperación de acuerdo a la capacidad de pago de los usuarios, quienes tenían que adquirir sus medicinas por cuenta propia, generando efectivamente “gastos de bolsillo” en ocasiones catastróficos ante padecimientos graves y prolongados. Mucho se ha escrito sobre las deficiencias de las clínicas y hospitales públicos, pero sin duda, brindaron esos servicios a gran parte de la población.

El esquema del Seguro Popular de Salud es una propuesta interesante en la medida en que el cobro de las cuotas de recuperación es trimestral, semestral o anual y, por familia o individual sea el caso, que se integra al fondo de financiamiento del mismo. La administración de estos recursos, junto con los proporcionados por la federación y las entidades federativas favorecen el monto asignado del presupuesto anual. El esquema de pago anual familiar del seguro, se dice, que fomenta la cultura del prepago, como si antes dominara la cultura del no pago, omitiéndose que el problema de fondo era –y sigue siendo- la insuficiencia de ingresos de la población más pobre, y las carencias de un sistema de salud que no se extendió cabalmente a las zonas marginadas, sobre todo en el medio rural.

Los problemas son tanto de concepción de la salud y el grado de responsabilidad del Estado en la misma, por un lado, y por el otro, la pobreza generalizada ligada a los problemas estructurales de la economía, de los mercados de trabajo y de la estructura salarial.

Ahora uno de los principales desafíos del Seguro Popular –que a la vez constituye la crítica más seria- es que carece de los recursos humanos, financieros y de

infraestructura hospitalaria para superar las insuficiencias que caracterizan los servicios de salud para quienes no tienen acceso a la medicina institucional. Dado que la instauración y su funcionamiento plenos están planteados a largo plazo, el reto es superar los obstáculos de corto y mediano plazos configurados por las carencias históricas del sistema de atención a población abierta.

El Seguro Popular de Salud pretende cumplir los preceptos constitucionales de garantizar el derecho a la salud de todos los mexicanos mediante el prepago del seguro que cubre a la familia, como instrumento de protección financiera fomenta la cultura del pago por servicios de salud.

Las reformas a la Ley General de Salud avanzan en el cumplimiento de la cobertura universal, ahora bajo el enfoque del SPSS. Esto es, que beneficia a todos los mexicanos, de conformidad con el artículo 4º constitucional. No obstante esta cobertura universal no está garantizada para todos los estratos sociales debido a que puede ser suspendida temporalmente si el afiliado no paga anticipadamente, la cuota familiar como lo plantea el artículo 77 bis 39, desprotegiendo a las familias que carecen de los medios para sufragar sus gastos médicos. Con ello el problema de fondo permanece: quienes no pueden pagar son quienes padecen pobreza extrema, pero los gastos de bolsillo y catastróficos también afectan a segmentos importantes de población clasificada en pobreza de capacidades y de patrimonio. Por ende, el nuevo Sistema de Seguridad Social sigue siendo virtualmente inequitativo, pues si no hay ingresos para realizar el pago correspondiente del seguro no se tiene derecho a la atención médica. Esto afectará especialmente a los no pobres, quienes no califican para el *régimen no contributivo*, por no pertenecer a los deciles de ingreso I y II -que no son beneficiarios de los programas de combate a la pobreza y no residen en comunidades rurales.-

Otro objetivo del SPS es disminuir el riesgo de mayor empobrecimiento provocado por lo gastos de bolsillo y catastróficos de las familias de menores ingresos, al proporcionar un menú de 168 medicamentos y 91 intervenciones enumerado en el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud, que por cierto, no incluye todas las especialidades médicas.

El SPS como ejecutor del Sistema de protección Social en Salud, introduce una nueva distribución de los recursos para las entidades federativas, los fondos de

Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSA-P) y de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASSA-C).

La nueva asignación de aportaciones para la salud a las entidades federativas fortalece el control de la Secretaría de salud ya que es la responsable de determinar el monto de los recursos para los Fondos, previa autorización de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

A mediano plazo, el Seguro Popular contribuirá al desmantelamiento del modelo de seguridad social tradicional para dar origen a uno cuyo financiamiento permita mejorar la calidad de la atención de los servicios médicos, ya que en su financiamiento participarán la federación, las entidades federativas y los beneficiarios mediante una cuota acorde a su nivel de ingreso.

Bibliografía

- Aguilar, Ana Mylena, Gustavo Nigenda *et. al.*, “Desperdicio de recursos en el sistema de salud: el caso de la profesión médica y la enfermería”, en *Caleidoscopio de la salud*, México.
- Arancibia Córdova, Juan, *¿Cuánta seguridad social requiere la sociedad y puede soportar la economía?*, www.redem.buap.mx/acrobat/arancibiaz.pdf
- Brugada Molina, Clara (coordinadora), *Seguro Popular ideas para el debate*, Grupo parlamentario del PRD, Cámara de Diputados, Congreso de la Unión, LXI Legislatura.
- CONAPO, *Índices de marginación 2000*, México, 2001.
- Gómez Dantés, Octavio, Mauricio Ortiz, “Seguro Popular de salud, Siete perspectivas,” en *Salud Pública de México*, Vol. 46, Núm.6, noviembre-diciembre de 2004.
- Leal, Gustavo y Carolina Martínez, “Tres momentos en la política de salud y seguridad social en México”, en: *Papeles de Población*, No. 34, Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco, México, octubre-diciembre, 2002. papelesdepoblacion.uaemex.mx/rev34/pdf/Gustav34.pdf
- Miranda Ocampo, Raúl, *et.al.*, “Inequidad de los servicios de salud a población abierta en México”, en: *Salud Pública de México*, Noviembre-Diciembre de 1993, Vol..35, No. 6.
- Moreno Jaimes, Carlos, *La descentralización del gasto en salud en México: una revisión de sus criterios de asignación*, México. http://www.transparencia.org.mx/docs/descentralizacion_salud.pdf
- Nigeda, Gustavo, *et. al.*, “La importancia de los medicamentos en la operación del Seguro Popular de Salud,” en *Caleidoscopio de la Salud*, México.
- Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el Mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Ginebra, Suiza, 2000.
- Organización Mundial de Salud, *Macroeconomía y Salud: Invertir en Pro del Desarrollo Económico*, Ginebra, 2001.

Documentos Oficiales

- Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *Indicadores de Resultados, primer semestre año fiscal 2004*, México, julio, 2004.
- Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002 (ENED 2002). Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño (DGIE), Secretaría de Salud.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2001, Funciones de Desarrollo Social, Salud*, México.

Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2002, Funciones de Desarrollo Social, Salud*, México.

Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2003, Funciones de Desarrollo Social, Salud*, México.

Secretaría de Salud, *Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud, PROCEDES*, México, julio 2002.

Secretaría de Salud, *Programa de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas*, México, 2001.

Secretaría de Salud, *Evaluación del Seguro Popular de Salud, Informe 2002*, México, octubre 2002.

Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, *Evaluación Seguro Popular enero-agosto 2003*.

Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *Indicadores de Resultados, Primer semestre año fiscal 2004*, México, julio 2004.

Secretaría de Salud, Dirección General de Protección Financiera en Salud, *Lineamientos generales para el ejercicio de los recursos transferidos a los Estados participantes en el Programa del Seguro Popular de Salud*, Glosario de términos.

Presidencia de la República, *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*, México.

Presupuesto de Egresos de la Federación 2002, Estrategia programática sectorial, sector salud.

Presupuesto de Egresos de la Federación 2003, Estrategia programática sectorial, sector salud.

Presupuesto de Egresos de la Federación 2004, Estrategia programática sectorial, sector salud.

Presupuesto de Egresos de la Federación 2005, Estrategia programática sectorial, sector salud.

Programa Nacional de Salud, 2001-2006.

Diarios Oficiales

Diario Oficial de la Federación, Instituto Mexicano del Seguro Social, *Acuerdo por el que la Coordinación General del Programa IMSS-Solidaridad publica las Reglas de Operación del Programa IMSS-Solidaridad*, viernes 15 de marzo de 2002 (primera sección)

Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud*, México, 15 de mayo 2003.

Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*, 15 de marzo 2002.

Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 2003.

Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Desarrollo Social, *Acuerdo por el que se emiten y publican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para el Ejercicio Fiscal 2003. y Acuerdo publicado el 25 de septiembre de 2003 por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*, publicadas el 8 de mayo de 2003.

Diario Oficial de la Federación, *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud*, México, D. F., 5 abril de 2004.

Leyes y reglamentos

Ley General de Salud.

Ley de Coordinación Fiscal.

Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, (vigente al 10 de noviembre de 2004)

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

Reglamento del Seguro de Salud para la Familia.

Hemerografía

La Jornada, "Desigualdad nacional en salud, por 50 años de mala inversión", México, jueves 18 de noviembre de 2004.

Presidencia de la República, Entrevista que concedió el Presidente Vicente Fox al conductor del programa radiofónico "Por la Mañana", del Estado de Chihuahua, Jueves 6 de enero de 2005.

Reséndiz, Francisco, "Exhorta la permanente a López incorporar el Seguro Popular", *La Crónica*, México, 27 de enero de 2005.

Zúñiga, David, "Los servicios sanitarios en México pobre", *La Jornada*, México, D.F., jueves 18 de noviembre de 2004.

Zúñiga, Juan Antonio, "La informalidad es ya la principal fuente de empleo en la era Fox", *La Jornada*, México, D. F., martes 30 de diciembre de 2003.

Páginas Electrónicas

<http://evaluacion.salud.gob.mx/ened2002/ENED.htm>

http://www.comsoc.df.gob.mx/arch_sintesis/docs/15012005m.doc. Acepta AMLO seguro popular federal pero sin cuota, Milenio, 15 de enero de 2005.

<http://www.dif.gob.mx/dif/interior/dif.html>

Anexo

Cuadro 1A. Catálogo de Beneficios Médicos, 2002.

Cuadro 2A. Lista de medicamentos asociados al catálogo de Beneficios Médicos del Seguro Popular de Salud, 2002

Cuadro 3A. Catálogo de Beneficios Médicos, 2003.

Cuadro 4A. Lista de medicamentos asociados al catálogo de Beneficios Médicos del Seguro Popular de Salud, 2003.

Cuadro 5A. Catálogo de Servicios Esenciales de Salud, 2004.

Cuadro 6 A. Listado de claves de medicamentos, Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular de Salud) 2004.

Cuadro 7 A. Familias afiliadas y recursos ejercidos por el Seguro Popular de Salud, 2002-2004.

Cuadro 8 A. Indicadores seleccionados del Sistema Nacional de Salud del Gobierno del Distrito Federal, 1998.

Cuadro 9 A. Tipos de Salud proporcionados a la población abierta: Seguro Popular de Salud, 2003.

Cuadro 10A. Indicadores representativos en las entidades federativas piloto del Seguro Popular de Salud, 2002.

Cuadro 11 A. Población amparada por el ISSSTE por entidad federativa, 2001.

Cuadro 12 A. Trabajadores asegurados permanentes en el IMSS por entidad federativa, 2000-2004.

Cuadro 13 A. Trabajadores asegurados eventuales en el IMSS por entidad federativa, 2000-2004.

Cuadro 14 A. Familias afiliadas al Seguro Popular de Salud por entidad federativa, municipio, localidad, acumulado al 30 de junio 2004.

Cuadro 15 A. Familias afiliadas al Seguro Popular de Salud encabezadas por mujeres por entidad federativa, acumulado al 30 de junio 2004.

Cuadro 16 A. Población total, número de personas no derechohabientes y afiliadas al Seguro Popular de Salud por entidad federativa, acumulado al 30 de junio 2004.

Cuadro 17 A. Porcentaje de hogares por entidad federativa con gastos catastróficos en salud, índice de justicia en la distribución financiera, hogares con seguro de salud y trato digno en los servicios de salud, 2002

Cuadro 18 A. Familias afiliadas al Seguro Popular de Salud, 2002-2004

Cuadro 19 A. Gasto público en salud per cápita por entidad federativa y condición de aseguramiento, 2002.

Cuadro 20 A. Proyecto y Aprobación del Presupuesto para el Seguro Popular de Salud, 2002-2005.

Cuadro 21 A. Presupuesto Asignado al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad y Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona, 2004-2005.

Cuadro 22 A. Seguro Popular de Salud. Presupuesto Aprobado, 2002-2005.

Cuadro 23 A. Votación de la Cámara de Diputados respecto a: Proyecto de decreto, que adiciona el artículo 3º con una fracción II bis; el artículo 13, apartado A), con una fracción VII bis y el título tercero bis, a la Ley General de Salud; con los artículos 77 bis 1 al 77 bis 41; y que reforma la fracción I del apartado B) del artículo 13, la fracción IX del artículo 17, el artículo 28 y el artículo 35 de la citada ley (en lo general y en lo particular los artículos no reservados)

Anexo

Cuadro 1 A.
Seguro Popular de Salud, 2002

CATALOGO DE BENEFICIOS MEDICOS, CABEME
Características de los Apoyos

SERVICIOS DE MEDICINA PREVENTIVA	
INMUNIZACIONES ,DETECCIÓN Y PREVENCIÓN	
1	Inmunización contra poliomielitis
2	Inmunización contra sarampión, rubéola y parotiditis
3	Inmunización con vacuna pentavalente
4	Inmunización con BCG
5	Inmunización contra DPT
6	Inmunización contra difteria y tétanos, Td
7	Inmunización con toxoide tetánico
8	Inmunización contra influenza en el adulto
9	Inmunización contra neumococo en el adulto
10	Detección de la Diabetes Mellitus
11	Detección de la Hipertensión Arterial
12	Detección de trastornos de la agudeza visual en niños
13	Detección de cáncer cérvico-uterino
14	Detección de cáncer de mama (clínica, mastografía y biopsia)
15	Detección de hipertrofia de próstata (clínica, antígeno y toma de biopsia)
SERVICIOS DE CONSEJERIA MEDICA, PSICOLOGICA, DIETA Y EJERCICIO	
16	Vigilancia de la nutrición, crecimiento y consulta del niño sano
17	Examen físico anual para adultos mayores de 40 años
18	Consejería Nutricional y de Ejercicio (obesidad, hipercolesterolemia, osteoporosis, HTA)
19	Grupos de autoayuda para desarrollar conductas saludables
20	Detección, consejería y referencia de adicciones
21	Consejería sobre Salud Reproductiva
22	Detección y consejería para la prevención de ITSs (VIH, sífilis, Hep. B y chlamidia)
SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA	
MEDICINA FAMILIAR	
23	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de diabetes mellitus tipo II
24	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial
25	Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad péptica (incluye endoscopia)
26	Diagnóstico y tratamiento del asma (incluye urgencias y hospitalización)
27	Diagnóstico y tratamiento de gota
28	Diagnóstico y tratamiento anemia ferropriva
29	Diagnóstico y tratamiento de enfermedad articular degenerativa
30	Diagnóstico y tratamiento de dermatosis simples
31	Diagnostico y tratamiento de la Otitis Media Aguda
32	Diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda
33	Diagnóstico y tratamiento del Cólera
34	Diagnóstico y tratamiento de parasitosis intestinal
35	Diagnóstico y tratamiento de infección respiratoria aguda
36	Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis
37	Diagnóstico y tratamiento del dengue clásico y hemorrágico (incluye urgencias y hospital)
38	Diagnóstico y tratamiento del paludismo
39	Diagnóstico y tratamiento de brucelosis
40	Diagnóstico y tratamiento de la lepra
41	Diagnóstico y tratamiento de las infecciones de vías urinarias y pielonefritis
42	Diagnóstico y tratamiento de ITS (sífilis, gonorrea, candidiasis, clamidia y tricomonas)

