



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE PUEBLA
FACULTAD DE MEDICINA**

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

***“ANÁLISIS SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LA COBERTURA DE SEGURO
POPULAR EN LOS AFILIADOS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN
SALUD EN 20 UNIDADES MÉDICAS”***

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

PRESENTA:

GUEVARA ALTAMIRANO MARIANA

DIRECTOR:

DC. IRMA PÉREZ CONTRERAS

CO- DIRECTOR:

DC KARLA ROJAS VALDERRAMA

REVISORA

MASS LIS ROSALES BÁEZ

AGOSTO DEL AÑO 2020

DEDICATORIA

A mi familia:

A mi esposo porque fue una situación complicada adaptarnos a todo lo que vivimos durante esta etapa, pero al final lograr convertirnos ambos maestros, pues crecimos como personas y profesionistas, gracias por siempre darme ese impulso para concluir todos mis objetivos.

A mis hijos:

Gracias por la espera continua de no tener mamá por mucho tiempo, y a pesar de todo siempre recibirme con una sonrisa, gracias mi July por ser ese rayito de luz que hace que sea una mejor mujer, esperando que cuando sepas que tu mami tiene una maestría tu siempre busques superarme. Y a ti mi pequeño Leo que me acompañaste en mi vientre mucho tiempo y los dos terminamos la Maestría con una cercanía más allá de lo físico y espiritual.

A mis Papás y hermanas:

Gracias a ustedes cuatro por siempre haberme acompañado en esta etapa y sobre todo por nunca dejarme sola, gracias Pa' y Ma' por enseñarme con el ejemplo que vale más siempre ser una buena persona, porque cuando lo eres, cosas buenas ocurren.

A mi cuñado y mis sobrinos:

Gracias por ser un gran pilar en mi vida, por siempre estar pendiente de mis clases y sobre todo por siempre traerme a estudiar....

A mis compañeros y Maestros:

Gracias a todos ellos por siempre estar enseñándome cosas nuevas, a descubrir diferentes mundos, ya que, con sus opiniones, enseñanzas, estilos de vida. Logré crecer más como profesional y sobre todo como persona. Y por convertirnos en una familia de estudio durante todo este tiempo. ¡Mil gracias!

INDICE

	Pagina
1. Antecedentes	5
1.1 Antecedentes generales	5
1.1.1 Antecedentes históricos del sistema de salud en México	5
1.2 Antecedentes específicos	11
1.2.1 Antecedentes y evolución del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)	11
1.2.2 Objetivos del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)	12
1.2.3 Cobertura	14
2. Planteamiento del problema	17
3.1 Introducción al problema	17
3. Objetivos	18
4.1 Generales	18
4.2 Específicos	18
4. Justificación	19
5. Hipótesis	20
5.1 Hipótesis nula	20
5.2 Hipótesis alternativa	20
6. Materiales y métodos.	21
6.1 Diseño del estudio	21
6.2 Población base	21
6.3 Población de estudio	21
6.4 Criterios de selección	22
6.4.1 Criterios de inclusión	22
6.4.2 Criterios de exclusión	22
6.5 Unidades de Observación	22
6.6 Operacionalización de variable	23
6.7 Estrategia de trabajo	25
6.8 Recolección de información	25
6.9 Métodos para el análisis de los datos	25

7. Aspectos Éticos	26
8.Resultados	27
8.1 Características de la población	27
9.Discusión	49
10. Conclusiones	51
10.1 Conclusión General	51
10.2 Conclusión de resultados	51
11. Propuestas de mejora	52
12. Referencias	55

1. Antecedentes

1.1 Antecedentes Generales

1.1.1 Antecedentes históricos del sistema de salud en México

La reforma de los servicios de salud en México. Principales antecedentes

En México, desde inicios de la década de los ochenta se empezaron a perfilar las intenciones gubernamentales de transformar los servicios de salud bajo la propuesta del establecimiento de una coordinación entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, esta iniciativa no prosperó debido a que el Instituto Mexicano del Seguro Social (en ese entonces la institución más fuerte del sector), no colaboró con el ministerio de salud en esta iniciativa. ⁽¹⁾.

Durante el mandato del expresidente Carlos Salinas de Gortari (1988-1994), se constituyeron las bases para iniciar el inexorable proceso de desmantelamiento de la seguridad social, pues se eliminó el papel del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como responsable de la administración de fondos y pagador de las pensiones de los trabajadores del sector industrial, al asignar estas tareas a las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES) y a las aseguradoras, con estas medidas, se inaugura la administración y el control privado sobre los fondos de pensiones y se establecen las bases para la transferencia masiva de fondos del sector público al privado, el fortalecimiento de los grupos financieros y la mercantilización del sistema de pensiones ⁽¹⁾.

En este sexenio, también se perfilaron con mayor fuerza las acciones de focalización contra la pobreza, en las que se incluyeron diversas actividades en salud que dependían directamente del Ejecutivo Federal. Sin embargo, es hasta mediados de la década de los noventa, durante el sexenio del expresidente Ernesto Zedillo de Gortari, que se expresan con mayor claridad las intenciones del Estado mexicano de adoptar al pie de la letra las recomendaciones del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo. Estas recomendaciones se orientaron a realizar la primera fase de reforma de los servicios de salud, para lo cual, era necesario fracturar las bases de la seguridad social, que ya por entonces atendía

alrededor del 50% de la población mexicana. Así, durante la década de los noventa, el gobierno continúa la reforma del sistema de salud mexicano, favoreciendo el reforzamiento y la creación de las condiciones necesarias para la mercantilización de la atención médica. Las dos acciones fundamentales para lograrlo fueron el debilitamiento de la seguridad social mediante las modificaciones a la Ley del IMSS ⁽²⁾ y la reorganización de los servicios que atienden a la población no asegurada ⁽³⁾. Los cambios en este periodo fueron muchos y muy diversos, se puede decir que sentaron las bases para la expresión plena de los verdaderos objetivos de la reforma de los servicios de salud: la emergencia de la anhelada mezcla pública-privada, como forma de garantizar el flujo de recursos del sector público de la atención médica al sector privado. ^(4,5)

En la siguiente década, la identidad del Programa Nacional de Salud 2001- 2006, así como las acciones realizadas por el entonces gobierno, expresan claramente que la reforma de los servicios de salud en México forma parte de la reforma del Estado mexicano. Desde luego, es necesario tener en cuenta que una aplicación tan radical de esta reforma fue posible gracias a la ausencia de participación de la mayoría de los actores sociales involucrados. El nuevo siglo: continuidad de las tendencias de reforma A partir del año 2000, durante el gobierno de Vicente Fox, se diseña y aplica el Programa Nacional de Salud 2001-2006, que fue titulado “La democratización de la salud en México”, el cual profundiza las estrategias reseñadas anteriormente. En él se plantea la necesidad de “alinear las políticas fiscales con las políticas de salud mediante el estímulo al prepago por la atención a la salud” ^(6,7).

En el año 2001, el Banco Mundial propone medidas para prácticamente todos los ámbitos sociales y económicos del país, a partir de una agenda de desarrollo de cinco puntos. En ese documento se plantea un ordenamiento general que sin duda atañe a la reorganización de los servicios de salud, pues en él se plantea la necesidad de: “Redoblar los esfuerzos para acelerar el crecimiento y la competitividad en el largo plazo, estableciendo un sistema financiero sólido que estimule la inversión privada y proteja los ahorros de los mexicanos. Se recomienda

asimismo eliminar las barreras a los flujos de capital privado liberalizando en forma gradual las áreas que actualmente se encuentran dominadas por el sector público o son monopolios cuasi-públicos” (8).

La separación de funciones se centró en el cambio del papel del ministerio de salud, limitándolo a la recaudación y normatividad de las demás instancias del sistema nacional de salud, al margen de la prestación de servicios. En la seguridad social, las cuotas del seguro de enfermedad y maternidad fueron transferidas a un organismo autónomo, denominado Fondo Solidario de Salud (FSS), orientado a asegurar el “techo financiero” y transferir los recursos a las administradoras de salud, las cuales pueden ser públicas o privadas. La principal razón que fue esgrimida a favor de incentivar la participación privada en la prestación de servicios de salud fue la saturación de los servicios del IMSS. En suma, el grueso de las evidencias derivadas de estos análisis nacionales e internacionales, junto con la creciente presión de las cambiantes necesidades de salud de la población y las limitaciones del actual sistema de salud, confirmaron la necesidad de emprender una reforma de fondo. La esencia de esta reforma es la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y su componente de aseguramiento médico, el Seguro Popular de Salud (en adelante Seguro Popular). A lo largo del proceso de reforma, los argumentos para su defensa, generados por el trabajo analítico sobre el financiamiento de la salud, jugaron un papel clave. El uso de la evidencia se reforzó con la aplicación de un marco ético explícito. Por ejemplo, mostrar que la población asegurada recibía muchos más recursos públicos que los pobres no asegurados permitió argumentar que el sistema actual violaba el principio democrático relativo a la igualdad de derechos de todos los ciudadanos. Por su parte, la propuesta gubernamental señala que ante la imposibilidad de atender a la “nueva población derechohabiente”, constituida por los grupos cotizantes más altos y por los trabajadores de la economía informal, se debe utilizar la infraestructura disponible a través de establecimientos privados mediante un financiamiento público.

Incluso cuando la Constitución mexicana reconoció formalmente el derecho social a la protección de la salud hace dos décadas, en la práctica, no todas las personas habían tenido la misma capacidad para ejercerlo. Como se indicó anteriormente, la mitad de la población, en virtud de su situación laboral, gozaba de la protección de la seguridad social y por lo tanto contaba con menos obstáculos al acceso a los servicios médicos que la mitad no asegurada.

Este tipo de segregación ocupacional es incompatible con la idea de que el acceso a la atención médica es un derecho humano, según lo estipula el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas. (9,10)

Actualmente el Sistema Nacional de Salud está constituido por tres subsistemas. El primero representado por la seguridad social laboral (Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado- ISSSTE, Petróleos Mexicanos, etc.); el segundo, correspondiente a servicios para población no asegurada por la seguridad social (Secretaría de Salud y Servicios Estatales de Salud); y el privado, conformado por compañías aseguradoras, empresas médicas y prestadores pequeños y privados. Estos subsistemas fueron constituidos desde formas de financiamiento específicas. El primero, por el Instituto de Seguridad Social, financiado por las cuotas obrero-patronales y el presupuesto federal; el segundo a partir de recursos fiscales y cuotas familiares; y el tercero financiado por seguros privados o pago directo. Desde luego, esta estructura contempla la inserción del sector privado en los tres subsistemas, fundamentalmente a partir de dos mecanismos: el SPSS y la subrogación de servicios. Se puede observar una configuración diferente del Sistema Nacional de Salud, con una clara separación entre instituciones administradoras del financiamiento y prestadoras de servicios, que, a diferencia del esquema anterior, en el que sólo podían ser públicas, en la actualidad también pueden ser privadas. Esto plantea para la población una segmentación del sistema que, aunque sigue teniendo como característica fundamental la separación entre población asegurada y no asegurada, abre para ambas, una diversidad de servicios a los que estos grupos podrán acceder a partir de seguros privados, de acuerdo con su capacidad

de pago. Esta nueva estructura del SNS, cuyos cambios radican en la inserción del sector privado en sus diferentes niveles y la emergencia definitiva en México del denominado mix público-privado de la atención médica, se concreta en el SPSS, el cual tiene como rasgo intrínseco el traslado de recursos del sector público al privado ⁽⁹⁾. La nueva estructura del SNS anticipa una recomposición de la segmentación de la población con base en una nueva forma de acceso diferencial a los servicios de salud. Así, el análisis de la evolución de los recursos y de los servicios durante la década pasada confirma la conformación de un sector público mucho menos fuerte que en el pasado, sobre todo en lo relacionado con la cobertura de servicios de segundo y tercer nivel, en correspondencia con la expansión del sub-sector privado a expensas del crecimiento de diversas formas de aseguramiento ⁽¹⁰⁾.

El Sistema de salud en México se encuentra dividido en dos sectores importantes: el público y el privado, partiendo de la premisa que nos marca la constitución mexicana, 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, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. ^(11,12)

La Secretaría de Salud (SSA) y el IMSS, creados en 1943, y el ISSSTE, creado en 1959, han tenido desde su inicio la triple función de rectoría, financiamiento y prestación de servicios de salud. Cada una de estas instituciones atiende poblaciones diferentes y exclusivas. El IMSS ofrece servicios de salud a los trabajadores de nómina no gubernamentales, el ISSSTE —y otros sistemas de salud como la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena), Petróleos Mexicanos (Pemex), etc. ofrece estos servicios a los trabajadores de nómina gubernamentales, y la SSA al resto de los mexicanos. En principio, todos los ciudadanos tienen acceso a servicios de salud; sin embargo, la calidad y el costo para los usuarios pueden diferir drásticamente. La SSA, el IMSS y el ISSSTE tienen cada uno sus propios médicos y sistemas hospitalarios y reciben distinto financiamiento por parte de la

federación. Asimismo, el sistema de pago de cada una de estas instituciones es muy diferente. ⁽¹³⁾

México ha hecho avances significativos en materia de cobertura universal, sobre todo en las primeras dos etapas, tras la reforma Constitucional de 1983 y la reforma en salud de 2003, que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). La tercera etapa es un reto continuo. Al igual que en el resto de los países, la calidad de la atención es un objetivo móvil para México. ⁽¹⁴⁾

1.2 Antecedentes específicos

1.2.1. Antecedentes y evolución del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)

El SPSS inició su fase piloto en octubre de 2001 en cinco estados de la República (Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco), y constituyó 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 (11), que sustentan las acciones de protección social en salud que ofrecerán las entidades federativas. Según la versión oficial, su principal objetivo es sustituir el pago de bolsillo de las familias por el prepago, condición indispensable para el financiamiento de los seguros médicos y para la expansión del sector privado. La población objetivo fue 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 tuvieran acceso a unidades de salud con capacidad y calidad suficiente para ofrecer la prestación de los servicios médicos ⁽¹⁵⁾.

