

FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD

CENTRO DE ANÁLISIS SOCIAL Y ECONÓMICO EN SALUD

Evaluación de la gestión en la operación del Seguro Popular de Salud 2003

Presentan:

Gustavo Nigenda
Rosa Bejarano Arias
Yetzi Rosales Martínez
José Arturo Ruiz Larios

Enero, 2004

1. Introducción

En esta sección se presentan los resultados de la evaluación de la operación del Seguro Popular de Salud (SPS). Se abordan aspectos relacionados con las experiencias de difusión y afiliación, la disposición de insumos, la prestación de los servicios médicos, el abasto, el surtido de medicamentos, las opiniones y las expectativas de los afiliados al Seguro Popular de Salud en los estados de México, Aguascalientes, Guanajuato, Oaxaca, Tamaulipas, Tabasco y Sinaloa.

A excepción del último apartado, en los demás se retoma la información proporcionada por los prestadores de servicios y se agregan algunas notas generadas por la observación en los centros de salud y en los hospitales “ancla”, incluidos en la parte cualitativa de la evaluación.

2. Metodología

Se realizaron entrevistas semi estructuradas a profundidad a los coordinadores estatales del seguro popular, a los responsables de promoción y afiliación, a los directores de centros de salud, en los siete estados considerados para la evaluación. También se llevaron a cabo Grupos Focales con personas afiliadas. Las entrevistas fueron grabadas en audio, transcritas textualmente y procesadas con el programa ATLAS-ti.

En general, los temas tratados en las entrevistas a funcionarios del SPS se centraron principalmente en indagar las actividades y estrategias de promoción y afiliación, el manejo de criterios de aseguramiento (reglas de operación, carta de derechos y obligaciones, tabulador de aseguramiento), los insumos y capacitaciones recibidas, así como las características y expectativas de los afiliados desde la perspectiva de los encargados de la planeación del programa y de los prestadores de servicio. En el caso del Coordinador Estatal se abordó lo correspondiente al manejo de los recursos financieros, mientras que en conversación con el Director del Centro de Salud, se profundizó en el procedimiento para otorgar consulta, tiempos de espera y el sistema de referencia y contrarreferencia con el segundo nivel de atención.

Por otro lado, en los grupos focales realizados con los afiliados, se abordaron aspectos vinculados con las causas de afiliación, el conocimiento de los beneficios a los que tienen derecho (información recibida al inscribirse), los obstáculos de carácter administrativo para acceder a los servicios, la obtención de medicamento, gasto de bolsillo y, finalmente, sus expectativas.

Cargos y número de informantes por estado

Cargos	Estados	México	Gto.	Tabasco	Aguas-calientes	Oaxaca	Sinaloa	Tamau-lipas
Coordinador Estatal		1	1	1	1	1	1	1
Responsable de Promoción y Afiliación		1	1	1	1	1	1	1
Director de Centro de Salud		1	1	1	2	2	2	2
Afiliados del SPS		8	6	18	12	7	8	10

En Guanajuato las actividades se desarrollaron los días 22 y 23 de septiembre, en los municipios de Guanajuato, Pénjamo y en La Ordeña; esta última una comunidad rural del segundo municipio.

En el Estado de México se trabajaron los días 24, 25 y 26 del mismo mes, en los municipios de Metepec, Netzahualcoyotl y Chimalhuacán. Mientras que en Tabasco se realizaron las actividades de evaluación paralelamente al Estado de México. En la entidad del sureste se visitaron los municipios de Centro y Cunduacán y dos centros de salud urbanos y uno rural.

En Aguascalientes las actividades se desarrollaron los días del 10 al 12 de noviembre, en el municipio del mismo nombre. En el Estado de Tamaulipas se trabajaron los días 17 al 19, en los municipios de Villa Juárez, Ciudad Victoria y Obregón. Mientras que en Sinaloa se realizaron las actividades de evaluación del 24 al 26 de noviembre, en los municipios de Culiacán y Guasave. Por su parte, en el estado de Oaxaca las tareas de evaluación se llevaron a cabo durante la semana del 24 al 28 del mismo mes en los municipios de Oaxaca de Juárez y de Hueyapan.

En las siete entidades federativas se realizó observación en algunos módulos de información y afiliación, en centros de salud y en hospitales "ancla". Los investigadores llevaron un diario de campo, cuyas notas fueron de utilidad para complementar la información.

3. Estado de México

En el estado el Seguro Popular de Salud (SPS) empezó a operar en agosto del año 2002. Su meta inicial fue de 20 mil familias afiliadas. Principalmente se han trabajado en los municipios de Chalco, Valle de Chalco, Chimalhuacán, Netzahualcoyotl, Valle de Bravo y en la zona Mazáhua. La mayor parte de la población afiliada se encuentra en los tres primeros deciles.

A) Difusión y afiliación

De acuerdo a los responsables de la difusión y afiliación del Seguro Popular de Salud en el Estado, el personal de este programa recibió una capacitación especial a nivel nacional. Se contrataron promotores, con nivel de licenciatura. Se les capacitó con un taller donde les dieron las pautas que deben de seguir para la promoción. La metodología fue basada en pláticas con carteles, periódicos murales y rotafolios.

En las comunidades, la principal estrategia de promoción para el Seguro Popular son las pláticas con grupos organizados de forma masiva y también se da información a nivel personal. En esas reuniones se expone el objetivo, las ventajas y los beneficios del programa. También se recurre al personal operativo TABS (técnico de atención para el bienestar de la salud) de los centros de salud como medio para acercarse a la población objetivo.

Según el mismo informante, la promoción consiste en dos facetas: la primera es repartir carteles y trípticos sobre el Seguro Popular, al terminar esta faceta utilizan el perifoneo, sobre todo en zonas de tipo rural y semi rural. Llevan 17 mil eventos de afiliación que les ha dado como resultado 13 mil 151 familias afiliadas.

En la explicación que se le ofrece a la gente sobre el SPS, se insiste en que es un medio de protección financiera útil para evitar gastos o dejar de atenderse por falta de recursos. Se exponen las enfermedades más comunes que experimenta la población y que se encuentran en el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME) y se les especifica que por la atención de algunas patologías, teniendo el seguro popular, no tendrán que pagar.

El entrevistado aseguró que también se pone mucha atención en explicar la Carta de derechos, para que la gente no piense que puede tener todo tipo de servicios para cualquier problema de salud.

Los responsables estatales de estas actividades, reconocieron que uno de los mayores obstáculos es la afiliación de las familias en la zona Mazahua. El "idioma y la cultura" han sido uno de los principales problemas, sobre todo con las personas adultas. Otro impedimento se ha relacionado con la influencia de líderes comunitarios ya que si uno de ellos decide no afiliarse, nadie lo hace; en cambio si logran convencer al líder del grupo tendrán a toda la comunidad inscrita.

En las comunidades indígenas no hay cultura de prepago y a ello hay que sumar la desconfianza existente. Se les explica lo que es un seguro de salud y sus acciones preventivas, sin embargo no se ha logrado vencer resistencias. Uno de los informantes aseguró que llegan a pensar "*que les estamos dando un seguro de vida y después se les va a matar para cobrarlo*".

La gente puede estar convencida de las ventajas del SPS, sin embargo, uno de los problemas que existe en todo el estado es la dificultad para pagar la cuota. Mucha gente vive en pobreza extrema y no cuenta con dinero para pagar aun la cuota más baja (\$65.00 el semestre).

De acuerdo a los informantes, a mediados del año 2003 se adelantó un mes la afiliación para evitar coincidir con las elecciones y evitar algún conflicto o mala interpretación. Se insiste en mencionar que el SPS no persigue ningún fin político.

B) Instrumentos e insumos

Para la difusión y afiliación

Los directivos del programa reconocen que no han contado con los suficientes recursos económicos ni humanos para cumplir sus metas de afiliación. Para el primer trimestre del año 2003 sólo habían afiliado 2 mil familias, para septiembre llegaron a 8 mil y prevén dificultades para alcanzar la meta de 20 mil familias para dicho año. Por tal situación no cuentan con “capital semilla” para reafiliar.

Una de las estrategias para subsanar la falta de recursos fue la firma de un convenio con el gobierno estatal para que pague la afiliación de familias en las zonas rurales. La ejecución de tal convenio ha permitido avanzar en las metas de afiliación.

Para la operación

En algunos centros de salud donde ya opera el programa una de las principales limitaciones se relaciona con la carencia de los recursos humanos necesarios. El director de un centro de salud urbano manifestó que en el mes de octubre de 2002 tuvieron que operar con la misma planta física. *“Hubo necesidad de que inclusive el área directiva nos pusiéramos a dar consulta mientras se contrataba personal”.*

A pesar de que ya se contrató personal médico sigue faltando más personal. El mismo informante asegura que: *“no hay una persona que esté en el módulo de atención, no hay quien archive, no hay quien atienda farmacia, no hay secretaria, etc. entonces nuestro personal contratado de enfermería le hace de todo, ellas vacunan, hacen curaciones, están en la administración, cobran, sacan expedientes, atienden farmacia, etc.”*

Entre el personal médico se detectó una división entre el personal de base y el personal contratado por el seguro popular dado que este goza de ciertos privilegios laborales.

C) Prestación de los servicios

Según uno de los informantes se pretende que el trato sea igual para toda la población abierta o asegurada. En ese sentido el sistema para otorgar consultas no se piensa cambiar. Algunas familias si se han quejado por los largos tiempos de espera.

De acuerdo a los informantes, la infraestructura de los servicios de salud en el Estado de México no se ha visto rebasada por el seguro popular. Los

derechohabientes del SPS aún son pocos, comparados con los cerca de 8 millones de personas que no cuentan con seguridad social en el Estado.

Se considera que aun cumpliendo las metas para el año 2004 se podrá atender adecuadamente la demanda. Lo que si se requerirá será material, equipo y recursos humanos.

A propósito de esto, se observó en un Centro de Salud Urbano ubicado en Nezahualcoyotl que hay insuficiencia de personal debido a que únicamente se ha contratado un médico y una enfermera para atender a la población afiliada. Según el testimonio de una derechohabiente, durante el inicio del programa era mayor el tiempo de espera debido a que no existía una proporción entre el personal médico y el número de asegurados que demandaba el servicio ya que los médicos contratados para atender a la población abierta no querían encargarse de los afiliados al Seguro Popular.

La observación en campo y la información proporcionada por los prestadores de servicios del primer nivel de atención, permite afirmar que no se ha logrado establecer un sistema de referencia y contrarreferencia adecuado para las familias afiliadas al seguro popular. Incluso tal parece que en algunos hospitales “ancla” desconocen la existencia del seguro popular. Un ejemplo de esto es el Hospital “ancla” Gustavo Baz ubicado en Netzahualcoyotl donde la atención proporcionada a los usuarios del seguro popular es deficiente por la falta de información a los médicos acerca del programa.

Las principales quejas de la población afiliada se centran en el segundo nivel de atención, donde se les niega la atención, no se les trata correctamente o se les refiere a otro hospital o se les regresa a su centro de salud cuando no llevan la referencia y acuden a urgencias.

D) Medicamentos

De acuerdo al coordinador estatal del seguro popular, se cuenta con un sistema de compra y distribución de medicamentos especial para el SPS que opera junto con Oportunidades. Tienen sus propios almacenes, vehículos, sistemas de control de almacenes y de auditoria, prácticamente independientes al Instituto Estatal de Salud.

Diversos informantes reconocieron serios problemas en el abasto oportuno y adecuado de los medicamentos hacia las unidades médicas. La intención es hacerlos llegar directamente del almacén central a cada centro de salud.

Se está pensando crear farmacias especiales para el seguro popular que se encarguen de un buen control en la existencia de medicamentos, su solicitud oportuna así como un buen manejo en el surtido de la receta.

En la operación cotidiana hacen falta medicamentos, eso lo reconocieron todos los informantes. Pero uno de ellos de nivel central prácticamente deja el problema a

los directores de los centros de salud y a los médicos en particular: *“ellos sólo se limitan a decir, no hay medicamento y no hacen nada para conseguir muestras médicas, por ejemplo”*.

Respecto al control de medicamentos en farmacias los Centros de Salud “Vergelito” y “Herrerros”, se observó que existen dos modalidades para operar este aspecto. En el primero la farmacia está dividida en dos: una parte corresponde a la abierta y en otra parte se coloca el medicamento para las personas afiliadas; mientras que en “Herrerros” no existe una clara división física, sin embargo se lleva el registro de los fármacos que son surtidos por parte del seguro popular.

Cabe mencionar la preferencia en el surtido de recetas en estas unidades. De acuerdo con la información proporcionada por el encargado de la farmacia, la población afiliada tiene privilegios al solicitar el medicamento, ya que la dotación asignada inicialmente a la población abierta es otorgada a los usuarios del programa, lo que no sucede de forma inversa.

En cuanto al segundo nivel de atención, no hay surtido de medicamento a excepción de lo aplicado durante alguna operación quirúrgica. La gente afiliada debe buscar el medicamento en su centro de salud, el cual no siempre puede surtirlo.

4. Guanajuato

En Guanajuato se inició la operación del Seguro Popular de Salud a partir del mes de junio del 2002, con una meta inicial de afiliación de 9 mil familias. La caracterización socioeconómica de la población afiliada indica un promedio de 17.6% de familias con piso de tierra y 1.82 cuartos por vivienda. La media de integrantes por familia es de 3.22%. Mientras que el 80% de los afiliados se ubican en el decil I, con los menores ingresos.

La meta acumulada de afiliación para el año 2004 es de 70,205 familias. El programa está operando en ocho municipios de la entidad.

A) Difusión y afiliación

La aplicación de estrategias para promocionar y afiliar a la población al Seguro Popular de Salud en Guanajuato esta condicionada en un primer momento al establecimiento de la comunicación con las autoridades en cuyos municipios se ha decidido implementar dicho programa. Se efectúan reuniones con las cuatro figuras más importantes del municipio en relación con su poder de convocatoria, en este caso haciendo referencia a los Delegado y Subdelegado de la comunidad, el Secretario encargado del programa Procampo y la encargada del programa Oportunidades, con la finalidad de explicarles el contenido del seguro popular y tener en ellos un respaldo al momento de acercarse a los habitantes de las localidades.

El uso de campañas radiofónicas, el perifoneo, carteles y trípticos forman parte de las técnicas de difusión impulsadas en el estado, sin embargo de acuerdo con el testimonio de los responsables de dicha área, el contacto directo con la población por medio de la práctica de brigadas informativas en las comunidades, ha resultado el mejor mecanismo de convencimiento para afiliarse. Las zonas rurales reciben prioridad en cuanto al número de visitas efectuadas por ser consideradas como más vulnerables y con mayor necesidad de apoyo.

Los contenidos de los mensajes que se dirigen a la población por medio de la radio hacen énfasis en el gasto excesivo en salud en las familias de escasos recursos y en la conveniencia de invertir en un seguro popular que garantiza el beneficio de obtener consultas y medicamentos a bajo costo.

En entrevista, el coordinador estatal del Seguro Popular habló de una coordinación que han establecido con SAGARPA por medio del programa "Acerca", para obtener las listas de las personas inscritas en Procampo y dirigirse personalmente a sus domicilios para promocionar el Seguro Popular. Una de las definiciones operacionales de las personas a las que va dirigido este programa, señaló el coordinador, es la posesión de menos de cinco hectáreas, en el área rural.

Con base en lo expresado por los responsables de afiliación y promoción en relación con los obstáculos encontrados, consideraron a las elecciones federales del mes de julio pasado como una coyuntura que limitó dicha labor, al ser vislumbrada por la población como parte de una campaña proselitista generando así desconfianza y distanciamiento de los pobladores. Paralelamente, se han enfrentado al rechazo de personas, de origen rural en su mayoría, que anteriormente fueron víctimas de fraudes por parte de compañías fantasmas que utilizan nombres de instituciones reconocidas de forma ilegítima para ofrecer seguros médicos.

Esta dificultad los ha obligado a proporcionar mayores datos a la población, como números telefónicos de la Secretaría de Salud a nivel estatal y federal como una medida de garantía en cuanto a la veracidad de la información y los servicios expuestos por los promotores. En este sentido, el médico del centro de salud es calificado por el personal del Seguro Popular como una figura imprescindible para el logro de una aproximación con la población, explotando su liderazgo en la comunidad.

Otro asunto al que comentan deben hacer frente es al proceso de reafiliación al seguro, ya que representa un problema económico fuerte para las familias: "*para muchas familias sale mucho más caro trasladarse (para afiliarse) que afiliarse*". El acudir a la unidad médica a tomarse una fotografía para la credencial o para efectuar los trámites de reafiliación, constituye en algunos casos de acuerdo con el testimonio de los informantes, un gasto excesivo en transporte (especial) resultando una suma aproximada de \$500, mientras que la cuota promedio del Seguro Popular es de \$260. Para solucionar este problema se pretende organizar el traslado del personal de afiliación a las comunidades más lejanas, pero no se mencionó a partir de que momento se impulsará dicha iniciativa.

Para realizar las brigadas de información son necesarias de cinco a seis promotores, para lo cual se requiere la contratación temporal de personal con un nivel de estudios mínimo de licenciatura para el cargo de jefe de módulo, sin importar el campo profesional al que se aboquen. Cada periodo de afiliación significa la contratación de personal nuevo para llevar a cabo el proceso, y al mismo tiempo el gasto requerido para la capacitación. Se llevó a cabo una capacitación específica para la promoción y otra para la administración.