Cuadro 1 A.
Seguro Popular de Salud, 2002

CATALOGO DE BENEFICIOS MEDICOS, CABEME

SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA	
43	Diagnóstico y consejería del tabaquismo en adolescentes
44	Diagnóstico y consejería del alcoholismo
45	Diagnóstico y tratamiento farmacológico ambulatorio de la depresión
46	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la epilepsia
SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA	
47	Planificación familiar con métodos temporales, anticonceptivos
48	Planificación familiar con métodos temporales, preservativos
49	Planificación familiar con métodos temporales, DIU
50	Planificación familiar con métodos definitivos: vasectomía
51	Clínica de displasias y conización
UNIDAD BASICA DE REHABILITACION	
52	Rehabilitación de fracturas
53	Rehabilitación de parálisis facial
54	Estimulación temprana del prematuro
SERVICIOS DE ODONTOLOGIA	
55	Prevención de caries (curetaje, odontoxesis y aplicación tópica de flúor)
56	Obturación de caries de 1er. y 2o. grado con amalgama
SERVICIOS DE URGENCIAS, HOSPITALIZACION Y CIRUGIA	
ATENCION DE URGENCIAS	
57	Manejo de lesiones traumáticas de tejidos blandos (curaciones y suturas)
58	Diagnóstico y tratamiento de fracturas cerradas de huesos largos
59	Diagnóstico y tratamiento de envenenamientos
60	Prevención de la rabia y manejo de mordeduras
61	Diagnóstico y tratamiento de mordedura de serpiente
62	Diagnóstico y tratamiento del alacranismo y picaduras
63	Estabilización de pacientes (Hipertensión, Diabetes, Angor pectoris)
SERVICIOS DE HOSPITALIZACION	
64	Diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis
65	Diagnóstico y tratamiento de la neumonía
66	Diagnóstico y tratamiento de meningitis
ATENCION DEL EMBARAZO, PARTO Y RECIEN NACIDO	
67	Atención prenatal del embarazo y detección y referencia del embarazo de alto riesgo
68	Atención del parto normal y del puerperio
69	Atención perinatal del recién nacido
70	Tamiz metabólico del recién nacido (hipotiroidismo y fenilcetonuria)
71	Tratamiento del hipotiroidismo congénito
SERVICIOS QUIRURGICOS	
72	Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de hernia inguinal
73	Planificación familiar con métodos definitivos: salpingoclasia
74	Atención del parto por cesárea y puerperino
75	Diagnóstico y tratamiento de las complicaciones de aborto
76	Colecistectomía abierta
77	Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del abdomen agudo quirúrgico
78	Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del abdomen agudo quirúrgico

Elaborado con información de:

a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*, 15 de marzo 2002.

Cuadro 2 A.
LISTA DE MEDICAMENTOS ASOCIADOS AL CATALOGO DE BENEFICIOS MEDICOS DEL
SEGURO POPULAR 2002

	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Beneficiarios	GENERICO INTERCAMBIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
1	Acarbosa	Tabletas de 50 mg, envase c/30		Miligramos
2	Acetaminofén solución oral	Acetaminofén solución oral		Miligramos
3	Acetaminofén gotas	100 mg/ml, frasco 15 ml		Miligramos
4	Acetaminofén tabletas	Tabletas 300 mg. Caja con 10		Miligramos
5		Tabletas 500 mg		Miligramos
6	Acetato de medroxiprogesterona y cipionato de estradiol	Ampolleta 25 mg		Ampolleta
7	Acido fólico, inyectable	Ampolletas		Ampolleta
8	Acido fólico, tabletas	tabletas	GI, HEMATOLOGIA	Tabletas
9	Albendazol susp.	20 mg/ml fco. 20 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
10	Albendazol, suspensión	Suspensión 20 mg fco. 20 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
11	Albendazol, tabletas	Caja con 2 tabletas de 200 mg. c/u	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
12	Ambroxol, comprimidos	Comprimidos de 30 mg, c/20	GI, NEUMOLOGIA	Miligramos
13	Ambroxol, solución oral	Frasco con 120 ml	GI, NEUMOLOGIA	Miligramos
14	Amitriptilina			Miligramos
15	Amoxicilina, suspensión	Suspensión 250 mg, envase con 60 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
16	Amoxicilina, tabletas	Tabletas 500 mg, caja c/12	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
17	Amoxicilina/ Ac. Clavulanico 125/31.25 mg	Suspensión 60 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
18	Amoxicilina/ Ac. Clavulanico 250/62.5 mg	Suspensión 60 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
19	Ampicilina, cápsulas	Cápsulas de 250 mg. caja con 20	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
20	Ampicilina, inyectable	Ampolleta de 1 gr.	GI, ENF. INFECC.	Ampolleta
21	Ampicilina, suspensión 125 mg	Suspensión 125 mg, envase con 60 ml		
22	Ampicilina, suspensión 250 mg	Suspensión 250 mg/5 ml, envase 60 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
23	Atropina			Ampula
24	Aztemizol	Tabletas 10 mg, c/10		Tableta
25	Beclometasona aerosol	Envase c/200 dosis	GI, NEUMOLOGIA	Disparos
26	Benzoato de bencilo	Emulsión dérmica 300 mg. con 120 ml		Envase
27	Betametasona, solución inyectable	Ampolleta 3 mg	GI, ENF. INMUNOALERGICAS	Ampolletas
28	Bicarbonato de sodio inyectable	Ampolleta 10 ml	GI, SOL. ELECTROLITICAS	Ampolletas
29	Bromuro de ipatropio	Aerosol 10 ml (200 dosis)		Disparos
30	Butilioscina, inyectable	Solución inyectable 20 mg, c/3 amp. de 1 ml	GI, GASTROENTEROLOGIA	Ampolleta
31	Butilioscina, solución	15 ml, 6.67 mg		Mililitros
32	Butilioscina, tabletas	Caja de 20 tabletas de 10 mg c/u	GI, GASTROENTEROLOGIA	Miligramos
33	Captopril	Tabletas 25 mg, envase c/30	GI, CARDIOLOGIA	Miligramos
34	Carbamazepina, suspensión	Suspensión 120 ml		Miligramos
35	Carbamazepina, tabletas	Tabletas 200 mg	GI, NEUROLOGIA	Miligramos
36	Cefalexina	Tabletas 500 mg, caja c/20	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
37	Cefotaxima, 1 g	Ampolleta 1 g, 4 ml		Miligramos
38	Cefotaxima, 500 mg	Ampolleta 500 mg, 2 ml		Miligramos
39	Ceftriazona	Ampolleta de 0.5 g, en 5 ml		Ampolletas
40	Cefuroxime	Tabletas 500 mg		Miligramos
41	Cimetidina	Tabletas 200 mg		Miligramos
42	Ciprofloxacina, tabletas	Tabletas 500 mg, caja c/12	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
43	Citalopram			Miligramos
44	Claritomicina	Tabletas 250 mg		Miligramos
45	Clindamicina	Tabletas 300 mg, caja c/12	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
46	Clioquinol	Envase 60 g	GI, DERMATOLOGIA	Envase
47	Clioquinol/hidrocortisona	Envase 20 g		Envase
48	Clomipramina			Miligramos
49	Cloranfenicol solución oftálmica	Frasco con 15 ml	GI, OFTALMOLOGIA	Mililitros
50	Clorfeniramina, jarabe	Jarabe 0.5 mg frasco 120 ml.	GI, ENF. INMUNOALERGICAS	Frasco
51	Clorfeniramina, tabletas	Tabletas de 4 mg, caja c/20	GI, ENF. INMUNOALERGICAS	Miligramos
52	Clorpropamida	Tabletas 250 mg, caja c/50		Miligramos
53	Cloroquina	Tabletas de 150 mg. caja c/1000		Miligramos
54	Clorotiacida	Tabletas 250 mg, caja c/20		Miligramos
55	Clorpormacina	Comprimidos 100 mg		Miligramos
56	Clortalidona	Tabletas 50 mg caja c/20	GI, CARDIOLOGIA	Miligramos
57	Cloruro de potasio	Ampolleta 100 mg, 5 ml	GI, SOL. ELECTROLITICAS	Mililitros
58	Crema Cold-Cream	Envase 75 ml		Envase

Elaborado con información de:

a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud, 15 de marzo 2002.

Cuadro 2 A.
LISTA DE MEDICAMENTOS ASOCIADOS AL CATALOGO DE BENEFICIOS MEDICOS DEL
SEGURO POPULAR 2002

	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	PRESENTACION	GENERICO INTERCAMBIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
59	Cromoglicato sódico Aerosol,	envase 16 g, 112 disparos		Disparos
60	Dapsona	Tabletas 100 mg c/1000		Miligramos
61	Desipramina			Miligramos
62	Desogestril y Etinilestradiol	Envase con 28 tabletas		Tableta
63	Diazepam	Ampolleta 10 mg, 2 ml, c/50		Ampolletas
64	Diclofenaco	Tabletas 75 mg	GI, REUMATOLOGIA	Miligramos
65	Dicloxacilina	Cápsulas de 250 mg c/12	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
66	Difenidol	Tabletas de 25 mg caja c/30	GI OTORRINOLARING.	Miligramos
67	Doxiciclina, tabletas	Cápsulas de 100 mg caja c/10	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
68	Electrolitos orales	Sobre 27.9 gr	GI, SOL. ELECTROLITICAS	Sobres
69	Epinefrina subcutánea	Ampolleta de 1 ml		Ampolleta
70	Eritromicina, cápsulas	Cápsulas de 250 mg. caja c/20		Miligramos
71	Eritromicina, suspensión	Suspensión 125 mg envase 120 ml		Miligramos
72	Eritromicina/sulfisoxazol	Frasco de 150 ml, 200/600 mg c/5 ml		Miligramos
73	Estreptomina inyectable	1 gm. frasco ampula 2 ml.	GI, ENF. INFECC.	Ampolleta
74	Etambutol	Comprimidos 400 mg, caja c/50		Miligramos
75	Famotidina	Tabletas 10 mg, c/10		Miligramos
76	Fenitoína, suspensión	Suspensión oral 37.5 mg./ 5ml		Miligramos
77	Fenitoína, tabletas	Tabletas, caja c/50		Miligramos
78	Fenobarbital	Comprimidos 50 mg, c/30		Miligramos
79	Flumazenil	Ampolleta 5 ml		Ampolleta
80	Fluvoxamina			Miligramos
81	Fluoxetina		GI, PSIQUIATRIA	Miligramos
82	Fosfato de Clindamicina	Ampolleta de 300 mg, 2 ml		Ampolleta
83	Fumarato ferroso, suspensión	Suspensión oral 2.9 mg/100 ml, equiv. A 0.953 mg de Fe	GI, HEMATOLOGIA	Mililitros
84	Fumarato ferroso, tabletas	Tabletas 200 mg, c/50	GI, HEMATOLOGIA	Tabletas
85	Gentamicina, 20 mg	Solución inyectable 20 mg/2 ml	GI, ENF. INFECC.	Ampolletas
86	Gentamicina, 80 mg	Solución inyectable 80 mg/2 ml	GI, ENF. INFECC.	Ampolletas
87	Glibenclamida	Tabletas 5 mg, caja c/50	GI ENDOCRINOLOGIA	Miligramos
88	Glimepirida			
89	Gluconato de calcio, solución al 10%	(Calcium amp 10X10 ml)		Mililitros
90	Imipramina			Miligramos
91	Indometacina	Cápsulas 25 mg, c/30	GI, REUMATOLOGIA	Miligramos
92	Inmunoglobulina humana antirrábica			Dosis
93	Inmunoglobulina humana antitetánica	Unidosis		Dosis
94	Insulina Humana	Fco. 10 ml. 100 u/ml	GI ENDOCRINOLOGIA	Mililitros
95	Ipecacuana	Jarabe		Mililitros
96	Isoniacida	Tabletas 100 gr, envase c/200 tab.		Miligramos
97	Isoniazida y Rifampicina	Tabletas 200/150 mg, envase c/120 tab.		Tabletas
98	Isoniazida, Rifampicina y Pirazinamida	Tabletas o grageas 75 mg/150 mg/400 mg, c/240		Tabletas
99	Ketorolaco	Tabletas 10 mg, c/10		Miligramos
100	Ketorolaco, inyectable	Ampolleta 30 mg, c/3	GI, ANALGESIA	Ampolleta
101	Ketotifeno	Ketotifeno	GI, ENF. INMUNOALERGICAS	Mililitros
102	Levonorgestrel y etinilestradiol	Envase con 28 tabletas	GI, PLAN. FAMILIAR	Tabletas
103	Levotiroxina	Tabletas de 0.025 mg, c/50		Tabletas
104	Lidocaína al 2% con epinefrina	Frasco Amp. 1 g/0.25 g 50 ml		Frasco
105	Lidocaína al 2%, 50 ml	Frasco Amp. 1 gm/50 ml	GI, ANALGESIA	Fco. ampula
106	Lidocaína al 5%	Sol. Inyectable 100 mg/2 ml, c/5 ampulas		Fco. ampula
107	Lindano shampoo	Shampoo de 1g/100 ml		Frasco
108	Loperamida	Tabletas 2 mg, c/12	GI, GASTROENTEROLOGIA	Miligramos
109	Loratadina Tabletas 10 mg, c/20		GI, ENF. INMUNOALERGICAS	Miligramos
110	Maprotilina			Miligramos
111	Mebendazol, suspensión	Suspensión, 30 ml, 100 mg/5 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
112	Mebendazol, tabletas	Tabletas 100 mg, c/6	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
113	Metamizol, inyectable	Ampolleta de 1 gramo	GI, ANALGESIA	Ampolletas

Elaborado con información de:

a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud, 15 de marzo 2002.