El Seguro Popular forma parte del (SPSS), el cual busca otorgar cobertura de servicios de salud, a través de un aseguramiento público y voluntario, para aquellas personas que no cuentan con empleo o que trabajan por cuenta propia y que, por lo tanto, no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social. El Seguro Popular te brinda atención médica y medicinas sin costo para cientos de enfermedades y padecimientos

El Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS), es un Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal de conformidad con lo establecido en su Decreto de Creación, publicado en la Gaceta Oficial del Estado número 41 de fecha 6 de febrero de 2008 y que entró en vigor al reformarse la Ley de Salud del Estado, según Gaceta Oficial número 124 de fecha 17 de abril de 2008, y su función consiste en garantizar las acciones de Protección Social en Salud, de conformidad con su Decreto de Creación, Reglamento Interno y demás disposiciones legales aplicables.^(15,16)

1.2.2. Objetivos del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)

Objetivo 1.- Garantizar que la población susceptible a ser afiliada quede integrada en el SPSS y mantener la cobertura universal en afiliación.

Objetivo 2.- Fomentar la corresponsabilidad y la participación informada de nuestros afiliados en sus derechos, obligaciones y la cobertura de servicios de salud integrales de acuerdo con la cartera de servicios vigente.

Objetivo 3.- Desarrollar las competencias del personal y evaluar su desempeño bajo estándares de calidad en el servicio que aseguren un valor agregado en beneficio de la población afiliada.

Objetivo 4.- Mantener y mejorar el Sistema de Gestión de Calidad a través de la adopción de mejores prácticas que coadyuven al uso eficiente de los recursos humanos, materiales y financieros del REPSS en total cumplimiento con la normatividad aplicable. ⁽¹⁷⁾

Los servicios ofrecidos por el SPSS se dividen en servicios esenciales y servicios de alto costo. Los primeros se contemplan en el Catálogo Universal de los Servicios de Salud (CAUSES) y se ofrecen en unidades de atención ambulatoria y hospitales generales. Los servicios de alto costo se ofrecen en hospitales de especialidad. Esto constituye un cambio notable en la concepción del derecho a la salud, que ahora circunscribe la prestación de servicios a un catálogo de beneficios médicos de primer nivel y a otros de hospitalización para especialidades básicas en el segundo nivel de atención. El SPSS se postula como público y voluntario. Sin embargo, en los hechos este programa más bien es de carácter obligatorio y su costo es cubierto mediante subsidio federal proveniente de recursos fiscales y de cuotas de los beneficiarios por concepto de afiliación según decil de ingreso. La contribución familiar se complementa con una aportación estatal mínima (0.5 veces la cuota social) y una aportación federal (1.5 veces la cuota social) procedente del actual Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA, Ramo 33), que ya financia la mayor parte de las actividades de salud de las entidades federativas. Los servicios esenciales se financian con recursos que se concentran en el Fondo de

Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSP), mientras que los servicios de alto costo lo hacen a través de un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Este fondo cubre un paquete de servicios definidos por medio de un análisis de costo-efectividad que, supuestamente, será puesto al día cada año con base en los cambios del perfil epidemiológico, el desarrollo tecnológico y la disponibilidad de recursos. Además del FPGC, el SPSS cuenta con otros dos fondos: el primero de ellos, equivalente al 2% de la suma de la cuota social, la contribución solidaria federal y la contribución solidaria estatal que debería de estar destinado a la promoción de la infraestructura en las comunidades pobres; el segundo, igual al 1% de esa misma suma, orientado a cubrir las fluctuaciones en la demanda y los pagos retrasados dentro de los estados. Con respecto a las cuotas de los afiliados, se determinó fuesen menores a los gastos de bolsillo reportados por la Encuesta de Ingreso Gasto de los Hogares por decil de ingreso ⁽¹⁸⁾.

En 2012, después de nueve años de implantación de la reforma, el país ha alcanzado un hit en la cobertura universal. En el mes de abril del 2019, 54.6 millones de mexicanos que antes no contaban con seguro de salud se incorporaron al SPSS y se alcanzó la asignación presupuestaria para la cobertura universal.

Esta experiencia es importante para otros países que están implantando reformas similares.

La cobertura universal de salud comprende tres etapas:

- la afiliación universal, término relacionado con el de cobertura legal, que garantiza a todos los ciudadanos el acceso a servicios de salud financiados por un seguro público.
- la cobertura universal, que implica el acceso regular a un paquete de servicios de salud integrales con protección financiera para todos
- cobertura efectiva universal, que garantiza a todos, de manera igualitaria, el máximo nivel alcanzable de resultados en salud a partir de un paquete de

servicios de alta calidad que también evita las crisis financieras a través de la reducción de los gastos de bolsillo.

Estas etapas suelen ser progresivas, pero tienen un importante nivel de traslape. A medida que la afiliación avanza para incluir a toda la población, el paquete de servicios de salud se amplía, lo que aumenta el nivel de protección financiera. Al mismo tiempo mejora la calidad y el sistema se adapta para satisfacer las nuevas demandas. De hecho, el Informe sobre la Salud en el Mundo 2010 destaca los compromisos en tres dimensiones esenciales de la cobertura universal: quién dará la cobertura (afiliación), qué servicios y qué proporción de gastos directos (protección financiera).

1.2.3. Cobertura

El Catálogo Universal de Servicios de Salud es la herramienta de referencia sobre las intervenciones que se ofertan en los Servicios de Salud para los afiliados al SPSS.

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) se consolida, como parte del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, garantizando la cobertura de servicios de salud a más de 53.5 millones de afiliados.

Uno de los principios fundamentales del SPSS es garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; seleccionadas de forma prioritaria para satisfacer las principales necesidades en salud en el país. (27)

El CAUSES 2019 tiene como piedra angular la atención a través de la Red de Prestadores de Servicios de Salud, garantizando el acceso efectivo a los servicios preventivos, servicios de atención primaria a la salud, consulta de especialidad, estudios de gabinete, cirugías, rehabilitación, cuidados paliativos y la articulación de una red de referencia a servicios de alta especialidad; asimismo promueve la integración horizontal y trazable de los servicios de salud, que permite al prestador

de servicios de salud y al Gestor del Seguro Popular tutelar la ruta para la atención integral del afiliado al SPSS.⁽¹⁹⁾

La actualización 2019 está enfocada en ser una herramienta para el prestador de servicios que garantice que el afiliado al SPSS tenga acceso a los diferentes niveles de atención y a las carteras de servicios.⁽²⁰⁾

Priorizando en su integración la viabilidad financiera del Sistema, promoviendo la atención integral dirigida a la prevención y promoción de la salud con acciones consideradas en la línea de vida, así como las correspondientes al diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y manejo ambulatorio en cuidados paliativos.

COBERTURA:

- Servicios por nivel de atención
- Especialidades
- Red de Servicios del Sistema Público de Salud
- Referencia y contra referencia de usuarios

Actualmente el CAUSES 2019 cuenta con 5 conglomerados que integran 5 subgrupos de cobertura.

- Garantiza el acceso a 294 intervenciones, que contienen:
- 1,807 diagnósticos con clave CIE-10
- 618 procedimientos con claves CIE-9-MC
- 627 claves de medicamentos
- 37 insumos específicos (marcapasos, lente intraocular, etc.)

Conforme a lo establecido en el numeral VI del artículo 9 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, la lista de medicamentos y otros insumos del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) cuentan con clave del Cuadro Básico de Medicamentos e Insumos del

Sector Salud. Así mismo se basa en el Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química (ATC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

De 78 intervenciones que contenía el Catálogo de Beneficios Médicos de 2002, se han incrementado a 294 intervenciones médicas en el CAUSES 2019, agrupadas en 5 conglomerados:

- Prevención y promoción en salud
- Medicina general y de especialidad
- Urgencias medicas
- Cirugía general
- Obstetricia

2. Planteamiento del problema

El Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) es el documento de referencia del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) para la atención a la salud dirigida a la persona; ahí se describen las intervenciones médicas a las que tiene derecho el beneficiario del Seguro Popular, este actualiza cada 2 años y se presenta ahora la versión 2019.

Esta herramienta en los servicios de Salud es fundamental, para la cobertura de hospitalización, estudios de gabinete, laboratorios, medicamentos, cirugías, etc. Mediante la figura del Gestor de Seguro Popular.

Se ha demostrado que pocas veces se utiliza la transversalidad para la cobertura de los diferentes servicios, ya que, de acuerdo con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, el perfil que debe cumplir el Gestor es de ser Médico General, motivo que le da un criterio no limitativo para el uso de esta herramienta.

Con el estudio quisiera demostrar si el afiliado del Seguro Popular realmente está capacitado para saber cuáles son los beneficios que puede obtener por parte del programa y cuál podría ser la falla principal para la desinformación de los afiliados.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Analizar el conocimiento que los afiliados tienen sobre la cobertura que ofrece el Seguro Popular para solventar las necesidades de salud del derechohabiente en el estado de Puebla por medio del Régimen Estatal de Protección Social en Salud.

3.2 Objetivos específicos

- A.** Identificar el conocimiento de los pacientes sobre la cobertura que ofrece Seguro Popular para darle la mayor calidad en los servicios de Salud mediante los resultados de una encuesta validada por la Secretaría de Salud.
- B.** Elaborar propuesta de mejora

4. Justificación

El procedimiento de verificar la cobertura en las diferentes unidades de salud por medio de Seguro Popular, en base al Catalogo Universal de los Servicios de Salud (CAUSES) es una tarea cotidiana. Esta tarea se lleva a cabo por un prestador de servicio llamado Gestor Medico el cual debe cumplir con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la cual regula y norma cada procedimiento realizado por el Régimen Estatal en Protección Social en Salud.

Dicho procedimiento lleva un control estricto mediante el CAUSES, dicho procedimiento de autorización puede generar una transversalidad de acuerdo con lo establecido por la CNPSS.

La optimización de este procedimiento sería de gran ayuda para las unidades de los diferentes servicios de salud, así como para la adecuada ejecución de esta herramienta de trabajo y para establecer criterios adecuados en el uso de esta. Así como cumplir con lo establecido de acuerdo con el Art 4° de la Constitución Mexicana.

5. Hipótesis.

5.1. Hipótesis nula

Los pacientes beneficiarios del sistema de protección social en salud cuentan con adecuado capacitación sobre las coberturas y diferentes procedimientos médicos que ofrece el Seguro Popular, en las 20 unidades médicas de la Jurisdicción Sanitaria 06.

5.2. Hipótesis alternativa

Los pacientes beneficiarios del sistema de protección social en salud desconocen la cobertura y diferentes procedimientos médicos que ofrece el Seguro Popular, en las 20 unidades médicas de la Jurisdicción Sanitaria 06.

6. Material y métodos

6.1 Diseño

Diseño observacional, transversal, analítico, prolectivo.

6.2 Población base y población de estudio

Población base: Pacientes beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud de las unidades médicas de la Jurisdicción Sanitaria 06 del Estado de Puebla.

Población de estudio: Mediante criterios de selección se determinó por conveniencia encuestar a 260 pacientes beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud de las diferentes unidades médicas corresponden a la Jurisdicción Sanitaria 06 del Estado de Puebla.

Tabla 1. Número de encuestas programadas en hospital de la Jurisdicción Sanitaria No 6.

Hospitales	No. de encuestas
Hospital General Zona Norte Bicentenario de la Independencia	20 Encuestas a realizar en cada hospital
Hospital General Puebla Dr. Eduardo Vázquez Navarro	
Hospital de la Mujer	
Hospital para en Niño Poblano	
Hospital de Traumatología y Ortopedia Dr. y Gral. Rafael Moreno Valle	
Unidad De Oncología	

Tabla 2. Número de encuestas programadas de la Jurisdicción Sanitaria No 6 por Unidad Médica. CSU.

Centros de Salud Urbano (CSU)	Encuestas a realizar
CSU Analco	
C.S.U. Balcones Del Sur	
C.S.U. San Bernabé Temoxtitla	

C.S.U. La Resurrección	10 Encuestas
C.S.U. Ignacio Mariscal	
C.S.U. La Popular Castillotla	
CSU Francisco I. Madero	
CSU El Salvador	

Tabla 3. Número de encuestas programadas de la Jurisdicción Sanitaria No 6 en Centros de Salud con Servicios Ampliados (CESSA)

Centros de Salud con Servicios Ampliados (CESSA)	Encuestas a realizar
CESSA San Sebastián de Aparicio	10 Encuestas
CESSA. Francisco Totimehuacán	
CESSA Romero Vargas	
CESSA San Felipe Hueyotlipán	
CESSA La Libertad	
CESSA Santa María Xonacatepec	
TOTAL	260 encuestas

6.3 Criterios de inclusión

Pacientes beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud de las unidades médicas de la Jurisdicción Sanitaria 06 del Estado de Puebla de cualquier edad, género que acudieran a consulta el día de la encuesta y que desearán participar bajo consentimiento informado.