En cuanto a la difusión de las reglas de operación entre el personal que participa en el programa, el coordinador estatal señaló que ellos mismos imparten una capacitación a las unidades de salud y a las autoridades de la Secretaría de Salud del Estado. Al concluir dicha capacitación se aplica un examen y se les entrega el documento de las reglas de operación a los responsables de las unidades jurisdiccionales así como a los médicos y todo el personal que tiene contacto directo con el paciente dentro de las unidades de primer nivel de atención.

El mismo informante se refirió al obstáculo que ha significado la reacción crítica de los médicos frente a las reglas de operación. Así, este personal cuestiona, propone y, en ocasiones rechaza algunos padecimientos y medicamentos incluidos en el seguro, debido principalmente al arraigo que tiene con su formación. En palabras del propio coordinador *“es algo innato a la profesión médica, es de ley que yo no le puedo decir a un médico qué es lo que tiene que recetar porque él recibió x tipo de escuela (sic), entonces es algo así como saltarme sus conocimientos”*. Por esta razón, los responsables del Seguro Popular tratan de acercar a los médicos las reglas de operación a manera de sugerencia y escuchando sus observaciones, además de *“procurar”* que todos los medicamentos y material de curación esté en las unidades para que ellos puedan apegarse a tales reglas.

Respecto a los aspectos que encierra el procedimiento de la explicación del seguro popular y los derechos que abarca, cabe mencionar algunas debilidades detectadas por los mismos responsables. En primer lugar sobresale la presencia de términos médicos no incluidos en el léxico de los promotores, condición que origina confusiones y diversas interpretaciones. Con la intención de contrarrestar dicho efecto, se ha creado la figura de gestor médico para que proporcione asesorías en un módulo fijo.

Cabe destacar, que durante el trabajo de observación realizado en el Hospital de Pénjamo, fue posible vislumbrar la entrega tardía de una Carta de derechos a un afiliado que acudió a recoger su credencial después de tres meses de haberse afiliado.

Durante la entrevista, los responsables de afiliación y promoción comentaron la existencia de una contrariedad en la aplicación del tabulador de aseguramiento y los resultados de la base de datos utilizada para determinar la ubicación de los afiliados en un decil socioeconómico, así como la cuota estipulada. Este problema se hace evidente cuando una persona que se halla en condiciones muy precarias,

obtiene en comparación con otra que tiene mejores condiciones de vida, un decil más alto. Los entrevistados se declaran inhabilitados para explicar a los afiliados dicha discordancia, ya que ellos no conocen el procedimiento y las variables que toma en cuenta el sistema al arrojar el resultado.

Añadieron que en Guanajuato el nivel socioeconómico de las familias es muy bajo y, respaldándose en los datos obtenidos hasta el momento, señalaron que cerca de un 80% de las familias afiliadas se ubica en el decil 1. Haciendo una descripción más detallada de sus condiciones de vida mencionaron: *“la mayoría tiene piso de tierra, sus casas no son muy agradables para vivir y tienen mala alimentación”*. Sin embargo, también reconocieron haber afiliado familias cuyo decil se sitúa en el 4º y 6º nivel, aclarando que en este último decil sólo hay tres familias afiliadas en todo el estado.

La precaria situación socioeconómica que predomina en las comunidades, repercute en el logro de las metas de afiliación, ya que según los entrevistados la población objetivo se halla en dificultades para reunir el dinero que destinarán al pago de la cuota del Seguro Popular. Por otro lado, ellos han concluido que las personas que deciden no afiliarse o reafiliarse a pesar de contar con los recursos, se debe al mal trato y la falta de medicamentos de las unidades de salud.

Los contenidos de las Reglas de Operación constituyen en algunos casos, como los informantes, una restricción para el logro de las metas de afiliación si se toman en cuenta las condiciones particulares del estado. De acuerdo con su testimonio, el tiempo establecido para llevar a cabo la próxima afiliación es de dos meses (diciembre y enero), periodo que especulan puede ser reducido para afiliar a 70,200 familias principalmente porque las comunidades se encuentran en lugares muy alejados.

El responsable de promoción reconoció: *“cómo le vamos a hacer. Hay que seguir las Reglas de Operación porque no podemos estar afiliando antes (de tiempo), pero hay veces que si nos perjudican. No sé si hay posibilidades de modificar por ahí algo, poner algunas excepciones”*.

B) Instrumentos e insumos

Para la difusión

Los responsables de esta área se sometieron a una capacitación impartida a nivel nacional en el Distrito Federal para conocer el procedimiento del llenado de instrumentos y cédulas. Los encargados de transmitir la información se apoyaron en el uso de proyecciones con plantillas en *power point*.

Para la operación

Al abordar el asunto de la obtención oportuna de recursos económicos y materiales durante el proceso de afiliación, los informantes recordaron una situación de urgencia ante la demora de unos recibos de pago. Al parecer

recibieron una demanda mayor a la esperada y se recurrió al llenado de recibos provisionales, sin embargo este hecho no afectó el procedimiento.

C) Prestación de servicios

Otro de los informantes comentó que el tiempo de espera y el sistema de consultas no han sido modificados en relación al momento previo del arranque del seguro popular. Dentro de la dinámica cotidiana de los centros de salud y los hospitales, los médicos son los encargados de instituir el mecanismo adoptado para organizar el tiempo de espera de la población abierta y afiliada, y *“ellos (los médicos) les han inculcado la cultura de que se les va a atender pero conforme vayan llegando”*.

A pesar de esto, se han percatado de una exigencia expresada por los afiliados de ser atendidos por el médico de forma inmediata, ya que *“se sienten con ese derecho”* por ser parte del Seguro Popular. No obstante, reconocen que dicha reacción es el producto de las acciones prometidas por el personal de promoción al momento de afiliarse.

Informaron que llevan un control de consultas y medicamentos demandados por la población afiliada por medio de un documento que ellos llaman *“formato único de consulta externa”*.

Una reacción curiosa que los entrevistados comentaron, es que a pesar de no padecer ninguna enfermedad, los afiliados al Seguro Popular hacen uso de los servicios médicos, pensando sobre todo en recibir el medicamento prometido, como una acción preventiva ante la repentina escasez, o como una recuperación de la inversión efectuada.

Por parte de médicos sindicalizados, en su mayoría localizados en centros de salud urbanos, se han recibido quejas relacionadas con un aumento de la demanda traducido por ellos en carga de trabajo; no obstante, los análisis elaborados por los entrevistados llevan a la conclusión de que número de citas no ha variado en comparación con el periodo que precede al Seguro Popular.

Pese a ello, los informantes advierten que en algunos centros de salud y hospitales si es necesaria la contratación de más personal médico ya que efectivamente la población está creciendo.

A propósito de los beneficios que ofrece el Seguro Popular, se han presentado varias quejas por parte de los afiliados al exigir la cobertura de algunos medicamentos, que inicialmente creyeron incluidos en la Carta de Derechos, particularmente, el medicamento para controlar el cáncer. Tal situación puso en alerta a los responsables para transmitir esta información con mayor exactitud.

Sin embargo, la manera de explicar los contenidos de la Carta de Derechos no constituyó el único obstáculo para el logro de una comunicación óptima entre

promotores y afiliados, sino también la terminología usada para nombrar las enfermedades. Para ejemplificar esta situación, los informantes expusieron el caso del llamado “abdomen agudo”, sintomatología que quirúrgicamente abarca varios tipos de trastornos, de los cuales sólo algunos eran incluidos en el seguro. Este hecho exigió la modificación de la Carta de derechos del año pasado especificando las enfermedades que cubre y agregando otras más, aunque al final seguían sumando 78.

Respecto al sistema de referencia y contrarreferencia en este estado, se rescataron algunos testimonios positivos. La mayoría de los informantes decían estar satisfechos con la atención recibida en el segundo nivel, a excepción de un caso donde una madre angustiada que requería la atención especializada de un cardiólogo para su hijo. La respuesta de los médicos fue enviar sin ningún tipo de referencia a esta persona a un hospital del Distrito Federal.

D) Medicamentos

De acuerdo con lo señalado por el coordinador estatal, existe una persona encargada exclusivamente de lo correspondiente a la adquisición y abasto de medicamento a nivel de la Secretaría de Salud.

Al inicio del programa en Guanajuato, el personal que colabora en él, recorrió los almacenes de cada unidad con la finalidad de conocer el faltante de medicamento. Este mecanismo permitió conocer que en los centros de salud no se tiene un control de existencias y que el largo periodo en esa situación los había acostumbrado a un desabasto permanente.

La manera en que se organizan para el abasto de medicamentos a las unidades, consiste primeramente en hacen compras directas, ya que de acuerdo con los informantes *“no resulta tan caro comprar el medicamento (si se hace en) grandes cantidades”*. La vía de distribución es desde las oficinas centrales de la Secretaría, es decir, no pasa por las Jurisdicciones sanitarias a excepción de una que así lo solicitó bajo el compromiso de hacer llegar los medicamentos de manera oportuna. En el resto de las Jurisdicciones, el personal de la Secretaría por medio de la contratación de distribuidoras privadas de fármacos, lo entrega directamente a los municipios y hospitales.

El informante comentó que en esta entidad no se ha considerado la opción de establecer convenios con farmacias privadas, principalmente por el alto costo que representa. En Guanajuato se cuenta con 96 unidades con Seguro Popular, la mayor parte ubicadas en comunidades rurales en donde no existen farmacias privadas sujetas de un probable acuerdo. Como alternativa a dicha situación se está pensando en la posibilidad de que en cada unidad médica con SPS se establezca una farmacia propia del Programa.

De acuerdo con el mismo informante, cuando el almacén de las unidades de salud se encuentra a una capacidad del 10% se procede a surtir el medicamento para impedir el desabasto. No obstante, la vacuna contra la influenza así como

medicamento destinado a diabéticos e hipertensos, escasean de forma esporádica.

Es importante resaltar que durante el trabajo de observación en el hospital de Pénjamo, se siguió la travesía de una mujer afiliada que pretendió surtir su receta lo cual al final no se pudo realizar. Entre los (3) medicamentos que demandaba se encontraba complejo B y calcitriol tabletas. El encargado de la farmacia dijo haber solicitado ya por segunda vez el medicamento pero no sabía cuándo le llegaría.

El control de existencias en farmacias, en el caso de los centros de salud rurales funciona bajo el control del médico. Él maneja el inventario de los medicamentos y permanece muy pendiente del gasto, entradas y salidas del mismo. Esto permite conocer el número exacto de requerimientos.

De acuerdo con el coordinador estatal del SPS, al arranque del programa en los meses de agosto, septiembre y octubre, enfrentaron problemas con la población porque el medicamento no era surtido en cantidades suficientes y las compras se hacían de manera muy lenta. Para diciembre y enero se aceleró el mecanismo y se recuperaron afiliados. Para junio se tenían cerca de 7,500 afiliados y un mes después se llegó a 17,640 rebasando la meta con 140.

5. Tabasco

El Seguro Popular en el estado inició su operación en el año 2002. Fue en el mes de abril cuando se realizó una primera microregionalización y se decidió iniciar operaciones en los municipios de Cunduacán y Centro; en junio fue firmado el Acuerdo de Coordinación La prestación de servicios, previo al periodo de promoción y afiliación, arranca en agosto del mismo año.

Para septiembre de 2003 el Seguro Popular tenía presencia en 15 de los 17 municipios que conforman Tabasco. Se estima cerrar el año 2003 con 91 mil familias afiliadas. Cerca del 90 por ciento de las familias afiliadas se ubican en los tres primeros deciles.

A) Difusión y afiliación

A nivel nacional se recomendó iniciar con actividades de promoción y después otra reunión de registro. Esa estrategia dio pocos resultados debido a que en la reunión de promoción asistían, por ejemplo 100 personas, a la reunión de registro asistían 50 y se afiliaban finalmente 25. Todas las reuniones fueron convocadas por los Comités de Salud de cada Centro y por los Delegados de las comunidades. El primer contacto era con el Comité de Salud a quienes el personal del Programa informaba sobre el Seguro Popular.

Ante los pocos resultados se decidió llevar a cabo sólo una reunión de promoción en las comunidades y se acordó formar brigadas que visitan a las familias casa por casa dando información y realizando el registro. Dichas brigadas se integran por un jefe de brigada, un codificador y tres auxiliares de registro. Las familias

visitadas forman parte de la población correspondiente al área de influencia de los centros de salud.

Las brigadas se conforman para cada periodo de afiliación con personal eventual, con estudio de bachillerato y de licenciatura. A todos se les capacita sobre los diversos aspectos relacionados con el Programa. Cabe mencionar que la rotación del personal es alta, dado que la mayoría al terminar su contrato (generalmente por un mes) busca otro empleo.

La promoción es apoyada con perifoneo, principalmente. Uno de los informantes aclaró que no utilizan el radio ni la televisión ya que, además de su alto costo, al ser muy escuchado en toda las regiones del Estado, genera presiones de la gente por obtener el SPS en comunidades donde no tardará en iniciar la operación del Programa. Además se han instalado módulos en algunos centros de salud en los cuales se brinda información, se afilia, registra y se cobran las cuotas. Se piensa instalar un módulo móvil en cada uno de los municipios.

A las Jurisdicciones Sanitarias se les ha involucrado activamente. Uno de los informantes comentó que se ha logrado convencerlas debido a que entre más familias afiliadas tengan recibirán más recursos económicos.

En Tabasco no se ha usado la credencial para identificar al afiliado al seguro popular. Por el momento sólo se anexa a la Carta de Derecho una especie de carnet con los datos de la familia y una copia fotostática del titular. La explicación de la coordinación estatal del SPS es que la credencial implica un alto costo y se prefirió optar por un sistema electrónico que identifique a las personas por medio de su huella digital. Tal instrumento se instalará en los centro de salud y en los hospitales “ancla”.

Un aspecto que se ha tenido que cuidar mucho es el posible uso político que se puede dar a la promoción y afiliación del SPS. Además de las elecciones federales de julio del 2003, en Tabasco se realizarán elecciones locales en el mes de octubre¹ y en el Programa se encuentran en una fuerte campaña de afiliación. Lo que se planteó fue que al pedir la identificación oficial (tal y como lo marca las Reglas de Operación) se pueda utilizar cualquiera diferente a la de elector, dejando ésta como el último recurso, cuando no se tiene otra identificación. Se insiste que el SPS no responde a ningún fin electoral ni político.

Sin embargo se reconoció que algunos actores sociales como presidentes municipales de oposición y delegados de comunidades, cuestionan el SPS afirmando que el gobierno federal lo que busca es la privatización de los servicios de salud.

De acuerdo a los informantes, en Tabasco, la afiliación de todas las personas de Procampo resultó un problema. El padrón de ese Programa tenía dificultades ya

¹ Tabasco vive una fuerte polarización política entre dos partidos, que desde hace más de 10 años mantienen una cerrada lucha por los cargos de elección popular.

que incluía a personas que no viven en las comunidades o gente que ya falleció. Se recurrió a las Jurisdicciones para que apoyaran la identificación de las personas y se encontraron familias repetidas. Otro problema fue la alta dispersión de la población. A toda la gente de Procampo se le afilió sin pagar su cuota para el primer trimestre, fue subsidiada.

Otro de los problemas permanentes de la difusión y la afiliación es el manejo inadecuado de la información que ha generado falsas expectativas entre los derechohabientes del Seguro Popular. Uno de los responsables de la afiliación reconoció que existen dificultades, en parte porque los promotores no son médicos, lo cual genera dudas en el personal por el manejo de términos técnicos y la información que transmiten puede ser equivocada. También les ha resultado difícil convencer a la gente de las ventajas que tiene el prepago.

El responsable de afiliación reconoció: *“quizá al principio cuándo nos preguntaba la gente si el SPS cubría todo, algunos les decían que sí. Hoy estamos tratando de sensibilizar al personal para que si prometen algo que no vamos a cumplir nunca, ya no van a creer en nosotros”*.

Un problema más ha sido que al llenar la cédula del estudio socioeconómico y marcar que la familia vive en un medio urbano la cuota se eleva. Esa familia puede ser más pobre incluso que otra de medio rural y pagará más por el solo hecho de vivir en una ciudad. En general la aplicación de los tabuladores sí ha generado inequidades entre los afiliados ya que se llega a cobrar más a quienes menos tienen. Esta situación se registró tanto en las entrevistas estructuradas con los informantes, en las sesiones de los Grupos Focales y también se pudo constatar en familias con las que se platicó de manera informal durante los recorridos de observación en los centros de salud y en los hospitales.

Ante dudas o inconformidades de los afiliados sobre las cuotas a pagar, los responsables del Programa explican que *“cada dato vale tantos puntos y que ese resultado lo arroja la computadora”* y que ellos (el personal operativo) no pueden hacer nada para cambiar tal resultado. Obviamente, ese tipo de respuestas no son las más adecuadas y si perjudican la credibilidad del SPS.

Frente a esta situación se ha planteado iniciativas del estado para realizar correcciones y adecuaciones para el pago de cuotas pero *“a nivel nacional nos han mandado oficios diciendo que no lo hagamos”*.