Cuadro 2 A.
LISTA DE MEDICAMENTOS ASOCIADOS AL CATALOGO DE BENEFICIOS MEDICOS DEL
SEGURO POPULAR 2002

	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	PRESENTACION	GENERICO INTERCAMBIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
114	Metamizol, tabletas	Tabletas 500 mg, c/10	GI, ANALGESIA	Miligramos
115	Metformina	Tabletas de 850 mg, envase c/30	GI, ENDOCRINOLOGIA	Miligramos
116	Metilergometrina	Grageas de 0.125 mg, c/30		Miligramos
117	Metoprolol	Tabletas 100 mg envase c/20	GI, CARDIOLOGIA	Miligramos
118	Metronidazol, inyectable	Ampolleta 200 mg, 2 X 10 ml	GI, ENF. INFECC.	Ampolletas
119	Metronidazol, óvulos	Ovulos o tabletas vaginales de 500 mg. caja c/10	GI, GINECOOBSTETRICIA	Ovulos
120	Metronidazol, suspensión	Suspensión 250 mg/5 ml. frasco c/120 ml	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
121	Metronidazol, tabletas	Tabletas 250 mg, c/20		Miligramos
122	Metronidazol, tabletas	Tabletas 500 mg, c/30		Miligramos
123	Mianserina			Miligramos
124	Miconazol crema	Tubo 20 g, nitrato de miconazol 20 mg/g	GI, DERMATOLOGIA	Pieza
125	Morfina			Ampolletas
126	Moxifloxacín			Miligramos
127	Nalbufina, Sol. inyectable	Ampolletas 10 mg, 1 ml, caja c/5	GI, ANALGESIA	Ampolletas
128	Naproxeno tabletas	Tabletas (Flanax, 275 mg, c/20)	GI, REUMATOLOGIA	Miligramos
129	Nicardipino	Cápsulas 20 mg., envase con 60 cápsulas		Miligramos
130	Nifedipino	Tabletas 10 mg caja c/20	GI, CARDIOLOGIA	Miligramos
131	Nistatina, crema	Envase de 60 g		Envase
132	Nistatina, tabletas	Tabletas		Tabletas
133	Nistatina, tabletas vaginales	Tabletas vaginales		Tab. Vag.
134	Nitrofurantoína	Furadantina tabletas 100 mg c/40		Miligramos
135	Noretindrona y Etinilestradiol	Envase con 21 tabletas		Tableta
136	Noretisterona	Ampolleta 200 mg		Ampolleta
137	Norgestrel, progestágeno sintético y estradiol	Envase con 28 tabletas		Tableta
138	Omeprazol, cápsulas	Cápsulas 20 mg, c/7	GI, GASTROENTEROLOGIA	Miligramos
139	Omeprazol, inyectable	Ampolleta 40 mg, 10 ml	GI, GASTROENTEROLOGIA	Ampolletas
140	Oxido de zinc	(Pasta de lassar) tubo 30 g		Tubo
141	Oxitocina	Ampolletas	GI, GINECOOBSTETRICIA	Ampolleta
142	Paracetamol, tabletas	Tabletas 500 mg	GI, ANALGESIA	Miligramos
143	Penicilina G. Benzatínica	Ampolletas 1,200 000 U		Ampolletas
144	Penicilina G. Procaínica	Ampolletas 800 000 U		Ampolletas
145	Penicilina G-procaína	Ampolletas 400 000 U		Ampolletas
146	Penicilina sódica	Frasco ampula 1 000 000 U		Fco. ampula
147	Piperazina	Jarabe 100 ml, 250 mg/5 ml		Miligramos
148	Polivitaminas y minerales	Tabletas		Tabletas
149	Prednisona	Tabletas de 5 mg, caja c/20	GI, ENDOCRINOLOGIA	Miligramos
150	Preservativos	Caja de 3 piezas		Pieza
151	Primaquina	Tabletas de 5 mg, caja c/20		Miligramos
152	Probenecida	Frasco con 10 tabletas de 500 mg.		Miligramos
153	Propranolol	Tabletas 40 mg envase c/20		Miligramos
154	Ranitidina, inyectable	Ampolleta 50 mg, 5 ml, c/5	GI, GASTROENTEROLOGIA	Ampolletas
155	Ranitidina, tabletas	Tabletas 150 mg, c/100		Miligramos
156	Rifampicina	Cápsulas 300 mg, c/1000		Miligramos
157	Roziglitazona	Grageas 8 mg, c/14		Miligramos
158	Salbutamol aerosol	20 mg envase c/200 disparos	GI, NEUMOLOGIA	Disparos
159	Salbutamol jarabe	Jarabe 2 mg/5 ml, frasco 60 ml.	GI, NEUMOLOGIA	Mililitros
160	Salbutamol, Sol. Para nebulizadores	Frasco 5 mg/10 ml Miligramos		Miligramos
161	Sertralina Miligramos			
162	Sodio intravenoso	Cloruro de sodio al 9% envase c/500 ml.	GI, SOL. ELECTROLITICAS	Mililitros
163	Subsalicilato de bismuto	PEPTO-BISMOL Susp. 120 ml, 17.5 g/ml		Miligramos
164	Sucralfato	Tabletas 20 mg, c/20		Miligramos
165	Suero Antialacrán	Frasco ampula 5 ml 1 dosis		Frasco
166	Suero antiofídico			Ampolleta
167	Suero Antiviperino frasco ampula 10 ml 1 dosis			Ampolleta
168	Sulfato ferroso	Tabletas de 200 mg, c/50	GI, HEMATOLOGIA	Miligramos

Elaborado con información de:

a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación e Indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud, 15 de marzo 2002.

Cuadro 2 A.
LISTA DE MEDICAMENTOS ASOCIADOS AL CATALOGO DE BENEFICIOS MEDICOS DEL
SEGURO POPULAR 2002

	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	PRESENTACION	GENERICO INTERCAMBIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
169	Sulfato magnesio	Ampolleta 10 ml, c/100		Militros
170	Talidomida	Tabletas 100 mg, caja c/50		Miligramos
171	Teofilina, jarabe	Frasco 160 ml		Miligramos
172	Teofilina, tabletas	Tabletas de 200 mg		Miligramos
173	Tetraciclina	Tabletas 500 mgr		Miligramos
174	Tolbutamida	Tabletas 500 mg, envase c/50	GI, ENDOCRINOLOGIA	Miligramos
175	Toxide tetánico	Frasco Ampula con 10 dosis		Dosis
176	Trimetoprim c/sulfametoxazol, susp.	Suspensión 120 ml, (40 mg/5 ml)	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
177	Trimetoprim c/sulfametoxazol, tab.	Tabletas 80 mg, caja c/20	GI, ENF. INFECC.	Miligramos
178	Vacuna antirrábica humana de células Diploides			Dosis
179	Vacuna BCG.	Ampolleta 10 dosis y solución salina como diluyente		Dosis
180	Vacuna DPT	Frasco Ampula con 10 dosis		Dosis
181	Vacuna influenza	Ampolleta con 5 ml, envase c/10		Dosis
182	Vacuna Neumocócica	Vial de 5 ml		Dosis
183	Vacuna pentavalente	Frasco ampula de DPT-HB 0.5 ml y frasco ampula con vacuna liofilizada (unidosis)		Pieza
184	Vacuna Sabin	Frasco gotero con 20 dosis		Dosis
185	Vacuna Td, tétanos y difteria	Frasco 5 ml, 10 dosis		Dosis
186	Vacuna Triple Viral SRP	Frasco de vacuna liofilizada unidosis		Dosis
187	Valproato	Tabletas 200 mg	GI, NEUROLOGIA	Miligramos
188	Vibramicina	Tabletas 100 mg		Miligramos
189	Vitamina A	Cápsulas 50,000 U, c/40		Gragea
190	Vitamina A, C y D solución oral frasco de 15 ml. c/gotero	Frasco de 25 dosis	GI, NUTRIOLOGIA	Dosis
191	Vitamina K	Ampolleta 2 mg, 0.2 ml, c/3		Ampolleta

Elaborado con información de:

a/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*, 15 de marzo 2002.

Cuadro 3 A.
Seguro Popular de Salud, 2003

CATALOGO DE BENEFICIOS MEDICOS (CABEME)

SERVICIOS DE MEDICINA PREVENTIVA
INMUNIZACIONES, DETECCION Y PREVENCIÓN
1 Vacuna oral tipo Sabin (contra la poliomielitis)
2 Vacuna triple viral SRP (contra sarampión, rubéola y parotiditis) o Vacuna SR (contra sarampión y rubéola)
3 Vacuna pentavalente DPT, HB, Hib (contra difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B e infección invasiva por H. Influenzae tipo b)
4 Vacuna BCG (contra tuberculosis)
5 Vacuna Td (contra difteria y tétanos)
6 Inmunización del adulto contra neumococo o influenza
7 Detección de trastornos de la agudeza visual en niños
8 Detección de cáncer cervicouterino
9 Detección de cáncer de mama
10 Detección de hipertrofia de próstata
SERVICIOS DE CONSEJERIA MEDICA, PSICOLOGICA, DIETA Y EJERCICIO
11 Vigilancia de la nutrición, crecimiento y consulta del niño sano
12 Examen físico para adultos mayores de 40 años (cada 2 años)
13 Consejería nutricional y de ejercicio (obesidad, hipercolesterolemia, osteoporosis e hipertensión arterial)
14 Grupos de autoayuda para desarrollar conductas saludables
15 Detección, consejería y referencia de adicciones
16 Consejería sobre salud reproductiva
17 Detección y consejería para la prevención de infecciones de transmisión sexual (VIH, sífilis, hepatitis B y clamidia)
18 Diagnóstico y consejería del tabaquismo en adolescentes
19 Diagnóstico y consejería del alcoholismo
SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA
MEDICINA FAMILIAR Y ESPECIALIDADES
20 Detección, diagnóstico y tratamiento ambulatorio de la diabetes mellitus tipo II
21 Diagnóstico y tratamiento del hipotiroidismo congénito
22 Diagnóstico y tratamiento del hipertiroidismo
23 Detección, diagnóstico y tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial
24 Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad péptica y los trastornos de la motilidad intestinal (incluye endoscopia)
25 Diagnóstico y tratamiento del asma
26 Diagnóstico y tratamiento de la gota
27 Diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropriiva
28 Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la epilepsia
29 Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad articular degenerativa
30 Diagnóstico y tratamiento de la dermatosis simple, celulitis y micosis
31 Diagnóstico y tratamiento de la otitis media aguda
32 Diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda
33 Diagnóstico y tratamiento del cólera
34 Diagnóstico y tratamiento de la parasitosis intestinal
35 Diagnóstico y tratamiento de infección respiratoria aguda
36 Detección, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis
37 Diagnóstico y tratamiento del dengue clásico y hemorrágico
38 Diagnóstico y tratamiento del paludismo
39 Diagnóstico y tratamiento de la brucelosis
40 Diagnóstico y tratamiento de la lepra
41 Diagnóstico y tratamiento de las infecciones de vías urinarias y pielonefritis
42 Diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (sífilis, gonorrea, candidiasis, clamidia y tricomonas)

Continúa...

Elaborado con información de:

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e Indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*. viernes 4 de julio de 20

Continuación...

Cuadro 3 A.
Seguro Popular de Salud, 2003

CATALOGO DE BENEFICIOS MEDICOS (CABEME)

SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA
43 Planificación familiar con métodos temporales, anticonceptivos
44 Planificación familiar con métodos temporales, preservativos
45 Planificación familiar con métodos temporales, DIU
46 Planificación familiar con métodos definitivos, vasectomía
47 Planificación familiar con métodos definitivos: salpingoclasia
48 Diagnóstico y tratamiento de displasias y conización
UNIDAD BASICA DE REHABILITACION
49 Rehabilitación de fracturas o esguinces
50 Rehabilitación de parálisis facial
51 Estimulación temprana del prematuro
SERVICIOS DE ODONTOLOGIA
52 Prevención de caries (curetaje, odontoxesis y aplicación tópica de flúor)
53 Sellado de fasetas y fisuras y obturación de caries de primer y segundo grado con amalgama
ATENCION DEL EMBARAZO, PARTO Y RECIEN NACIDO
54 Atención del embarazo normal
55 Atención del parto normal y del puerperio
56 Atención del parto por cesárea y del puerperio
57 Atención del recién nacido normal
58 Tamiz metabólico del recién nacido (hipotiroidismo y fenilcetonuria)
SERVICIOS DE URGENCIAS, HOSPITALIZACION Y CIRUGIA
ATENCION DE URGENCIAS
59 Manejo de lesiones traumáticas de tejidos blandos (curación y suturas)
60 Diagnóstico y tratamiento de esguinces y luxaciones en articulaciones de extremidades
61 Diagnóstico y tratamiento de fracturas de tibia y peroné
62 Diagnóstico y tratamiento de fracturas de cúbito y radio
63 Diagnóstico y tratamiento de envenenamientos
64 Manejo de mordeduras y prevención de la rabia en humanos
65 Diagnóstico y tratamiento de mordedura de serpiente
66 Diagnóstico y tratamiento del alacranismo y picaduras
67 Estabilización de pacientes (hipertensión arterial, diabetes y "angor pectoris")
SERVICIOS DE HOSPITALIZACION Y CIRUGIA
68 Diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis
69 Diagnóstico y tratamiento de neumonía
70 Diagnóstico y tratamiento de meningitis
71 Diagnóstico y tratamiento de la litiasis de vías urinarias
72 Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de hernial inguinal y umbilical
73 Diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del aborto
74 Colectectomía abierta
75 Diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda y apendicectomía
76 Cirugía de útero (histerectomía)
77 Cirugía correctiva de estrabismo
78 Cirugía de catarata (extracción y colocación de lente intraocular)

Elaborado con información de:

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 20

Cuadro 4 A
LISTA DE MEDICAMENTOS ASOCIADOS AL CATALOGO DE BENEFICIOS MEDICOS DEL
SEGURO POPULAR 2003

NUM ¹	NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	GENÉRICO INTERCAMBIABLE	CLAVE	NUMERO DE CLAVES	CABEME ²
1	Acarbosa	30 tabletas de 50 mg		5166	1	20
2	Aceite de almendras dulces	Crema con 240 ml		2118	2	30
3	Acetato de medroxiprogesterona y cipionato de estradiol Acido acetilsalicílico	1 Ampolleta de 25 mg	GI, Planificación familiar	3509	3	43
4		20 tabletas de 500 mg		101	4	29, 67
		20 grageas con capa entérica 500 mg ²		3401	5	29, 67
5	Acido fólico	20 tabletas de 5 mg	GI, Hematología	1706	6	27, 54
6	Albendazol	Suspensión de 20 mg/ml	GI, Infectología	1345	7	34
		10 tabletas de 200 mg	GI, Infectología	1344	8	34
7	Alopurinol	20 tabletas 300 mg	GI, Reumatología	3451	9	26
8	Amikacina	1 Ampolleta de 500 mg	GI, Infectología	1956	10	69, 70, 76
		Solución inyectable 100 mg	GI, Infectología	1957	11	69, 70, 76
9	Aminofilina	5 Ampolletas de 250 mg		426	12	426
10	Amoxicilina	Suspensión 250 mg, envase con 75 ml	GI, Infectología	2127	13	2127
		12 cápsulas de 500 mg	GI, Infectología	2128	14	24, 35
11	Amoxicilina/ácido clavulánico	Suspensión 125 mg con 60 ml	GI, Infectología	2129	15	31, 35
12	Astemizol	Suspensión de 30 ml con 2 mg/ml		3142	16	66
		10 tabletas de 10 mg		3141	17	66
13	Azatioprina	50 tabletas de 50 mg		3461	18	29
14	Beclometasona	Aerosol con 200 dosis	GI, Neumología	477	19	25
15	Benzoato de bencilo	Emulsión dérmica de 300 mg con 120 ml		861	20	30
16	Betametasona	1 ampolleta de 3 mg	GI, Inmunología	2141	21	25
17	Bromuro de ipratropio	Aerosol con 200 dosis		2162	22	25
18	Bromuro de pinaverio	60 tabletas de 50 mg		1210	23	24
19	Butilioscina	3 ampolletas de 20 mg	GI, Gastroenterología	1207	24	24, 71
		20 grageas de 10 mg	GI, Gastroenterología	1208	25	24, 71
20	Candesartán/hidroclorotiazida	Tabletas 80 mg/12.5 mg		2530	26	23
21	Capsaicina	Crema con 40 g		4031	27	29
22	Captopril	30 tabletas de 25 mg	GI, Cardiología	574	28	23
23	Carbamazepina	Suspensión de 120 ml con 20 mg/ml	GI, Neurología	2609	29	28
		20 tabletas de 200 mg	GI, Neurología	2608	30	28
24	Cefalexina	20 tabletas de 500 mg	GI, Infectología	1939	31	41
25	Cefotaxima	1 ampolleta de 1 g	GI, Infectología	1935	32	41, 69, 70
26	Cefuroxima	10 tabletas de 500 mg	GI, Infectología	5264	33	69
27	Celecoxib	10 cápsulas de 200 mg		5506	34	29
28	Ciprofloxacina	12 tabletas de 500 mg	GI, Infectología	4255	35	41
29	Cisaprida	30 tabletas de 5 mg	GI, Gastroenterología	1209	36	24
30	Claritomicina	10 cápsulas de 250 mg		2132	37	31
31	Clindamicina	16 tabletas de 300 mg	GI, Infectología	2133	38	35
		1 ampolleta de 300 mg		1976	39	35
32	Clioquinol Crema con 60 g GI, Dermatología			872	40	30
33	Clonidina	30 tabletas de 0.1 mg		2101	41	67

Elaborado con información de:

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e Indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 20

Nota: se están realizando estudios de efectividad para incluir en el cuadro los medicamentos: ambroxol y dextrometorfano