6.4 Criterios de exclusión

Pacientes no beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud. Y aquellos beneficiarios que no desearan participar.

Unidades de observación:

Pacientes beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud de las unidades médicas de la Jurisdicción Sanitaria 06

6.6. Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Estadística
Evaluación del conocimiento del CAUSES 2019	Grado de conocimiento que un paciente tiene en base a un conjunto de características inherentes de un documento el cual específica, a que tiene derecho el Afiliado del S.P.	La evaluación del conocimiento de la herramienta se evaluará mediante la aplicación del cuestionario sobre el conocimiento del CAUSES 2019, con escala tipo Likert: 1. si 2. no 3. he oído alguna vez.	Cuantitativa por rangos	Ordinal <ul style="list-style-type: none"> • Se consideran respuestas positivas: SI • Se consideran respuestas negativas: no • regular: he odio alguna vez 	Porcentajes, tablas y gráficas
Género	Conjunto de seres que tienen uno o varios caracteres comunes.	Masculino o femenino 1. Masculino 2. Femenino	Cualitativa	Nominal	Porcentajes
Turno	Orden o alternancia de horarios establecidos.	Jornada de trabajo en el hospital: 1. Matutino 2. Vespertino 3. Nocturno	Cualitativa	Nominal	Porcentajes
Escolaridad	Nivel de estudios con los que cuenta el afiliado	1. Primaria 2. Secundaria 3. Bachillerato 4. Carrera trunca 5. Licenciatura	Cualitativa	Nominal	Porcentajes

6.7 Estrategia de trabajo

- a. Registro del protocolo en la Coordinación de Investigación de la Facultad de Medicina.
- b. Aplicación de cuestionario a población de estudio previo consentimiento informado de los pacientes.
- c. Captura de los datos de los cuestionarios en página Excel. Se estructuraron fórmulas para procesar los resultados de forma automática. Posteriormente los datos se ingresan al software Minitab 17 para obtener los resultados estadísticos de variables específicas.
- d. Elaboración de la tesis

6.8 Recolección de Información

Para la recolección de la información se aplicó una encuesta validada por la Secretaría de Salud en base a los beneficios que otorga el Sistema de Protección Social en Salud.

6.9 Métodos para el análisis de los datos

Medidas de tendencia central, dispersión y porcentajes de acuerdo con el tipo de variables, presentación de resultados en tablas y gráficos.

7. Aspectos éticos.

Para este estudio se aplicaron todas las recomendaciones establecidas en la Ley Federal de Protección de datos personales en donde la confidencialidad se garantiza mediante la no integración de los nombres de los pacientes que participaron de cada unidad

También se aplicó lo señalado en la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud (1987), atendiendo al título Segundo, Capítulo I, respecto lo señalado en el Artículo 14, se respetó la dignidad y la protección de los derechos y el bienestar del participante, atendiendo al mismo Capítulo Fracciones V y VII, se obtuvo el dictamen favorable de la Comisión de Investigación y Ética de la Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Se informó al participante sobre la privacidad de la información personal proporcionada y que solo se usó para fines de la investigación, como lo establece el Cap. I Art. 16.

8. Resultados:

Total, de encuestas aplicadas:

Tabla 4. Total, de encuestas aplicadas en hospitales de la Jurisdicción Sanitaria No 06.

Hospitales	No. de encuestas
Hospital General Zona Norte Bicentenario de la Independencia	120 Encuestas
Hospital General Puebla Dr. Eduardo Vázquez Navarro	
Hospital de la Mujer	
Hospital para en Niño Poblano	
Hospital de Traumatología y Ortopedia Dr. y Gral. Rafael Moreno Valle	
Unidad De Oncología	

Tabla 5. Total, de encuestas aplicadas de la Jurisdicción Sanitaria No 6 por Unidad Médica. CSU.

Centros de Salud Urbano (CSU)	Encuestas realizadas
CSU Analco	80 Encuestas
C.S.U. Balcones Del Sur	
C.S.U. San Bernabé Temoxtitla	
C.S.U. La Resurrección	
C.S.U. Ignacio Mariscal	
C.S.U. La Popular Castillotla	
CSU Francisco I. Madero	
CSU El Salvador	

Tabla 6. Total de encuestas aplicadas de la Jurisdicción Sanitaria No 6 en Centros de Salud con Servicios Ampliados (CESSA)

Centros de Salud con Servicios Ampliados (CESSA)	Encuestas realizadas
CESSA San Sebastián de Aparicio	60 Encuestas
CESSA. Francisco Totimehuacán	
CESSA Romero Vargas	
CESSA San Felipe Hueyotlipan	
CESSA La Libertad	
CESSA Santa María Xonacatepec	
TOTAL	260 encuestas

Gráfica 1. Total de encuestas aplicadas de la Jurisdicción Sanitaria número 06.

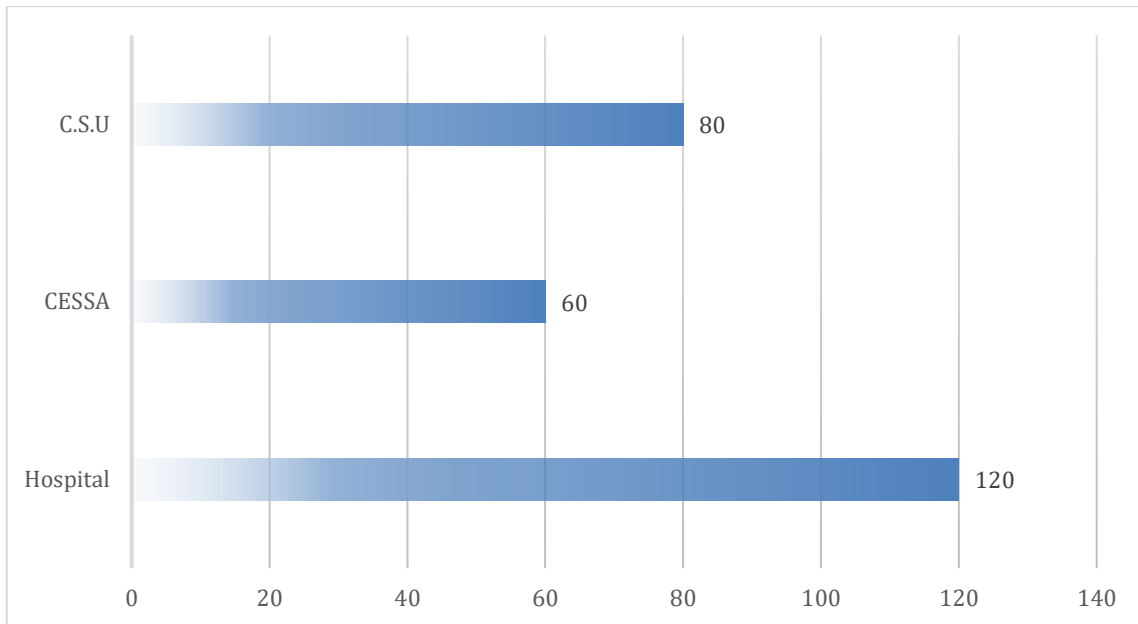
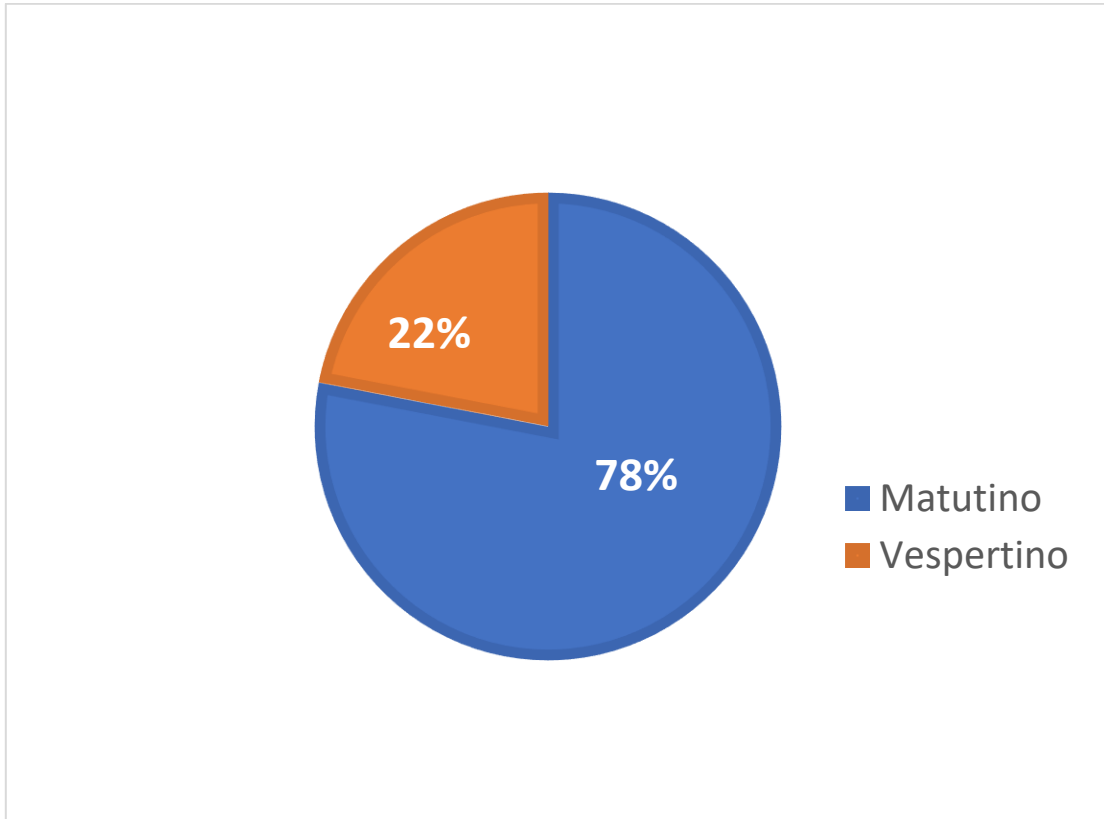


Tabla 7. Total de encuestas aplicadas por turno.

Horario	Matutino	Vespertino	Nocturno
Registro total	203	57	0

Grafica 2. Porcentaje de encuestas aplicadas por turno.



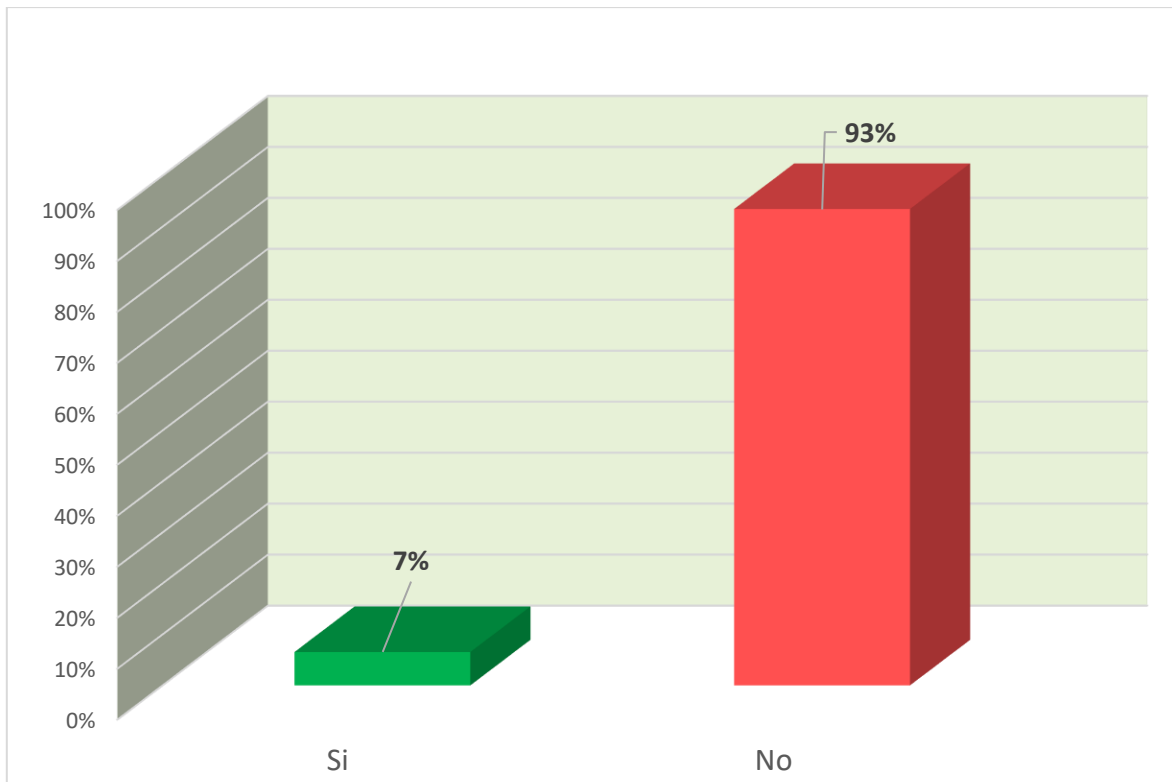
En la gráfica 2 se presentan los porcentajes por turno de los pacientes encuestados, 78% fueron encuestados durante el turno matutino que abarca entre las 7hrs. – 15hrs. y el 22% restante se entrevistó en un horario vespertino, que comprende entre las 16hrs. –24hrs.