Cabe destacar que por una decisión del gobierno del estado se está subsidiando la afiliación de la mayor parte de la población con recursos propios. La vigencia de ese apoyo a las familias y por periodos de tres y/o seis meses, advirtiendo a tales familias que el siguiente periodo lo deberán pagar ellas.

Respecto a la capacitación del personal, el responsable de afiliación en Tabasco refiere que se han tenido tres reuniones en la ciudad de México, donde se abordan aspectos relacionados con la parte médica, la de informática y la de promoción.

Pero, es más común que sus dudas las resuelvan durante las visitas que hace el personal de la Coordinación Nacional del Programa.

A los médicos del estado se les ha estado capacitando por medio de una persona adscrita a la Subsecretaría de Servicios Médicos de la Secretaría de Salud de Tabasco. Se les informa sobre el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME), los medicamentos y procedimientos propios del SPS.

Por su parte, las brigadas son capacitadas en reuniones plenarias, en donde los responsables de cada área del programa les explican en que consiste el SPS y las funciones que van a desempeñar como brigadistas.

De acuerdo a uno de los informantes, el tiempo es muy limitado para el trabajo de las brigadas, lo cual implica poca dedicación para explicar a cada familia en que consiste el SPS. Esto se piensa revertir con una mayor información en los centros de salud, en donde *“por medio de carteles se explicará a la gente a qué tiene derecho y lo que no va entrar al Seguro Popular”*

Durante la observación en los módulos de afiliación y en pláticas informales con personal ya afiliado se pudo constatar que no existe un manejo preciso de la información que se le debe dar al derechohabiente. En uno de los módulos al entregar la Carta de derechos a una señora, la persona que le atendió le dijo *“aquí tiene su Carta léala. Ya puede pasar a consultas, tendrá también servicio en el hospital y derecho a cirugías”*. Eso fue todo. Por lo tanto es posible derivar que la persona en cuestión puede no ver cumplidas sus expectativas, por lo menos, cuando le sea negada algún tipo de atención que está fuera del CABEME o se le diga que no tiene derecho a un medicamento que se incluye en el cuadro. También es factible que se vuelva promotora en contra del Seguro Popular.

En la observación y en las pláticas informales con derechohabientes, se pudo constatar que sí han recibido la Carta de Derechos (en ocasiones con retraso), que la mayoría no la lee y que las personas que si lo hacen poco le entienden o *“se les olvida”* el contenido.

B) Instrumentos e insumos

Para la difusión y afiliación

El responsable de afiliación mencionó que no han contado con los recursos necesarios para realizar su trabajo. Destacan que tienen poco personal. Además han tenido que recurrir a préstamos de vehículos, de gasolina, viáticos, impresiones, por parte de diversas instancias de la Secretaría de Salud del estado.

Reconoció el informante que por parte de las oficinas centrales del Programa si han contado oportunamente con la papelería y formatos necesarios para sus tareas de afiliación.

Los recursos para la afiliación han llegado siempre tarde. *“El seguro popular en el estado ha operado de milagro, mucho se ha trabajado gracias al compromiso del personal. Incluso se les tarda en pagar al personal de las brigadas”*.

Para la operación

A inicio de año se han tenido y tendrán problemas en la disposición de recursos económicos, debido al retraso por parte de la federación. Además se generan dificultades al tener que estar contratando al personal cada 1 de enero.

De acuerdo con el mismo informante, en la actualidad, el subsidio para la atención médica si llega oportunamente. No ha recibido los recursos para el mantenimiento del padrón, por “la ampliación de las familias”, para la operación de los módulos fijos. Los gastos se han tenido que solventar con el apoyo de diversas áreas de la Secretaría estatal y con personal de las jurisdicciones sanitarias. *“Hay mucho retraso para que lleguen los recursos de la operación”*.

C) Prestación de los servicios

A pesar de la afiliación lograda en el estado, la capacidad instalada de la Secretaría no ha sido rebasada, según aseguró el Coordinador del Programa en el estado. Se reconoce que en los hospitales han aumentado las consultas. Lo que si se ha tenido que actualizar es el equipo y aumentar la existencia de materiales.

Los recursos humanos se han tenido que incrementar aunque de manera limitada. Se han contratado enfermeras de manera eventual. Se tiene contemplado contratar médicos que fungirán como gestores de los afiliados².

De acuerdo al informante los tiempos de espera son menores, independientemente del seguro popular. Esto ha estado más relacionado con las actividades de la Cruzada por la Calidad. Las consultas se están manejando por medio de citas. *“De las 9 a las 11 de la mañana se atiende a los espontáneos”*.

Respecto al trato se considera que no ha cambiado, se busca que sea el mejor. Tampoco se han incrementado las exigencias por parte de los afiliados. Los informantes del primer nivel de atención mencionaron que el trato en el Hospital “ancla” no ha sido el mejor y que, además, a pesar de ser afiliados al seguro popular en algunos partos se les ha pedido algún material.

Sin embargo, en la observación realizada en los centros de salud, los afiliados manifestaron que el trato es el mismo al igual que los tiempos de espera. En Nacajuca incluso se recogieron testimonios en el sentido que los tiempos de espera son mayores, ya que la gente va más a consulta. El director del centro de

² Es una figura creada a nivel nacional, para el Segundo nivel de atención que tiene entre sus tareas orientar, acompañar y verificar que el afiliado sea bien atendido y salga satisfecho con la información recibida.

salud reconoció que la demanda ha aumentado, provocando que un médico tenga que otorgar hasta 29 consultas en un turno.

Los informantes reconocieron que la atención médica no se otorga por las tardes en los centros de salud que trabajan sólo por la mañana. Tampoco se atiende los fines de semana. Si acaso una persona afiliada se enferma por la tarde o noche o fin de semana y no tiene cerca un hospital para acudir a urgencias, deberá realizar gastos de bolsillo para atender su problema de salud. En pláticas informales con personas afiliadas en zonas rurales, se constató esta situación con testimonios directos.

Las referencias a uno de los hospitales “ancla” han implicado una mayor demanda de servicios, de acuerdo al subdirector del hospital, llegan de 30 a 40 afiliados del SPS, al día. El sistema de referencia y contrarreferencia con el segundo nivel, han existido problemas ya que en el hospital parece que tardaron en informarse sobre lo que es el SPS, de acuerdo a los informantes del primer nivel. También de los hospitales regresan a la gente al centro de salud para que lleven el número de expediente que tienen en el centro, y les piden la clave del centro de salud (la cual no existe). *“Incluso los afiliados preguntan si en los hospitales no les han informado sobre el SPS”* Por otra parte, se considera que existe un leve incremento en la demanda para el segundo nivel.

En Tabasco que pudo observar una referencia, mostrada por el padre de una niña con un mal congénito, no incluido en el CABEME, que fue referida a un hospital de Villahermosa por un centro de salud rural y no recibió ningún tipo de atención. Al mostrar al médico que firmó el documento del seguro popular con la referencia, él insistió en que sí era correcta la porque se había ampliado la cobertura. En síntesis, la referencia fue incorrecta y causó malestar en los padres de la niña que tuvieron que realizar gastos de traslado en vano. El padre pidió: *“que me digan bien si la atenderán, sino para qué quiero el seguro.”*

D) Medicamentos

Los distintos informantes coincidieron que al inicio del programa si existió el desabasto, debido a que se incorporaron más claves comparadas con las que tiene el cuadro dedicado a la población abierta.

De acuerdo a los informantes, la adquisición de medicamentos a nivel estatal se realiza siguiendo las normas oficiales. El abasto se está realizando conforme a lo estipulado en el CABEME.

El abasto de los medicamentos a las farmacias de los centros de salud tiene dos vertientes: los requeridos para el seguro popular son surtidos por la Subsecretaría estatal de atención médica y los medicamentos dedicados a la población abierta son abastecidos por las jurisdicciones sanitarias.

En los centros de salud visitados las farmacias tienen dividido el medicamento en dos o tres espacios: seguro popular, población abierta y oportunidades. El espacio

con mayor cantidad de medicamentos es el que corresponde al SPS. Los encargados de las farmacias afirmaron tener instrucciones para surtir lo más posible la receta del seguro popular aunque ello implique “tomar” medicamentos de la población abierta. Lo que tienen prohibido es dar a la población abierta “medicamento del seguro popular”.

Respecto a la existencia de medicamentos y surtido de receta, la coordinación estatal del SPS aseguró que no existe desabasto de medicamento. No prevé que sea un problema en el futuro: “*no debe de faltar debido a que tendremos el dinero.*” Sin embargo, una odontóloga de un centro de salud aseguró que su principal problema es la falta de medicamento.

Para garantizar la existencia de los medicamentos se “subroga” por medio de contratos formales, con una farmacia privada (Unión). Un primer resultado es que el gasto histórico en este rubro ha disminuido en un 40% debido, según el informante, a que “*no se compró tanto medicamento, nada más el que se requiere*”.

La subsecretaría de atención médica consideró que el surtido de recetas es de un 85% para la gente afiliada al SPS. En ese sentido mencionó que el faltante se piensa cubrir pronto por medio de un convenio con la farmacia privada, quien se han comprometido a montar sucursales en las comunidades más aisladas. En dado caso que no existiera el medicamento en estas farmacias privadas, tienen un plazo de 24 horas para surtirlo.

Para el primer nivel de atención no se “subroga” el total de surtido de medicamentos, sólo el que no exista en ese momento en la farmacia del centro de salud. En el caso del segundo nivel está subrogado todo el cuadro correspondiente.

Por otra parte, los prestadores de servicios de primer nivel expresaron que muchos pacientes que salen de los hospitales no se les surte la receta y acuden al centro de salud demandando el medicamento. Al tratar de explicar la situación manifestaron desconocer porqué se genera ese problema.

En cuanto a la demanda de los afiliados, los informantes consideraron que piden productos fuera del cuadro básico, “como vitaminas”, o algunos medicamentos para problemas de salud que no están incluidos en el SPS. De acuerdo a los prestadores de servicios entrevistados lo que les interesa es salir de los centros de salud con la receta completamente surtida.

6. Aguascalientes

Aguascalientes comenzó a operar el Seguro Popular de Salud en el mes de octubre del 2002. Actualmente cubre únicamente la Jurisdicción número 1 del estado, circunscripción que abarca la capital del mismo.

Para la meta inicial se establecieron 11,063 familias, sin embargo al término del año se logró afiliar a 8,361, situación que llevó a la coordinación nacional a fijar un ajuste a la meta para cerrar en 9,000 familias. Por otro lado, La meta instituida para diciembre del 2004 consiste en incorporar a 60 mil familias, lo que significa el 69% del total de la población abierta en la entidad.

Hasta lo que va del presente año, los datos socioeconómicos de la población afiliada, (15,005 familias) indican que la mayoría de las familias se ubica en el decil I y III con un porcentaje de 34.1 y 35.7, respectivamente siguiendo en orden de importancia el decil II con un 27.3%. En el otro extremo, se tienen familias registradas hasta en el octavo decil representando un porcentaje mínimo de .006 por ciento.

A) Difusión y afiliación

Para efectuar la labor de promoción y afiliación, la coordinación encargada del programa en Aguascalientes aplicó las estrategias estipuladas por la federación, como difusión de carteles y trípticos a la población, además del apoyo emitido a través de medios masivos de comunicación como televisión y radio, principalmente. Sin embargo, las actividades financiadas de forma paralela por la entidad fueron dirigidas en mayor medida a la promoción por medio del contacto directo con la población. Esta táctica requirió en todo momento del establecimiento previo de la comunicación con líderes y/o representantes de colonias, como una medida para proveer a los promotores de una mayor aceptación de los pobladores.

Otra opción para promocionar el Seguro Popular, implementada sólo en una ocasión, fue la edición de una revista costeadada por el Instituto de Salud cuyo contenido hacia énfasis en el propósito de brindar protección financiera en salud a la población no asegurada, a cambio de una cuota de afiliación determinada con base en la capacidad de pago de cada familia. Dicha edición comprendió además un apartado se mostraba la existencia del CABEME incluidas las 78 acciones relacionadas con medicina preventiva, consulta externa y hospitalización. Tal medida sobrepasó los propósitos de difusión al inducir la demanda de un segmento de población en donde el programa aun no opera, generando falsas expectativas y reclamos.

De acuerdo con el testimonio del coordinador estatal, la misión de afiliar se vio obstaculizada, por un lado, debido al mensaje enviado desde la federación para promocionar el programa en el que se resaltaba únicamente el beneficio de recibir atención médica, medicamento a cambio de una cuota baja. Este problema afectó el logro de la meta de afiliación especialmente al inicio de la operación, ya que el contenido de los mensajes no señalaba de forma explícita los alcances y las limitaciones del Seguro Popular de Salud, y como consecuencia, la información asimilada resultaba ser falsa en la mayor parte de los casos, evidenciándose al momento de demandar el servicio.

Aunado a la escasa credibilidad existente previamente en la población sobre la capacidad de respuesta de los servicios de salud, el ofrecer de un momento a otro un seguro que promete atención médica de calidad a bajo costo, generó ciertas reticencias. A lo anterior se agregó el problema generado por la difusión de información ambigua, además del mal manejo de los términos médicos y contenido en general incluidos en la Carta de Derechos por parte de los promotores “...*cometimos todos el error de llegar a ofrecer sin saber qué estábamos ofreciendo realmente*”, reconoció la responsable de afiliación en el estado.

Por otro lado, los informantes declararon haberse enfrentado con una serie de expectativas creadas por la población que les dificultó el acercamiento a ella. De acuerdo con la responsable de afiliación, “...*ellos están esperando que les demos prestaciones e incapacidades, entonces tú llegas, ofreces el Seguro Popular y dicen que es muy poco...simplemente la expectativa que tenían era mucho más alta*”. Esta concepción agravó el distanciamiento con la población respecto al programa ya que, aseguró la responsable de afiliación, la gente no solamente se resistía a afiliarse, sino que además propagaba en su entorno una idea negativa del Seguro Popular.

En un inicio, el impacto en la percepción de la población fue perjudicial al programa y obligó a los encargados del mismo a tomar medidas para enfrentar la falta de credibilidad. En un primer momento, se suspendió la distribución de los materiales nacionales para posteriormente elaborar, aunque de forma precaria, instrumentos propios con el propósito de referir a detalle las restricciones y los derechos incluidos en el Seguro.

Una segunda estrategia consistió en implementar con más intensidad el desarrollo de pláticas colectivas a cargo de las llamadas brigadas de promoción, que en su mayoría se conforman de personal con un nivel de estudios de bachillerato y licenciatura. Dichas brigadas actúan en comunidades, oficinas públicas y centros comerciales.

Por su parte, la responsable de promoción y afiliación del estado, consideró que la organización de dichas pláticas no cumple cabalmente con la intención de explicar los contenidos del seguro y esclarecer dudas a la población, debido principalmente al considerable número de asistentes que originaba dispersión y desvío de la temática principal durante las sesiones. Por tal motivo la actividad más recurrente que llevan a cabo, por los buenos resultados que arroja, son las visitas domiciliarias donde platican directamente la familia y el promotor.

A la par, la contratación de un gestor médico ubicado en el segundo nivel de atención, apoya el manejo de los términos clínicos; esto formó parte de las medidas tomadas para evitar proporcionar información errónea.

Respecto a la instrucción que reciben los promotores, la responsable de afiliación comentó que se les transmiten los lineamientos indispensables para realizar su

trabajo “...nosotros hacemos pláticas, procuramos que se apeguen a lo que es una capacitación sin atrevernos a llamarla así”.

Para la labor de captura de datos en los módulos de afiliación, se contrató personal con formación en informática, mientras que para ofrecer las pláticas a la población se optó por escoger a trabajadores sociales. Los informantes coincidieron en que la contratación temporal del personal promotor resultaba en un principio una doble carga de trabajo y un mayor gasto por la frecuencia con la que requerían estar instruyendo a las brigadas. Por tal motivo, se decidió mantener a un grupo de personas de “*manera regular*” que apoyara en la incorporación de nuevos promotores sin desatender la serie de pláticas convenidas de antemano.

Los informantes enlistaron otra serie de conflictos encontrados en el proceso de afiliación, tales como condiciones climatológicas adversas, difícil acceso a las colonias a pesar de estar comprendidas en la zona urbana, el no localizar a las personas en sus domicilios y el adelanto del periodo de afiliación para que no coincidiera con las elecciones del mes de junio del 2003. En este sentido, el coordinador estatal comentó haber tenido una experiencia con un partido político (PRD), que en alguna ocasión les pidió impartir una plática sobre el Seguro Popular a un grupo de personas “...esto se prestó a malas interpretaciones, de tal suerte que desde ese momento tuvimos cuidado en investigar muy claramente quién nos estaba invitando a dar una plática”.

B) Instrumentos e insumos

Para la difusión y afiliación

El manejo de insumos necesario en el procedimiento de promoción y afiliación, no ha generado ningún contratiempo, ya que como lo señalaron los informantes, éstos se reciben siempre de manera oportuna. Por un lado, se reconocen retrasos en la llegada del subsidio federal a la entidad, no obstante, esta situación no ha representado obstáculos, debido al papel que juega el Instituto de Salud en cooperación con el programa del Seguro Popular en términos de préstamos económicos y medicamentos, “*cuando nosotros no podemos con algo le decimos al instituto que nos ayude*”. A este respecto, la responsable de afiliación mencionó “...*el instituto nos ha ayudado bastante, si estuviéramos solos yo creo que ahí si sería un problema mucho mayor*”.