1/ Número de sustancias activas

2/ Intervenciones correspondientes al Catálogo de Beneficiarios Médicos

Cuadro 4 A
LISTA DE MEDICAMENTOS ASOCIADOS AL CATALOGO DE BENEFICIOS MEDICOS DEL
SEGURO POPULAR 2003

NUM ¹	NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	GENÉRICO INTERCAMBIABLE	CLAVE	NUMERO DE CLAVES	CABEME ²
34	Cloramfenicol	Suspensión con 31.25 mg/ml		5260	42	32
		1 ampolleta de 1 g		1992	43	32, 70
		Gotas oftálmicas con 15 ml	GI, Oftalmología	2821	44	57
35	Clorfeniramina	Jarabe 0.5 mg con 120 ml	GI, Inmunología	408	45	30
36	Cloroquina	30 tabletas de 150 mg		2030	46	38
37	Clortalidona	20 tabletas de 50 mg	GI, Cardiología	561	47	23
38	Colchicina	60 tabletas 0.5 mg		3409	48	26
39	Cromoglicato sódico	Aerosol con 16 g, 112 dosis	GI, Inmunología	464	49	25
40	Dapsona	50 tabletas de 100 mg		906	50	40
41	Desogestrel y etinilestradiol	Envase con 28 tabletas		3508	51	43
42	Diazóxido	1 ampolleta de 300 mg	GI, Cardiología	568	52	67
43	Diclofenaco	20 tabletas de 75 mg	GI, Reumatología	3417	53	29, 42, 49, 59, 60, 61, 62, 72, 73, 74, 76
44	Dicloxacilina	12 cápsulas de 250 mg	GI, Infectología	1926	54	64, 65, 66, 73
		1 ampolleta de 250 mg		1927	55	64, 65, 66, 73
		1 ampolleta de 250 mg mg/5 ml		1928	56	64, 65, 66, 73
45	Difenidol	Solución inyectable 40 mg		3112	57	32, 33, 76
		Tabletas 25 mg		3111	58	32, 33, 76
46	Digoxina	Tabletas 0.25 mg, c/60		502	59	67
47	Dobutamina	5 ampolletas de 250 mg	GI, Cardiología	614	60	67
48	Dopamina	5 ampolletas de 200 mg	GI, Cardiología	614	61	67
49	Doxiciclina	10 cápsulas de 100 mg	GI, Infectología	1940	62	33, 39, 42
50	Electrolitos orales	Sobre con 27.9 gr	GI, Soluciones	3623	63	32, 33, 37
51	Enalapril	10 tabletas de 10 mg		4116	64	23
52	Eritromicina	20 cápsulas de 250 mg		1971	65	24, 33, 35, 69
		Suspensión 125 mg con 120 ml		1972	66	24, 33, 35, 69
53	Estreptomina	1 ampolleta de 1 g		2403	67	36, 39
54	Etambutol	50 comprimidos de 400 mg		2405	68	36
55	Fenitoína	Suspensión oral 37.5 mg/5 ml		525	69	28
		50 tabletas de 100 mg		2611	70	28
56	Fenobarbital	30 comprimidos de 50 mg		2601	71	28
57	Fumarato ferroso	Suspensión oral 2.9 mg/100 ml	GI, Hematología	1702	72	27
		50 tabletas de 200 mg	GI, Hematología	1701	73	27
		Tabletas 40 mg		2307	74	67

Continúa...

Elaborado con información de:

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e Indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 20

Nota: se están realizando estudios de efectividad para incluir en el cuadro los medicamentos: ambroxol y dextrometorfano

1/ Número de sustancias activas

2/ Intervenciones correspondientes al Catálogo de Beneficiarios Médicos

Cuadro 4 A
LISTA DE MEDICAMENTOS ASOCIADOS AL CATALOGO DE BENEFICIOS MEDICOS DEL
SEGURO POPULAR 2003

NUM ¹	NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	GENÉRICO INTERCAMBIABLE	CLAVE	NUMERO DE CLAVES	CABEME ²
58	Furosemide	5 ampulas de 20 mg	GI, Nefrología	2308	75	67
59	Gentamicina	1 ampolleta de 20 mg/2 ml	GI, Infectología	1955	76	73, 69, 42
		1 ampolleta de 80 mg/2 ml	GI, Infectología	1954	77	73, 69, 42
60	Glibenclamida	50 tabletas de 5 mg		1042	78	20
61	Hidroclorotiazida	20 tabletas de 250 mg		2301	79	23
		Envase con 48 tabletas		1223	80	24
62	Hidróxido de Aluminio y Magnesio	Frasco 360 ml		1224	81	24
63	Indometacina	30 cápsulas de 25 mg	GI, Reumatología	3413	82	26, 29
		Supositorios de 100 mg		3412	83	55, 56
64	Inmunoglobulina humana antirrábica	1 frasco ampula 2 ml, 150 UI/ml		3833	84	64
65	Insulina humana acción rápida regular	1 frasco con 10 ml, 100 U/ml	GI, Endocrinología	1051	85	20, 67
66	Insulina humana acción lenta	1 frasco con 10 ml, 100 U/ml	GI, Endocrinología	4157	86	20, 67
67	Insulina intermedia NPH	Fco. 10 ml, 100 U/ml sol. iny.	GI, Endocrinología	1050	87	20, 67
68	Irbesartán/hidroclorotiazida	Tabletas 150 mg/12.5 mg		4097	88	23
		Tabletas 300 mg/25 mg		4098	89	23
69	Isoconazol	Crema con 20 g		2024	90	30, 42
70	Isoniacida	Tabletas 100 g, c/200		2404	91	36
71	Isoniacida y rifampicina	Isoniacida y rifampicina c/120		2415	92	36
72	Isoniacida, rifampicina y pirazinamida	Tabletas o grageas 75 mg/ 150mg/ 400mg, c/240		2414	93	36
73	Isosorbide	Tabletas 10 mg		593	94	67
		Tabletas sublinguales 5 mg, c/20		592	95	67
74	Ketotifeno	Frasco con 120 ml	GI, Inmunología	463	96	25
75	Levonorgestrel y etileneestradiol	Envase con 28 tabletas	GI, Planificación familiar	3507	97	43
76	Levotiroxina	Tabletas de 0.025 mg, c/50		1007	98	21
77	Lindano	Shampoo de 1g/100 ml		911	99	30
		Frasco 60 ml	GI, Inmunología	2145	100	30, 31
78	Loratadina	Tabletas 10 mg, c/20	GI, Inmunología	2144	101	30, 31
79	Losartán potásico/hidroclorotiazida	Tabletas 50/12.5 mg, c/15		2521	102	23
80	Mebendazol	Tabletas 100 mg, c/6		2136	103	34
81	Metamizol	Tabletas 500 mg	GI, Analgesia	108	104	31, 35, 37, 38, 47, 59, 73, 74, 76
82	Metformina	Tabletas de 850 mg, c/30		5165	105	20
83	Metilergometrina	Grageas de 0.125 mg, c/30		1544	106	73
84	Metoclopramida	Tabletas de 10 mg, c/20	GI, Gastroenterología	1242	107	24, 73
85	Metoprolol	Tabletas 100 mg, c/20	Tabletas 100 mg, c/20	572	108	23, 63, 67

Elaborado con información de:

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e Indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 20

Nota: se están realizando estudios de efectividad para incluir en el cuadro los medicamentos: ambroxol y dextrometorfano

1/ Número de sustancias activas

2/ Intervenciones correspondientes al Catálogo de Beneficiarios Médicos

Cuadro 4 A
LISTA DE MEDICAMENTOS ASOCIADOS AL CATALOGO DE BENEFICIOS MEDICOS DEL
SEGURO POPULAR 2003

NUM ¹	NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	GENÉRICO INTERCAMBIABLE	CLAVE	NUMERO DE CLAVES	CABEME ²
86	Metronidazol	Ampolleta 200 mg, ml, c/2	GI, Infectología	1309	109	73, 76
		Ovulos o tabletas vaginales de 500 mg, c/10	GI, Infectología	1561	110	42
		Suspensión 250 mg/ 5 ml 120 ml	GI, Infectología	1310	111	24, 32, 34
		Tabletas 250 mg, c/20	GI, Infectología	1307	112	24, 32, 34
		Tabletas 500 mg, c/30	GI, Infectología	1308	113	24, 32, 34
87	Miconazol	Tubo 20 g, nitrato de miconazol 20 mg/g	GI, Dermatología	891	114	30, 42
88	Montelukast	Tabletas 5 mg, c/14		4329	115	25
89	Naproxeno	Tabletas 275 mg, c/20	GI, Reumatología	3407	116	60, 61, 62
90	Nicardipino	Cápsulas 20 mg, c/20		2518	117	23
91	Nifedipino	Tabletas 10 mg, c/24		597	118	23
92	Nistatina	Tabletas vaginales c/28		1566	119	30, 42
93	Nitrofurantoína	Cápsulas 100 mg, c/40		1911	120	41
94	Noretisterona	Ampolleta 200 mg		3503	121	43
95	Noretisterona y etinilestradiol	Envase con 21 tabletas		3506	122	43
96	Omeprazol	Cápsulas 20 mg, c/7	GI, Gastroenterología	5180	123	24
97	Oxido de zinc	Pasta de lassar, tubo 30 g	GI, Dermatología	804	124	30
98	Paracetamol	100 mg/ml, frasco 5 ml	GI, Analgesia	106	125	31, 32, 35, 37
		Supositorios 300 mg		105	126	31, 32, 35, 37
		Tabletas 300 mg, c/10	GI, Analgesia	103	127	31, 32, 35, 37
		Tabletas 500 mg, c/20	GI, Analgesia	104	128	31, 32, 35, 37
99	Penicilina G. Penicilina G.	Ampolleta 1,200 000 U	GI, Infectología	1925	129	35, 42
100	Penicilina G. Procaínica	Ampolleta 400 000 U	GI, Infectología	2510	130	35, 42, 69, 70, 76
		Ampolleta 800 000 U	GI, Infectología	2511	131	35, 42, 69, 70, 76
101	Penicilina sódica cristalina	Fco. Ámpula 1 000 000 U	GI, Infectología	1921	132	35, 42, 69, 70, 76
102	Pirantel, pamoato de	Tabletas 250 mg c/6		2138	133	34
103	Polivitaminas y minerales	Envase c/30 tabletas	GI, Nutriología	4376	134	54
104	Prednisona	Tabletas de 5 mg, c/30	GI, Reumatología	472	135	29, 40
105	Prednisolona	Solución oftálmica 5 ml	GI, Oftalmología	2841	136	77, 78
106	Primaquina	Tabletas de 5 mg		2031	137	38
107	Probenecid	Tabletas de 500 mg, c/10		3453	138	26
108	Propranolol	Tabletas 40 mg, c/30		530	139	22, 23
109	Ranitidina	Ampolleta 50 mg, 5 ml, c/5	GI, Gastroenterología	1234	140	24, 74
		Tabletas 150 mg, c/100	GI, Gastroenterología 1233 141 24	1233	141	24
110	Rifampicina	Cápsulas 300 mg, c/16		2409	142	36, 39, 40
111	Rifampicina	Cápsulas 300 mg, c/16		2409	143	36, 39, 40
112	Salbutamol	Envase 20 mg, c/200 disparos	GI, Neumología	429	144	25
		Frasco 5 mg/10 ml	GI, Neumología	439	145	25
		Jarabe 2 mg/5ml, frasco 60 ml	GI, Neumología	431	146	25

Elaborado con información de:

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e Indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 20

Nota: se están realizando estudios de efectividad para incluir en el cuadro los medicamentos: ambroxol y dextrometorfano

1/ Número de sustancias activas

2/ Intervenciones correspondientes al Catálogo de Beneficiarios Médicos

Cuadro 4 A
LISTA DE MEDICAMENTOS ASOCIADOS AL CATALOGO DE BENEFICIOS MEDICOS DEL
SEGURO POPULAR 2003

NUM ¹	NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	GENÉRICO INTERCAMBIABLE	CLAVE	NUMERO DE CLAVES	CABEME ²
113	Subsalicilato de bismuto	Suspensión 120 ml, 17.5 g/ml		1263	147	24
114	Sucralfato	Tabletas 1 g, c/40		5176	148	24
115	Suero antialacrán	Fco. ampula 5 ml, unidosis	GI, Vacunas, toxoides y otros	3842	149	66
116	Suero antiviperino	Fco. ampula 10 ml, unidosis	GI, Vacunas, toxoides y otros	3843	150	65
117	Sulfato ferroso	Solución oral 125 mg		1704	151	27
		Tabletas 200 mg		1703	152	27
118	Talidomida	Tabletas 100 mg, c/50		4256	153	40
		Tabletas de 100 mg, c/20		437	154	25
119	Teofilina	Jarabe 160 ml		5075	155	25
120	Tetracaína	Solución oftálmica 10 ml		4407	156	77, 78
121	Tetraciclina	Tabletas 500 mg		1981	157	33, 39
122	Tiamazol	20 Tabletas 5 mg		1022	158	22
123	Tolbutamida Tabletas 500 mg, c/50			1041	159	20
124	Toxoide tetánico	Fco. ampula con 10 dosis		3809	160	54, 59
125	Trimetoprim con sulfametoxazol	Suspensión 120 ml, (40 mg/5 ml)	GI, Infectología	1904	161	32, 33, 35, 39, 41
		Tabletas 80 mg, c/30	GI, Infectología	1903	162	32, 33, 35, 39, 41
126	Trinitrato de glicerilo	Parche 0.5 mg	GI, Cardiología	591	163	67
127	Vacuna antineumocócica	Suspensión inyectable		145	164	6
128	Vacuna antirrábica humana de células diploides	Fco. ampula unidosis	GI, Vacunas, toxoides y otros	3818	165	64
129	Vacuna BCG	Ampolleta 10 dosis y solución salina como diluyente	GI, Vacunas, toxoides y otros	3801	166	4
130	Vacuna para influenza	Suspensión inyectable		3822	167	6
131	Vacuna pentavalente	Fco. ampula de DPT -HB 0.5 ml y Fco. Ampula con vacuna liofilizada (unidosis)	GI, Vacunas, toxoides y otros	3823	168	3
132	Vacuna Sabin	Frasco gotero con 20 dosis	GI, Vacunas, toxoides y otros	3802	169	1
133	Vacuna Td (tétanos y difteria)	Frasco 5 ml, 10 dosis	GI, Vacunas, toxoides y otros	3810	170	5
134	Vacuna triple viral SRP	Frasco de vacuna liofilizada unidosis	GI, Vacunas, toxoides y otros	3820	171	2
135	Vancomicina	Fco. ampula 500 mg, 10 ml	GI, Infectología	4251	172	70
136	Verapamilo	Grageas 80 mg, c/20		596	173	67
137	Vitamina A, C y D	Frasco solución oral de 25 dosis 15 ml		1098	174	11
138	Vitamina K	Ampolleta 2 mg, 0.2 ml, c/3		1732	175	57
139	Zafirlukast	Tabletas 20 mg, c/28		4331	176	25

Cuadro elaborado con información de:

b/ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, viernes 4 de julio de 20

Nota: se están realizando estudios de efectividad para incluir en el cuadro los medicamentos: ambroxol y dextrometorfano

1/ Número de sustancias activas

2/ Intervenciones correspondientes al Catálogo de Beneficiarios Médicos

Cuadro 5 A.
Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular de Salud), 2004

CATÁLOGO DE SERVICIOS ESENCIALES DE SALUD (CASES)
I. Detección y prevención (9)
1. Vacuna oral tipo Sabin 2. Vacuna pentavalente DPT, HB, Hib 3. Vacuna triple viral SRP 4. Vacuna Td 5. Vacuna BCG 6. Detección y diagnóstico de tuberculosis 7. Prevención y promoción de la salud durante la línea de vida 8. Examen físico para mujeres mayores de 40 a 49 años (cada 3 años) 9. Examen físico para hombres mayores de 40 a 49 años (cada 3 años)
II. Medicina Ambulatoria (25)
10. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades exantemáticas de la niñez 11. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la úlcera péptica 12. Diagnóstico y tratamiento de colitis 13. Diagnóstico y tratamiento de parasitosis intestinal 14. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas 15. Diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda 16. Diagnóstico y tratamiento de fiebre tifoidea 17. Diagnóstico y tratamiento de la dermatosis simple, celulitis y micosis 18. Diagnóstico y tratamiento de escabiasis y pediculosis 19. Diagnóstico y tratamiento de conjuntivitis 20. Diagnóstico y tratamiento de otitis media aguda 21. Diagnóstico y tratamiento de sinusitis aguda 22. Diagnóstico y tratamiento de infección de vías urinarias 23. Diagnóstico y tratamiento de vulvitis y vaginitis agudas 24. Diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual 25. Diagnóstico y tratamiento farmacológico (ambulatorio) de diabetes mellitus 2 26. Diagnóstico y tratamiento farmacológico (ambulatorio) de diabetes mellitus 1 27. Diagnóstico y tratamiento del hipertiroidismo 28. Diagnóstico y tratamiento del hipotiroidismo congénito 29. Diagnóstico y tratamiento farmacológico (ambulatorio) de hipertensión arterial 30. Diagnóstico y tratamiento de gota 31. Diagnóstico y tratamiento de anemia ferropriva 32. Diagnóstico y tratamiento de enfermedad articular degenerativa 33. Diagnóstico y tratamiento del asma en niños 34. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de epilepsia
III. Odontología (3)
35. Prevención de caries 36. Sellado de fosetas y fisuras dentales 37. Eliminación de focos de infección, abscesos y restos radiculares
IV. Salud Reproductiva (6)
38. Método temporal de planificación familiar: dispositivo intrauterino (DIU) 39. Método permanente de planificación familiar: vasectomía 40. Método permanente de planificación familiar: salpingoclasia 41. Diagnóstico y tratamiento de dismenorrea primaria 42. Atención del climaterio y menopausia 43. Clínica de displasias

Fuente: Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Dirección General de Gestión de Servicios de Salud.