Tabla 8.Total de encuestados que refirieron hablar alguna lengua indígena

Habla alguna lengua indígena	SI	NO
Registro total	17	243

Fuente: Encuestas aplicadas

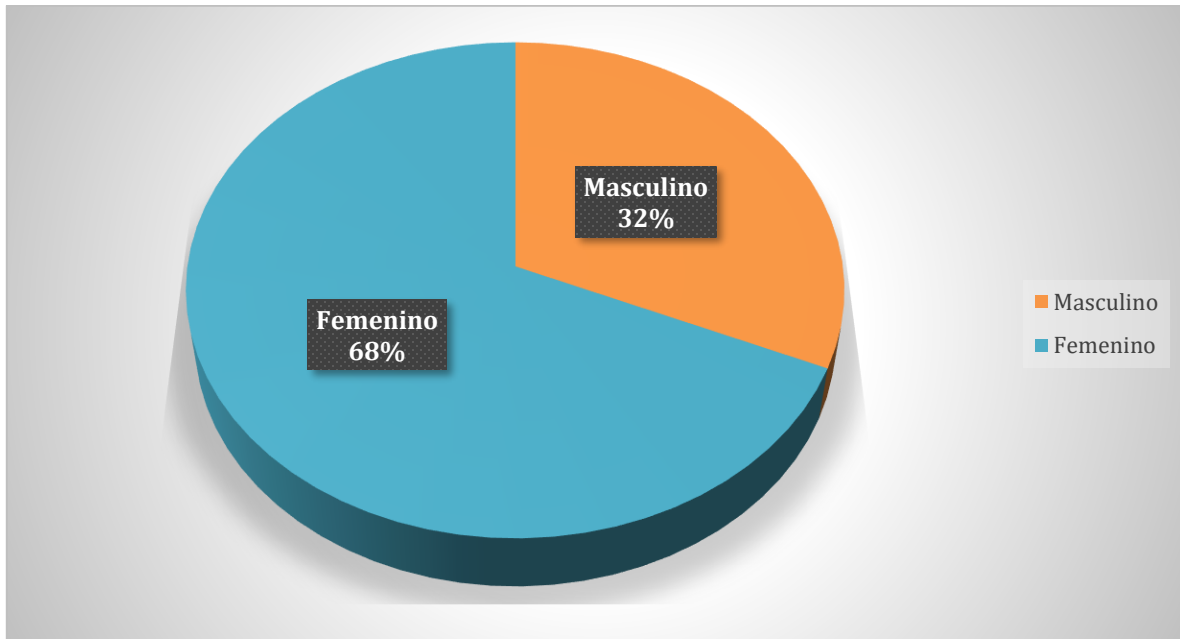
Grafica 3. Porcentaje de encuestados que refirieron hablar alguna lengua indígena.



Fuente: Encuestas aplicadas.

En la gráfica 3 se observa que de un total de 260 encuestados, el 7% refirieron hablar alguna lengua indígena.

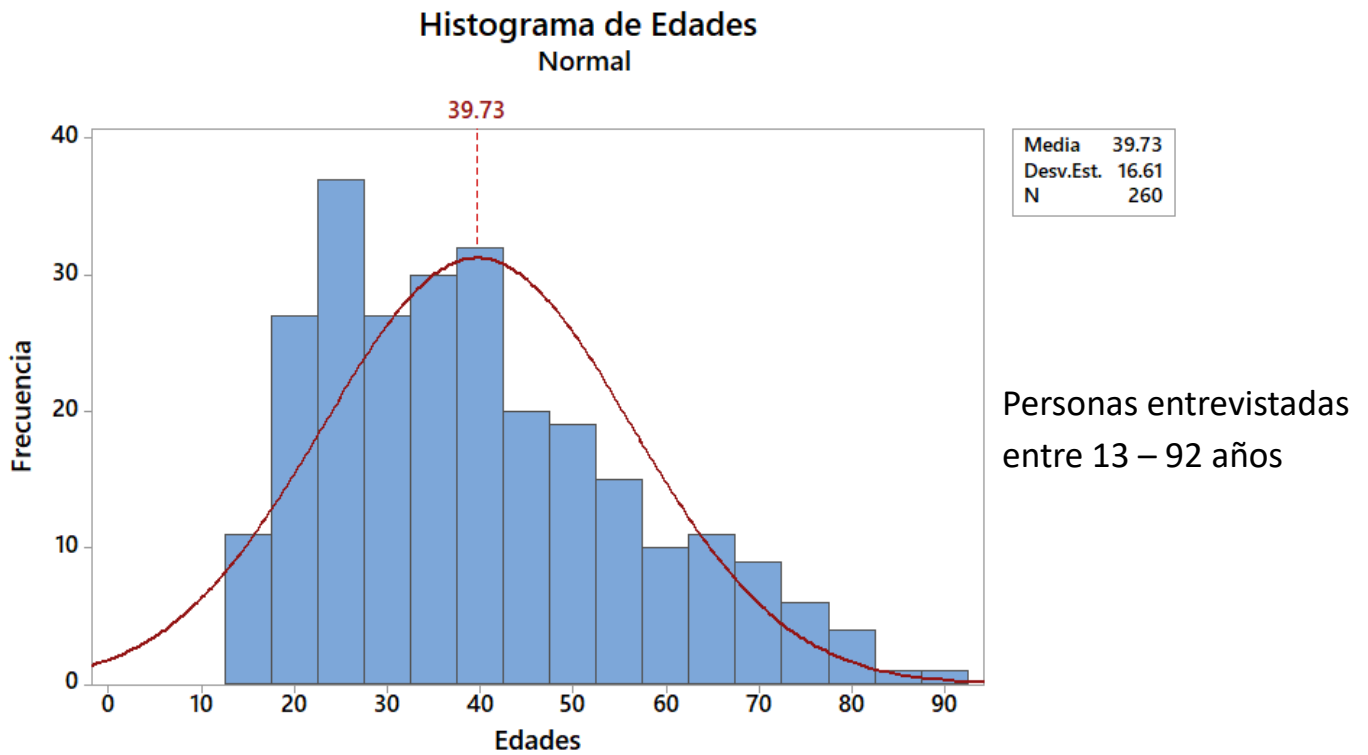
Grafica 4. Porcentajes por género de los pacientes encuestados.



Fuente: Encuestas aplicadas.

Como se muestra en la gráfica 4 fueron más encuestadas mujeres que hombres. Un 68% de las 260 encuestas fueron del género femenino y un 32% masculino.

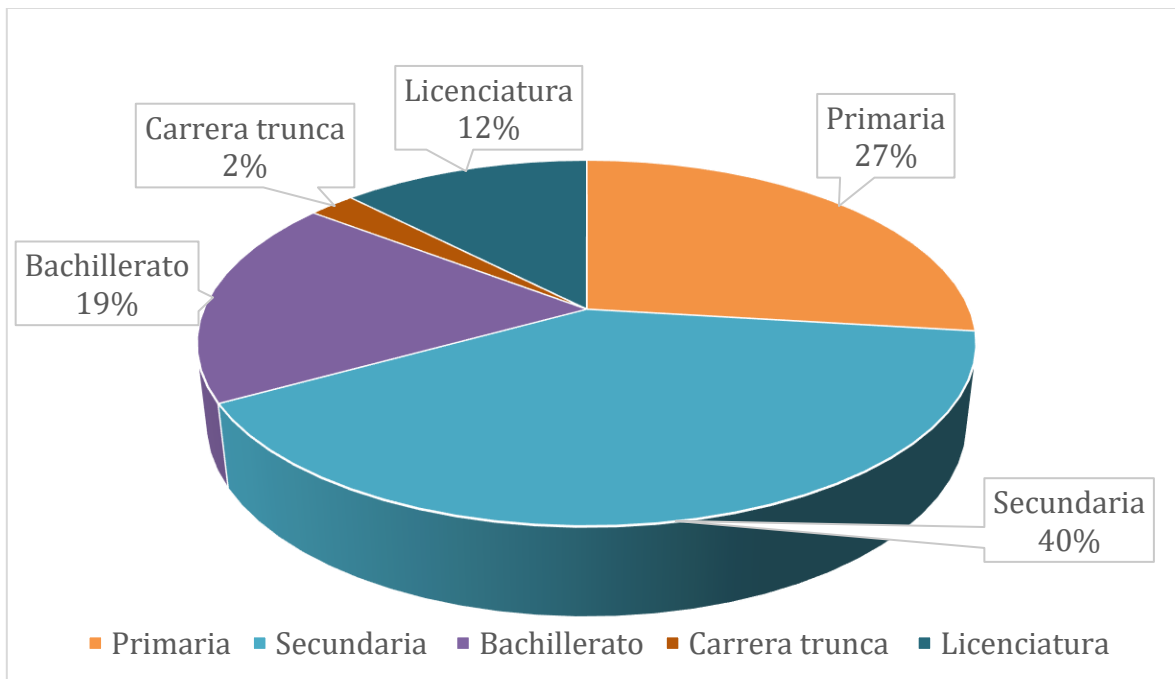
Grafica 5. Comportamiento de la variable edad en la población encuestada.



Fuente: Encuestas aplicadas.

En la gráfica 5 se observa un comportamiento de la edad cercano a la normalidad, con una media de 40 años. La edad mínima fue de 13 años y máxima de 92 años.

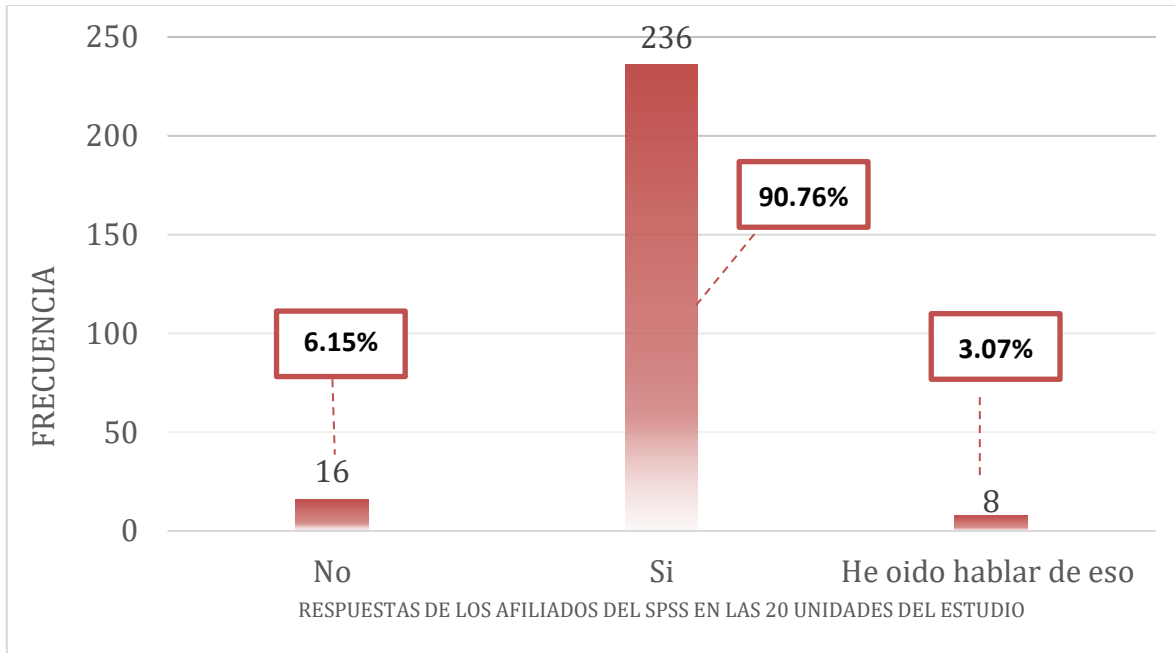
Grafica 6. Porcentajes por escolaridad de la población encuestada.



Fuente: Encuestas aplicadas.

La gráfica 6 muestra la variable de nivel de escolaridad de la población encuestada. El 40% presenta una educación Secundaria, un 27% educación Primaria, el 19% con Bachillerato, el 12% con Licenciatura y el 2% una carrera trunca.

