

BOLETÍN DGED

Publicación Bimestral | Año 2 | No. 7 | Septiembre 2015

En esta edición:

- Se llevó a cabo la 2a Reunión Presencial del Grupo1
- Participación de la DGED en el Plan Estratégico 2
- Acceso a los servicios de salud 2014 2



SE LLEVÓ A CABO LA 2A REUNIÓN PRESENCIAL DEL GRUPO ASESOR DEL PLAN ESTRATÉGICO DE LA OPS

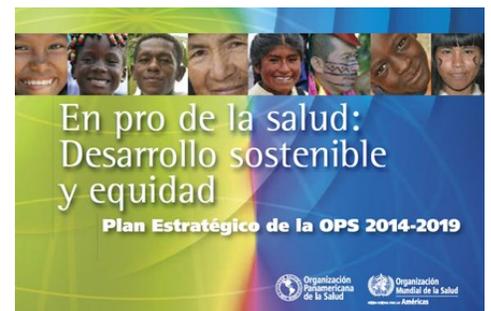
Del 26 al 28 de agosto de 2015 se llevó a cabo, en las instalaciones centrales de la Secretaría de Salud...

...la Segunda Reunión Presencial del Grupo Asesor del Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), grupo creado a solicitud de los Estados Miembros de la OPS.

Este Grupo está compuesto por los 12 países que apoyaron la conformación del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019: Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Jamaica, México, Paraguay y Perú.

Su objetivo es dar asesoría al Secreta-

riado de la OPS para mejorar los componentes que conforman el Plan Estratégico y los trabajos que de él se derivan. Una de sus actividades más importante es la de afinar la



(CONTINUACIÓN: SE LLEVÓ A CABO LA 2A REUNIÓN ...)



Escena de la reunión

metodología de priorización que se utilizó durante las consultas nacionales realizadas

PARTICIPACIÓN DE LA DGED EN EL PLAN ESTRATÉGICO DE LA OPS

La DGED participó en el subgrupo de trabajo sobre Metodología de Priorización integrado por Canadá (Coordinador); Brasil; EE.UU.; Jamaica; México; Perú y un representante de la OMS. En el subgrupo se discutió y se llegó al acuerdo que dentro de la Fórmula Matemática de Priorización (método modificado de Hanlon) se integrara el componente de "Inequidad", dado que en nuestro continente es una problemática recurrente que se manifiesta en la situación de salud de la población y repercute en el siste-

ma de salud. Se reconoció que visibilizar la "Inequidad" y darle un peso en la fórmula de priorización es un avance importante para los países miembros.

A partir de esta propuesta se llevaron a cabo dos pruebas piloto, una con un grupo de personas con perfil técnico de México y otra con los miembros del Grupo Asesor del Plan Estratégico, con la finalidad de probar la herramienta de aplicación del método y analizar el comportamiento de los resultados, con datos vertidos por los participantes. Con ello se espera ajustar

en 2013, a fin mejorar la forma en la que se determinan las prioridades regionales y hacer eficiente el uso de los recursos.

México ha proporcionado valiosas contribuciones en el desarrollo y perfeccionamiento del Plan Estratégico, a través de la colaboración de la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) y la Dirección General de Relaciones Internacionales (DGRI), razón por la cual los inte-



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

grantes del Grupo decidieron que México presidiera las actividades correspondientes a 2015, siendo Ecuador el país que ocupa la Vicepresidencia.

Artículo y fotos cortesía de la DGRI



Escena de la reunión

rangos de los componentes de la fórmula o categorías de respuesta en su caso.

El Dr. Bernard Choi (*Public Health Agency of Canada*) quien coordinó el subgrupo de trabajo técnico, está trabajando en un artículo dedicado a la adaptación del método y en el cual se integrará la experiencia adquirida en las diferentes reuniones que ha tenido el grupo asesor y la propuesta matemática con detalles del método.

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN 2014

Las últimas mediciones de la pobreza que publicó CONEVAL para 2014 el pasado 23 de julio, con base en el ...

...Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), arrojan cifras significativas en materia de cobertura de salud.

El porcentaje de población con carencia por acceso a los servicios de salud, que mide la proporción de población que no

cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución pública o privada, se redujo en 3.3 puntos porcentuales del 2012 al 2014, al pasar de 21.5% a 18.2%, respectivamente¹.

El incremento de 3.3 puntos porcentuales en acceso a servicios de salud, tan-

to públicos como privados, fue producto, por una parte, del aumento en el acceso a servicios públicos en 4 puntos porcentuales, y por otro, de la reducción en 0.6 puntos porcentuales del acceso a servicios privados. Ese aumento en la cobertura de los servicios públicos de salud, se debe principalmente a un aumento de la población afiliada al Seguro Popular de

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



(CONTINUACIÓN: ACCESO A LOS SERVICIOS...)

2.7 puntos porcentuales y al IMSS, de 1.1 puntos porcentuales².