Cuadro 5 A.

Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular de Salud), 2004

CATÁLOGO DE SERVICIOS ESENCIALES DE SALUD (CASES)
V. Embarazo, parto y recién nacido (5)
44. Atención del embarazo normal (prenatal) 45. Atención del parto normal y puerperio 46. Atención del recién nacido normal 47. Cesárea y puerperio quirúrgico 48. Estimulación temprana del prematuro
VI. Rehabilitación (2)
49. Rehabilitación de fracturas 50. Rehabilitación de parálisis facial
VII. Urgencias (6)
51. Diagnóstico y tratamiento general de las intoxicaciones 52. Diagnóstico y tratamiento de intoxicación por organofosforados 53. Diagnóstico y tratamiento de mordedura de serpiente 54. Diagnóstico y tratamiento del alacranismo 55. Manejo de lesiones traumáticas de tejidos blandos 56. Manejo de mordeduras y prevención de rabia en humanos
VIII. Hospitalización (9)
57. Diagnóstico y tratamiento de pielonefritis 58. Diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis 59. Diagnóstico y tratamiento de meningitis 60. Diagnóstico y tratamiento de neumonía de comunidad en niños 61. Diagnóstico y tratamiento de neumonía de comunidad en el adulto mayor 62. Diagnóstico y tratamiento del absceso hepático amebiano 63. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria 64. Diagnóstico y tratamiento del aborto incompleto 65. Diagnóstico y tratamiento de la litiasis de vías urinarias
IX. Cirugía General (8)
66. Colectomía 67. Apendicectomía 68. Hernioplastía crural 69. Hernioplastía inguinal 70. Hernioplastía umbilical 71. Hernioplastía ventral 72. Diagnóstico y tratamiento del absceso rectal 73. Diagnóstico y tratamiento de fístula y fisura anal
X. Cirugía Ginecológica (3)
74. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de miomatosis uterina (miomectomía) 75. Histerectomía 76. Plastía vaginal anterior
XI. Cirugía Urológica (2)
77. Prostatectomía abierta 78. Resección transuretral de próstata
XII. Cirugía Oftalmológica (3)
79. Cirugía de cataratas para uno o ambos ojos (Con extracción y colocación de lente intraocular) 80. Cirugía correctiva de estrabismo 81. Resección de pterigión

Fuente: Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Dirección General de Gestión de Servicios de Salud.

Cuadro 5 A.

Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular de Salud), 2004

CATÁLOGO DE SERVICIOS ESENCIALES DE SALUD (CASES)	
XIII. Cirugía Reconstructiva para Niños (4)	
82.	Cirugía reconstructiva para labio y paladar hendidos
83.	Diagnóstico y tratamiento de la hipertrofia congénita de píloro
84.	Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del pie equino
85.	Diagnóstico y tratamiento de la luxación congénita de cadera
XIV. Traumatología (6)	
86.	Diagnóstico y tratamiento de esguinces en extremidades
87.	Diagnóstico y tratamiento de fractura de clavícula
88.	Diagnóstico y tratamiento de fractura de húmero (Con osteosíntesis)
89.	Diagnóstico y tratamiento fracturas de cúbito y radio (Con osteosíntesis)
90.	Diagnóstico y tratamiento fracturas de tibia y peroné (Con osteosíntesis)
91.	Diagnóstico y tratamiento de fracturas diafisarias de fémur (Con osteosíntesis)

Fuente: Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Dirección General de Gestión de Servicios de Salud.

Cuadro 6 A.
Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular de Salud), 2004

LISTADO DE CLAVES DE MEDICAMENTOS (Clasificados de acuerdo a los grupos establecidos por el Consejo de Salubridad General)						
GRUPO	NIVEL	NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	CLAVE	NÚM	
Analgésia	1	Ácido acetilsalicílico	20 tabletas 500 mg	101	1	
		Metamizol sódico (Dipirona)	10 comprimidos 500 mg	108	2	
			Solución inyectable 1 g/2 ml (Caja con 3 ampollitas)	109	3	
			Paracetamol (Acetaminofén)	10 tabletas 500 mg	104	4
			3 supositorios 300 mg	105	5	
			Solución oral con 15 ml (100 mg/ml)	106	6	
	2		Capsaicina	Crema con 40 g (0.035 g)	4031	7
Cardiología	1	Captopril	30 tabletas 25 mg	574	8	
		Clortalidona	20 tabletas 50 mg	561	9	
		Epinefrina (Adrenalina)	50 ampollitas 1 mg/ml (1:1 000)	611	10	
		Metoprolol	20 tabletas 100 mg	572	11	
		Propranolol	30 tabletas 40 mg	530	12	
	2	Candesartán cilexetilo/hidroclorotiazida	28 tabletas 16.0 mg/12.5 mg	2530	13	
			Hidralazina	20 tabletas 10 mg	570	14
				5 ampollitas 10 mg/ml	2116	15
		5 ampollitas 20 mg/ml	4201	16		
			Irbesartán/hidroclorotiazida	Tabletas 150/12.5 mg	4097	17
		Tabletas 300/25 mg		4098	18	
		Losartán potásico/hidroclorotiazida	15 tabletas 50 mg/12.5 mg	2521	19	
		Nifedipino	20 cápsulas de gelatina blanda 10 mg	597	20	
Dermatología	1	Aceite de almendras dulces, lanolina, glicerina, propilenglicol, sorbitol	Crema 235 ml	910	21	
		Bencilo	Emulsión dérmica 120 ml (300 mg/ml)	861	22	
		Clíoquinol (Yodoclorohidroquinoleína)	Crema 20 g (30 mg/g)	872	23	
		Isoconazol	Crema 20 g (1 g/100 g)	2024	24	
		Lindano	Shampoo 120 ml (1 g/100 ml)	911	25	
		Miconazol	Crema 20 g (20 mg/g)	891	26	
		Nitrofurazona	Pomada 85 ó 436 g (2 mg/g)	874	27	
		Óxido de zinc (Lassar)	Pasta 30 g (25 g/100 g)	804	28	
Endocrinología	1	Glibenclamida	50 tabletas 5 mg	1042	29	
		Insulina humana acción intermedia NPH	Frasco ampula 10 ml (100 UI/ml)	1050	30	
			Frasco ampula 10 ml (100 UI/ml)	4157	31	
		Prednisona	20 tabletas 5 mg	472	32	
	2	Acarbosa	30 tabletas 50 mg	5166	33	
		Calcio	12 comprimidos 500 mg	1006	34	
		Insulina glargina	Frasco ampula 10 ml (100 UI/ml)	4158	35	
		Insulina humana acción rápida regular	Frasco ampula 10 ml (100 UI/ml)	1051	36	
		Levotiroxina (Levotiroxina sódica)	100 tabletas 100 µg	1007	37	

Fuente: Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Dirección General de Gestión de Servicios de Salud.

Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular de Salud), 2004

LISTADO DE CLAVES DE MEDICAMENTOS					
(Clasificados de acuerdo a los grupos establecidos por el Consejo de Salubridad General)					
GRUPO	NIVEL	NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	CLAVE	NÚM
Enf Infecciosas	1	Metformina	30 tabletas 850 mg	5165	38
		Tiamazol (metimazol)	20 tabletas 5 mg	1022	39
		Albendazol	2 Tabletas 200 mg	1344	40
			Suspensión oral 20 ml (20 mg/ml)	1345	41
		Amoxicilina	12 ó 15 cápsulas 500 mg	2128	42
			Suspensión oral 75 ml (250 mg/5 ml)	2127	43
		Ampicilina	20 tabletas o cápsulas 500 mg	1929	44
			Solución inyectable 2 ml (500 mg)	1931	45
			Suspensión oral 60 ml (250 mg/5 ml)	1930	46
		Bencilpenicilina procaína	Suspensión inyectable 2,400,000 UI	2510	47
		Bencilpenicilina sódica cristalina	Solución inyectable 1,000,000 UI	1921	48
		Bencilpenicilina procaínica/bencilpenicilina cristalina	Suspensión inyectable 300,000 UI/100,000 UI	1923	49
		Bencilpenicilina procaínica/bencilpenicilina cristalina	Suspensión inyectable 600,000 UI/200,000 UI	1924	50
		Bencilpenicilina benzatínica compuesta	Susp Inyec. Benzatínica 600,000 UI Procaínica 300,000 UI Sódica 300,000 UI	1938	51
		Benzatina bencilpenicilina	Suspensión inyectable 1,200,000 UI	1925	52
		Cefalexina	20 cápsulas o tabletas 500 mg	1939	53
		Cloramfenicol	Suspensión oral 65 ml (31.25 mg/ml)	5260	54
		Dicloxacilina	20 cápsulas o comprimidos 500 mg	1926	55
			Suspensión inyectable 5 ml (250 mg)	1928	56
			Suspensión oral 60 ml (250 mg/5 ml)	1927	57
		Doxiciclina	10 cápsulas o tabletas 100 mg	1940	58
		Eritromicina	20 cápsulas o tabletas 250 mg	1971	59
			Suspensión oral 100 ml (250 mg/5 ml)	1972	60
		Gentamicina	Solución inyectable 2 ml (20 mg)	1955	61
			Solución inyectable 2 ml (80 mg)	1954	62
		Mebendazol	6 tabletas 100 mg	2136	63
		Metronidazol	20 ó 30 tabletas 500 mg	1308	64
	Suspensión oral 120 ml (250 mg/5 ml)		1310	65	
	Nitrofurantoína	40 Cápsulas 100 mg	1911	66	
	Pirantel	6 tabletas 250 mg	2138	67	
	Trimetoprima/sulfametoxazol	20 tabletas 80 mg/400 mg	1903	68	
		Suspensión oral 120 ml (40 mg/200 mg en 5 ml)	1904	69	
	2	Amikacina	Solución inyectable 2 ml (100 mg)	1957	70
Solución inyectable 2 ml (500 mg)			1956	71	
Amoxicilina/ácido clavulánico		Suspensión oral 60 ml (125 mg/5 ml)	2129	72	
Cefotaxima		Solución inyectable 4 ml (1 g)	1935	73	
Ciprofloxacino		8 tabletas o cápsulas 250 mg	4255	74	

Fuente: Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Dirección General de Gestión de Servicios de Salud.

Cuadro 6 A.
Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular de Salud), 2004

LISTADO DE CLAVES DE MEDICAMENTOS (Clasificados de acuerdo a los grupos establecidos por el Consejo de Salubridad General)					
GRUPO	NIVEL	NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	CLAVE	NÚM
		Clarithromicina	10 tabletas 250 mg	2132	75
		Clindamicina	16 cápsulas 300 mg	2133	76
			Solución inyectable 2 ml (300 mg)	1973	77
		Cloramfenicol	Solución inyectable 5 ml (1 g)	1992	78
		Dehidroemetina	Solución inyectable 60 mg/2 ml (caja con 5 ampollitas)	1305	79
		Itraconazol	15 cápsulas 100 mg	2018	80
		Levofloxacino	Ampolleta 500 mg	4249	81
		Metronidazol	2 ampollitas 10 ml (200 mg/10 ml)	1309	82
Vancomicina	Solución inyectable 500 mg	4251	83		
Enf Inmuno Alérgicas	1	Clorfenamina (Clorfeniramina)	Jarabe 60 ml (0.5 mg/ml)	408	84
		Clorpiramina	Solución inyectable 2 ml (20 mg/2 ml)	5079	85
		Cromoglicato de sodio	Suspensión aerosol 16 g (112 inhalaciones 3.6 g/100 g)	464	86
		Difenhidramina	Jarabe 60 ml (12.5 mg/5 ml)	405	87
	Solución inyectable 10 ml (100 mg/10 ml)		406	88	
	2	Betametasona	Solución inyectable 1 ml (4 mg/ml)	2141	89
		Ketotifeno	Solución oral 120 ml (20 mg/100 ml)	463	90
		Loratadina	20 tabletas o grageas 10 mg	2144	91
Jarabe 60 ml (5 mg/5 ml)			2145	92	
Gastro Enterología	1	Aluminio y magnesio	50 Tabletast masticables 200/200 ó 447.3 mg	1223	93
			Suspensión oral 240 ml (185/200 ó 447.3 mg)	1224	94
		Bismuto subsalicilato de	Suspensión oral 240 ml (1,750 g/100 ml)	1263	95
		Butilhioscina	10 grageas 10 mg	1206	96
			Solución inyectable 3 amp 1 ml (20 mg/ml)	1207	97
		Cisaprida	30 tabletas 5 mg	1209	98
		Metoclopramida	Solución inyectable 6 amp con 2 ml (10 mg)	1241	99
	Ranitidina	20 tabletas o grageas 150 mg	1233	100	
	2	Omeprazol	7 ó 14 cápsulas ó tabletas 20 mg	5180	101
		Ranitidina	Solución inyectable 5 amp 2 ó 5 ml (50 mg)	1234	102
Ginecología y Obstetricia	1	Estrógenos conjugados de origen equino	42 grageas o tabletas 0.625 mg	1501	103
		Metronidazol	10 óvulos o tabletas vaginales 500 mg	1561	104
		Nistatina	12 óvulos o tabletas vaginales 100,000 UI	1566	105
		Nitrofurazona	6 óvulos 6 mg	1562	106
	2	Ergometrína (ergonovina)	Solución inyectable 50 amp con un ml 0.2 mg/ ml	1544	107
		Estrógenos conjugados de origen equino	42 Grageas 1,250 mg	1502	108
		Indometacina	6 ó 15 supositorios 100 mg	3412	109

Fuente: Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Dirección General de Gestión de Servicios de Salud.