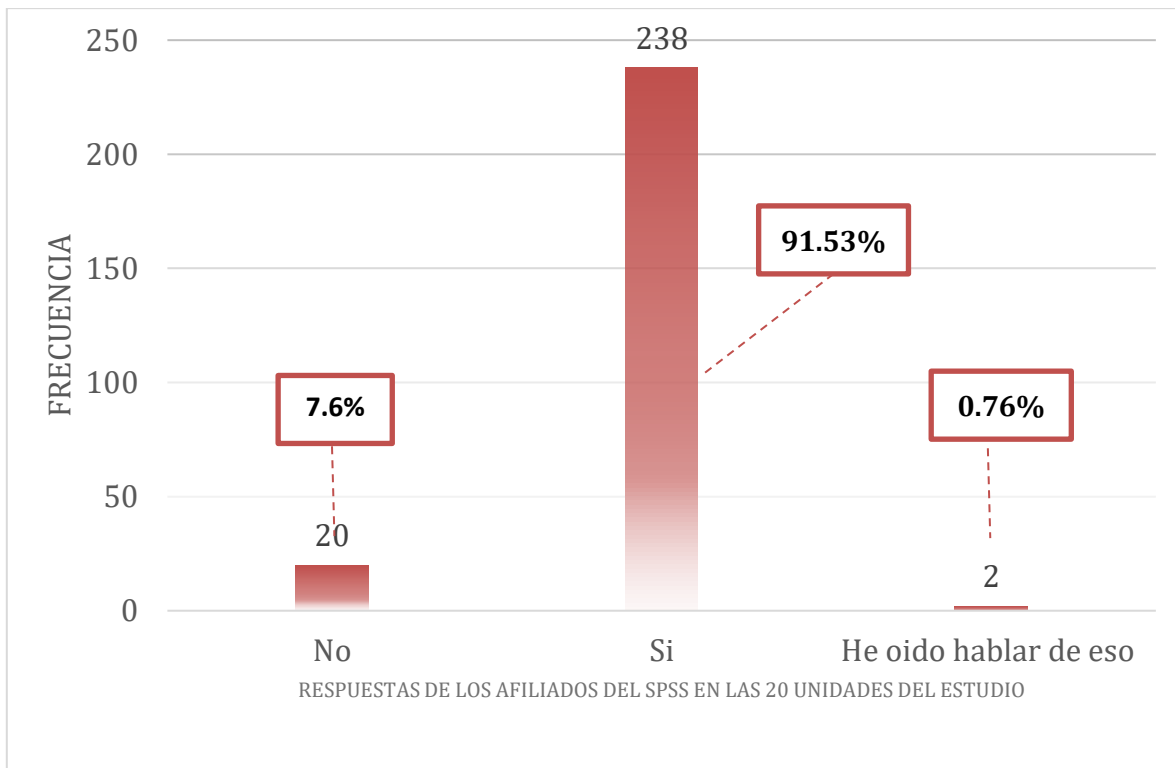
Grafica 7. Porcentajes de respuestas a la pregunta No. 1 ¿Sabe que es el Seguro Popular?



Fuente: Encuestas aplicadas.

Como se muestra la gráfica 7, el 90.76% respondió que, si sabían que era el seguro popular, el 6.15% que no sabía y el 3.07% no habían oído hablar de eso.

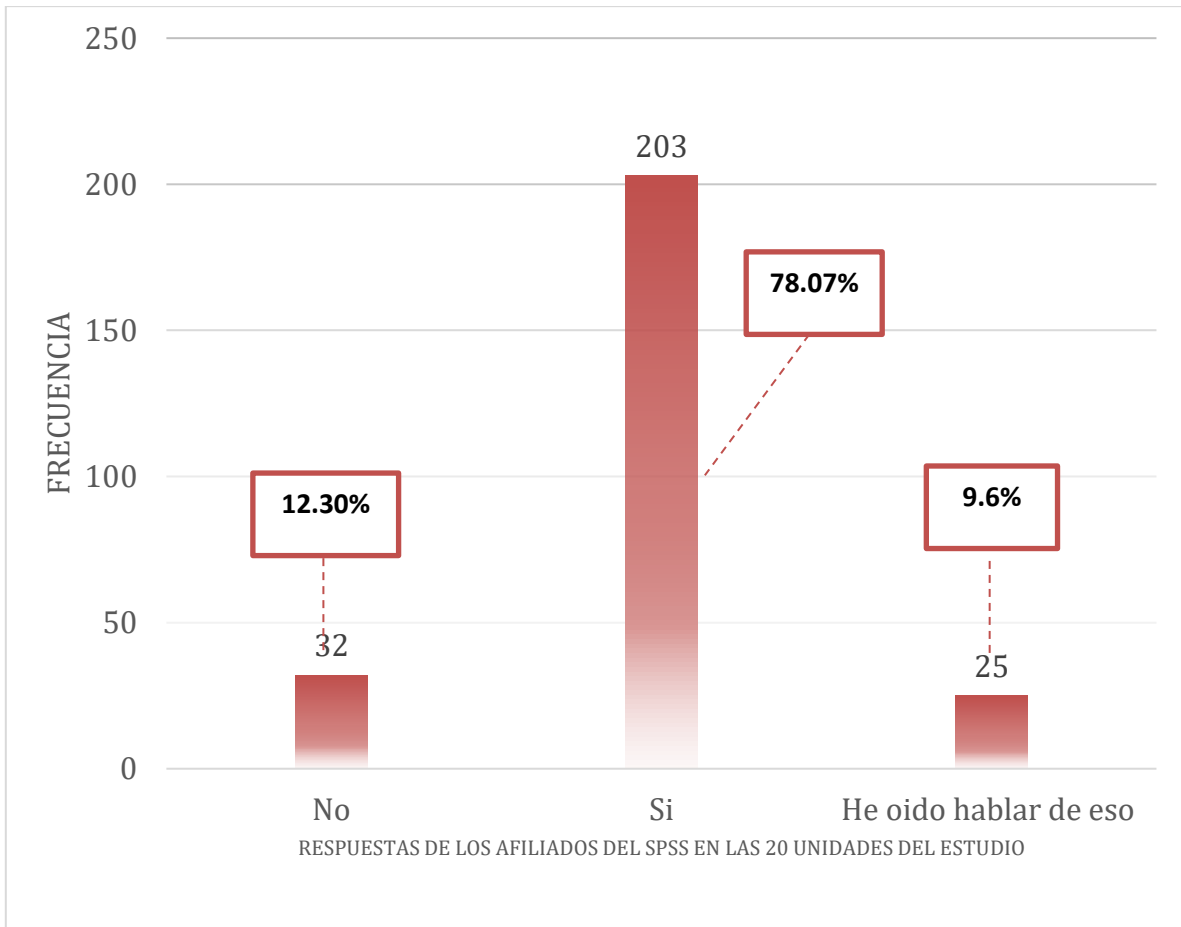
Grafica 8. Porcentajes de respuestas a la pregunta No. 2 ¿Sabe que es la afiliación al Seguro Popular?



Fuente: Encuestas aplicadas.

Como se muestra la gráfica 8, el 91.53% respondió que, si sabían que era la afiliación al seguro popular, el 7.6 % que no sabía y el 0.76% no habían oído hablar de eso.

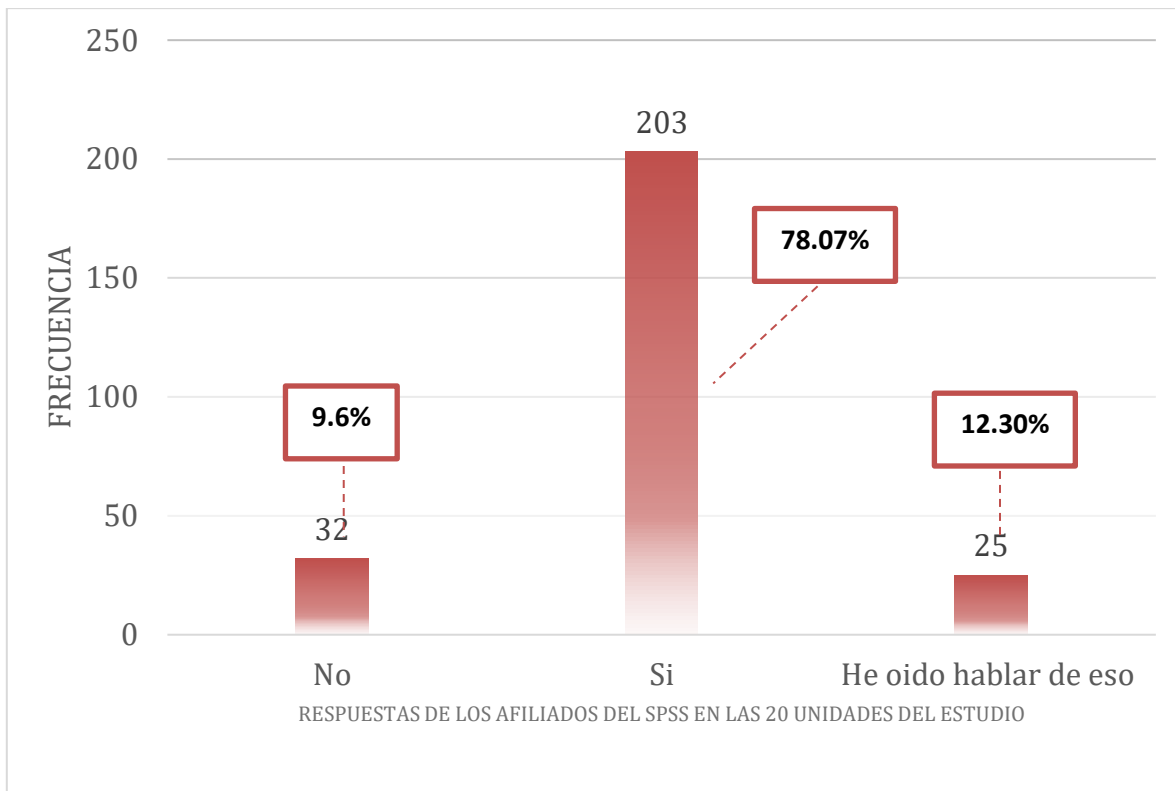
Gráfica 9. Porcentajes de respuestas a la pregunta No. 3 ¿Conoce los servicios que ofrece Seguro Popular?



Fuente: Encuestas aplicadas.

Como se muestra en la gráfica 9, el 78.07% respondieron que si sabían que servicios ofrecía el seguro popular, el 12.30 % que no sabían y el 9.60% no habían oído hablar de eso.

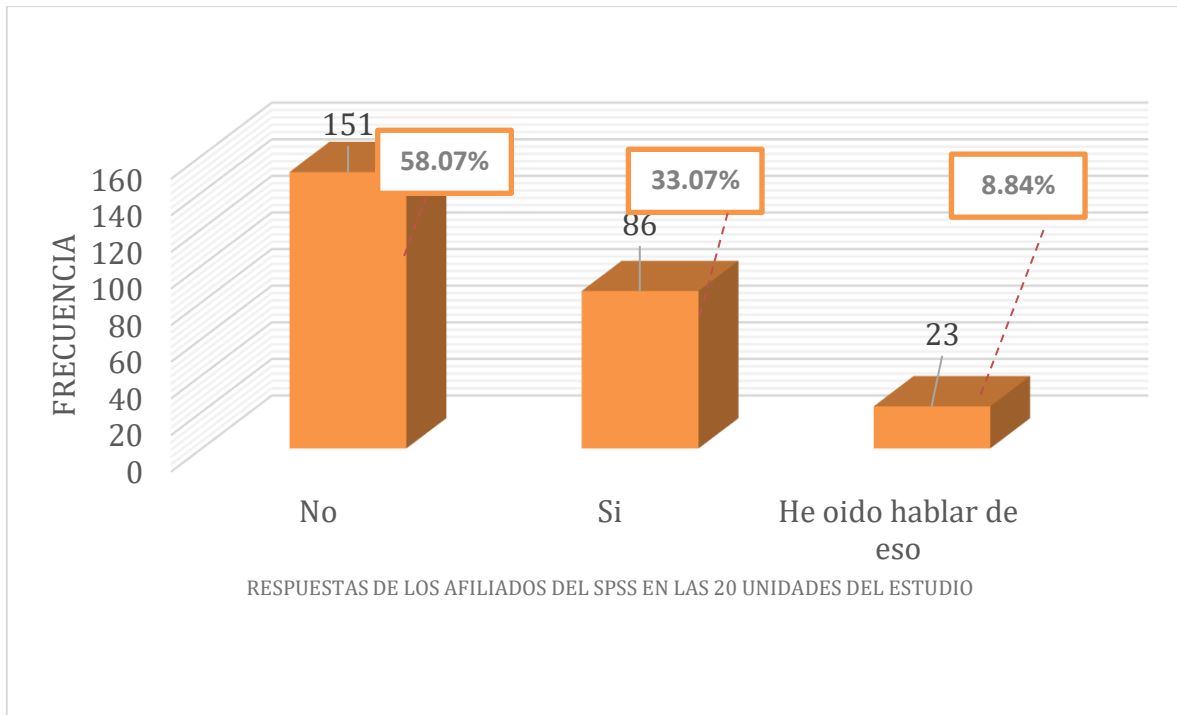
Gráfica 10. Porcentajes de respuestas a la pregunta No. 4 ¿Sabe si su Diagnóstico lo cubre el Seguro Popular?



Fuente: Encuestas aplicadas.

Como se muestra en la gráfica 10, el 78.07% respondieron que si sabían que servicios ofrecía el seguro popular, el 12.30 % que no sabían y el 9.6 % no habían oído hablar de eso.