Para efectuar el registro de las personas, se requiere de equipo informático y una serie de cédulas sin los cuales no es posible hacer el trámite correcta y completamente. El problema se origina cuando no todos los módulos poseen dicho equipo informático.

Para la operación

La difusión del contenido de las Reglas de Operación en Aguascalientes no es uniforme para todos los niveles. La coordinación puso énfasis en la especialización del trabajo y que éste requería también de información propicia

dependiendo de la función que cada miembro del programa realiza. Así, el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME) y el cuadro básico de medicamentos, por ejemplo, se entrega únicamente a los prestadores de servicio, pero no se profundiza en las Reglas de Operación, mientras que en el caso del personal administrativo y promotor sucede lo contrario, *“...nosotros no hemos pasado las Reglas de Operación así como van, sobre todo porque no es una norma oficial mexicana, ... aquí tomamos la decisión de pasarle al personal operativo (únicamente) lo que necesita saber y dominar”*.

En general, se cuenta de forma oportuna con todos los materiales e insumos, a pesar de que en ocasiones el apoyo no provenga directamente de la oficina central a nivel federal. De acuerdo con la responsable de afiliación, el Instituto de Salud pone al alcance del Seguro Popular todos los recursos necesarios para su operación, *“aunque sea fotocopia pero no nos quedamos sin los documentos. El estado nos presta esos insumos, creo que por ahí todavía les debemos algo de medicamentos”*

C) Prestación de los servicios

El sistema de consultas en los centros de salud funciona otorgando citas con horarios de atención fijos. Es decir, si una consulta es programada para durar media hora y en realidad dura 15 minutos, el inicio de la siguiente consulta no se adelanta. Este procedimiento ocasiona *“tiempos muertos”* para el prestador de servicio y malestar en los usuarios por los lapsos de tiempo perdidos entre cada consulta, de acuerdo a lo señalado por el Director del centro de salud.

En cuanto a las unidades de segundo nivel, se detectó insatisfacción por parte de los médicos en relación al Seguro Popular, ya que les significa un aumento en la carga de trabajo principalmente en lo que respecta al llenado de documentos para distinguir a los afiliados de la población abierta, por lo que demandan que toda la población pertenezca a una sola de éstas categorías.

Desde la perspectiva de la coordinación estatal, el principal factor que motiva a la población a afiliarse es la conveniencia de no efectuar un gasto excesivo en salud. No obstante, existen casos concretos que declaran un interés específico por el seguro, principalmente cuando se requiere únicamente la atención de un embarazo, incluyendo el parto o cesárea.

Por otro lado, en opinión del mismo informante, las causas más sobresalientes por las que la población decide no afiliarse se basan en la precaria economía de los hogares, en el “patrón cultural” de la no-prevención de enfermedades y la “desidia” con respecto a padecimientos a primera vista exentos de gravedad.

El gobierno de Aguascalientes desde el 2002, utilizando fondos propios subsidia el pago que corresponde hacer a la población afiliada en el primer y segundo decil. Sin embargo, algunas familias, a pesar de estar en los deciles más bajos, cubren la cuota que le asignan con sus propios recursos.

Al respecto, los responsables del programa manifestaron recibir quejas de algunos afiliados a causa del resultado que arroja el sistema basado en el *software* diseñado a nivel federal. Sucede que al compartir la misma condición socioeconómica con otro afiliado, el decil asignado no coincide para ambos casos y en consecuencia la cuota estipulada tampoco: “...*hay personas (con las que) en verdad ha sido muy injusto*”. Según la responsable de afiliación, cuando se presentan este tipo de incidentes, se procede a hacer una carta a la coordinación nacional por medio del departamento de administración para solicitar el cambio de decil, y posterior a la aprobación de la demanda se archivan todos los documentos para identificar en cualquier momento la modificación realizada.

El coordinador estatal mencionó que la demanda de servicios en las unidades ha crecido con la implementación del programa pese a que se trata de la población anteriormente atendida. Los prestadores de servicio explican que las familias acuden con más frecuencia y solicitan consulta sin sufrir ningún padecimiento aparente.

Sin embargo, los informantes señalaron que este aumento en la demanda no ha rebasado la infraestructura y la capacidad de atención médica. Aún así, en algunas unidades ha sido necesaria la contratación de personal médico y de enfermería y/o la ampliación de horarios. El personal contratado por el Seguro Popular labora bajo un esquema denominado “eventual estatal” con contratos sujetos a renovación cada tres meses.

D) Medicamentos

De acuerdo con el coordinador estatal, en Aguascalientes no existen problemas de desabasto en medicamento puesto que el estado dispone de tres esquemas de distribución. El más importante de ellos se realiza por medio de la contratación vía licitación de una empresa que se encarga de la distribución de los fármacos directamente en todas las unidades de primer y segundo nivel donde opera el SPS. La coordinación estatal otorga a la empresa distribuidora un listado de requerimientos específicos para cada centro de salud y hospital “ancla”.

De acuerdo con el mismo informante “*un segundo proveedor es la unidad médica del Instituto de Salud*”, es decir, que el medicamento destinado a la población abierta está también a disposición de los requerimientos del SPS. Finalmente, la tercer alternativa acogida desde el inicio del programa (2002) como la única vía de abastecimiento y posteriormente la menos utilizada, consiste en la entrega de un formato especial al afiliado que le permite poder surtir su receta en farmacias privadas.

El convenio con privados funciona por medio de un proceso de validación semanal, en donde la farmacia entrega al área administrativa del Seguro Popular las facturas con los vales surtidos para recibir el pago correspondiente. Fue necesaria la posterior búsqueda de alternativas de surtimiento (como las ya mencionadas), debido a que el acuerdo con farmacias externas resultaba sumamente costoso.

Por otro lado, se hizo referencia a ciertos conflictos ocasionados por la modificación del cuadro básico de medicamentos a nivel nacional. A partir del 1º de octubre a partir de una instrucción del nivel central, se hizo un reacomodo de claves de fármacos por nivel de atención, situación que resultó inquietante para la población al dejar de recibir el medicamento que anteriormente le era otorgado en el primer nivel y que ahora es surtido sólo en los hospitales y viceversa. Sin embargo, también se presentaron quejas por parte de los prestadores de servicios a causa de la supresión de medicamentos de alto uso, por ejemplo el ambroxol.

La observación permitió constatar que las farmacias de los tres centros de salud visitados y del hospital “ancla” Tercer Milenio, cuentan en promedio con un 60% de las claves del Seguro Popular. A decir del coordinador estatal y el personal operativo, el faltante de medicamento es cubierto con la colaboración de las farmacias externas, en tanto que los usuarios manifestaron no ser canalizados a éstas desde hace seis meses.

7. Oaxaca

La incorporación de Oaxaca al Seguro Popular (SPS) se dio en septiembre del año 2002 y la operación del programa comenzó en octubre del mismo año. Principalmente se lleva a cabo en dos jurisdicciones una de ellas se encuentra en Valles Centrales, y la segunda jurisdicción en el Istmo.

La meta inicial fue de 15 mil familias, no obstante sólo se logró afiliar a 8,300 familias. Para el año 2003 cuentan con 10,600 familias afiliadas. El 70% de la población afiliada al Seguro Popular en Oaxaca se encuentra en el decil I, mientras que en el 26% se encuentra en el decil II y 4% en el decil III.

A) Difusión y afiliación

De acuerdo al responsable de difusión y afiliación del programa, el Seguro Popular de Salud en Oaxaca cuenta con siete promotores, seis de ellos laboran en Oaxaca y uno en Salina Cruz. Todos están ubicados en las unidades médicas con la finalidad de orientar a la población. Durante la fase de afiliación se realizan contrataciones temporales de jóvenes con estudios de bachillerato y licenciatura. El grupo de promotores está conformado por médicos y técnicos en informática.

El informante aseguró no haber recibido ninguna capacitación al momento de ingresar al programa porque cuando esto sucedió los demás miembros de la coordinación del Seguro Popular habían pasado ya por el proceso de instrucción “*yo no he recibido ninguna capacitación*”, señaló. Sin embargo afirmó, que a los promotores sí les han brindado una capacitación, la cual tiene una duración de tres días y consiste en dos etapas. La primera se enfoca a conocer el Seguro Popular de Salud, se tratan temas tales como: las políticas, los antecedentes que

originaron el nacimiento del programa, los beneficios, el perfil de los beneficiados, las reglas de operación y las estrategias que se deben de seguir para el proceso de reafiliación. La segunda etapa es práctica, donde se realizan pruebas piloto en campo con el fin de conocer cuál será la técnica para convencer a las familias que ingresarán al Seguro Popular.

La promoción del Seguro Popular está diseñada en dos facetas: durante la primera los promotores realizan reuniones comunitarias, donde le entregan a la población un tríptico, les proyectan una película que envían desde la oficina nacional donde se muestran los beneficios del Seguro Popular. Al mismo tiempo se imparte una plática a nivel grupal en la que se expone el objetivo y las ventajas del SPS. Durante la segunda fase, se llevan a cabo visitas a las comunidades para invitar a las familias en sus domicilios a afiliarse al Seguro Popular. El personal de salud de las unidades de 1er nivel de atención ha brindado apoyo a los demandantes del Seguro Popular porque dentro de las consultas le explican a los afiliados en qué consiste el programa.

De acuerdo con el responsable de promoción y afiliación, el contacto directo con los afiliados por medio de las brigadas informativas en las comunidades ha resultado uno de los mejores mecanismos para convencer a los afiliados porque la información es más amplia y directa, ya que se basa en las inquietudes particulares de las familias.

Otro mecanismo que ha favorecido a la promoción y la afiliación son las ferias para la salud que realizan los centros de salud, en las cuales los promotores aprovechan el arribo de la gente para difundir el Seguro Popular a través de módulos fijos de información.

Sin embargo la coordinadora del Seguro Popular y el encargado de promoción y afiliación coincidieron en identificar cinco dificultades para promocionar el Seguro Popular de salud: i) Oaxaca es un estado altamente politizado en donde las colonias están divididas por partidos políticos trayendo como consecuencia enfrentamientos al interior de las comunidades; ii) la falta de cultura sobre la prevención de la salud; iii) la población de Oaxaca está muy arraigada al paternalismo gubernamental, lo que significa la exigencia de la población al gobierno municipal de absorber el pago del Seguro Popular de todos los afiliados iv) los malos servicios de la atención médica y la mala imagen de los centros de salud; v) la población objetivo son familias que tienen empleos temporales y mal remunerados lo que conlleva a limitar la afiliación al Seguro Popular.

Durante la entrevista con el responsable de afiliación y promoción, señaló que no existen problemas con el tabulador de aseguramiento, porque le explican a los afiliados que la información que proporcionan es capturada en un programa de cómputo donde automáticamente se estipula la cuota que deberán pagar, añadiendo que la única dificultad que han encontrado en el momento de informarle a la familia el monto que deberán cubrir, debido a que la mayor parte de la población afiliada es de escasos recursos y les resulta difícil reunir el monto total para pagar su Seguro Popular aun siendo cuotas del decil I y II.

En cuánto a la difusión de la Reglas de Operación entre el personal que colabora en el Seguro Popular, la coordinadora estatal mencionó que al momento que les son enviados de la oficina central, todos los integrantes que participan en el programa las estudian para después repartírselas a los encargados de la promoción y afiliación y a los médicos gestores. La coordinadora aseguró que la parte teórica de las Reglas de Operación es clara de entender, sin embargo al momento de llevarlas a la práctica es cuando comienzan a surgir complicaciones sobre todo por las continuas modificaciones que se solicitan desde el nivel nacional.

Añadió que las reglas de operación son adecuadas para las condiciones del estado. Sin embargo el perfil epidemiológico encierra algunas dificultades en Oaxaca, porque su población es de escasos recursos por lo tanto su salud es más vulnerable y con mayor propensión a enfermarse: *“Fácilmente en una familia encontramos dos o tres personas enfermas”* y esa población es la que se está afiliando sobre todo con problemas crónico degenerativos.

B) Instrumentos e insumos

Para la difusión

El responsable de esta área comentó que sí ha recibido lo necesario para realizar su labor de promoción y afiliación, pero aseguró *“que ese recurso no se los envían desde las oficinas federales”* y se trabaja con recursos que les proporciona la Secretaría de Salud del estado de Oaxaca.

Para la operación

Al abordar el tema de la obtención oportuna de los recursos económicos la coordinadora estatal mencionó que no les llegan a tiempo, además les condicionan el recurso de acuerdo a su incremento en la afiliación: *“ahorita tú no estás creciendo, no puedo darte dinero y como no estás creciendo hazle como puedas”*. Tal situación los ha llevado a buscar apoyo dentro de la Secretaría de Salud del estado teniendo un adeudo con ellos de 2 millones de pesos.

C) Prestación de servicios

A propósito de los beneficios y derechos del Seguro Popular el responsable de promoción y afiliación señaló que algunas familias han rebasado las expectativas que tiene el Seguro Popular debido a que piensan que el programa es de mayor alcance. Para evitar este tipo de contradicciones los promotores manejan una dinámica que consiste en platicar con los posibles afiliados sobre los problemas de salud que tienen dentro de su familia, con la finalidad de explicarles que el Seguro Popular sólo cubre los servicios que están dentro del Catalogo de Beneficios Médicos (CABEME).

A pesar de esta labor, el director un centro de salud señaló que los afiliados al Seguro Popular llegan *“con la idea de que como son asegurados tienen derecho a todos sus padecimientos”*. Lo anterior causó un atraso en la operación del programa porque el personal médico del centro de salud tuvo que volver a explicarle a sus afiliados los derechos y beneficios que contiene el CABEME.

El encargado de la promoción y afiliación reconoció que *“la mala atención de los servicios de salud ha sido una problemática para el proceso de reafiliación”* porque si los usuarios al Seguro Popular no están satisfechos con la atención médica otorgada deciden no reafiliarse.

También aseguró que para los promotores es más fácil afiliar a una nueva familia que reafiliar, porque el procedimiento de afiliación dura aproximadamente cinco minutos en cambio con una familia que no está convencida por la reafiliación se llevan más tiempo en tratar de convencerla para que regrese.

En cuanto a la infraestructura la coordinadora estatal mencionó que las unidades médicas han requerido de apoyo para el mejoramiento de la imagen o en la expansión de nuevos consultorios como es el caso de Salina Cruz donde se instauraron dos nuevos módulos diseñados para la atención médica. En lo referente al personal médico la coordinadora señaló que se ha contratado nuevo personal, como enfermeras auxiliares y administrativos sobre todo para el área urbana.

Respecto al tiempo de espera y al sistema de consultas los directores de los centros de salud coincidieron en que no hubo ninguna modificación a partir del arranque del Seguro Popular. Al respecto, tampoco existen preferencias hacia los afiliados al Seguro Popular.

De acuerdo al director del centro de salud *“no existe el sistema de contrareferencia”*, en cambio el sistema de referencia no presenta ninguna dificultad, lo cual no es producto del Seguro Popular. El informante aseguró que esto ha sido un problema habitual. Al respecto, el director del centro de salud argumentó no tener problemas con el sistema de referencia y contrareferencia. Sin embargo los afiliados al Seguro Popular han presentado quejas sobre todo por problemas con el personal administrativo que labora en el segundo nivel de atención.

Por otra parte el director del centro de salud afirmó que a partir del Seguro Popular se ha incrementado el número de consultas odontológicas, ascendiendo de 50 a 300 consultas en el año 2003.

D) Medicamentos

Respecto al esquema de abasto de medicamentos la coordinadora estatal señaló que al principio desconocían como iba a ser el funcionamiento. Ante esta situación la coordinación estatal realizó un estudio para conocer el consumo promedio de

medicamentos en la población abierta. Esta mecánica sirvió para identificar los medicamentos con mayor y menor demanda y tratar de evitar el desabasto.

Actualmente se organizan brigadas que semanalmente revisan el consumo y el abasto en los centros de salud y el hospital de Salina Cruz, con la finalidad de tener mejor control sobre los medicamentos. Aunque también señaló tener problemas con los médicos porque para ellos el sistema para surtir los fármacos a los afiliados al Seguro Popular resulta inequitativo ya que la población que si puede pagar se le otorga el medicamento de forma gratuita, mientras que la población abierta generalmente se ve en la necesidad de gastar en este rubro. Ante tal cuestionamiento, la coordinadora estatal les plantea que *“eso nosotros no lo podemos evitar; convenzan a la población para que se afilie al SPS, no hay de otra.”*

De acuerdo a la informante el surtimiento de recetas se lleva a cabo de la siguiente forma, se extiende la receta a los afiliados y ellos tienen que ir a surtirse a la farmacia que se encuentra en las oficinas de la coordinación estatal del SPS. Esto aplica para el caso de que el centro de salud no cuente con una farmacia, si es así el afiliado recibe su medicamento presentando la receta y su credencial que avala su pertenencia al Seguro Popular.

Mientras tanto para la distribución de medicamentos en los centros de salud que cuentan con farmacia, la coordinadora estatal aseguró que *“los abastecen mediante una requisición previa solicitud de los medicamentos”*.