Cuadro 6 A.
Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular de Salud), 2004

LISTADO DE CLAVES DE MEDICAMENTOS					
(Clasificados de acuerdo a los grupos establecidos por el Consejo de Salubridad General)					
GRUPO	NIVEL	NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	CLAVE	NÚM
Hematología	1	Fitomenadiona	Solución inyectable 3 amp 0.2 ml (2 mg)	1732	110
		Fumarato ferroso	50 Tabletas 200 mg	1701	111
			Suspensión oral 120 ml (29 mg/ml)	1702	112
	2	Ácido fólico	20 tabletas 5 mg	1706	113
Intoxicación	1	Atropina	Solución inyectable 1 mg/ml c/50 amp	204	114
		Carbón activado	Polvo 1 kg	2242	115
	2	Flumazenil	Solución inyectable 5 ml (0.5 mg)	4054	116
Nefrología y Urología	1	Hidroclorotiazida	20 tabletas 25 mg	2301	117
Neumología	1	Aminofilina	Solución inyectable 5 amp 5 ml (250 mg/10 ml)	426	118
		Beclometasona dipropionato de	Aerosol 200 dosis 50 µg (0.0587 g/100 g)	477	119
		Salbutamol	Jarabe 60 ml (2 mg/5 ml)	431	120
	Suspensión aerosol 200 dosis (20 mg)		429	121	
	2	Ipratropio	Aerosol 300 dosis 15 ml (20 µg/nebulización)	2162	122
		Montelukast	14 tabletas 5 mg	4329	123
		Salbutamol	Solución para respiradores 10 ml (0.5 g/100 ml)	439	124
		Teofilina	Elixir 450 ml (533 mg/100 ml)	5075	125
	Zafirlukast	28 tabletas 20 mg	4331	126	
Neurología	1	Carbamazepina	20 tabletas 200 mg	2608	127
			Suspensión oral 120 ml (100 mg/5 ml)	2609	128
		Fenitoína (Difenilhidantoína)	Suspensión oral 120 ml (37.5 mg/5 ml)	2611	129
	Fenitoína sódica	50 tabletas 100 mg	525	130	
	2	Fenobarbital	20 tabletas 100 mg	2601	131
Nutriología	1	Ácido ascórbico	20 tabletas 100 mg	2707	132
		Polivitaminas y Minerales	30 tabletas, grageas o cápsulas	4376	133
	2	Vitamina A	40 cápsulas 50,000 UI	2191	134
Oftalmología	1	Cloramfenicol	Solución oftálmica 15 ml (5 mg/ml)	2821	135
			Ungüento oftálmico 5 g (5 mg/g)	2822	136
		Nafazolina	Solución oftálmica 15 ml (1 mg/ml)	2804	137
	Neomicina, polimixina B y gramicidina	Solución oftálmica 15 ml (75 mg/5,000 U/25 µg por ml)	2823	138	
	2	Prednisolona	Solución oftálmica 5 ml (5 mg/ml)	2841	139
		Tetracaina	Solución oftálmica 10 ml (5 mg/ml)	4407	140
Otorrino Laringología	1	Difenidol	30 tabletas 25 mg	3111	141
			Solución inyectable 2 amp 2 ml (40 mg/2 ml)	3112	142
Planificación Familiar	1	Desogestrel y etinilestradiol	28 tabletas (21 con hormonales y 7 sin hormonales) 0.15 mg/0.03 mg	3508	143
		Levonorgestrel y etinilestradiol	28 Grageas (21 con hormonales y 7 sin hormonales) 0.15 mg/0.03 mg	3507	144
		Medroxiprogesterona y cipionato de estradiol	Suspensión inyectable 0.5 ml (25 mg/5 mg por 0.5 ml)	3509	145

Fuente: Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Dirección General de Gestión de Servicios de Salud.

Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular de Salud), 2004

LISTADO DE CLAVES DE MEDICAMENTOS					
(Clasificados de acuerdo a los grupos establecidos por el Consejo de Salubridad General)					
GRUPO	NIVEL	NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	CLAVE	NUM
	2	Noretisterona	Solución inyectable 1 ml (200 mg/ml)	3503	146
		Noretisterona y etinilestradiol	28 tabletas o grageas (21 con hormonales y 7 sin hormonales) 0.400 mg/0.035 mg	3506	147
Psiquiatría	2	Cloropromazina	20 comprimidos 100 mg	3232	148
			50 comprimidos 25 mg	3231	149
Reumatología	1	Ácido acetilsalicílico	20 grageas o tabletas con capa entérica 500 mg	3401	150
		Alopurinol	20 tabletas 300 mg	3451	151
		Celecoxib	10 cápsulas 200 mg	5506	152
		Colchicina	30 tabletas 1 mg	3409	153
		Diclofenaco	20 cápsulas o grageas 100 mg	3417	154
		Naproxeno	30 tabletas 250 mg	3407	155
	2	Azatioprina	50 tabletas 50 mg	3461	156
		Indometacina	30 tabletas 25 mg	3413	157
	Soluciones	1	Electrolitos orales	Polvo para solución 27.9 g (Glucosa 20 g/KCl 1.5 g NaCl 3.5 g, citrato trisódico 2.9 g)	3623
Vacunas, Toxoides, Inmunoglob y Antitoxinas	1	Inmunoglobulina humana antirrábica	Ámpula 2 ml (300 UI/ml)	3833	159
		Suero antialacrán	Frasco ampula 5 ml (unidosis)	3842	160
		Suero antiviperino	Frasco ampula 10 ml (unidosis)	3843	161
		Toxoide tetánico	Frasco ampula con 10 dosis	3809	162
		Vacuna antirrábica humana en cultivos celulares	Frasco 2 ml (300 UI/ml)	3817	163
		Vacuna BCG	Ampolleta 10 dosis y solución salina como diluyente	3801	164
		Vacuna pentavalente	Frasco ampula DPT - HB 0.5 ml y Frasco ampula vacuna liofilizada (unidosis)	3823	165
		Vacuna Sabin	Frasco gotero con 20 dosis 2 ml	3802	166
		Vacuna Td (tétanos y difteria)	Frasco 5 ml 10 dosis	3810	167
		Vacuna triple viral SRP	Frasco de vacuna liofilizada (unidosis)	3820	168

Fuente: Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Dirección General de Gestión de Servicios de Salud.

**Cuadro 7 A. Familias afiliadas y recursos ejercidos por el Seguro Popular de Salud ^{1/}
2002-2004**

Entidad federativa	Número de Familias Afiliadas			Recursos ejercidos (millones de pesos)		
	2002	2003	2004 ^{2/}	2002	2003	2004 ^{5/}
Total nacional	295,513	613,938	799,902	205	1,003	1,016
Aguascalientes	8,361	15,032	14,575	3	24	12
Baja California	21,738	44,216	34,067	14	55	56
Baja California Sur ^{3/}		4,320	11,079	3	4	7
Campeche	4,979	11,990	18,247	6	17	15
Coahuila	15,585		1,092	10		3
Colima	37,901	67,850	52,274	18	118	36
Chiapas	5,430	38,076	41,210	4	57	57
Chihuahua						
Distrito Federal						
Durango						
Guanajuato	11,077	17,448	17,500	7	31	33
Guerrero	6,940	6,282	9,451	6	12	16
Hidalgo	6,234	19,869	19,892	8	33	27
Jalisco	7,478	24,516	38,747	8	35	61
México	8,209	8,259	37,343	7	11	38
Michoacán		3,044	3,089		5	5
Morelos	2,673	8,521	9,591	3	10	16
Nayarit						
Nuevo León						
Oaxaca	8,392	10,593	29,963	7	22	8
Puebla						
Querétaro						
Quintana Roo ^{4/}	7,520	7,559	7,927	6	15	
San Luis Potosí	21,042	46,790	51,752	15	85	70
Sinaloa	55,376	88,796	94,118	30	176	125
Sonora	19,641	10,365	26,777	12	18	25
Tabasco	13,489	87,846	150,000	9	137	248
Tamaulipas	23,461	50,029	87,129	20	88	90
Tlaxcala		2,280	2,973		2	4
Veracruz		14,737	17,988		11	33
Yucatán		2,556	3,070		2	3
Zacatecas	9,987	22,964	20,048	9	35	28

1/ Se reportan datos a partir del inicio del programa. Se presentan solamente las entidades en donde opera el SPS:

2/ cifras al mes de junio

3/ Aunque no hay familias afiliadas en el 2002, se destinaron recursos al cierre del año para la puesta en marcha del programa

4/ Aunque el Estado ya tenía familias afiliadas desde 2002, en el 2004 los recursos se ejercieron hasta julio debido a que el Acuerdo de Coordinación con esta entidad federativa se firmó el 3 de junio de 2004 mientras no se firmara este instrumento no se podía liberar los recursos.

5/ Acumulados al 30 de julio del 2004

Fuente: Presidencia de la República, *Cuarto Informe de Gobierno*, México, 2004, Anexo, p. 97.

Cuadro 8 A. Indicadores Seleccionados del Sistema Nacional de Salud del Gobierno del Distrito Federal 1998

Indicador	Población Abierta			Población Derechohabiente					
	SSA	IMSS	Otras ^{1/}	I.M.S.S	I.S.S.S.T.E	PEMEX	SDN	SM	STC
Recursos Físicos / 100,000 Habitantes									
Camas	183.3	0	2.3	94.2	70	394.4	758.2	326.9	0
Consultorios	85.6	14.7	0.2	36.3	46	346.6	221.3	214	145.7
Gabinete de Rayos X	4.7	0	0.1	2.7	2.6	16.4	6.4	3	0
Quirófanos	6.1	0	0.1	2.9	3.2	26.9	14.7	20.8	0
Salas de Expulsión	1.2	0	N.P.	0.6	0.6	6	5.1	3	0
Bancos de Sangre	0.5	0	0.1	0.1	0.3	3	0.6	3	0
Recursos Humanos / 100,000 Habitantes									
Médicos	272.7	14.7	3	108.2	161.3	629	565.6	573.5	306.8
Odontólogos	24.5	0	N.P.	4.5	8.7	40.3	126.9	118.9	38.3
Enfermeras	402	0	4.3	262.5	205.5	1,122.10	79.3	514.1	240.3
Trabajadores de Salud	1,338.70	4,318.40	17.4	711.8	703.8	3,932.50	2,520.9	2,118.7	897.3

N.P. Dato no proporcionado

1/ Otras incluye los recursos de Cruz Roja e Instituto Nacional Indigenista.

Cuadro de elaboración propia con información de: <http://www.df.gob.mx/agenda2000/salud/index.html> Secretaría de Salud, Dirección General de Estadística e Informática, Dirección de Estadística.

Cuadro 9 A. Tipos de servicios de salud proporcionados a la población abierta: Seguro Popular de Salud, 2003

Tipo de Servicio	Institución que otorga el servicio	Servicios	Beneficiarios	Cuotas			Subsidio federal			Vigencia del servicio			
Programa Seguro Popular de Salud	Centros de Salud y Hospitales que se encuentren en las entidades participantes: ISSSTE; IMSS, Secretaría de Salud, Servicios Estatales de Salud.	78 intervenciones presentadas en el Catálogo de Beneficiarios Médicos (CABEME) y 139 sustancias activas de medicamentos asociados al CABEME	El Programa SPS está dirigido de manera prioritaria a incorporar familias mexicanas en los seis primeros deciles de la distribución del ingreso, que no sean derechohabientes de la seguridad social, residan dentro del territorio nacional, y que tengan acceso a unidades de salud con capacidad y calidad suficiente para ofrecer la prestación de los servicios médicos considerados en el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME).	Cuota por familia según decil de ingreso, 2003						Monto anual de subsidio base en pesos para el CABEME de 78 intervenciones, 2003			La vigencia de afiliación de las familias está referida al año calendario, concluyendo el 31 de diciembre como máximo, debiendo renovar su inscripción al Programa SPS mediante el proceso de reafiliación.
				Deciles de ingreso¹	Ingreso corriente Trimestral por hogar		Trimestral	Semestral	Anual	ENTIDADES	Por persona	Por Familia	
					Promedio	Rango²							
				I	3,537	1,808-5,170	65	130	260	Aguascalientes	472	2,219	
				II	6,157	5,171-7,154	95	190	380	Baja California	543	2,213	
				III	8,395	7,155-9,296	160	320	640	Baja California Sur	328	1,320	
				IV	10,707	9,297-11,689	285	570	1,140	Campeche	423	1,860	
				V	13,284	11,690-14,520	475	950	1,900	Chiapas	517	2,535	
				VI	16,511	14,521-18,035	600	1,200	2,400	Chihuahua	508	2,032	
				VII	20,611	18,036-22,699	790	1,580	3,160	Coahuila	405	1,700	
			VIII	26,209	22,700-29,396	945	1,890	3,780	Colima	505	2,070		
			IX	37,502	29,397-44,689	1,260	2,520	5,040	Distrito Federal	472	1,903		
			X	90,224	77,593-102,855	1,575	3,150	6,300	Durango	403	1,794		
			1/ Agrupación del total de hogares en diez estratos con igual número de hogares, ordenados de menor a mayor de acuerdo a su ingreso corriente monetario trimestral (ENIGH, 2000).						Guanajuato	472	2,374		
			2/ La determinación de los rangos del ingreso corriente monetario trimestral promedio por hogar, para cada decil, se obtuvo a partir de la aplicación de dos desviaciones estándar, de acuerdo con la base de datos de la ENIGH 2000.						Guerrero	491	2,296		
			Para determinar los montos de las cuotas se tomó en consideración que éstos sean significativamente menores que el gasto de bolsillo reportado en las Encuestas de Ingreso-Gasto de los Hogares del INEGI, por concepto de cuidados médicos y conservación de la salud.						Hidalgo	472	2,133		
			El afiliado puede elegir el periodo de cobertura acorde a sus posibilidades económicas: 3, 6, 9 o La aplicación de las cuotas de afiliación que aportan los asegurados está sujeta a los rubros de gasto establecidos en los Acuerdos de Coordinación que se celebren con las entidades federativas correspondientes así como las disposiciones establecidas en la materia en cada entidad federativa.						Jalisco	475	2,153		
									México	472	2,135		
									Michoacán	476	2,217		
									Morelos	472	1,997		
						Nayarit	492	2,057					
						Nuevo León	474	2,046					
						Oaxaca	474	2,199					
						Puebla	472	2,246					
						Quintana Roo	543	2,224					
						San Luis Potosí	472	2,200					
						Sinaloa	487	2,146					
						Sonora	496	2,071					
						Tabasco	543	2,489					
						Tamaulipas	526	2,120					
						Tlaxcala	471	2,333					
						Veracruz	489	2,104					
						Yucatán	517	2,294					
						Zacatecas	472	2,094					

Cuadro de elaboración propia con información de: Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud), viernes 4 de julio de 2003

Cuadro 10 A. Indicadores representativos en las entidades federativas piloto del Seguro Popular de Salud, 2002

Entidad	Población al 2002 1/	Unidades por tipo de atención del Sistema Nacional de Salud 2001 2/			Médico en contacto con el paciente 2001 3/	Defunciones 2002 4/	Esperanza de vida al nacer 2002 5/
		Consulta externa	Hospitales				
			General	Especialidad			
Nacional	103,039,964	18,354	825	180	142,765	457,680	74.62
Aguascalientes	995,441	107	7	2	1,694	4,301	75.31
Colima	569,244	153	10	0	1,050	2,512	75.08
Campeche	736,839	256	18	2	1,316	2,750	74.04
Jalisco	6,638,523	999	32	13	9,917	32,339	75.16
Tabasco	1,996,050	586	22	3	3,367	7,662	74.05
Chiapas	4,231,931	1,510	40	2	3,959	16,424	72.94

Cuadro de elaboración propia.

1/ Proyecciones de la Población de México 2000 - 2050; y la estructura de la población por entidad federativa de la muestra censal del XII Censo de Población y Vivienda. INEGI 2000. El total puede no coincidir con la suma de los parciales, debido al redondeo de las cifras Fuente: Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud, Estimaciones a partir de los totales de población por entidad federativa. CONAPO, 2002.