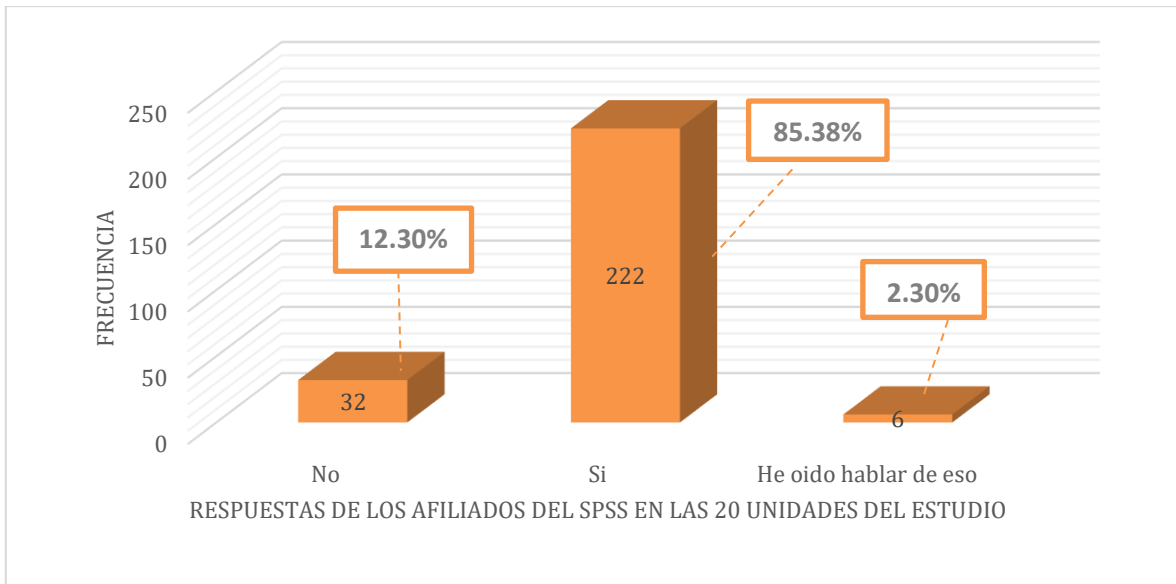
Gráfica 11. Porcentajes de respuestas a la pregunta No. 5 ¿Conoce que es el Causes 2019?



Fuente: Encuestas aplicadas.

Como se muestra en la gráfica 11, el 58.07% respondieron que si sabían que es el CAUSES 2019, el 33.07 % que no sabían y el 8.84 % no habían oído hablar de eso.

Gráfica 12. Porcentajes de respuestas a la pregunta No. 6 ¿Sabe quién es el Gestor de Seguro Popular?



Fuente: Encuestas aplicadas.

Como se muestra en la gráfica 12, el 85.38% respondieron que si sabían quién era el gestor del seguro popular, el 12.30 % que no sabían y el 2.30 % no habían oído hablar de eso.

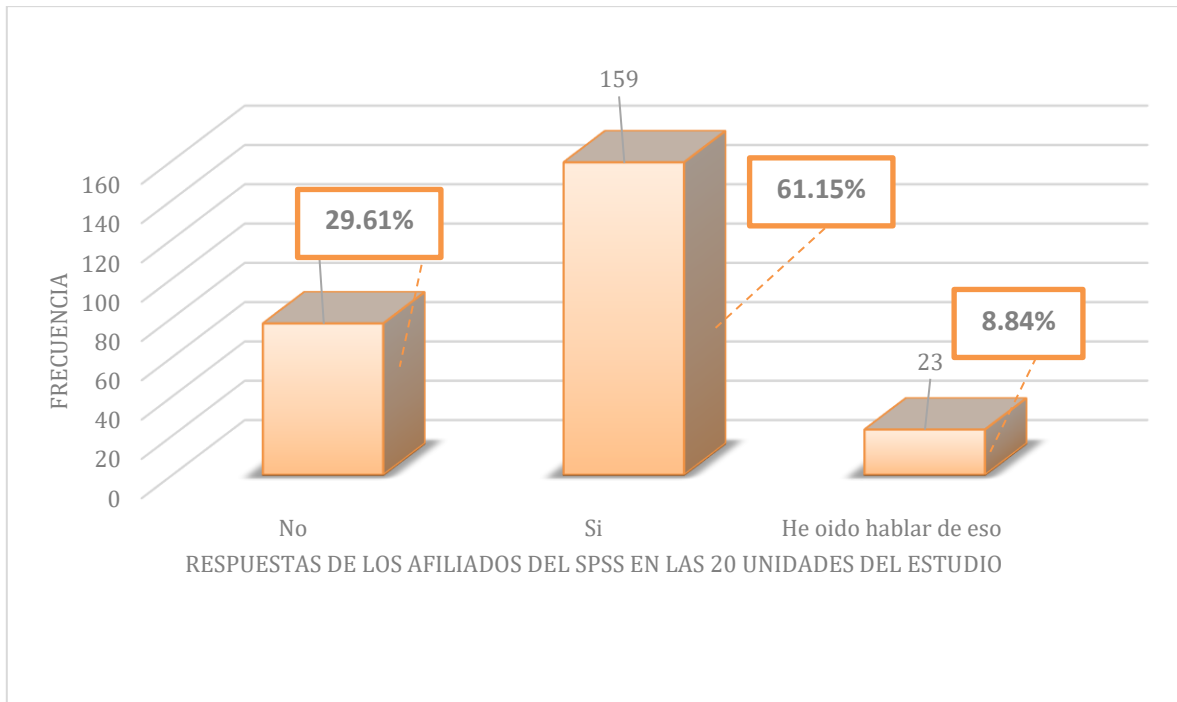
Gráfica 13. Porcentajes de respuestas a la pregunta No. 7 ¿Sabe usted que el Seguro Popular cubre enfermedades de alto costo como cáncer a través de un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos?



Fuente: Encuestas aplicadas.

Como se muestra en la gráfica 13, el 53.46% respondieron que si sabían, el 35.38 % que no sabían y el 11.15 % no habían oído hablar de eso.

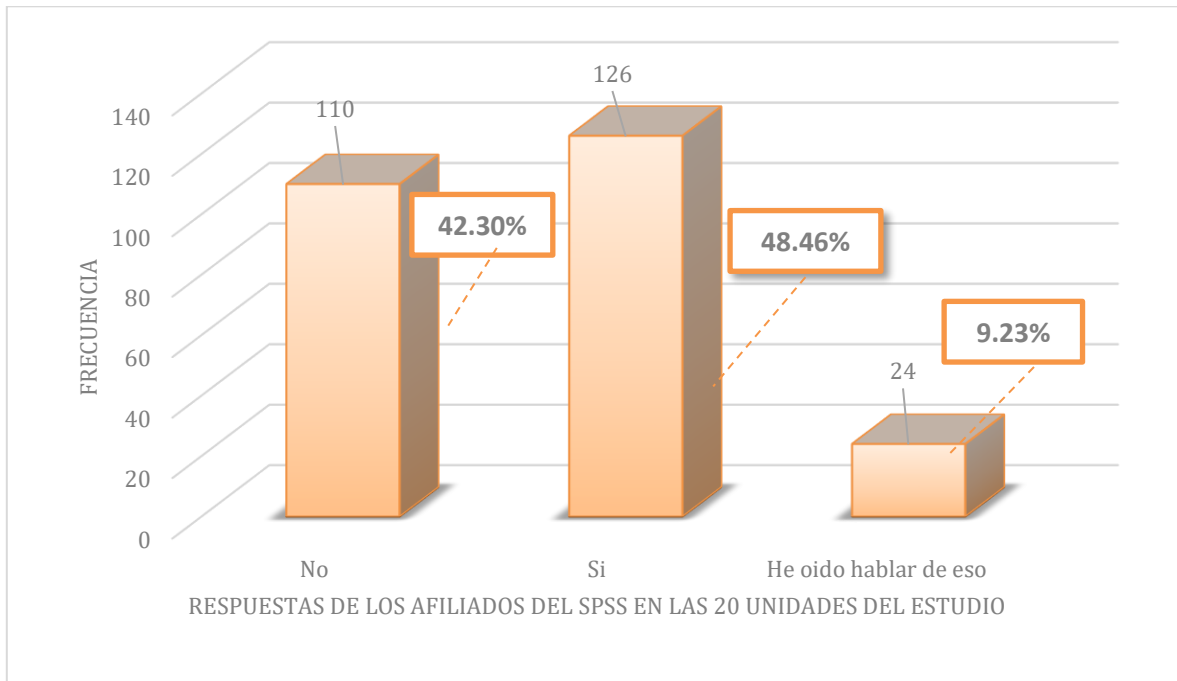
Gráfica 14. Porcentajes de respuestas a la pregunta No. 8 ¿Sabe usted que con su afiliación puede recibir atención en cualquier estado de la Republica?



Fuente: Encuestas aplicadas.

Como se muestra en la gráfica 14, el 61.15% respondieron que si sabían, el 29.61% que no sabían y el 8.84% no habían oído hablar de eso.

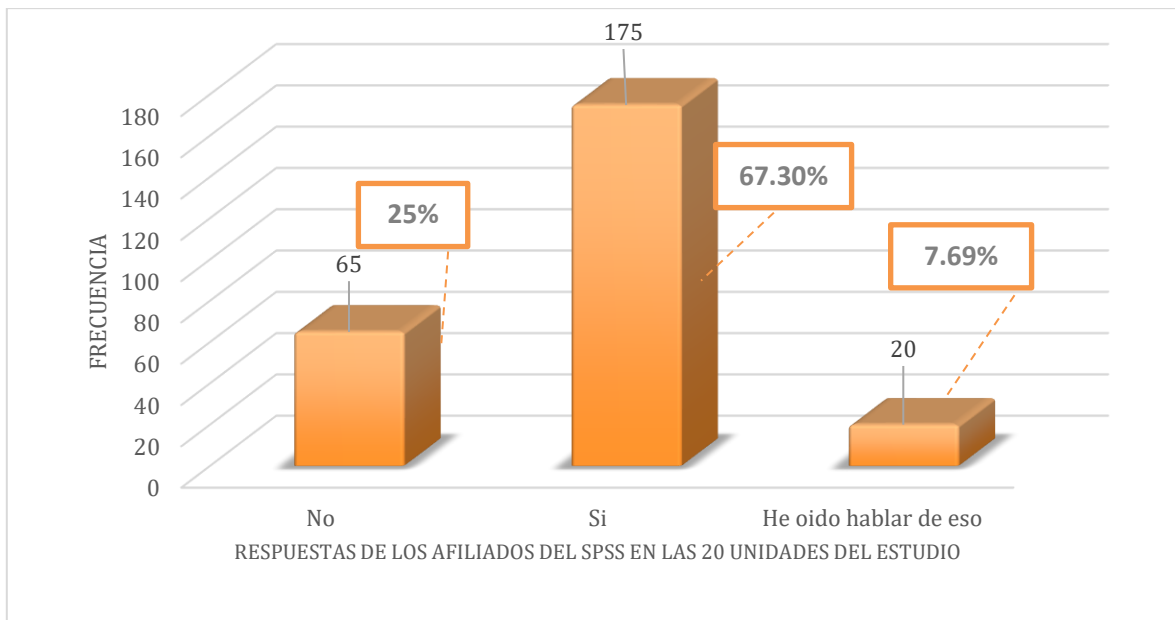
Gráfica 15. Porcentajes de respuestas a la pregunta No. 9 ¿Sabe usted que el Seguro Popular cubre enfermedades en menores de 5 años con el programa de Seguro Médico Siglo XXI?



Fuente: Encuestas aplicadas.

Como se observa en la gráfica 15, el 48.46% respondieron que si sabían, el 42.30 % que no sabían y el 9.23 % no habían oído hablar de eso.

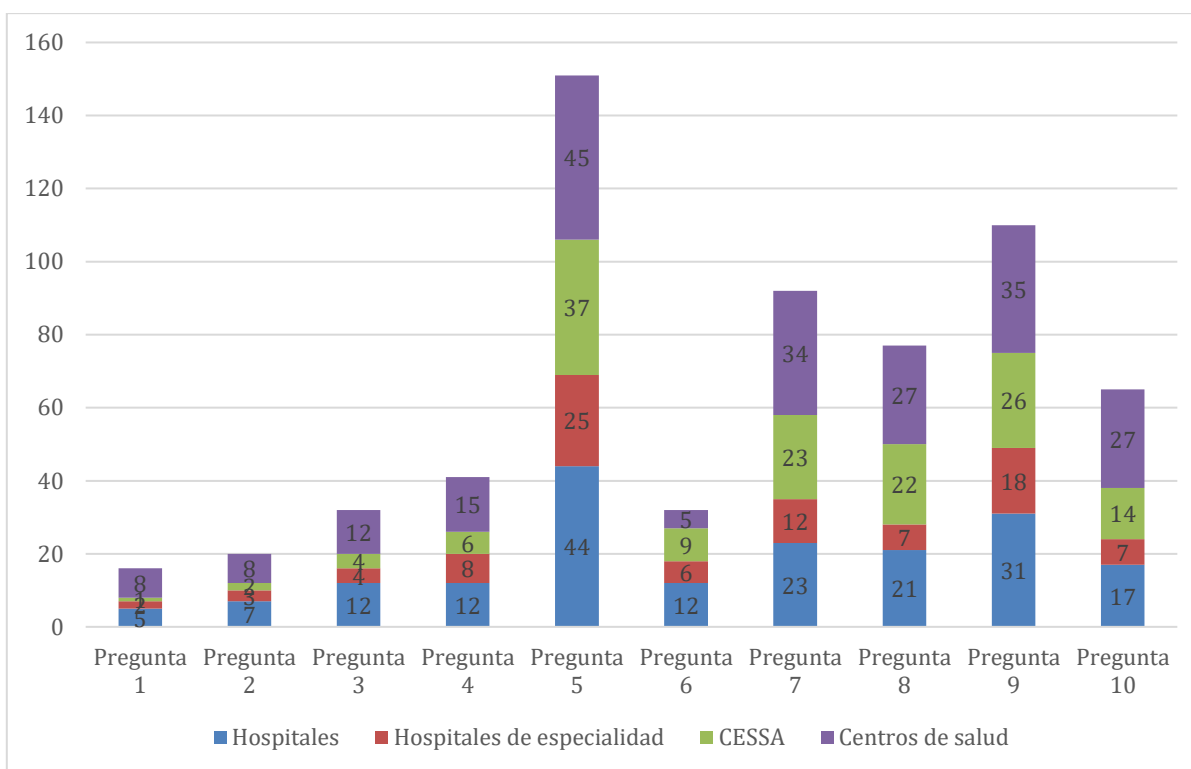
Gráfica 16. Porcentajes de respuestas a la pregunta No. 10 ¿Conoce sus Derechos y Obligaciones al tener Seguro Popular?