Una de las principales fortalezas con la que cuentan para el abasto de medicamentos es la continua vigilancia dentro de las farmacias y el funcionamiento del comité de adquisiciones del Seguro Popular. Dicho comité está integrado por distintos organismos entre los que se encuentra la secretaría técnica, el área jurídica de la Secretaría de Salud, la contraloría y otros, quienes en conjunto se encargan de llevar a cabo, por un lado, la compra de medicamentos de uso frecuente y, en el caso de fármacos de mayor costo, la labor de convocar a licitar a diferentes laboratorios.

8. Sinaloa

El Seguro Popular de Salud en el estado inicia el proceso de afiliación en agosto del año 2002, con una meta de 11 mil familias que se amplió a 55 mil con la que cerraron el mismo año. Actualmente se opera en toda la entidad y se contempla que para diciembre del año 2004 se cuente con 90 mil familias afiliadas; prácticamente un 95% de la población abierta estará incorporada al SPS. El 90% de los afiliados se ubica en los deciles I y II.

A) Promoción y afiliación

La promoción se viene realizando con las mismas estrategias recomendadas a nivel nacional: carteles, trípticos, pintas en bardas, *spots* en la radio, perifoneo,

reuniones masivas en las comunidades que son recorridas por brigadas móviles. La coordinadora estatal consideró que faltó difusión en medios masivos de comunicación desde el nivel nacional.

Para las tareas de promoción se han establecido acuerdos con la mayor parte de los ayuntamientos para que apoyen diversas actividades, desde convocatorias, apoyo para el transporte de las personas a las reuniones de información y afiliación. Por su parte, las brigadas también acuden a los centros de salud a realizar la promoción del SPS.

Una de las principales resistencias que tuvieron que vencer en la primera etapa de afiliación fue la falta de credibilidad de la gente hacia lo que se prometía sería el SPS. Otra fue que algunas personas de Oportunidades estuvieron desalentando la inscripción al seguro manejando información distorsionada, por ejemplo que si se afiliaban serían dados de baja del programa Oportunidades. Lo anterior podría responder al temor de perder el manejo del programa, o ver disminuida su influencia entre los grupos de población adscritos a Oportunidades.

En noviembre del año 2003, en el estado ya existe un amplio conocimiento general sobre el seguro popular de salud, aunque prevalecen grandes lagunas respecto a los beneficios específicos que se pueden obtener. Las principales dudas se refieren a la cantidad y tipo de medicamento que se puede recibir y a las intervenciones médicas a las que se puede tener derecho. Desde el inicio de la promoción en Sinaloa se presentaron dificultades para explicar claramente los alcances del SPS, sobre todo en los detalles de intervenciones médicas sofisticadas.

Otro obstáculo fue que muchas personas no tenían actas de nacimiento (adultos y niños de menores de tres años), ni el CURP, por lo cual el programa tuvo que dedicar mucho tiempo para hacerles el trámite sobre todo para la clave única.

En la afiliación uno de los principales problemas fue el manejo y las limitaciones del software, por ello constantemente se realizaron consultas con los responsables a nivel federal. De acuerdo al responsable de la afiliación en Sinaloa, la situación ha sido una constante debido a que cada inicio de trimestre reciben una nueva versión y en cada una de ellas aparecen distintos problemas, dado que *“no se contemplan las complicaciones que se presentan en el campo, por ejemplo la carencia de documentos, o en caso de fallecimiento de un titular que no registró a su esposa y entonces en la reafiliación queda fuera, sin protección”*.

Por otra parte, los periodos de afiliación son determinados desde la coordinación nacional del Seguro Popular, sin tomar en consideración situaciones particulares de los estados, *“por ejemplo el no contar con dinero cuando se puede afiliarse, y ya que tienen dinero se les dice que no es periodo de afiliación”*. O en el caso de migrantes agrícolas en Sinaloa que pueden llegar al estado, contar con dinero y disposición para afiliarse pero no lo logran por estar fuera de periodo.

También se han enfrentado obstáculos con la aplicación de la cédula de estudio socioeconómico que, aun cuando se constata en el terreno que una familia vive en condiciones muy precarias, el sistema puede ubicarla en los deciles III o IV. El responsable de afiliación aseguró que *“...son casos extraños y no podemos identificar por qué causas se disparó el decil”*

Además, existen dificultades para formular e interpretar las preguntas y las respuestas de la cédula, por ejemplo, dos familias que viven en el mismo hogar y una de ellas es la propietaria de todos los bienes pero el resultado de la cédula puede ser el mismo dado que pudieron contestar ambas familias que en el hogar hay video casetera, televisión, etc. Pero no se aclara que sólo una de las familias es la dueña. Lo anterior puede ocasionar que a una familia se le ubique en un decil que no le corresponde.

Otra cuestión se refiere a los criterios para afiliar que limitan el acceso, por ejemplo a los jóvenes mayores de 18 años con síndrome de Dawn. De acuerdo al responsable de afiliación, las familias que enfrentan esa situación no entienden las razones por las cuáles se les impide afiliar al joven.

Se afirmó que la Carta de Derechos se entrega y explica oportunamente pero son muy pocas las personas que la leen. Sin embargo durante la observación del trabajo de una brigada en el municipio de Guasave, se pudo comprobar que existe gente afiliada al Seguro que NO conoce la Carta, dado que nunca se le ha entregado.

B) Instrumentos e insumos

Para la difusión y afiliación

Durante el primer semestre existió mucho retraso en la entrega de recursos económicos por parte del gobierno federal, lo cual obligó a conseguir préstamos que permitieran sufragar los gastos más apremiantes relacionados con las tareas de difusión y afiliación.

Para la operación

En un principio se pudo operar gracias a las cuotas de afiliación al Seguro Popular, pero en la actualidad ese ingreso se ha reducido de manera importante, lo que provoca retrasos en el pago de nómina del personal médico con contrato del SPS e incluso el se ha tenido que diferir el pago a los proveedores. El recurso económico siempre llega tarde.

C) Prestación de servicios

Al inicio del programa se tuvo que enfrentar resistencia del personal de salud que argumentaba un incremento de carga de trabajo y cuestionaba el no cobrar la cuota de recuperación, que tradicionalmente les había servido para solventar algunos gastos tanto de los centros de salud como de los hospitales. Esa

resistencia y falta de convencimiento provocó que al arranque del SPS se recibieran muchas quejas de los afiliados por el que se les negaba la atención o se les hacía esperar mucho tiempo para acceder a la consulta médica.

Otro obstáculo que se ha tenido que superar es la demanda de los afiliados por servicios y medicamentos que no se incluyen en el SPS. Ellos mencionan que no les fue otorgada la información suficiente y el área de promoción y afiliación asegura lo contrario.

Respecto a la creación de nuevos centros de salud, la coordinación estatal aseguró que primero se decidió reforzar la infraestructura actual realizando mejoras y algunas ampliaciones, así como aumentar o renovar el equipo. En cuanto al personal en el primer nivel de atención no se han realizado nuevas contrataciones lo que se hizo fue absorber la nómina de algunos centros que tenían personal por contrato y que era pagado principalmente por las cuotas de recuperación de cada centro.

El sistema de referencia y contrarreferencia, de acuerdo a la coordinadora del SPS en el estado, prácticamente no existía antes del Seguro. Aun en la actualidad es difícil que lleve a cabo la contrarreferencia, lo cual se está trabajando con el área médica para evitar problemas en ese sistema.

La operación del SPS en el segundo nivel de atención presenta diversas situaciones, entre las que han destacado, por su frecuencia, las siguientes: rechazo inicial por parte del personal médico, menor conocimiento de las Reglas de Operación entre el conjunto de los recursos humanos de los hospitales "ancla", quejas de los afiliados por el surtido completo de medicamentos, saturación del área de ginecología y obstetricia (en el Hospital de Civil de Culiacán el número de partos al mes pasó de 150 a 400, hay un 100% de ocupación hospitalaria en dicha área).

Por otra parte, uno de los directivos de un hospital "ancla" reconoció que el hospital se ha beneficiado en material y equipo que se les ha otorgado con recursos del seguro popular.

En ambos niveles de atención, en el estado proponen ampliar el CABEME, no eliminar las intervenciones iniciales, ser más flexibles en el manejo de intervenciones y evitar incoherencias, ya que se generan muchos problemas en la operación y en la credibilidad de la gente hacia el programa.

En general uno de los problemas que se prevé en la operación del SPS es que a finales de 2004 la demanda puede convertirse en una fuerte presión para la infraestructura actual, ya que si no se incrementa desde hoy puede ser rebasada, de hecho esto ya está sucediendo en los servicios de ginecología.

D) Medicamentos

En Sinaloa al manejo de medicamentos, en términos generales, le han dado un sello particular. Se cuenta con un sólo almacén estatal y una red de distribución y control para todos los programas que operan en el Estado (SPS, Oportunidades, Población abierta). Se han establecido rutas de abastecimiento a todos los centros de salud, por medio de camionetas de la Secretaría de Salud, en donde además del chofer va un médico que aprovecha para checar el manejo del medicamento y al mismo tiempo realizar una supervisión de los servicios. Un día por semana llega el medicamento.

El esquema anterior, de acuerdo a la coordinadora estatal del SPS, ha permitido eliminar el desabasto de medicamentos, además de abaratar de costos. Las compras se hacen consolidadas a nivel estatal, incluyendo las necesidades de todos los programas. Gracias a ello, el medicamento que se eliminó a nivel nacional del primer cuadro del SPS, en el estado de Sinaloa se mantiene. Por ejemplo, el Ambroxol se le sigue otorgando a toda la población afiliada, lo que no sucede en otras entidades federativas.

Ya en los centros de salud el medicamento es ordenado por clave en una sola farmacia sin ningún tipo de divisiones en estantes por programa. Por medio de las visitas de observación, se pudo constatar que las recetas son surtidas por igual, es decir no se toma el medicamento de población abierta para satisfacer demanda del SPS, dejando sin abastecer a la población que no tiene seguro popular (tal y como ocurre en otras entidades federativas como Aguascalientes, Guanajuato, etc)

La coordinadora estatal aseguró que: “dos años antes del seguro popular se trabajó mucho sobre el esquema de abasto. Separamos primer nivel y segundo nivel, son diferentes las cadenas de abasto. Lo que es el primer nivel es un poquito más complicado debido a la dispersión, estamos hablando de 200 centros de salud y la demanda tan cambiante y fluctuante de una época a otra. Empezamos a trabajar sobre las cifras históricas del consumo del medicamento en cada uno de los centros, se determinó centralizar, se cerraron los almacenes jurisdiccionales, en lugar de almacén se cambió el nombre, se creó un centro de distribución estatal y se establecieron 15 rutas de abasto”.

El segundo nivel de atención compra directamente con los proveedores. Tienen su propio comité de adquisiciones y algunos de ellos hacen compras consolidadas, entregan el medicamento directamente a los hospitales y también ellos tienen facultades para comprar directamente.

Sin embargo, el abasto y el surtido de recetas en general presentan un rezago cercano al 10%, debido a problemas como retrasos en el cumplimiento de convenios por parte de los proveedores y errores en las estimaciones de demanda para cada centro de salud.

9. Tamaulipas

El Seguro Popular en Tamaulipas cubre actualmente ocho jurisdicciones concentrando aproximadamente el 93% del territorio estatal. El programa comenzó a operar en el primer trimestre del año 2003 con una meta inicial de 50 mil familias y, para finales del 2004 la meta estipulada es de 140,000 familias.

Durante el primer año, el financiamiento por parte del gobierno Federal para los gastos de operación del Seguro Popular fue de 48.3 millones de pesos, sin incluir los 13 millones provenientes de las aportaciones familiares.

Entre las principales características socioeconómicas de la población afiliada sobresale la concentración de familias en el decil I y II incorporando el 90% del total, que en su mayoría pertenece a la economía informal. Otro sector pequeño corresponde a algunos empleados de los Ayuntamientos que no cuentan con seguridad social y que han sido afiliados por medio de un convenio entre las presidencias municipales y la coordinación estatal del SPS.

A) Difusión y afiliación

Las actividades que en general preceden a los periodos de afiliación, se centran en el uso del perifoneo, difusión de spots en radio y, la convocatoria a las comunidades con apoyo de las presidencias municipales, los comités de salud, los centros de salud y las brigadas de promotores, comentó la coordinadora del programa en el estado.

Aseguró que dichas acciones de promoción han tenido como resultado una baja asistencia de la población y no se han logrado rebasar los obstáculos presentados como lo es el difícil acceso de las brigadas a las comunidades más alejadas o el traslado de sus habitantes a las unidades de salud. A decir de la coordinadora estatal, *“la población se halla en dificultades para lograr el traslado de la familia, ya que éste implica un importante gasto”*, agregando a ello el inconveniente que significa el descuido de la jornada laboral del jefe de familia al invertir tiempo en efectuar los trámites administrativos.

En este sentido, es en las comunidades rurales donde se encuentran mayores dificultades para la óptima culminación de los trámites, ya que en ellas es casi imposible acceder a una máquina de fotocopiado. Ante este tipo de contratiempos, se decidió modificar algunos lineamientos expedidos en las Reglas de Operación relacionados con el rubro administrativo.

Uno de ellos fue dejar de exigir al afiliado la entrega del acta de nacimiento actualizada, es decir, con menos de seis meses de expedición. A este respecto, la coordinadora comentó, *“vimos la diferencia entre lo que las Reglas de Operación marcaban y lo que la realidad nos dictaba, (así que) optamos por pedirle a la familia los documentos en el estado en que se encontrarán”*.

Además se planteó la absorción del trámite de la CURP como parte de las actividades cotidianas del Seguro Popular, ya que este requisito en ocasiones desemboca también en un obstáculo más para la afiliación. Sin embargo, esta

propuesta no llegó a concretarse debido a que la capacidad planeada de antemano, en términos de presupuesto y personal operativo, derivaría en un aspecto deficiente de haberlo llevado a cabo.

Otro aspecto señalado en las Reglas de Operación que se adaptó a las condiciones del estado, fue la entrega de una credencial por cada familia afiliada, en sustitución de una credencial para cada miembro de ésta. Tal modificación se relaciona también con la complicación de exhortar a toda la familia a tomarse la fotografía, estableciendo así dicha obligación únicamente al titular del Seguro Popular.

De acuerdo con la coordinadora estatal, el mecanismo a seguir para que los beneficiarios hagan uso del servicio médico, es mostrar una identificación para comparar y comprobar que las referencias personales anotadas al reverso de la credencial al momento de ser expedida, coinciden.

En este sentido, al término de cada periodo de afiliación se renueva la fecha de vencimiento seguido del pago de la cuota, siendo la misma tarjeta la que se empleará durante todo el tiempo que la familia permanezca en el programa. En entrevista, la coordinadora aseguró que la resolución de evitar la emisión de una nueva credencial al concluir cada periodo, está ligada a la intención de generar un ahorro para el Seguro Popular.

Por otro lado, la informante resaltó el apoyo que desde el inicio del programa se otorga a 20 mil familias ubicadas en el primer decil por parte del gobierno estatal, lo cual las exime del pago de la cuota de afiliación. Esta población se caracteriza generalmente por residir en zonas rurales o ser beneficiarios de algún programa social, como el caso de personas de la tercera edad adscritas al Instituto de Adultos en Plenitud.

Por su parte, el subdirector de afiliación y promoción comentó que desde el principio se ha gestionado una difusión limitada del subsidio a la población debido a la numerosa demanda que podría suscitarse, *"... lo llevamos tranquilo, no lo podemos publicar mucho, me pidieron mucha prudencia en ese sentido"*.

Respecto a la capacitación y difusión de las Reglas de Operación, se mencionó la realización de talleres en cada Jurisdicción sanitaria con un contenido específicamente dirigido a médicos, enfermeras, trabajadores sociales y promotores de salud, antecediendo a ello una plática con convocatoria general que abarcó a todo el personal de centros de salud y hospitales. Debido al abundante número de trabajadores, la plática se llevó a cabo en tres diferentes turnos con una duración de cuatro días.

Al mismo tiempo, se han realizado talleres de capacitación y sensibilización para el personal administrativo y, de acuerdo con la coordinadora estatal, la implementación de todos estos talleres estuvo a cargo del Seguro Popular y de un grupo de facilitadores del gobierno del estado.

Otra dificultad encontrada al momento de afiliar, se originó en la falta de especificidad de los servicios que incluye el CABEME, lo que dejaba margen a diversas interpretaciones. El problema consistió en que no existía un diagnóstico previo de la enfermedad del candidato a la afiliación, por lo que el personal del programa no podía asegurar si el Seguro Popular cubriría su padecimiento, y sin esa garantía pocos se alentaban a comprarlo.

La estrategia que llevaron a cabo comprendió la realización de los estudios clínicos necesarios cuyo costo corría a cargo del Seguro Popular para obtener un dictamen médico y asegurar en su caso a la población interesada, la cobertura de servicio. A decir de la coordinadora estatal, los gastos empleados para el diagnóstico no han representado una carga financiera importante.

En cuanto al software utilizado para asignar la cuota, se recibieron varias quejas por parte de los afiliados principalmente durante el arranque del programa. El procedimiento aplicado se vislumbró como una forma inadecuada para conocer la condición socioeconómica de las familias. Debido a ello, la coordinadora afirmó que a nivel nacional se comenzaron a hacer modificaciones al sistema cada tres meses *“con la finalidad de que no tasara altísimo a la persona que tenía un refrigerador o una video grabadora...(ya que) de repente salía una cuota de \$1,800 para una familia, y eso ya no volvió a suceder”*.