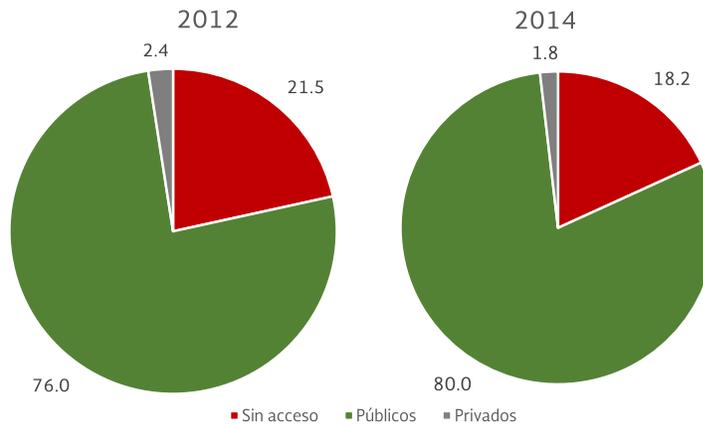
De acuerdo a las cifras del propio CONEVAL, de todas las carencias sociales, la carencia por acceso a los servicios de salud ha sido la que se ha reducido de forma más acelerada entre los años 2000 y 2014, al pasar de 58.6% a 18.2% de la población; una reducción del 40.4 puntos porcentuales en el periodo³.

Este indicador del PROSESA resulta de la división del número de personas en situación de carencia por acceso a los servicios de salud entre el total de la población, multiplicado por 100.

Las entidades que observaron las mayores reducciones fueron Puebla, Tlaxcala, Morelos, México y Guerrero, con reducciones superiores a los 5 puntos porcentuales.

En cuanto al porcentaje de población con aseguramiento público en salud que usa servicios públicos de atención médica (cobertura efectiva), pasó de 53.8% en 2012 a 63.3%, es decir, se incrementó en casi 10 puntos porcentuales⁴.

PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON CARENCIA POR ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD



FUENTE Elaboración de la Dirección General de Evaluación del Desempeño con datos del CONEVAL.

Este indicador, también incluido en el PROSESA, resulta de restar al 100% de la población, la suma del porcentaje de población sin aseguramiento público y el porcentaje de población que teniendo aseguramiento público de salud utiliza servicios privados de atención médica, y mide el acceso a la atención proporcionada por el sector público bajo el marco del Sistema Nacional de Salud Universal.

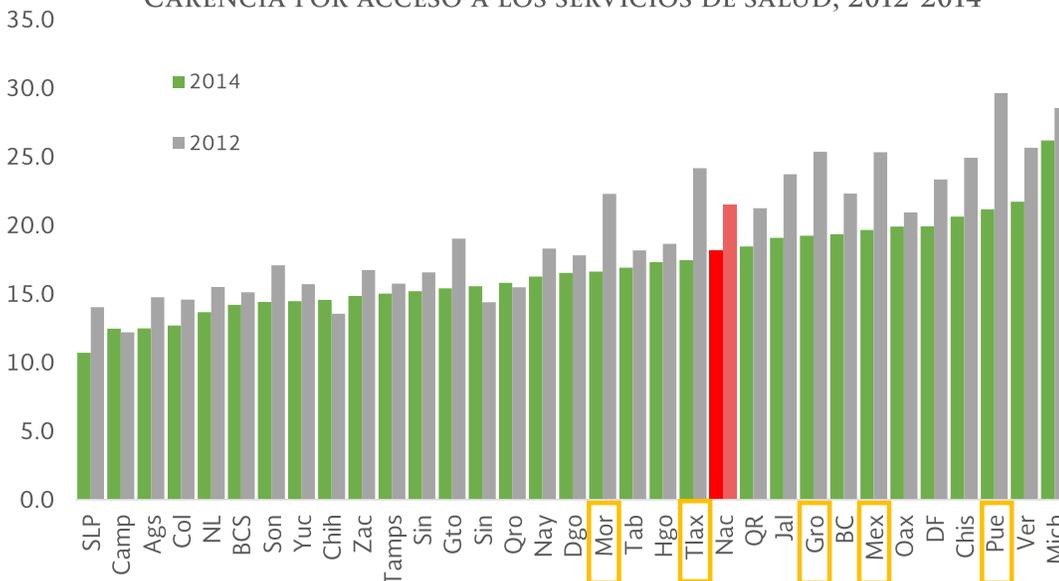
El aumento observado en la cobertura efectiva, se debe a una disminución en la proporción de la población derechohabiente de instituciones públicas que dejó de usar servicios médicos privados, para utilizar los servicios públicos. Es decir, del 22.4% de las personas que,

teniendo derecho a los servicios médicos públicos utilizaron los servicios privados en 2012, pasó a 16.7% en 2014⁵.

A nivel de entidad federativa, destacan el Distrito Federal, Sinaloa, México, Morelos y Sonora como las entidades que presentaron los principales avances en este indicador, con respecto al año anterior.