2/ **Unidad de atención:** establecimiento de los sectores público, social y privado en el que se presta atención médica integral a la población; cuenta con recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos, cuya complejidad va en proporción directa al nivel de operación. Nota: las cifras del cuadro no incluye sector privado SSA.DGIED. Boletín de Información Estadística No. 21, 2001.

3/ El total incluye médicos generales, especialistas, en formación, odontólogos y en otras labores del Sistema Nacional de Salud, este último lo conforman las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y local que prestan servicios de salud. *Boletín de Información Estadística* No. 21, 2001.

4 / www.salud.gob.mx/apps/htdocs/estadisticas/mortalidad/mortalidad.htm

5/ CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050

6/ Daniel Hernández Franco, *et. al.*, Concentración de hogares en condición de pobreza en el medio urbano, Cuadernos de Desarrollo Humano, Núm. 3, Noviembre del 2002, p, 17. Secretaría de Desarrollo Social. <http://www.sedesol.gob.mx/publicaciones/libros/Cuad3.pdf>

Nota: "el método de clasificación de los hogares consiste en utilizar la información del ingreso per cápita de los hogares y determinar el perfil socioeconómico de aquellos cuyo ingreso es inferior a una línea de pobreza, que se estima a partir del valor de una canasta alimentaria En este caso se utilizó la Canasta Normativa Alimentaria (CNA), elaborada por la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar), actualizada con el Rubro de Alimentos, Bebidas y Tabaco del Índice Nacional de Precios al Consumidor más un factor de expansión." p. 10

Cuadro 11 A. Población amparada por el ISSSTE por entidad federativa, 2001

Entidad federativa	Total	Trabajadores	Familiares	Pensionistas	Familiares de pensionistas
Aguascalientes	104,624	25,104	70,438	4,769	4,313
Baja California	131,358	31,738	84,264	8,625	6,731
Baja California Sur	86,546	21,271	56,938	4,451	3,886
Campeche	79,660	19,485	54,532	3,031	2,612
Coahuila	244,356	55,549	169,063	10,821	8,923
Colima	63,716	15,103	42,535	3,164	2,914
Chiapas	242,206	63,889	162,987	8,558	6,772
Chihuahua	251,895	56,990	173,507	11,200	10,198
Distrito Federal	3,138,929	672,570	2,187,635	149,962	128,762
Durango	271,422	55,847	203,740	6,561	5,274
Guanajuato	344,314	89,669	237,571	8,996	8,078
Guerrero	419,878	92,656	311,123	8,653	7,446
Hidalgo	201,611	55,439	134,353	6,820	4,999
Jalisco	316,771	75,655	214,804	13,582	12,730
México	761,989	194,913	517,161	26,563	23,352
Michoacán	344,691	83,200	240,255	11,546	9,690
Morelos	167,320	38,227	114,019	7,777	7,297
Nayarit	133,338	30,335	95,594	3,842	3,567
Nuevo León	193,264	45,525	133,531	7,708	6,500
Oaxaca	305,095	80,647	203,372	11,378	9,698
Puebla	287,375	64,140	204,439	10,516	8,280
Querétaro	104,003	24,672	68,922	5,337	5,072
Quintana Roo	85,300	22,749	57,344	2,825	2,382
San Luis Potosí	229,365	51,259	163,129	8,246	6,731
Sinaloa	294,580	68,486	210,805	8,275	7,014
Sonora	201,870	44,775	142,624	8,025	6,446
Tabasco	142,926	30,117	105,883	3,673	3,253
Tamaulipas	318,652	74,833	216,386	14,588	12,845
Tlaxcala	95,398	21,982	67,816	3,071	2,529
Veracruz	411,054	102,874	276,627	16,405	15,148
Yucatán	132,033	29,445	89,203	7,117	6,268
Zacatecas	124,964	28,629	88,200	4,249	3,886
En el extranjero	6,020	1,008	3,623	746	643
TOTAL	10,236,523	2,368,781	7,102,423	411,080	354,239
Porcentaje	100	23.1	69.4	4.0	3.5

Fuente: ISSSTE, Anuario Estadístico 2001, México, Agosto, 2002.

www.issste.gob.mx/issste/informes1.html

Cuadro 12 A. TRABAJADORES ASEGURADOS PERMANENTES EN EL IMSS POR ENTIDAD FEDERATIVA ^{1/}

ENTIDAD FEDERATIVA	PROMEDIO 2000	PROMEDIO 2001	PROMEDIO 2002	PROMEDIO 2003	PROMEDIO al mes de septiembre 2004
TOTAL	10,913,044	10,856,998	10,725,207	10,654,868	10,734,063
AGUASCALIENTES	160,346	162,901	160,591	158,737	159,165
BAJA CALIFORNIA	557,516	541,028	513,680	508,235	526,089
BAJA CALIFORNIA SUR	63,863	66,020	66,286	66,936	69,586
CAMPECHE	60,065	63,694	67,671	71,955	74,386
COAHUILA	468,275	454,684	448,319	435,350	434,750
COLIMA	59,162	61,172	63,004	64,083	66,187
CHIAPAS	112,327	117,897	121,909	124,184	127,998
CHIHUAHUA	681,242	638,742	595,651	569,929	570,642
DISTRITO FEDERAL	2,024,395	1,982,428	1,934,452	1,915,682	1,916,226
DURANGO	165,719	155,746	152,401	146,728	148,651
GUANAJUATO	430,436	437,636	444,689	448,427	451,348
GUERRERO	97,364	98,802	97,990	97,575	97,704
HIDALGO	130,227	130,994	129,437	124,219	123,051
JALISCO	888,365	898,206	899,130	902,437	916,120
MEXICO	854,674	862,356	847,528	832,786	824,150
MICHOACAN	212,360	219,989	223,348	225,958	227,485
MORELOS	128,087	128,309	127,502	128,020	129,225
NAYARIT	63,936	62,626	64,251	65,667	65,154
NUEVO LEON	830,886	829,014	829,741	827,476	833,413
OAXACA	110,806	113,322	116,046	118,857	120,016
PUEBLA	365,657	358,412	349,017	344,468	335,948
QUERETARO	198,175	197,084	194,998	195,648	200,214
QUINTANA ROO	145,664	151,474	154,541	162,137	174,167
SAN LUIS POTOSI	189,179	190,240	194,733	195,874	198,392
SINALOA	254,970	260,606	267,242	269,627	270,486
SONORA	314,994	312,732	300,040	298,651	308,107
TABASCO	83,995	87,747	88,842	91,875	94,348
TAMAULIPAS	451,036	448,142	440,638	430,657	438,623
TLAXCALA	70,675	69,856	67,040	62,823	61,418
VERACRUZ	446,826	451,624	458,236	462,636	460,298
YUCATAN	208,691	216,854	217,499	218,592	221,624
ZACATECAS	83,134	86,661	88,755	88,642	89,093

Nota: Las cifras anuales son promedios.

_1/ Excluye los grupos de seguro facultativo, estudiantes y continuación voluntaria.

Fuente: Informe Mensual de la Población Derechohabiente, IMSS.

**Cuadro13 A. TRABAJADORES ASEGURADOS EVENTUALES DEL IMSS POR ENTIDAD
FEDERATIVA, 2000 - SEP. 2004**

ENTIDAD FEDERATIVA	PROMEDIO 2000	PROMEDIO 2001	PROMEDIO 2002	PROMEDIO 2003	PROMEDIO al mes de septiembre 2004
T O T A L	1,693,709	1,683,938	1,710,458	1,724,739	1,757,643
AGUASCALIENTES	19,095	18,599	19,446	20,944	19,921
BAJA CALIFORNIA	55,502	51,204	52,155	71,138	74,070
BAJA CALIFORNIA SUR	17,149	18,395	18,511	21,480	21,662
CAMPECHE	19,370	23,985	26,372	25,531	26,688
COAHUILA	54,006	52,764	49,908	49,698	50,981
COLIMA	15,648	16,392	17,895	18,158	17,831
CHIAPAS	30,223	24,068	23,122	22,291	19,121
CHIHUAHUA	40,155	45,739	43,689	46,880	50,286
DISTRITO FEDERAL	241,571	244,504	255,881	260,267	273,052
DURANGO	15,716	15,066	15,050	16,021	17,204
GUANAJUATO	66,316	66,923	68,585	69,117	67,408
GUERRERO	23,760	21,632	20,556	23,287	27,125
HIDALGO	15,804	17,903	17,786	20,731	23,164
JALISCO	133,085	126,381	133,704	134,486	135,235
MEXICO	165,614	174,774	175,646	176,748	183,480
MICHOACAN	30,564	30,252	28,790	29,307	31,193
MORELOS	21,036	20,528	19,791	20,017	23,335
NAYARIT	23,292	23,364	22,110	22,052	24,829
NUEVO LEON	108,325	102,171	101,054	107,658	113,556
OAXACA	19,310	20,591	21,613	20,003	18,836
PUEBLA	55,065	53,548	53,582	50,387	52,405
QUERETARO	47,382	48,389	52,555	56,645	62,346
QUINTANA ROO	20,575	20,429	18,056	21,992	25,091
SAN LUIS POTOSI	47,828	51,706	54,235	43,872	43,405
SINALOA	67,363	70,327	81,842	75,040	62,408
SONORA	57,638	51,870	47,060	54,116	58,969
TABASCO	27,255	25,169	24,395	28,727	25,791
TAMAULIPAS	80,677	75,523	69,308	66,986	68,848
TLAXCALA	6,793	6,720	7,823	8,535	9,088
VERACRUZ	134,880	134,221	140,085	109,175	95,780
YUCATAN	21,949	18,625	18,539	20,405	20,381
ZACATECAS	10,763	12,176	11,315	13,045	14,156

Nota: Las cifras anuales son promedios.

_1/ La suma de los parciales no coincide con el total debido a que incluye 530,867 trabajadores considerados en el esquema urbano anterior (modalidades 18 y 19).

Fuente: Informe Mensual de la Población Derechohabiente, IMSS.

Cuadro 14 A.Familias afiliadas al Seguro Popular de Salud por entidad federativa, municipio, localidad.

(acumulado al 30 de junio 2004)

Entidad Federativa	Municipio	Localidad	Familias afiliadas
Aguascalientes	5	28	14,575
Baja California	5	175	34,067
Baja California Sur	5	101	11,079
Campeche	8	137	18,247
Coahuila	2	7	1,092
Colima	10	290	52,274
Chiapas	14	642	41,210
Chihuahua			
Distrito Federal			
Durango			
Guanajuato	8	559	17,500
Guerrero	4	13	9,451
Hidalgo	20	324	19,892
Jalisco	87	1829	38,747
México	26	348	37,343
Michoacán	7	85	3,089
Morelos	17	221	9,591
Nayarit			
Nuevo León			
Oaxaca	56	103	29,963
Puebla			
Querétaro			
Quintana Roo	3	7	7,927
San Luis Potosí	38	1,085	51,752
Sinaloa	18	2,432	94,118
Sonora	45	542	26,777
Tabasco	17	1,311	150,000
Tamaulipas	43	1,834	87,129
Tlaxcala	11	33	2,973
Veracruz	20	487	17,988
Yucatán	2	15	3,070
Zacatecas	46	724	20,048
TOTAL	517	13,332	799,902

Fuente: Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Dirección General de Afiliación y Operación.

Cuadro 15A. Familias afiliadas por el Seguro Popular de Salud encabezadas por mujeres por entidad federativa

(acumulado al 30 de junio 2004)

Entidad Federativa	Familias afiliadas	Número de familias afiliadas encabezadas por mujeres	Participación (%)
Aguascalientes	14,575	11,171	76.6
Baja California	34,067	21,082	61.9
Baja California Sur	11,079	8,127	73.4
Campeche	18,247	8,311	45.5
Coahuila	1,092	843	77.2
Colima	52,274	37,063	70.9
Chiapas	41,210	35,078	85.1
Chihuahua			
Distrito Federal			
Durango			
Guanajuato	17,500	7,478	42.7
Guerrero	9,451	6,687	70.8
Hidalgo	19,892	14,527	73.0
Jalisco	38,747	30,778	79.4
México	37,343	33,337	89.3
Michoacán	3,089	2,603	84.3
Morelos	9,591	8,076	84.2
Nayarit			
Nuevo León			
Oaxaca	29,963	22,893	76.4
Puebla			
Querétaro			
Quintana Roo	7,927	6,165	77.8
San Luis Potosí	51,752	36,987	71.5
Sinaloa	94,118	75,843	80.6
Sonora	26,777	20,900	78.1
Tabasco	150,000	63,649	42.4
Tamaulipas	87,129	69,578	79.9
Tlaxcala	2,973	2,751	92.5
Veracruz	17,988	15,114	84.0
Yucatán	3,070	2,860	93.2
Zacatecas	20,048	12,217	60.9
TOTAL	799,902	554,118	69.3

Fuente: Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Dirección General de Afiliación y Operación.

Cuadro 16 A. Población total, número de personas no derechohabientes y afiliadas al Seguro Popular de Salud por entidad federativa

Entidad Federativa	Población total 2004 (proyecciones de CONAPO a mitad de año) 1/	Número de personas no derechohabientes (acumulado al 30 de junio 2004) 2/	Número de personas afiliadas al Seguro Popular (acumulado al 30 de junio 2004) 3/	Avance de personas afiliadas en relación a la población total (%)	Avance de personas afiliadas en relación al número de personas no derechohabientes (%)
Aguascalientes	1,028,279	368,028	58,446	5.7	15.9
Baja California	2,867,630	798,232	104,752	3.7	13.1
Baja California Sur	489,669	128,917	34,509	7.0	26.8
Campeche	763,037	356,274	60,849	8.0	17.1
Coahuila	2,511,114	557,118	3,526	0.1	0.6
Colima	584,068	225,074	146,966	25.2	65.3
Chiapas	4,357,301	2,601,849	130,911	3.0	5.0
Chihuahua	3,373,391	1,000,074		0.0	0.0
Distrito Federal	8,814,123	3,261,361		0.0	0.0
Durango	1,549,309	603,974		0.0	0.0
Guanajuato	5,027,179	2,649,430	56,667	1.1	2.1
Guerrero	3,249,559	2,063,048	27,949	0.9	1.4
Hidalgo	2,370,735	1,340,381	59,173	2.5	4.4
Jalisco	6,758,852	2,909,913	151,378	2.2	5.2
México	14,447,120	6,195,325	148,158	1.0	2.4
Michoacán	4,213,737	2,518,651	11,616	0.3	0.5
Morelos	1,698,232	839,195	33,310	2.0	4.0
Nayarit	991,142	454,579		0.0	0.0
Nuevo León	4,178,145	1,011,919		0.0	0.0
Oaxaca	3,693,497	2,237,152	91,457	2.5	4.1
Puebla	5,480,844	3,097,201		0.0	0.0
Querétaro	1,572,772	644,611		0.0	0.0
Quintana Roo	1,053,084	376,110	30,061	2.9	8.0
San Luis Potosí	2,398,690	1,223,150	200,929	8.4	16.4
Sinaloa	2,747,467	917,242	340,552	12.4	37.1
Sonora	2,448,839	774,246	88,606	3.6	11.4
Tabasco	2,045,537	1,138,151	459,830	22.5	40.4
Tamaulipas	3,106,529	1,060,511	288,126	9.3	27.2
Tlaxcala	1,055,648	577,343	12,800	1.2	2.2
Veracruz	7,274,772	3,904,155	61,267	0.8	1.6
Yucatán	1,784,267	754,615	13,660	0.8	1.8
Zacatecas	1,415,269	782,744	61,715	4.4	7.9
TOTAL	105,349,837	47,370,573	2,677,213	2.5	5.7

Cuadro elaborado propia con información de:

1/ CONAPO, Proyecciones de población, Población total de los municipios a mitad de año, 2000-2030.