B) Instrumentos e insumos

Para la difusión y afiliación

A decir de la coordinadora, los insumos recabados de los operativos de promoción y afiliación han resultado *“muy rentables”*, ya que las aportaciones familiares duplican la cantidad invertida. Explicó que en un operativo se gastan cerca de \$400,000 y se colectan entre \$900,000 y \$1,200,000 de cuotas familiares.

Para la operación

Durante la entrevista a la coordinadora se indagó acerca del manejo de los recursos recibidos a nivel federal, por lo cual se mencionó la elaboración de un programa de gasto anual organizado por rubros. Entre los más importantes en términos de una mayor asignación de presupuesto están medicamentos, equipamiento y mantenimiento, cada uno absorbiendo un 30% del financiamiento, el resto se emplea en gastos de operación.

C) Prestación de los servicios

En entrevista con el subdirector de afiliación y promoción del SPS, se mencionó que la población ha aceptado favorablemente el contenido de la Carta de Beneficios Médicos (CABEME), ya que, según él *“...se adapta a las necesidades de salud más comunes de la población”*, sin embargo la coordinación estatal ha recibido demandas por parte del personal médico sobre la inclusión de más intervenciones, como el caso del neonato.

Por otro lado, la atención a los beneficiarios se ve actualmente favorecida con el impulso de acuerdos de colaboración con hospitales de la Secretaría, aseguró la coordinadora estatal. El Seguro Popular proporciona a estas unidades de segundo nivel equipamiento y apoyo en mantenimiento, a cambio de poder garantizar el acceso de la población afiliada a sus instalaciones y servicios, estableciendo además un pago al hospital por cada evento atendido.

Para estipular dicho pago, la responsable de la coordinación estatal comentó haber tomado como referencia el costeo de intervenciones a escala nacional determinando el nivel 5 y añadiendo el gasto en medicamento y materiales. Como requisito, cada evento atendido es saldado con la entrega de una factura con un desglose de servicios anexo y firmado por el usuario, asimismo se requiere la copia de la credencial y el recibo de pago del afiliado al programa.

De acuerdo con el responsable de promoción y afiliación, al inicio de este convenio los hospitales oponían cierta resistencia a su puesta en práctica, debido primordialmente a la inconveniencia que a su parecer traería en la disminución de las cuotas de recuperación en la unidad.

En cuanto al posible incremento de la demanda de servicios a partir de la implementación del SPS, se informó de un ligero despunte advertido al finalizar el primer semestre del año 2003, particularmente en el servicio de odontología. Ambos informantes coincidieron en haber detectado un aumento mínimo que no ha requerido de inversión en construcción de más unidades médicas, únicamente en mantenimiento y equipamiento, sobre todo porque la Secretaría de Salud del estado es la que ha destinado recursos para edificar más centros de salud (cinco en lo que va de 2003), lo que beneficia directamente a los afiliados del Seguro Popular.

Por su parte, en relación a esto el director de un centro de salud comentó que la unidad carece de instrumental dental y de material necesario en el área de salud reproductiva para la prueba del papanicolaou.

En lo referente a la contratación de personal, se está considerando emplear gente para reforzar el área administrativa principalmente en los casos en los que se planea ampliar turnos. En cuanto al área de servicio, la coordinación estatal declaró no tener contemplados los recursos necesarios para retribuir a más personal, pese a las quejas emitidas del que ya labora en él respecto a la carga de trabajo. No obstante, a mediano plazo se examina la idea de contratar personal médico asignándole un sueldo base y una cuota adicional por productividad.

La figura conocida en otros estados como gestor médico no ha recibido dicha denominación en Tamaulipas, sin embargo, en sustitución se demandó a cada unidad hospitalaria la designación de un “coordinador médico” para el Seguro Popular, cuya función se centra en apoyar y aclarar dudas a la población afiliada. En algunos casos esta función la adquirió el subdirector médico del hospital y en otros, el jefe de algún servicio.

Al igual que en otras entidades, el sistema de referencia y contrareferencia entre los dos primeros niveles de atención ha presentado problemas originados en gran parte por la falta de comunicación entre las instancias correspondientes, por el mal manejo de información sobre el seguro popular entre el personal de hospitales y por la resistencia inicial del personal médico contra el SPS aduciendo sobrecargas de trabajo.

Finalmente, entre los aspectos a mejorar en la relación de los responsables del programa a nivel estatal y nacional, la coordinadora en Tamaulipas mencionó el desfase de la planeación con la operación del Seguro. Aseguró que existen aspectos que distinguen a cada estado, como la extensión de su territorio, el número de habitantes y la conformación del equipo operativo, que influyen en el logro de las metas estipuladas de forma rigurosa en las Reglas de Operación.

D) Medicamentos

La adquisición de medicamentos en Tamaulipas se lleva a cabo por medio de compras directas a empresas distribuidoras. Según los responsables del programa, los procesos de licitación se han realizado con premura debido a la tardanza de envío del recurso federal, por lo que el proceso fue muy restringido haciendo la invitación a concursar únicamente a tres distribuidoras.

Así, el surtimiento de fármacos a todas las unidades médicas por parte de la coordinación estatal del SPS, se hace mediante licitaciones y compra de las claves de mayor uso y, al mismo tiempo a través de la firma de contratos con farmacias privadas en los lugares donde existe mayor número de beneficiarios.

Otra política ha sido no adquirir los medicamentos de menor demanda, los cuales se otorgan a los afiliados que los requieren por medio de un vale intercambiable en farmacias con las que se tienen convenios. Lo anterior, según la coordinadora estatal, evita gastos de almacenamiento y transporte de medicinas poco requeridas

Específicamente para el acuerdo con farmacias privadas se ha adoptado un mecanismo con el propósito de controlar la prescripción y el uso de los vales, llevando un registro del surtido de medicamentos, lo cuál no se hacía al inicio del programa. La indicación consistió en surtir únicamente los medicamentos denominados genéricos intercambiables y que estuvieran incluidos en el cuadro básico del Seguro Popular. De no seguir estos lineamientos, el programa se deslinda de la responsabilidad de asumir económicamente cualquier otro procedimiento.

La selección de las farmacias de convenio, comentó la coordinadora estatal, se basó en criterios de cobertura de medicamentos del cuadro básico y la proximidad de las unidades de salud con los domicilios de los afiliados y, aseguró que *"...tener una farmacia, a final de cuentas resulta más económico que estar invirtiendo en*

compras de gran cantidad de medicamento que a la mejor no llega con la oportunidad necesaria”.

El ejercicio de este convenio se asienta en mecanismos minuciosamente controlados. Por un lado, la coordinación estatal recibe de la farmacia privada los vales y las recetas que requirieron los afiliados para canjear su medicamento, mientras que, de manera paralela las unidades médicas le envían copia de la misma documentación para comparar las dos relaciones.

Por su parte, el director de un centro de salud en Cd. Victoria indicó un aumento considerable de la población atendida a raíz de la implementación del SPS, por lo que el medicamento ha escaseado más. La solicitud de medicamentos a la jurisdicción es cubierta aproximadamente entre quince a treinta días después de hacer la demanda, y mientras eso sucede se recurre a los vales para farmacias privadas.

El mismo informante aseguró que algunos afiliados han tenido contratiempos con una de las farmacias privadas con la que se tiene convenio (Fénix), ya que en ocasiones no consiguen surtir su receta porque tampoco hay el medicamento. Dicha queja es recibida en la unidad de salud y, ésta a su vez, lo hace del conocimiento de la jurisdicción.

Los almacenes y farmacias en los centros de salud visitados, se encuentran con poco surtido de medicamento. En el almacén de una jurisdicción no existen el 70% de las claves del seguro popular; los medicamentos para la población abierta registran un 50% de existencia. Es claro que la estrategia ha sido orientarse a la subrogación de los medicamentos, que a decir de la coordinadora estatal resulta más económico.

10. Opiniones y expectativas de los afiliados

Las opiniones y expectativas de los afiliados al seguro popular de salud se recopilaron por medio de ocho grupos focales. Se llevaron a cabo uno cada entidad federativa incluida en la evaluación a excepción de Tabasco donde fueron 2 grupos.

En los siguientes cuadros se resume el perfil de los participantes, el gasto promedio en prepago, el gasto promedio en medicamentos y en atención médica privada entre personas afiliadas al seguro popular. Posteriormente se exponen testimonios textuales de los participantes de los grupos focales, ordenados por estado y dividido en tres tópicos: a) difusión y afiliación (donde incluyen los motivos para afiliarse y el conocimiento de la Carta de Derechos y Deberes), b) prestación de servicios y c) medicamentos.

Pénjamo, Guanajuato

Edad	Sexo	Escolaridad	Estado civil	No. hijos	Número depend. econ.	Cuota semestral	Tiempo de afiliación
56	M	2º Secundaria	Casada	1	1	\$180.00	2 meses y medio
34	M	Primaria	Casada	3	3	\$300.00	9 meses
49	H	Primaria	Casado	1	0	No sabe	3 meses
70	M	Analfabeta	Casada	10	5	\$270.00	1 año y medio
50	M	Analfabeta	Casada	13	6	\$120.00	1 año
45	H	Analfabeta	Casado	7	6	\$180.00	2 años

Netzahualcoyotl, México

Edad	Sexo	Escolaridad	Estado civil	No. hijos	Número depend. econ.	Cuota semestral	Tiempo de afiliación
80	M	Analfabeta	Unión libre	5	Ninguno	\$120.00	1 año
50	H	Primaria	Casado	1	1	\$300.00	3 meses
61	M	Primaria	Casada	4	1	\$180.00	1 año
37	H	Secundaria	Divorciado	1	1	\$120.00	1 año
25	M	Primaria	Casada	2	2	\$300.00	6 meses
61	M	5º primaria	Unión libre	1	Ninguno	\$120.00	1 semana
31	H	Secundaria	Casado	3	3	\$600.00	1 año
67	F	2º primaria	Casado	6	3	\$300.00	6 meses

Tierra Colorada, Tabasco

Edad	Sexo	Escolaridad	Estado civil	No. hijos	Número depend. econ.	Cuota semestral	Tiempo de afiliación
57	M	2° Primaria	Unión libre	10	3	No sabe	1 mes
48	M	Secundaria	Casada	5	3	No sabe	1 mes
44	M	Secundaria	Divorciada	3	3	\$180.00	1 año
32	M	Primaria	Casada	2	3	\$120.00	1 año
49	M	3° Primaria	Soltera	3	2	No sabe	1 mes
39	M	Secundaria	Soltera	5	3	\$180.00	8 meses
79	M	Analfabeta	Soltera	5	1	No sabe	1 año
53	M	Secundaria	Divorciada	5	3	\$280.00	6 meses

Cucuyuluapan, Tabasco

Edad	Sexo	Escolaridad	Estado civil	No. hijos	Número depend. econ.	Cuota semestral	Tiempo de afiliación
27	M	Secundaria	Casada	1	1	Nada	3 meses
36	H	3° primaria	Casado	4	6	\$120.00	6 meses
51	M	4° primaria	Casada	7	3	\$120.00	2 meses
36	M	3° primaria	Casada	2	4	No sabe	2 meses
21	M	Secundaria	Unión libre	1	7	No sabe	3 meses
47	M	Primaria	Unión libre	3	3	\$180.00	2 meses
35	M	Secundaria	Unión libre	1	6	\$180.00	1 año, 2 meses
34	M	Secundaria	Casada	3	4	\$180.00	1 año
33	H	Secundaria	Casado	2	3	Nada	3 meses
49	M	5° primaria	Casada	4	2	\$180.00	6 meses

Aguascalientes, Aguascalientes

Edad	Sexo	Escolaridad	Estado civil	No. hijos	Número depend. econ.	Cuota semestral	Tiempo de afiliación
44	F	Primaria	Casada	4	0	\$250.00	1 año
38	F	3° primaria	Soltera	2	2	\$250.00	1 año
49	F	2° primaria	Casada	8	4	\$120.00	1 año
24	F	Primaria	Soltera	1	1	\$165.00	3 meses
63	F	4° primaria	Soltera	0	0	\$120.00	1 año
27	F	5° primaria	Casada	4	5	\$300.00	5 meses
27	F	Primaria	Casada	3	4	\$120.00	1 año
33	F	Primaria	Casada	4	5	\$120.00	1 año
63	M	Primaria	Casado	9	4	\$180.00	1 año
39	F	5° primaria	Casada	6	9	\$120.00	1 año
17	F	Primaria	Unión Libre	2	2	\$180.00	1 año, 2 meses
59	F	3° primaria	Casada	4	4	\$180.00	1 año

Culiacán, Sinaloa

Edad	Sexo	Escolaridad	Estado civil	No. hijos	Número depend. econ.	Cuota semestral	Tiempo de afiliación
43	F	Secundaria	Unión libre	2	3	\$160.00	1 trimestre
38	F	Primaria	Casada	3	3	\$120.00	1 año
31	F	2° Bachillerato	Casada	3	4	\$540.00	1 año
22	F	1° Secundaria	Casada	2	5	\$240.00	1 año
55	F	ninguna	Casada	0	0	\$240.00	1 año
48	F	4° primaria	Casada	5	6	\$265.00	1 trimestre
42	F	3° primaria	Soltera	3	5	\$120.00	1 año
30	F	Secundaria	Unión libre	1	4	\$180.00	1 año

Abasolo, Tamaulipas

Edad	Sexo	Escolaridad	Estado civil	No. hijos	Número depend. econ.	Cuota semestral	Tiempo de afiliación
40	F	3º primaria	Casada	9	6	\$120.00	1 año
38	F	Secundaria	Casada	7	5	\$240.00	1 año
43	F	Primaria	Unión libre	4	5	\$120.00	1 año
69	M	2º primaria	Casado	10	1	\$120.00	1 año
45	F	Primaria	Casada	5	6	\$120.00	1 año
37	F	Secundaria	Casada	6	5	\$120.00	1 año
28	F	Secundaria	Casada	2	3	gratuito	1 año
32	F	Primaria	Soltera	3	2	\$120.00	6 meses
55	F	Secundaria	Casada	10	2	\$238.00	1 año
22	F	Primaria	Soltera	1	0	\$570.00	6 meses
54	F	Primaria	Casada	7	2	\$120.00	1 año

Promedio del prepago por afiliación al SPS

Estado	Cuota promedio semestral
Guanajuato	\$ 210.00
Estado de México	\$ 255.00
Tabasco	\$ 70 .00*
Tabasco	\$ 100.00
Aguascalientes	\$175.00
Oaxaca	\$150.00
Sinaloa	\$180.00
Tamaulipas	\$193.00

*El monto de la cuota disminuye debido a que seis de diez personas no saben cuanto pagan y dos personas están exentas.

**Gasto de bolsillo en atención médica privada
que realizan los afiliados al SPS en el último año**

Estados	Informantes	Montos en \$ M.N.
México	1	60.00
	2	30.00
Tabasco	1	50.00*
	2	70.00
	3	4,000.00**
	4	225.00*
Tabasco	1	23.00
	2	400.00*
Aguascalientes	1	140.00
	2	30.00
	3	20.00
Oaxaca	1	400.00
Sinaloa	1	600.00
	2	2,000.00*
	3	100.00
	4	400.00
	5	3,000.00**
Tamaulipas	1	1,600.00**

* Gasto por análisis clínicos

** Gasto por hospitalización

Gasto de bolsillo en medicamentos que realizan los afiliados al SPS en el último año

Estados	Informantes	Montos en \$ M.N.
Guanajuato	1	6,000.00
	2	11,500.00*
México	1	250.00
	2	400.00
	3	400.00
Tabasco	1	218.00
	2	120.00
	3	400.00
	4	140.00
Tabasco	1	20,000.00*
	2	23.00**
Aguascalientes	1	150.00
	2	101.00
	3	300.00
	4	400.00
	5	150.00
	6	60.00
Sinaloa	1	300.00
	2	80.00
	3	80.00
	4	20.00
	5	690.00
	6	130.00
Tamaulipas	1	1,300.00**
	2	240.00
	3	136.00

* Los altos montos se deben en un caso a diabetes (diálisis) y en el otro a la atención de un mal congénito de una niña menor de un año

** Este gasto se refiere a la atención de un niño con problemas asmáticos

Difusión y afiliación

De acuerdo a la opiniones de algunas personas afiliadas al seguro popular, es posible afirmar que los diversos medio utilizados para la difusión han dado buenos resultados, en general. Sin embargo, persisten problemas con el tipo de mensajes y su cumplimiento en cuanto a dar a conocer con detalle el contenido y las limitaciones del SPS. La información llega a ser superficial, en parte por la premura de tiempo en estas actividades y por las limitaciones presupuestarias para la contratación de mayores espacios en los medios masivos de comunicación.