Fuente: Encuestas aplicadas.

Como se observa en la gráfica 16, el 67.30% respondieron que, si conocían sus derechos y obligaciones al tener seguro popular, el 25.00 % que no sabían y el 7.69 % no habían oído hablar de eso.

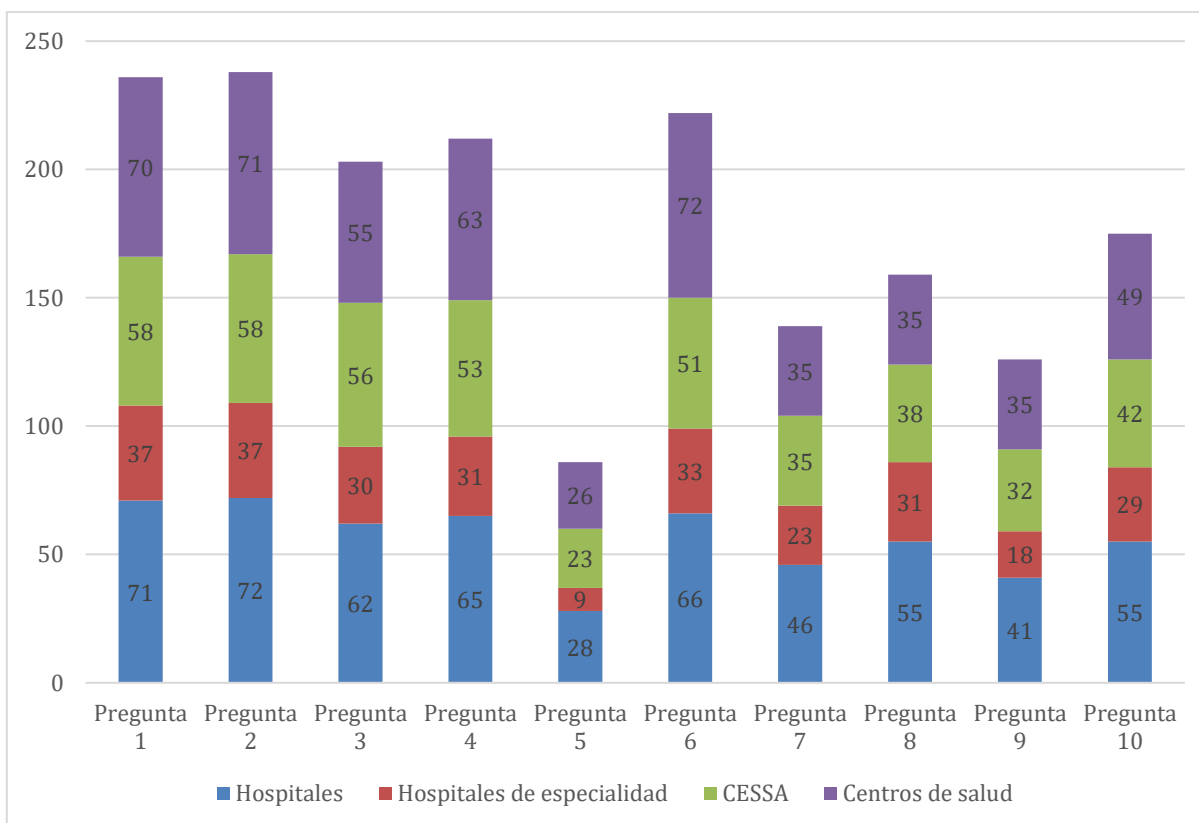
Gráfica 17. Respuestas negativas a las preguntas 1-10 del cuestionario por Nivel de salud.



Nivel de salud	Pregunta 1	%	Pregunta 2	%	Pregunta 3	%	Pregunta 4	%	Pregunta 5	%	Pregunta 6	%	Pregunta 7	%	Pregunta 8	%	Pregunta 9	%	Pregunta 10	%
Hospitales	5	31%	7	35%	12	38%	12	29%	44	29%	12	38%	23	25%	21	27%	31	28%	17	26%
Hospitales de especialidad	2	13%	3	15%	4	13%	8	20%	25	17%	6	19%	12	13%	7	9%	18	16%	7	11%
CESSA	1	6%	2	10%	4	13%	6	15%	37	25%	9	28%	23	25%	22	29%	26	24%	14	22%
Centros de salud	8	50%	8	40%	12	38%	15	37%	45	30%	5	16%	34	37%	27	35%	35	32%	27	42%
Total	16	100%	20	100%	32	100%	41	100%	151	100%	32	100%	92	100%	77	100%	110	100%	65	100%

Como se observa en la gráfica 17, podemos identificar que la mayoría de las respuestas negativas fueron en hospitales y centros de salud. Así como un aumento en la respuesta 5.

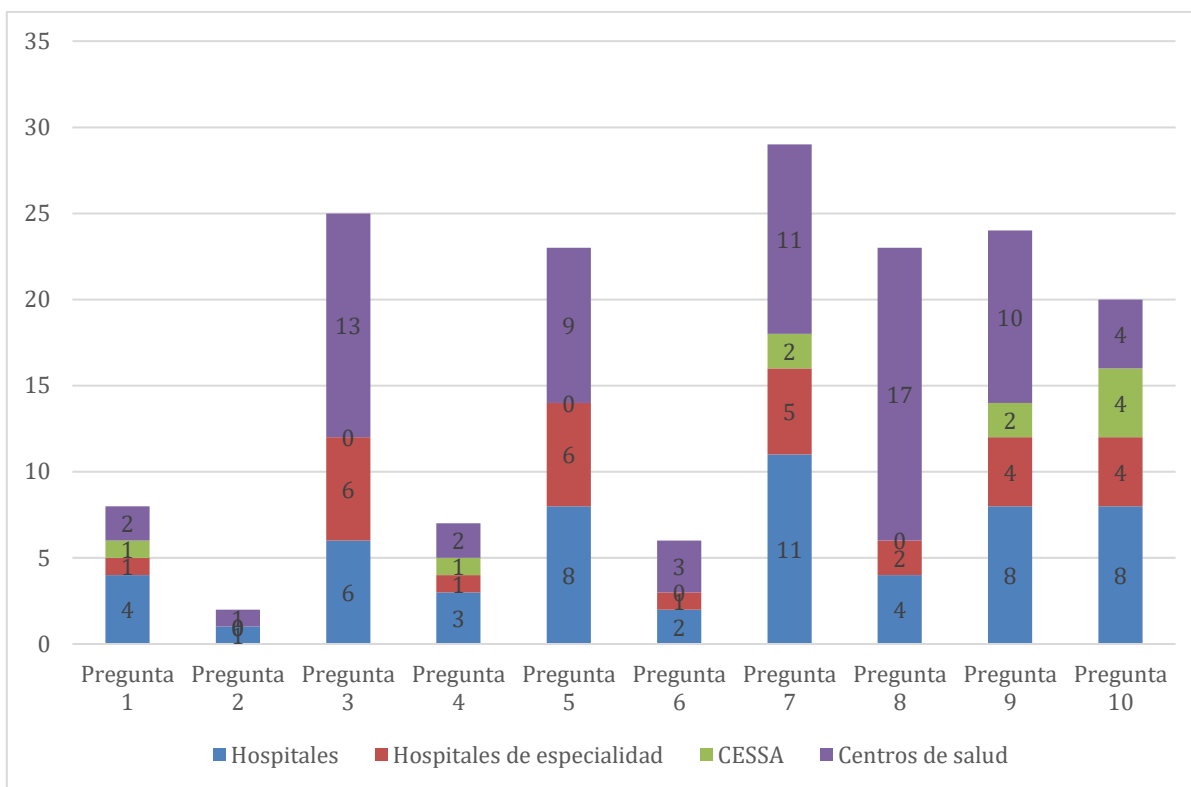
Gráfica 18. Respuestas positivas a las preguntas 1-10 del cuestionario por Nivel de salud.



Nivel de salud	Pregunta 1	%	Pregunta 2	%	Pregunta 3	%	Pregunta 4	%	Pregunta 5	%	Pregunta 6	%	Pregunta 7	%	Pregunta 8	%	Pregunta 9	%	Pregunta 10	%
Hospitales	71	30%	72	30%	62	31%	65	31%	28	33%	66	30%	46	33%	55	35%	41	33%	55	31%
Hospitales de especialidad	37	16%	37	16%	30	15%	31	15%	9	10%	33	15%	23	17%	31	19%	18	14%	29	17%
CESSA	58	25%	58	24%	56	28%	53	25%	23	27%	51	23%	35	25%	38	24%	32	25%	42	24%
Centros de salud	70	30%	71	30%	55	27%	63	30%	26	30%	72	32%	35	25%	35	22%	35	28%	49	28%
Total	236	100%	238	100%	203	100%	212	100%	86	100%	222	100%	139	100%	159	100%	126	100%	175	100%

Como se observa en la gráfica 18 que se encuentran mas respuestas positivas en centros de salud y hospitales de segundo nivel. Así como muy pocas respuestas positivas en las preguntas 5,7 y 9

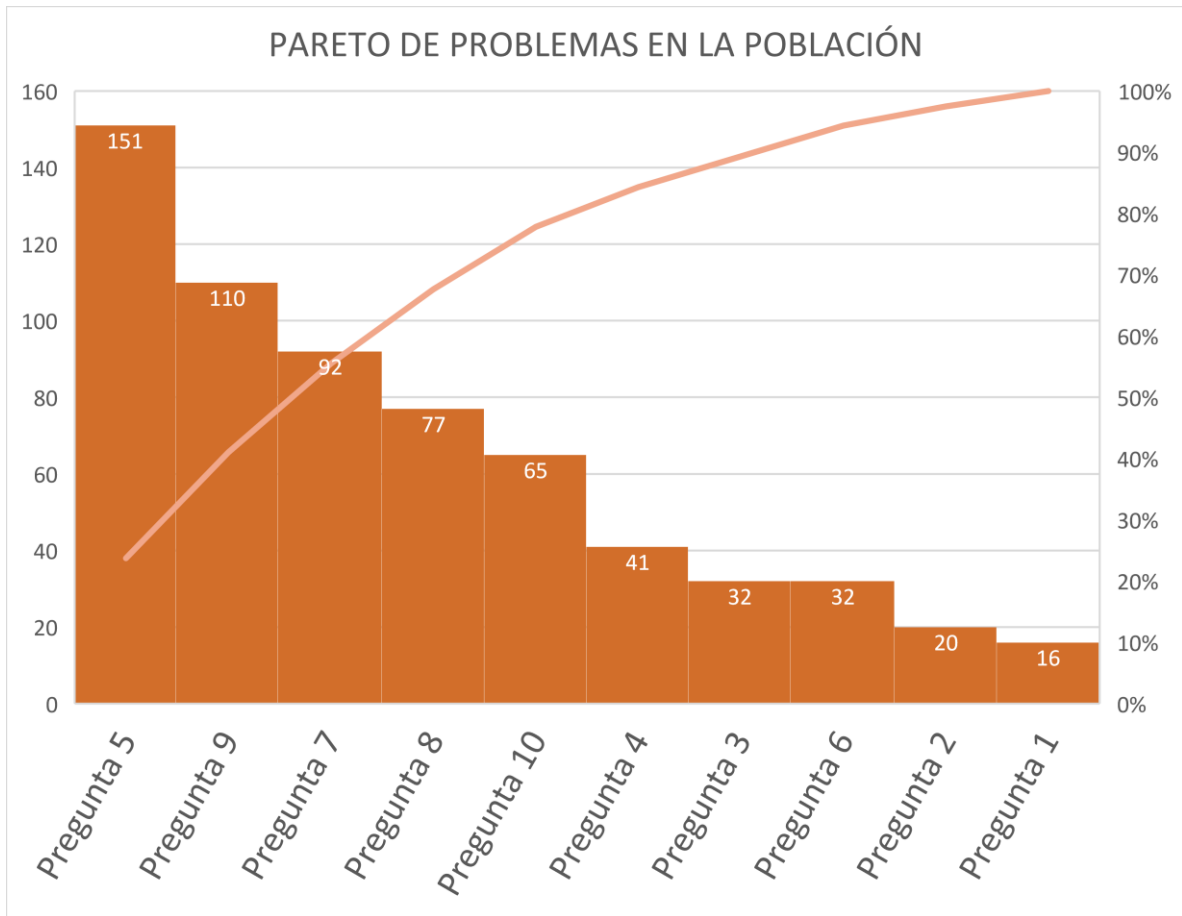
Gráfica 19. Respuestas “he oído alguna vez” a las preguntas 1-10 del cuestionario por Nivel de salud.