En suma, los resultados de este análisis indican que hoy existen más personas en México que tienen acceso a los servicios de salud, tanto públicos como privados, que en 2012; y que este incremento en la cobertura de salud se dio en su totalidad debido a una mayor afiliación a instituciones públicas de salud. Adicionalmente, se incrementó la proporción de personas que tienen derecho y usan los servicios médicos públicos, dejando de utilizar los servicios privados.

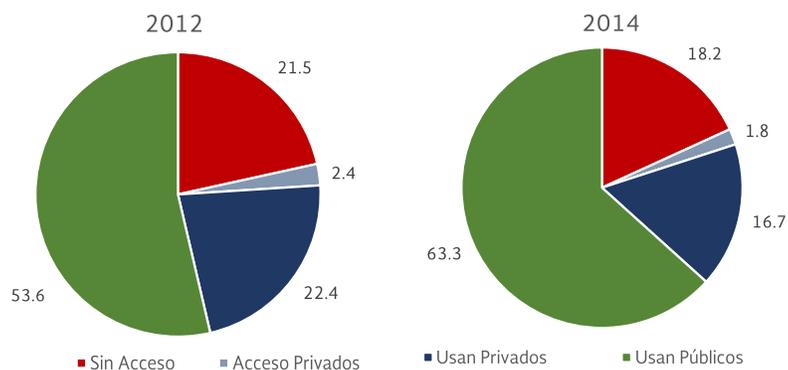
CARENCIA POR ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD, 2012-2014



FUENTE Elaboración de la Dirección General de Evaluación del Desempeño con datos del CONEVAL.

(CONTINUACIÓN: ACCESO A LOS SERVICIOS...)

PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON ASEGURAMIENTO PÚBLICO EN SALUD QUE USA SERVICIOS PÚBLICOS DE ATENCIÓN MÉDICA



FUENTE: Estimaciones de la Dirección General de Evaluación del Desempeño, utilizando las bases de datos del MCS-ENIGH 2012 y del 2014 procesadas por CONEVAL, disponibles en: http://www.coneval.gob.mx/Medicion/MP/Paginas/Programas_BD_10_12_14.aspx

¹ Estimaciones del CONEVAL con base en el Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (MCS-ENIGH) 2012 y 2014. Programa de cálculo y bases de datos disponibles en: http://www.coneval.gob.mx/Medicion/MP/Paginas/Programas_BD_10_12_14.aspx.

² Estimaciones de la Dirección General de Evaluación del Desempeño, utilizando las bases de datos del MCS-ENIGH 2012 y del 2014 procesadas por CONEVAL, disponibles en: http://www.coneval.gob.mx/Medicion/MP/Paginas/Programas_BD_10_12_14.aspx

³ CONEVAL. Medición de la pobreza en México y en las Entidades Federativas 2014. Resumen Ejecutivo, página 51, julio de 2015. http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Documents/Pobreza%202014_CONEVAL_web.pdf

⁴ Ídem.

⁵ Ídem.



DIRECTORIO

Responsable:

Dr. Miguel Ángel Cedillo Hernández,
Director General, DGED

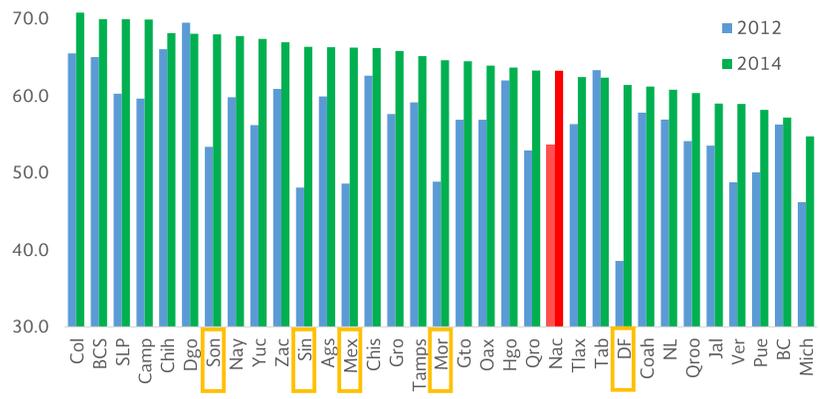
Colaboradores:

- Dra. Mirna Hebrero Martínez
- Mtro. Rubén López Molina
- Mtro. Rodrigo Espinosa de la Peña
- Ing. Cornelio Gaspar
- Mtra. Teresa Saavedra

Agradecemos a la Dirección General de Relaciones Internacionales de la Secretaría de Salud su colaboración en esta edición.

Diseño: Teresa Saavedra

COBERTURA EFECTIVA, 2012-2014



FUENTE: Elaboración de la Dirección General de Evaluación del Desempeño con datos del CONEVAL



El 28 y 29 de septiembre se llevará a cabo la

“2a Reunión de Homologación de Criterios de Monitoreo y Evaluación del FASSA”

Para saber más sobre los temas vistos en la **1a Reunión** visite:
<http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/homologacion.html>