Difusión y afiliación

Estados	Opiniones
Guanajuato	<ul style="list-style-type: none"> - Yo me enteré porque hubo una junta en la escuela primaria de mi niña, y había personas del Seguro Popular que estaba apuntando a la gente. Hacían preguntas de qué tenía uno en la casa, de muebles, de piso, techo, todas esas cosas preguntaban (GF 1). - Mi mujer se dio cuenta porque hubo una campaña (de difusión), fueron al rancho y propusieron esto, luego fueron a la primaria e hicieron lo mismo. Ella fue la que decidió afiliarnos, yo ni siquiera me pensaba enfermar (sic). Ella es la que más lo usa (GF 1). - Nada más que iba a ser muy bueno el servicio y barato (GF 1).
México	<ul style="list-style-type: none"> - Yo me enteré por medio de las pláticas que nos vinieron a dar (a la comunidad). Las dan en las escuelas más cercanas o de forma personal (GF 2). - Yo me enteré del Seguro Popular porque donde voy a la leche me hablaron de él. (GF 2). - Yo porque cuando iba a consulta al Centro de Salud nos informaban a cada uno. (GF 2).
Tabasco	<ul style="list-style-type: none"> - Pasaron unos jóvenes a mi casa y me preguntaron si tenía algún Seguro o que si ya tenía el Seguro Popular y como yo no tengo ningún servicio médico me afilié. Ellos me explicaron lo que es (GF 3). - Me apunté porque no tengo ayuda de nadie y no estoy afiliada a ningún seguro. Yo no pagué la afiliación al Seguro Popular, no tenía dinero pero como enseñe mi credencial del INSEN no me cobraron (GF 3). - Yo para pagar mis seis meses tuve que pedir prestado a mi patrona y me dio \$180 a veces me lo descuentan de \$20 en \$20 (GF 3). - Vinieron aquí y andaban anunciando el Seguro Popular y ahí me apunté y me llegó gratuito. Después pedí el pase para el hospital local y tampoco gasté ni un peso (GF 4). - A mí me convenció toda la ayuda que trae el Seguro Popular, como el medicamento, la consulta, una operación, un ultrasonido. (GF 4). - Yo tengo una conocida que tiene programa oportunidades, ella es madre soltera y no pudo inscribirse al seguro porque no tenía dinero (GF 4). - Me explicaron que esos fueron los resultados de la computadora, que así los arrojó, así estaba y así se iba a quedar, que no me bajarían la cuota. Les dije, pero vieron mi casa, como vivo y en que condiciones y también mi situación de madre soltera. ¿Entonces por qué me vino tal alto? Yo trabajo lavando o aseando en casas (GF 4).

Estados	Opiniones
Aguascalientes	<ul style="list-style-type: none"> - Yo me enteré una vez que iba pasando por la presidencia municipal, estaban afiliando. A mi me cobraban mucho, como \$90 mensuales, ni siquiera me hicieron estudio socioeconómico nada más me dijeron usted va a pagar esa cantidad al mes. - Me enteré por la televisión y me llamó mucho la atención. Después vine al centro de salud y aquí me dijeron qué papeles debía de traer. - Me afilié en la presidencia, la verdad aproveché que había gente explicando sobre el Seguro Popular, me acerqué para que me explicaran y después me afilié.
Oaxaca	<ul style="list-style-type: none"> - Pasaron los promotores por mi región y nos comentaron de la existencia del Seguro Popular. - A través del centro de salud, había un módulo y me informaron. - A mi casa fue una promotora y me inscribí.
Sinaloa	<ul style="list-style-type: none"> - Por medio del volante me di cuenta de todo lo que abarcaba. Decía que incluía lo que era rayos x, ultrasonidos, consultas, urgencias, pediatría, dental, y otras áreas. - A nosotros fueron a avisarnos al rancho. - Yo fui a Palacio de Gobierno y ahí estaban los del Seguro Popular.
Tamaulipas	<ul style="list-style-type: none"> - Me enteré por la televisión, pero los mensajes no decían como se llevaba a cabo. Nos enteramos de todo ya cuando vinimos al centro de salud, aquí nos dieron la información completa. - Yo porque en las calles llamaban por micrófono y ponían cartelones. - Me enteré por el comité de mi comunidad, el doctor nos fue a dar pláticas. Yo estoy muy agradecida porque ahora si tengo el medicamento de mi niña, antes batallaba mucho para obtenerlo.

Motivos para afiliarse

Para la población resulta conveniente afiliarse al SPS por las siguientes razones para: a) acceso a los medicamentos, b) padecimiento de alguna enfermedad crónica degenerativa, c) falta de recursos para atención médica en servicios privados y d) embarazos.

Estados	Opiniones
Aguascalientes	<ul style="list-style-type: none"> - Porque así ya no tenemos el problema de a dónde ir por la consulta o qué haré para comprar el medicamento porque uno no siempre tiene para la medicina. - Yo acepté comprar el Seguro Popular porque estoy enferma de la presión y dentro del programa me dan la medicina.
Oaxaca	<ul style="list-style-type: none"> - Yo porque me embaracé y con el Seguro Popular ya no tuve que pagar nada. - En mi caso no teníamos ningún seguro de asistencia social, por eso decidimos afiliarnos, además es económico, gracias a él nació mi hija. - Yo tenía seguro social pero a los siete meses de embarazo dejé de trabajar y me lo quitaron. Por eso fue que me afilié al Seguro

	<i>Popular.</i>
Sinaloa	- <i>Yo dije, me voy a comprar el Seguro Popular para ver si atendían a mi hija porque necesitaba un ultrasonido del pecho.</i>
Tamaulipas	- <i>Más que nada me afilié porque uno no tiene la posibilidad de ir al médico particular y porque nos dijeron que iba a incluir las intervenciones.</i> - <i>Estoy afiliado porque nos garantizaron atención médica cuando estemos enfermos. Aparte porque es económico.</i>

Información y conocimiento de la Carta de Derechos

La mayor parte de los afiliados al SPS reconoce haber recibido la Carta de Derechos pero sólo una minoría la ha leído con detenimiento logrando comprender los alcances y las limitaciones del seguro popular. Otro sector importante no la recibe en el momento de afiliarse o no la lee.

Estados	Opiniones
Guanajuato	- <i>Yo no me acuerdo.</i> - <i>Viene lo que cubre el Seguro Popular.</i> - <i>A mí parece que no me la dieron.</i>
México	- <i>A mí nada más me explicaron, no me dieron ningún folleto.</i> - <i>Nos dieron un tratado donde vienen todas las medicinas que incluye el Seguro Popular pero muchas de ellas no existen.</i> - <i>Me dijeron que solamente es un sistema preventivo, nada más. Muchas veces nosotros queremos que nos curen aquí y de eso no se trata porque es preventivo. Yo en un principio no lo entendía hasta que me lo explicó el doctor, cuando lo entendí me di cuenta que si conviene, así no tenemos que correr a buscar un doctor cada que nos enfermamos.</i>
Tabasco	- <i>Si la conozco, pero no la he leído toda.</i> - <i>Ya se me olvidó que dice.</i> - <i>Yo no sabía que daban el medicamento, yo pensaba que sólo la consulta y hasta ahorita me vengo enterando que dan la medicina.</i> - <i>A mí me dijeron que el dentista sí podía ver a mi hijo cuando lo necesite.</i> - <i>No cubre todos los servicios sólo los más comunes.</i> - <i>Yo la he leído. Yo digo que en el hospital Robirosa si se cubre la mayoría de las enfermedades.</i> - <i>Yo creo que no cubren los medicamentos, nada más si necesitas una operación.</i>

Estados	Opiniones
Aguascalientes	- <i>Cada quién tuvo que leer la carta en su casa.</i> - <i>Nos dijeron que tenemos acceso al primer y segundo nivel, nada más.</i> - <i>Sólo nos dieron la carta para que viéramos lo que abarca (el Seguro Popular) y a qué tenemos derecho.</i>
Oaxaca	- <i>Si nos dieron como un cuaderno, donde se explican los derechos y obligaciones.</i>

	- <i>Yo si lo tengo pero no lo he acabado de leer.</i>
Sinaloa	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Ahí nos dan un folleto porque yo cuando compré el Seguro Popular para mis hijas vi ahí lo del ultrasonido, la cirugía, todo lo que está al alcance del Seguro Popular. Lo estuve leyendo para saber cuál es el apoyo que nos están dando.</i> - <i>Nos pasaron un folleto para ver que cosas cubría el Seguro Popular y cuales no, pero lo que sí es que últimamente algunos medicamentos que sí estaban incluidos ya no están.</i> - <i>Yo no conozco ese libro. A lo mejor me lo dieron pero no me di cuenta.</i>
Tamaulipas	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Yo nunca la he leído porque no puedo ver bien, la verdad es que no tengo ni para lentes.</i> - <i>Sí nos la dieron y nos dijeron cuáles son nuestros beneficios y el medicamento que incluye.</i> - <i>También dice hasta dónde apoyan los hospitales.</i>

Prestación de los servicios

Una parte importante de los afiliados al seguro popular expresó que no existen diferencias ni privilegios hacia ellos por tener seguro popular, en el primer nivel de atención. Otros participantes señalaron una mejoría en la atención a partir de su afiliación al SPS. También existen quejas por los tiempos de espera y por la falta de servicios los fines de semana. Varios testimonios refieren un mal trato, baja calidad de atención y desinformación sobre el SPS en el segundo nivel. En general las principales quejas se centran contra los hospitales y por la falta de cobertura de varios problemas de salud.

Prestación de los servicios

Estados	Opiniones
Guanajuato	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Hay más atención aquí en el hospital que en el centro de salud, pero de todas formas antes había un poquito de discriminación por parte del personal (administrativo).</i> - <i>Aquí en el hospital las enfermeras son muy amables, y en el centro de salud también nos reciben bien.</i> - <i>Esperamos mucho para entrar a consulta, como 2 horas y a veces hasta 3.</i> - <i>En el centro de salud solamente hay consultas de 10 la mañana a 4 de la tarde, entonces yo necesito enfermarme en la mañana.</i>
México	<ul style="list-style-type: none"> - <i>La primera vez que yo fui al Hospital Gustavo Baz llevaba los papeles en la mano y me mandaron otra vez a consulta al centro de salud. En el hospital ellos no conocían el Seguro Popular. La segunda vez que fui al hospital llevé a mi hijo, no tenían paracetamol y lo tuve que comprar afuera, una botella azul pequeña me costó \$400.</i> - <i>A mí me convencieron porque iba a dar a luz, pero cuando fui no había camas, ni ropa, nada. Me tuve que ir a aliviar en un particular.</i> - <i>De hecho para lo único que sirve el Seguro Popular es para la gripa, es otro de los pecados del hospital.</i>

	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Hace un mes tuve un problema con mi hijo y lo tuve que llevar al hospital. Yo llegué con mis papeles y me dijeron que ahí solo cubren enfermedades importantes.</i> - <i>El tiempo de espera es lo mismo, mire yo llegué a las 9 y ahorita ya es la una y no puedo pasar.</i>
Tabasco	<ul style="list-style-type: none"> - <i>De hace un año la atención ha mejorado muchísimo, porque antes venía uno a la centro de salud y esperaba toda la mañana hasta el medio día.</i> - <i>Sí hay diferencia; antes yo venía al centro de salud y los doctores estaban platicando, las enfermeras de un lado al otro y no nos atendían. En cambio ahorita ya los doctores nos explican más. Es un gran cambio el que ha habido, con el Seguro Popular.</i> - <i>Yo tengo afilada a mi hija que tiene 16 años y ella ya es madre soltera, su bebé nació con síndrome de Dawn. Tenemos muchos problemas para que no la atiendan, eso es lo que quisiera que cambiara en el Seguro Popular, porque cada vez que voy me ponen trabas. Si a media noche llevo a la niña a urgencias no me la atienden y hay veces que tengo que pagar \$50 y la niña lleva su control también de cardiología y esa ya no me la cubre el Seguro Popular.</i> - <i>Es muy molesto tener que venir por tu hoja de referencia y tiene que hacer cola todo el día para poder pasar con el médico y tenemos que perder un día por esa hoja.</i> - <i>A mí en Comalcalco, para que me dieran la medicina tuve que venir con la doctora, porque me pedían el folio que especifica de dónde la envían y para conseguirlo es una lata. Y me dijeron es la última vez que la atendemos sin el número.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Nos tratan distinto. Le digo porque yo he estado en la fila del hospital del Niño y van las trabajadoras sociales, les doy el carnet (del Seguro Popular) y me pasan rápido a la consulta.</i> - <i>A mi niño le mandaron hacer un exudado faríngeo, pero como ahora piden una referencia médica de acá lo tuvimos que pagar porque no llevábamos la referencia.</i> - <i>Ahorita precisamente iba yo a pasar a mi niña a consulta y ningún doctor nos atendió porque todos tienen la agenda muy llena. Me dijeron que venga el lunes.</i> - <i>En el centro de salud esperamos hasta 2 horas y en el Regional se espera más tiempo.</i> - <i>Mi hija nació enferma de hiperplasia. Yo he gastado como \$20,000 y el sueldo que gano no me alcanza para seguirlos pagando. Entonces yo con estos papeles llego para enseñárselos (en el hospital) pero no me los valen, nada más gasto pasajes y no hay dinero para estar yendo y viniendo, entonces si no me lo van a valer, de nada me sirve que tenga Seguro Popular. Cuando nos inscribimos nos dijeron que el seguro iba a cubrir cualquier problema que tuviera la niña, menos cirugías.</i>

Estados	Opiniones
Aguascalientes	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Yo fui por un problema de una muela y me tuvieron esperando cuatro horas y al último me dijeron que no me podían atender. Eso fue en el Hospital Morelos, nosotros sabemos que ahí no hay atención para las muelas pero si medicamento para que se me</i>

	<p><i>calmara el dolor.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Sabe qué es lo que pasa, que muchas veces hay enfermeras muy déspotas, ven que uno es del Seguro Popular y nos hacen a un lado.</i> - <i>A mí me pasó lo mismo la primera vez que fui, llevé a mi niña y la enfermera me dijo que si no era una urgencia me iba a tener que cobrar \$100. Después vine con una trabajadora social y me dijo, mire cuando le vuelva a pasar esto llame a este número telefónico y ya no me ha vuelto a pasar.</i> - <i>Aquí en el centro de salud nos atienden bien. Por eso fue que nos metimos al Seguro Popular y pensamos que sería lo mismo en el Hospital pero no, es todo lo contrario, ahí nos ven con la tarjeta del Seguro Popular y nos avientan para afuera.</i> - <i>Los niños no se pueden enfermar los sábados y los domingos porque no los atienden. Aparte nos preguntan por qué no llevamos a nuestros niños al centro de salud, es que ya está cerrado y nos dijeron, aquí en el Hospital Tercer Milenio sólo se atienden urgencias.</i> - <i>Es que a todos nos deberían tratar igual, no hacernos a un lado; si nosotros compramos el Seguro Popular es porque lo necesitamos.</i>
Oaxaca	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Yo pertenezco a la clínica que está en San Martín, sólo que las enfermeras prefieren tomarse su café con galletas y te tienes que esperar hasta que acaben.</i> - <i>A mí me tocaron unos médicos que me dijeron, usted viene a cada rato porque tiene Seguro Popular. Pero eso no es verdad porque cada que hay cambio de clima mi hijo se pone mal porque tiene asma. Yo les contesté que aunque no tuviera Seguro Popular vendría seguido.</i> - <i>Independientemente de que tengamos o no el Seguro Popular, esperamos bastante para recibir consulta. Hay que venir temprano para tener una buena ficha.</i> - <i>Luego en el hospital no nos atienden, hace poco tuve que esperar y la persona que nos atendió no sabía tratar a los pacientes.</i> - <i>Hay doctores y enfermeras que son muy déspotas o sino se la pasan platicando, yo con una vez que fui, fue suficiente para no querer volver.</i>
Sinaloa	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Los médicos se portan igual que antes de estar afiliados al Seguro Popular.</i> - <i>No hacen distinciones entre la población afiliada y no afiliada.</i> - <i>Un día no tenía la credencial y me atendieron con la pura hoja y nos dieron unos medicamentos que afuera me hubieran costado \$292 y eran tres cajas.</i> - <i>Hay gente que trabaja en los centros de salud que nos mal informa y hasta sale uno temblando de ahí. Luego pasas la noticia a otras personas y se asusta uno. Más bien hay que leer el librito (Carta de Derechos), y cuando va uno a consulta llevarlo, papelito habla.</i> - <i>Yo el domingo pasado llevé a mi hijo a Similares porque como yo trabajo, en el centro de salud pierdo todo el día y tengo que faltar a trabajar.</i>

Tamaulipas	<ul style="list-style-type: none"> - <i>A partir del Seguro Popular hay tres turnos y atención médica los fines de semana.</i> - <i>El horario se amplió. Pero no fue a raíz del Seguro Popular ya estaba así desde antes.</i> - <i>Yo soy de Progresá y siempre me han atendido muy bien y yo he visto que a los del Seguro Popular los tratan mejor.</i> - <i>Hay muchas operaciones que no las cubre el Seguro Popular pero el doctor de aquí junto con el Presidente municipal buscan la forma de apoyar a las personas. Este centro de salud es nuestro orgullo.</i> - <i>Yo necesité unos estudios, fui al hospital para que me los hicieran, llegué a las 9 de la mañana y me atendieron hasta las 2 de la tarde, según esto porque el técnico no estaba, como vivo lejos no me puedo regresar a mi casa porque de puros pasajes son \$200.</i> - <i>Yo estoy esperando una cita para que me revisen de mi embarazo pero en el hospital me dicen que no hay camas y por eso no me atienden dicen que hasta enero.</i>
------------	--

Medicamentos

Es uno de los aspectos más sensibles para la población afiliada. Como ya se mencionó es un factor que influye de manera determinante para afiliarse o no al SPS. Parte importante de los testimonios expresan su molestia por la carencia de algunos medicamentos que SI están (o estaban) incluidos en el cuadro básico del seguro popular. También se pide una aclaración sobre el retiro de algunos medicamentos del cuadro básico y se demanda su reposición o sustitución por otro similar. Por otra parte, se reconocen gastos en medicinas entre las personas afiliadas, lo cual contraviene uno de los principales objetivos del SPS. En varias ocasiones los pacientes se ven en la disyuntiva de comprar medicamentos o comer; también una alternativa viable es la compra de medicamento a bajo costo en las Farmacias Similares.