Nivel de salud	Pregunta 1	%	Pregunta 2	%	Pregunta 3	%	Pregunta 4	%	Pregunta 5	%	Pregunta 6	%	Pregunta 7	%	Pregunta 8	%	Pregunta 9	%	Pregunta 10	%
Hospitales	4	50%	1	50%	6	24%	3	43%	8	35%	2	33%	11	38%	4	17%	8	33%	8	40%
Hospitales de especialidad	1	13%	0	0%	6	24%	1	14%	6	26%	1	17%	5	17%	2	9%	4	17%	4	20%
CESSA	1	13%	0	0%	0	0%	1	14%	0	0%	0	0%	2	7%	0	0%	2	8%	4	20%
Centros de salud	2	25%	1	50%	13	52%	2	29%	9	39%	3	50%	11	38%	17	74%	10	42%	4	20%
Total	8	100%	2	100%	25	100%	7	100%	23	100%	6	100%	29	100%	23	100%	24	100%	20	100%

Como se observa en la gráfica 19 hay un aumento de respuestas en Hospitales y centros de salud.

Gráfica 20. Resultados de respuestas en las que contestaron “NO CONOCER” en las 10 preguntas aplicadas.



Fuente: Encuestas aplicadas.

Se puede observar en la siguiente gráfica de Pareto que las preguntas con mayor número de respuestas “no conocer” fueron la 5 (¿Conoce que es el Causes 2019?), la 9 (¿Sabe usted que el Seguro Popular cubre enfermedades en menores de 5 años con el programa de Seguro Médico Siglo XXI?) y la 7 (¿Sabe usted que el Seguro Popular cubre enfermedades de alto costo como cáncer a través de un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos?) y las que mejor conocen de acuerdo a sus respuestas fueron la pregunta 1(¿Sabe que es el Seguro Popular?) y la 2 (¿Sabe que es la afiliación al Seguro Popular?).

9. Discusión

En este estudio se evaluó el conocimiento del paciente beneficiario del sistema de protección en salud de las unidades médicas de la jurisdicción sanitaria No. 06 en el estado de Puebla. De acuerdo a información publicada en el año 2015 en ese momento se contaba con 57.3 millones de afiliados, de los cuales, el 65% no conocían sus derechos ni obligaciones, el 71% desconocían las patologías cubiertas por las diferentes cartas de servicios y el 89% no sabían cuáles medicamentos financia el Seguro Popular, dijo Javier Lozano Herrera, Director General de Gestión de Servicios de Salud del Seguro Popular durante la conferencia “Acciones para tutelar los derechos de sus afiliados en el Sistema de Protección Social en Salud Seguro Popular”. En este estudio realizado en el año 2019 se observó que las preguntas con mayor número de respuestas “no conocer” fueron la 5 (¿Conoce que es el Causes 2019?), la 9 (¿Sabe usted que el Seguro Popular cubre enfermedades en menores de 5 años con el programa de Seguro Médico Siglo XXI?) y la 7 (¿Sabe usted que el Seguro Popular cubre enfermedades de alto costo como cáncer a través de un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos?) fueron las que contestaron no conocer. Y las que mejor conocen de acuerdo con sus respuestas fueron la pregunta 1(¿Sabe que es el Seguro Popular?) y la 2 (¿Sabe que es la afiliación al Seguro Popular?). De acuerdo con lo reportado en el 2015 se puede decir que hay un mayor conocimiento, pero sigue habiendo población afiliada que desconoce los puntos fundamentales del programa.

Se encuentro que en la mayor parte de las unidades hospitalarias se encuentra una mayor información a los beneficiarios, debido a que ya pasaron por varios procedimientos, utilizando las carteras externas al CAUSES 2019, como SMXXI, FPGC, SCE motivo por el cual tienen mayor conocimiento de estas.

Existen poca evidencia de investigación sobre el tema, por lo tanto, una estrategia consistiría en la evaluación periódica de los usuarios acerca de la cobertura que tuvo el programa, así como evaluaciones finales acerca de si su tránsito por cualquier unida médica fue adecuado y si es que su caso tuvo cobertura por parte del Seguro Popular. Actualmente con los nuevos programas es importante

garantizar que la población pueda contar con la información accesible para poder tener asegurada su atención médica y prevención de las enfermedades.

10. Conclusiones

10.1 Conclusión general

Lamentablemente este programa llegó a su final el día 31 de diciembre del 2019, motivo por el cual fue imposible realizar alguna mejora en él. Sin embargo, se puede denotar las carencias con las cuales contó el programa y la falta de orientación a la parte más importante que era el derechohabiente, en mi opinión este estudio demostró que no se podía continuar con el avance de este programa, si no se tomaba en cuenta la falta de conocimiento por parte de los afiliados sobre los beneficios que otorgaba el programa. Por lo mismo se encontraba en constante monitoreo el sin fin de quejas pronunciadas al no poder dirigir a los afiliados.

10.2 Conclusiones dirigidas en base a las preguntas realizadas en el Encuesta

- La pregunta número 5 de acuerdo con la gráfica de Pareto, demuestra que fue la que más negatividad tuvo por parte de los afiliados demostrando que, aunque conocía la estructura base del sistema (Gestor, Afiliación, SPSS). No conocía a que era acreedor, ya que esta pregunta era fundamental pues en el CAUSES 2019, venía estipulado a todo lo que era acreedor al estar inscrito en el programa. La encuesta revela el desconocimiento de 58.07%, la cual es una cifra bastante alarmante para el programa.
- La pregunta número 9 también está enfocada a la cobertura extendida que podían presentar los beneficiarios con el SMXXI la cual solo estaba enfocada a niños menores de 5 años, siendo esta una población bastante grande en nuestro país con 11.4 millones en 2018 de acuerdo con la ENOE (Encuesta Nacionales de Ocupación y Empleo), nuestra encuesta revela que el desconocimiento de esta cartera fue de un 42.30%
- En la pregunta número 7 también se ve un aumentado desconocimiento por parte de los beneficiarios con un 35.38%, dando a notar que siendo esta una cartera fuerte para el programa como lo era FPGC.
- En conclusión, podemos determinar que la hipótesis nula se rechaza y la hipótesis alternativa se confirma.

11. Propuesta de mejora.

Análisis FODA del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)

Fortalezas

- ✓ Los directivos eran accesibles al escuchar las peticiones que generaban nuestra entidad administrativa.
- ✓ El personal operativo (médicos, enfermera, trabajadores sociales) se comprometían mucho con el paciente, ya que se contaba con el apoyo del Gestor Medico el cual apoyaba a vigilar que se cumpliera con calidad la atención, así como en caso de contar con cobertura exentar cualquier pago que se pudiera realizar al beneficiario.
- ✓ La acreditación de diferentes unidades médicas, haciendo que se pudiera otorgar mayor cobertura para los pacientes, es decir debían cumplir con distintos protocolos de calidad para poder ser acreedores a estos beneficios.

Oportunidades

- ✓ Se había logrado alcanzar una cobertura de 294 intervenciones las cuales eran bastante amplias y se podía brindar una mejor atención a los beneficiarios
- ✓ Se contaba con diversas carteras para el complemento de la cobertura de CAUSES 2019, como lo era SMXXI (151 patologías), FPGC (66 patologías) aumentando así la posibilidad de cubrir cualquier tipo de patología.
- ✓ Tener una cobertura amplia en cualquier entidad federativa de la República Mexicana con el SCE

Debilidades

- ✓ La infraestructura se encuentra limitada e improvisadas en algunas unidades, motivo por el cual no se puede crear más cobertura para los pacientes.
- ✓ Falta de comunicación entre los servicios de salud y el órgano rector REPSS.
- ✓ Falta de capacitación al personal de los Servicios de Salud, se le restaba importancia para tener informado al órgano ejecutor.

Amenazas

- ✓ Cambios en la legislación haciendo el cambio constante de los recursos financieros con los que se contaba.
- ✓ Falta de empatía entre los trabajadores del REPSS para crear un sistema humanitario relación (Gestor-Afiliado, Afiliador- Afiliado).
- ✓ Falta de capacitación a los Afiliados para saber a qué son acreedores al estar inscritos en el programa.

En mi opinión, el seguro popular es un programa que pudo mejorar de forma considerable con ciertas propuestas para una mejora en los niveles de conocimiento de los derechohabientes y por lo tanto en los servicios que se ofrecían por parte del SPSS.

- ✚ El primer punto era realizar una capacitación continua con el sistema de afiliación que como se demostró, carecía de muchos conocimientos para poder hacer más atractivo el programa, es decir:

✚ a. Estrategias

1. Como ya se contaba con equipo de cómputo, colocar una pequeña encuesta de satisfacción y de conocimientos al dar por terminada la afiliación, para poder saber cuáles fueron los puntos que no entendió el afiliado al momento.

2. Contar un pase de visita adecuado por parte de los gestores del seguro popular, para asegurar que a todos los afiliados se les brinde la información oportuna y así evitar un conflicto al final de la estancia hospitalaria.
3. Contar con videos interactivos en la sala de espera, comunicando los derechos, obligaciones, y la cobertura a la que eran acreedores los beneficiarios.
4. Crear un sistema de calidad para verificar que estas medidas se lleven a cabo.
5. Al ser un programa federal, crea un adecuado sistema de comunicación social, es decir crear una dirección de comunicación social para darle una mayor difusión a nivel nacional, con medios de comunicación y redes sociales.
6. Generar un sistema unificado entre Afiliación y Gestión Médica, para fortalecer a ambas direcciones y crear mayor aporte a los beneficiarios.

b. Implementación de indicadores: Permite medir el nivel de madurez del programa, además del desarrollo o seguimiento de la cada estrategia que se integre al mismo, denotando las debilidades y puntos a mejorar con acciones robustas.

c. Uso de Herramientas: Necesaria para el control y seguimiento del sistema de indicadores. Definiendo con claridad si la herramienta a utilizar es la más adecuada para el cumplimiento de los objetivos establecidos

12. Referencias Bibliográficas

1. Laurell AC. No hay pierde: Todos pierden. La reforma a la ley del IMSS. México, D.F.: Instituto de la Revolución Democrática; 1996.
2. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F.: IMSS; 1997.
3. Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000; [Internet] Disponible en: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/nrm/1/336/default.htm?s=iste> Consultado noviembre 2007.
4. Secretaria de Salud (SS). Programa Nacional de Salud 2001-2006. México D.F.: SS; 2001.
5. Giugale M, Lafourcade O, Nguyen V, comps. Mexico: A Comprehensive Development Agenda for the New Era. Washington D.C.: World Bank; 2001.
6. Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD). La reforma de la salud en México. México, D.F.: FUNSALUD; 2001.
7. World Health Organization (WHO). World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance. Estatistic annex. Geneva: WHO; [Internet]. Disponible en formato PDF en: Consultado octubre de 2007.
8. Soberón G. La participación del sector privado. En: La reforma de la salud en México. México, D.F.: FUNSALUD; 2001. p. 43-55.
9. Tamez S, Moreno P. La seguridad social en América Latina. En: Enrique de la Garza comp. Tratado Latinoamericano de Sociología del Trabajo. México D.F.: El Colegio de México, Universidad Autónoma Metropolitana, FLACSO, Fondo de Cultura Económica; 2000. p. 515-534.
10. Tamez S, Valle RI. Desigualdad social y reforma neoliberal en salud. Revista Mexicana de Sociología, 2005; 67(2): 321-35
11. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud Artículo 9. Última reforma publicada DOF 17/12/14.
12. Ley General de Salud Última Reforma publicada DOF 08/12/2017.
- 13.- Felicia K., Eduardo G. Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. Salud pública de México.2013; 55 (2):207-235.

14. Sandra M., Gabriel C., Ramiro G. Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud. *Salud pública de México*.2011; 53 (2):s78-s84.
15. User S. (2018). Misión, Visión, Objetivos. [Online] Repss.puebla.gob.mx. Available at: <http://repss.puebla.gob.mx/index.php/cobertura/mision-vision-y-objetivos> [Accessed 29 May 2018].
16. Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos. Última reforma dof 15-09-2017. Artículo 4°.
17. Gavin Y., Naomi B., Invirtiendo en salud: el argumento económico. Informe del Foro sobre Inversión en Salud de la Cumbre Mundial sobre Innovación para la Salud 2016. *Salud pública de México*.2017;59(3):321-342.
18. Erika A., Susan P., Luis R. Evaluación del programa del seguro popular del 2002 al 2005 Impacto en la utilización de servicios médicos, en el gasto en salud y en el mercado laboral. *El trimestre económico*.2015; LXXXII (4): 807-845
19. Gabriel M., Política de asignación de recursos del Seguro Popular: análisis y recomendaciones. *Salud pública de México*.2016; 58, (5):577-584.
20. Miguel Ángel G., ¿Qué compra, ¿cómo y de quién el Seguro Popular de México? Experiencia con la compra estratégica nacional y en una entidad pionera. *Salud pública de México*.2017; 59(1):59-67.
21. Felicia M. K., Héctor A. O., Rebeca W., Efecto del Seguro Popular de Salud sobre los gastos catastróficos y empobrecedores en México, 2004-2012. *Salud pública de México*.2018; 60, (2); 130-140.