2/ 3/ Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Dirección General de Afiliación y Operación.

Cuadro 17 A. Porcentaje de hogares por entidad federativa con gastos catastróficos en salud, índice de justicia en la distribución financiera, hogares con seguro de salud y trato digno en los servicios de salud, 2002

Entidad Federativa	Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud 1/	Índice de justicia en la contribución financiera 2/	Porcentaje de hogares asegurados por el jefe de familia 3/	% de aprobación trato digno 4/	
				Atención ambulatoria	Atención hospitalaria
Nacional	3.90	84.81	45.32	88.40	87.20
Aguascalientes	2.45	85.62	61.73	91.40	89.10
Baja California	4.17	83.67	51.08	84.70	82.20
Baja California Sur	4.25	84.48	62.37	86.80	86.20
Campeche	2.48	87.18	36.09	88.50	83.90
Coahuila	2.54	86.47	66.73	86.60	88.40
Colima	2.24	88.29	62.56	91.00	90.20
Chiapas	7.28	83.03	22.33	87.30	86.40
Chihuahua	2.46	84.63	55.20	91.60	89.20
Distrito Federal	3.93	85.02	62.89	89.10	84.70
Durango	5.23	82.21	47.15	90.50	90.10
Guanajuato	3.43	86.06	40.41	86.50	87.70
Guerrero	4.62	84.95	20.81	88.90	91.90
Hidalgo	4.13	86.23	33.14	82.50	86.10
Jalisco	4.50	83.98	52.44	87.40	88.00
México	3.07	85.33	43.98	88.40	88.10
Michoacán	6.74	83.14	31.36	87.80	83.90
Morelos	2.68	86.99	39.83	84.80	89.30
Nayarit	5.57	83.67	38.03	91.40	91.90
Nuevo León	2.52	87.90	75.91	90.80	87.90
Oaxaca	5.22	83.91	25.13	88.20	81.60
Puebla	4.28	85.88	27.06	87.10	83.30
Querétaro	2.45	86.99	42.56	86.90	80.90
Quintana Roo	2.90	85.86	53.74	79.80	79.10
San Luis Potosí	4.33	83.77	42.99	86.10	88.55
Sinaloa	3.66	85.35	66.63	89.70	92.20
Sonora	3.07	85.68	60.39	91.90	88.30
Tabasco	4.88	83.71	28.54	87.90	87.70
Tamaulipas	2.87	85.61	56.15	87.80	86.80
Tlaxcala	5.56	84.66	31.29	87.90	89.30
Veracruz	3.86	85.05	30.87	91.10	89.60
Yucatán	1.38	89.16	57.57	86.80	86.90
Zacatecas	7.00	81.39	27.72	91.60	92.00

1/ Se definió como hogar con gasto catastrófico a todo aquel que está destinando más del 30% de su capacidad de pago al financiamiento de la salud de sus miembros.

2/ El índice de justicia varía de 0 a 100. Un valor de 100 indica que el sistema de salud es

3/ Se refiere a los hogares cuyo jefe de familia reportó haber tenido algún esquema de aseguramiento ya fuera social o voluntario. ENED 2002, DGIED, Secretaría de Salud.

4// el porcentaje de aprobación se refiere a que el dominio fue calificado como bueno o muy bueno

Cuadro de elaboración propia con información de: Salud: México 2002, Anexos estadísticos, México, 2003, pp. 214-217. Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002 (ENED 2002). Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño (DGIE), Secretaría de Salud.

Cuadro 18 A. Familias afiliadas al Seguro Popular de Salud, 2002-2004.

Entidad Federativa	2002 ^{1/}	2003 ^{2/}	(acumulado al 30 de junio 2004) ^{3/}
Aguascalientes	8,361	15,032	14,575
Baja California	21,738	44,216	34,067
Baja California Sur		4,320	11,079
Campeche	4,979	11,990	18,247
Coahuila	15,279		1,092
Colima	37,901	67,850	52,274
Chiapas	5,430	38,076	41,210
Chihuahua			
Distrito Federal			
Durango			
Guanajuato	11,077	17,448	17,500
Guerrero	6,940	6,282	9,451
Hidalgo	6,234	19,869	19,892
Jalisco	7,478	24,516	38,747
México	8,209	8,259	37,343
Michoacán		3,044	3,089
Morelos	2,673	8,521	9,591
Nayarit			
Nuevo León			
Oaxaca	8,392	10,593	29,963
Puebla			
Querétaro			
Quintana Roo	7,520	7,559	7,927
San Luis Potosí	21,042	46,790	51,752
Sinaloa	55,376	88,796	94,118
Sonora	19,641	10,365	26,777
Tabasco	13,489	87,846	150,000
Tamaulipas	23,464	50,029	87,129
Tlaxcala		2,280	2,973
Veracruz		14,737	17,988
Yucatán		2,556	3,070
Zacatecas	9,987	22,964	20,048
Nacional	295,210	613,938	799,902

1/ Padrón de beneficiarios del Seguro Popular de Salud. Dirección General de Protección Financiera en Salud, Secretaría de Salud.

2/ Presidencia de la República, *Cuarto Informe de Gobierno*, México, 2004, Anexo, p. 97.

3/ Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Dirección General de Afiliación y Operación.

Cuadro 19 A. Gasto público en salud per cápita por entidad federativa y condición de aseguramiento, 2002

Entidad Federativa	Gasto público en salud per cápita por condición de aseguramiento, 2002 (pesos corrientes)	
	Asegurados	No asegurados
Nacional	1,741.29	1,129.53
Aguascalientes	1,553.57	1,798.22
Baja California	1,542.85	950.2
Baja California Sur	2,470.24	2,516.77
Campeche	2,191.53	1,807.95
Coahuila	1,710.87	1,949.27
Colima	1,743.61	1,793.74
Chiapas	1,234.94	835.69
Chihuahua	1,490.48	1,343.84
Distrito Federal	3,976.22	2,601.10
Durango	1,472.21	1,576.95
Guanajuato	1,457.47	700.21
Guerrero	1,474.51	867.17
Hidalgo	1,389.53	1,093.02
Jalisco	1,623.02	1,345.71
México	804.39	944.38
Michoacán	1,341.45	691.4
Morelos	1,571.35	897.29
Nayarit	1,717.87	1,276.50
Nuevo León	1,769.19	1,391.40
Oaxaca	1,140.97	943.47
Puebla	1,515.35	589.2
Querétaro	1,255.80	1,192.14
Quintana Roo	1,494.59	1,498.41
San Luis Potosí	1,356.07	1,056.66
Sinaloa	1,506.94	1,315.45
Sonora	1,596.91	1,988.93
Tabasco	1,928.48	1,726.64
Tamaulipas	1,753.92	1,397.25
Tlaxcala	1,236.71	986.56
Veracruz	1,903.46	893.15
Yucatán	2,009.30	1,353.24
Zacatecas	1,325.83	1,023.42

Fuente: Boletín de Información Estadística, vol. IV, 2002; Sistema de Cuentas Nacionales INEGI; 2do Informe de Gobierno y Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud.

**Cuadro 20 A. Seguro Popular de Salud.
Presupuesto Proyecto y Aprobado, 2002-2005
(pesos corrientes)**

Presupuesto	2002		2003		2004		2005	
	Proyecto	Aprobado	Proyecto	Aprobado	Proyecto	Aprobado	Proyecto	Aprobado
Secretaría de Salud	19,845,470,000	21,995,770,000	20,137,090,000	20,866,971,465	21,422,045,416	20,973,045,416	29,456,204,010	34,024,454,010
Seguro de Salud Popular	202,618,064	202,618,064						
Programa Salud para Todos (Seguro Popular)			178,268,700	177,518,700				
Coordinar acciones para la operación y regulación del SPSS (Seguro Popular)					3,618,759,149	1,936,779,176	8,595,712,863	8,595,712,863
Desglose por Actividad Prioritaria del presupuesto asignado al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)								
Implementar medidas para mejorar la calidad de los servicios de salud					143,497,954	137,312,475		
Integrar/Operar el Fondo de Gastos Catastróficos en Salud					573,991,817	542,806,569	957,776,099	980,871,617
Compensar la variación de la demanda de servicios de salud					71,748,977	68,656,237		
Operar el Fondo de Previsión Presupuestaria para atender la infraestructuras, las variaciones de la demanda y el pago interestatal de servicios							512,910,733	513,965,192
Instrumentar la afiliación al SPSS					150,000,000	123,984,221	102,129,290	102,129,290
Integrar la Aportación del Estado Nacional (cuota social)					1,847,469,941	733,617,987	3,808,821,101	3,787,553,640
Integrar la Aportación Solidaria Federal					832,050,460	330,401,687	2,952,468,587	2,649,286,071
Otras Actividades							261,607,053	261,607,053
Impulsar la prevención y/o atención del VHI/SIDA en la población								300,300,000
Presupuesto para el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), Ramo 33.								
Ramo 33, Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)	25,758,816,714	26,758,816,714	31,163,370,000	31,163,370,000	34,064,123,181	34,064,123,181	36,257,068,548	36,257,068,548
Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud para la Comunidad (FASSA-C) ^{1/}					11,719,872,070	11,719,872,070	12,534,697,693	12,534,697,693
Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud para la Persona (FASSA - P) ^{2/}					22,344,251,111	22,344,251,111	23,722,370,855	23,722,370,855

Elaboración propia con información de: Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación y Presupuesto de Egresos de la Federación varios años.

Cuadro 21 A. Presupuesto Asignado al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad y Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona, 2004-2005.

(pesos corrientes)

Entidad Federativa	2004			2005		
	FASSA-C	FASSA-P	TOTAL	FASSA-C	FASSA-P	TOTAL
Aguascalientes	164,795,244	341,363,562	506,158,806	180,591,896	355,500,438	536,092,334
Baja California	255,553,574	479,997,399	735,550,973	268,462,550	507,039,159	775,501,709
Baja California Sur	122,417,919	239,692,546	362,110,465	128,909,167	250,816,687	379,725,854
Campeche	181,105,353	341,888,614	522,993,967	197,262,307	356,169,251	553,431,558
Coahuila	240,381,006	428,543,251	668,924,257	258,040,080	457,354,002	715,394,082
Colima	142,783,717	262,342,575	405,126,292	150,392,417	277,904,737	428,297,154
Chiapas	564,256,150	1,088,063,673	1,652,319,823	599,869,176	1,161,540,227	1,761,409,403
Chihuahua	327,367,095	636,666,927	964,034,022	352,666,678	688,941,377	1,041,608,055
Distrito Federal	668,230,327	1,294,156,314	1,962,386,641	730,286,547	1,337,027,916	2,067,314,463
Durango	255,806,608	494,528,179	750,334,787	269,461,339	523,424,356	792,885,695
Guanajuato	425,340,823	822,320,106	1,247,660,929	453,379,452	880,300,633	1,333,680,085
Guerrero	640,191,345	1,096,030,493	1,736,221,838	675,301,202	1,194,728,224	1,870,029,426
Hidalgo	369,068,272	703,430,405	1,072,498,677	394,141,249	749,635,748	1,143,776,997
Jalisco	708,581,990	1,395,203,870	2,103,785,860	745,886,037	1,477,710,125	2,223,596,162
México	1,333,404,335	2,602,552,465	3,935,956,800	1,451,311,063	2,737,686,338	4,188,997,401
Michoacán	364,944,239	855,293,436	1,220,237,675	388,381,542	908,933,575	1,297,315,117
Morelos	223,625,626	392,769,999	616,395,625	237,138,322	419,694,013	656,832,335
Nayarit	174,095,573	317,663,239	491,758,812	184,247,315	338,284,308	522,531,623
Nuevo León	345,877,811	656,274,864	1,002,152,675	362,776,098	699,636,889	1,062,412,987
Oaxaca	477,082,125	907,631,708	1,384,713,833	532,897,190	951,877,498	1,484,774,688
Puebla	419,189,153	913,071,366	1,332,260,519	467,999,760	939,388,382	1,407,388,142
Querétaro	209,721,534	467,037,830	676,759,364	221,447,019	493,991,348	715,438,367
Quintana Roo	189,533,228	349,330,319	538,863,547	202,160,705	368,921,225	571,081,930
San Luis Potosí	285,009,072	436,231,475	721,240,547	272,385,048	494,659,173	767,044,221
Sinaloa	309,175,383	502,037,384	811,212,767	324,486,148	531,244,824	855,730,972
Sonora	329,651,147	641,676,514	971,327,661	352,146,389	688,899,032	1,041,045,421
Tabasco	314,145,439	521,580,887	835,726,326	345,616,982	539,536,728	885,153,710
Tamaulipas	408,729,812	795,584,250	1,204,314,062	432,015,492	845,509,997	1,277,525,489
Tlaxcala	147,188,243	315,686,118	462,874,361	155,562,658	334,385,763	489,948,421
Veracruz	707,942,221	1,237,288,996	1,945,231,217	753,950,501	1,327,401,681	2,081,352,182
Yucatán	246,069,400	489,194,616	735,264,016	268,613,391	535,232,183	803,845,574
Zacatecas	168,608,306	319,117,731	487,726,037	176,911,973	348,995,018	525,906,991
TOTAL	11,719,872,070	22,344,251,111	34,064,123,181	12,534,697,693	23,722,370,855	36,257,068,548

Cuadro de elaboración propia con información de: Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2004, 2005.

Cuadro 22 A. Seguro Popular de Salud. Presupuesto Aprobado, 2002-2005
(pesos constantes) ^{3/}

Fuente del presupuesto	2002	2003	2004	% Incremento	2005	% Incremento
Salud Ramo 12	23,853,996,313	20,866,971,465	20,314,844,456	100.0	31,995,913,118	100.0
Seguro de Salud Popular	219,735,456					
Programa Salud para Todos (Seguro Popular)		177,518,700				
Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)			1,875,996,877	9.2	8,083,235,718	25.3
Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipales, Ramo 33	237,146,738,881	234,618,811,609	243,317,897,480	100.0	254,920,879,427	100.0
Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud Ramo 33	29,019,430,337	31,163,370,000	32,995,082,508	13.6	34,095,418,984	13.4
Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud para la Comunidad (FASSA-C) ^{1/}			11,352,065,159	34.4	11,787,377,932	34.6
Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud para la Persona (FASSA - P) ^{2/}			21,643,017,349	65.6	22,308,041,052	65.4

1/ 2/ El 1o de enero de 2004 entró en vigor el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), el cual divide la estructura del FASSA en dos fondos el FASSA-C y el FASSA-P

Defactor implícito del PIB base 2003.

Cuadro de elaboración propia con información de: Presupuesto de Egresos de la Federación varios años.

Cuadro 23 A. Votación de la Cámara de Diputados respecto a: Proyecto de decreto, que adiciona el artículo 3° con una fracción II bis; el artículo 13, apartado A), con una fracción VII bis y el título tercero bis, a la Ley General de Salud; con los artículos 77 bis 1 al 77 bis 41; y que reforma la fracción I del apartado B) del artículo 13, la fracción IX del artículo 17, el artículo 28 y el artículo 35 de la citada ley (en lo general y en lo particular los artículos no reservados)

Votos	Total	PRI	PAN	PRD	PVEM	PT	PSN	CONV	PAS	IND
Favor	305	102	187	0	12	0	1	1	2	0
Contra	115	58	0	45	3	8	0	0	0	1
Abstención	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Quórum *	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Ausente	75	43	14	11	3	0	2	0	0	2
Total	500	207	202	56	18	8	3	1	2	3

Quórum, significa que pasó lista de asistencia y no votó

Cuadro tomado de: Gaceta Parlamentaria, LVIII Legislatura, Cámara de Diputados, México, DF. martes 29 de abril de 2003.

<http://gaceta.diputados.gob.mx/>