Estados	Opiniones
Guanajuato	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Siempre tomo pastillas para la presión, pero no hay captopril ni aquí ni en el centro de salud, pero desde el mes de mayo no la hay.</i> - <i>Mi niña se enfermó del ombligo, le recetaron un medicamento para que no se le fuera la infección al cuerpo, me costó como \$250.</i> - <i>Luego nos dicen en la farmacia que ya hicieron el pedido y que regresemos otro día. Son medicinas para la presión, que no puedo solventar.</i> - <i>A mí me dijeron que comprara el medicamento, y que no querían que fuera a similares, que querían de otra farmacia. Eso me lo dijeron unas dentistas en el centro de salud,</i> - <i>Las medicinas que están marcadas en mi receta son las que no hay aquí ahorita (calcio efervescente, frocemide tabletas de 40 mg., epadina y calcitrion tabletas).</i>
México	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Si no hay medicamentos la señorita nos pone un sello para que vayamos a una farmacia que está en Villada de madrugada. Es como una Farmacia de Similares.</i> - <i>Cuando no hay medicamento nos ponen un sello de aquí para que vayamos a una farmacia particular y consigamos el medicamento</i>

	<p><i>más barato.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Nos rebajan el 10% es como una similar.</i> - <i>Dan más preferencia a los que tenemos Seguro Popular, por decir si necesitas paracetamol para la calentura y no estás afiliado te dicen que no lo hay y pues si tienes Seguro Popular si te lo dan.</i>
Tabasco	<ul style="list-style-type: none"> - <i>No hay medicamento hay que comprarlo como por ejemplo los jarabes para infecciones. Yo vine hace como dos meses, con mi hija y no hubo el medicamento.</i> - <i>Yo tengo un problema de la tiroides y antes me daban la medicina, ahora ya no. Yo creo que no incluyen la tiroides en el Seguro Popular, porque me dijeron no hacen tomografías, ni estudio de perfil de tiroides.</i> - <i>Yo he gastado porque padezco de asma, aquí no hay medicina para mi enfermedad y mi Seguro Popular tampoco lo incluye. Me cuesta como \$140 y la tengo que tomar todo el tiempo..</i> - <i>Yo cada quince días compro tiroxina para la niña. Es de por vida y me sale en \$109, aquí lo único que hacen es pasarme la receta para que vaya a comprarla.</i> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Hay medicinas que en realidad uno las tiene que comprar, pienso que debe de haber lo más básico. Me daban el ambrosol que es para la tos y es lo que más padecen los niños y no la hay, el paracetamol que se supone que es para los niños, tampoco hay y uno las tiene que comprar.</i> - <i>Sábado y domingo no tenemos medicina, entonces que se espere el enfermo hasta el lunes. Allá en el hospital Regional no dan medicina.</i> - <i>A mí en Cunduacán me mandaron a Cárdenas y fui a la farmacia Unión pero no me surtieron mi receta.</i> - <i>Yo me esperé quince días para que me surtieran el medicamento.</i> - <i>Antes en el hospital no había medicamentos y los teníamos que comprar</i> - <i>Mi hermana tuvo un accidente con su niño un sábado y fueron al hospital Regional pero el médico no le quiso firmar la receta y ella tuvo que pagar la curación y comprar las medicinas.</i>

Estados	Opiniones
Aguascalientes	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Nos han empezado a retirar medicamento que al principio teníamos. Siento que sí es de gran utilidad, que lo devuelvan al programa porque muchas veces uno no tiene los recursos para poder comprarlos.</i> - <i>A veces no tenemos para comer y mejor uno se aguanta el dolor que comprar el medicamento.</i> - <i>Antes el Seguro Popular cubría el ambroxol pero ahora ya nos lo quitaron.</i> - <i>Si no nos daban el medicamento completo nos daban un vale para que fuéramos a la farmacia Sánchez o a la Guadalajara, pero eso sólo duró seis meses.</i> - <i>El ambroxol lo quitaron desde agosto es muy indispensable.</i> - <i>Otro problema es la medicina que nos quitaron, deberían de regresarla, yo la necesito para mis hijos y más para esta época de frío que se enferman y uno no tiene dinero para estar comprando tanta medicina.</i>

Oaxaca	<ul style="list-style-type: none"> - Esta vez yo traje a mis niños y me dijeron que yo iba a tener que comprar el ambroxol porque ya no iba a haber. - Para mi todo está bien, excepto esta vez que me dijeron que el ambroxol ya no está, pero de ahí en fuera si me han ayudado. - Siempre que me han atendido, me dan toda la medicina que me recetan.
Sinaloa	<ul style="list-style-type: none"> - Mi hija tenía problemas respiratorios, fui por el medicamento y me dijeron que no había, que volviera otro día para ver si lo encontraban, pero ya no regresé, preferí comprarlo porque me dijo el doctor que tenía que dárselo. No quise volver para escuchar que no había. Otro problema que tuve fue con unos estudios de los oídos que me mandaron hacer, me dijeron que no lo cubría porque no eran de vías respiratorias, y tuve que pagar. Cubría mi estudio de sangre, pero el del oído no. - He tenido que gastar en medicamentos, a veces \$200 o \$300 dependiendo de lo que me receten los médicos, la otra vez también me mandaron hacer unos estudios y tampoco entraron, de eso fueron \$100. - He gastado como \$80 en medicamento, y de un ultrasonido como \$200 y otros \$200 de unos análisis. - Yo compro el medicamento en la farmacia Similares cuando no me lo dan en el Seguro Popular. - A mí el medicamento en una farmacia me sale en \$292 y en otra farmacia casi en \$398, de dónde voy a agarrar para un mes de tratamiento, son \$1,200 es mucho dinero y me voy a quedar sin comer y con el pastillerío aparte me va a dar gastritis, sale peor.
Tamaulipas	<ul style="list-style-type: none"> - A veces no hay medicamento para la presión pero el doctor me la consigue, como le hace no sé. Ya van como dos meses que no la hay pero el doctor me la consigue. - Yo lo consigo en las boticas que son como las similares. - Yo las consigo con las señoras que tienen IMSS e ISSSTE. - Cuando estuve en el hospital me dijeron que la medicina que me dieron no entraba en el Seguro Popular pero la verdad si entraba y no me la quisieron dar. - Antes del Seguro Popular nada más te daban la medicina que había.

Expectativas

Como se puede apreciar en el siguiente cuadro resumen, las expectativas de los afiliados al SPS son muy variadas, pero en general se concentran en: esperar una mayor cobertura en problemas de salud y en medicamentos; buen trato; mejor y más amplia información.

Estados	Opiniones
Guanajuato	<ul style="list-style-type: none"> - Yo quisiera que se pudiera conseguir aquí el agua para los dializados, sería una gran ayuda. - Yo quisiera que siguiera el Seguro Popular porque uno se beneficia y tiene muchos apoyos. - Que también se pueda asegurar a los hijos mayores de edad porque algunos todavía dependen de los papás y pueden estar. - Que el Seguro Popular adquiera la medicina que se necesita y que

	<p><i>se haga responsable de lo que está escrito en la carta de derechos porque si pago tengo derecho a unas aspirinas y resulta que si las necesito me mandan a comprarlas pero a la farmacia fulana, y no a Similares, eso no..</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Pedimos por lo menos lo que nos cubra lo que dice la carta de derechos y que no falte el medicamento).</i>
México	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Sobre todo me gustaría que nos dijeran bien sobre las operaciones porque eso no lo explicaron bien y luego no sabes qué exigir..</i> - <i>Que hubiera un hospital para que nos atendieran sábados y domingos, la verdad que no nos atienden bien.</i> - <i>Que hubiera más médicos para que nos atendiera.</i>
Tabasco	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Que se ampliara los medicamentos.</i> - <i>Más calidad de medicamentos.</i> - <i>Que cuando uno vaya a la consulta nos digan lo que tenemos, que nos expliquen.</i> - <i>Que se cubrieran más enfermedades (GF 3).</i> - <i>Que nos explicaran a que cirugía tenemos acceso y cuales no.</i> - <i>Debería de darnos más información de nuestros beneficios o que nos lo explican de forma más sencilla. Ojalá utilicen palabras que nosotras entendamos.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Que entren todos los estudios (de laboratorio)..</i> - <i>Que en la tarde no se cobre la consulta. Empezaron a cobrar hace menos de un mes.</i> - <i>Que tengamos atención de noche. No podemos ir hasta Villahermosa.</i> - <i>¿Por qué hay algunas (enfermedades) que no las puede cubrir el Seguro Popular? Yo pienso que si el gobierno mexicano en realidad nos quiere dar un apoyo nos tiene que atender en todas las enfermedades, porque nosotros no escogemos las enfermedades.</i> - <i>Que el apoyo sea general, con todas las cirugías porque entonces si no tenemos recursos nos vamos a morir).</i> - <i>También quisiéramos la ampliación de la cirugía de dientes (la extracción), eso estaría bien porque una sacada de una muela son \$100 en un particular.</i>

Estados	Opiniones
Aguascalientes	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Teniendo uno el Seguro Popular deben de atendernos de lo que sea y cuando sea.</i> - <i>A mi me gustaría que no cobraran las consultas cuando uno va en la tarde o los fines de semana.</i> - <i>Que en verdad el Seguro Popular cubra el primer y segundo nivel, porque una cosa es lo que dice y otra la realidad.</i> - <i>Que no nos hagan a un lado cuando vean que somos del Seguro Popular y luego hasta se molestan y nos hacen mala cara.</i>
Oaxaca	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Que los doctores leyeran más la información sobre el Seguro Popular.</i> - <i>Más información sobre el Seguro Popular. Porque yo tengo un bebé de ocho días de nacido y no sé cuando lo puedo afiliar.</i> - <i>Que nos apoyaran sobre todo en los partos porque nos dicen que si el bebé nace bien si lo cubre, pero si el bebé nace mal ya no lo cubre el Seguro Popular.</i>

Sinaloa	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Yo tengo mucha confianza en que el Seguro Popular va a cambiar. Es más ya veo el cambio porque yo vine a tomarme la foto y me dijeron que me daban el Seguro Popular del próximo año gratis, que chulada.</i> - <i>Que se incluya el estudio de la mastografía es muy importante y que tomen en cuenta que el estudio se hizo para prevenir no es para cuando ya estemos jodidas, ya para qué, ya que estamos con un pie en el pozo.</i>
Tamaulipas	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Mire por ejemplo yo tengo una niña que va a cumplir 18 años, y como ella depende de mi, el año que entra ya no la van atender ¿que hago en ese caso?</i> - <i>Qué incluya análisis psicológicos.</i> - <i>Estudios de próstata.</i> - <i>Estudios de la vista.</i> - <i>Consultas de pediatría.</i> - <i>También la prueba de esfuerzo, porque sale muy cara.</i> - <i>Todos los estudios del corazón.</i> - <i>Que haya más información.</i>

8. Conclusiones

7. Conclusiones

Respecto a la afiliación y promoción

- En general las estrategias de difusión y promoción han logrado sensibilizar a amplios sectores de la población, sobre las ventajas del SPS.
- La decisión de incorporar corporativamente a los beneficiarios de Procampo ha complicado la operación del programa, principalmente por los problemas del padrón de dicho programa.
- Los mecanismos y recursos de difusión y de la forma en la que opera el SPS, han resultado poco atractivos para la población.
- La capacitación al personal operativo del SPS ha sido excesivamente limitada, lo que ha generado graves problemas por la mala información otorgada a los afiliados.
- La rotación constante de personal operativo que realiza la promoción y la afiliación en campo, impide consolidar experiencias a mediano y largo plazo. La relación costo beneficio de tal situación puede ser contraproducente para el SPS.
- Los promotores transmiten información de mala calidad a los afiliados lo cual genera falsas expectativas entre la población y origina insatisfacción entre los usuarios.
- Los individuos insatisfechos son fuente potencial de mala publicidad en sus familias y comunidades.
- Existe una gran presión para el cumplimiento de las metas (número de familias afiliadas), como si ese fuera el único y más importante objetivo del SPS. Lo anterior impide dedicar el tiempo y atención suficiente a las tareas sustantivas del SPS.

- En algunos estados existen serias dificultades de la población rural para trasladarse a los centros de afiliación a realizar sus trámites para la afiliarse (por ejemplo tomarse la foto).
- Existe inconformidad por normas y decisiones emanadas de la Coordinación Nacional del SPS. Por ejemplo, el *software* utilizado para concentrar los datos socioeconómicos y definir los deciles, si bien ha sufrido modificaciones, su aplicación ha ocasionado diversos problemas debido a que arroja resultados diferentes para familias en la misma condición socioeconómica.
- El manejo de la Carta de Derechos y Obligaciones en algunos casos es inadecuado ya que no se entrega en el momento de la afiliación. Cuando si se hace no se le explica al afiliado/a su contenido ni el tipo de compromiso que asume al firmarla. La mayoría de los afiliados desconoce sus derechos y obligaciones.

Instrumentos y recursos

- A pesar de las limitaciones y retrasos en la entrega de recursos, los estados han logrado mantener el Programa y avanzar en el cumplimiento de las metas.
- Los recursos (principalmente los financieros) fueron limitados al principio de la operación del SPS y se prevén retrasos sobre todo a inicio de cada año, debido a la forma de asignación de los recursos federales.
- La carga de trabajo resulta excesiva para las coordinaciones estatales, quienes trabajan con pocos recursos humanos.
- Existe carencia de material y equipo principalmente en el segundo nivel, que ocasiona retrasos en la atención tal como se establece en la Carta de Derechos.
- En algunos casos la capacidad instalada en los dos niveles de atención ha sido rebasada debido al incremento de la demanda, a excepción del Estado de México.
- La falta de recursos humanos origina que el personal (médicos, enfermeras, administrativos) sea “polivalente” sin el entrenamiento adecuado sobre todo en el primer nivel de atención. Lo anterior puede desmotivar a la planta laboral.

Prestación de los servicios

- Es en el primer nivel de atención donde más aceptación a tenido el Programa, tanto entre la población usuaria como entre los directivos.
- Entre los prestadores de servicios existen confusiones en la interpretación y aplicación de las Reglas de Operación y en general, de la normatividad del SPS.
- También existen lagunas y contradicciones en la información que maneja el afiliado. En el momento de demandar los servicios no se tiene presente el CABEME, se exige la atención médica independiente del tipo de patología de que se trate.

- El sistema de referencia y contrarreferencia ha generado contradicciones entre ambos niveles de atención que repercuten en la mala o nula atención de los pacientes.
- En el segundo nivel existen claras limitaciones sobre el conocimiento y operación del SPS. Los pacientes referidos al segundo nivel declararon maltrato lo cual fue confirmado por los prestadores de servicios.
- Está latente el incremento de la demanda que puede rebasar la capacidad de respuesta.
- Hay resistencias del personal de salud, principalmente de los médicos que ha visto incrementado el número de consultas diarias.

Medicamentos

- Entre los prestadores de servicio se reconoce que hay más abasto a partir del inicio del SPS.
- La población mantiene expectativas de que recibirá su medicamento completo y a tiempo.
- Se han generado diversos mecanismos para asegurar el abasto, incluyendo la participación del sector privado.
- Poco se ha incursionado en innovar los sistemas de almacenamiento y distribución. Se mantienen modelos tradicionales.
- Existe la tendencia a separar y crear farmacias exclusivas del SPS, lo que marcaría una diferencia notable entre los afiliados y la población abierta.
- El surtido de recetas no llega al 100% en ninguno de los tres estados considerados en esta parte del estudio.
- Es posible afirmar que existe una tendencia a privilegiar a los afiliados frente al resto de la población abierta, al procurar abastecer recetas médicas completas a los primeros.
- El gasto de bolsillo entre los afiliados se mantiene en algunas personas que, aun contando con el Seguro Popular, pagan directamente por estudios clínicos y en ocasiones por atención privada.

Difusión y afiliación

- Los mecanismos e instrumentos de difusión y explicación del SPS, diseñados desde la coordinación nacional han resultado poco atractivos a la población debido, en parte, a que el contexto de referencia es la ciudad de México la cual presenta grandes diferencias socioeconómicas y culturales con respecto al resto del país.
- La capacitación al personal operativo del SPS ha sido elemental y en tiempos muy breves, lo que ha generado graves problemas por la mala información otorgada a los afiliados.

- En algunos estados existen serias dificultades de la población rural para trasladarse a los centros de afiliación a realizar sus trámites para la afiliarse (por ejemplo, tomarse la foto).
- Existe inconformidad por normas y decisiones emanadas de la Coordinación Nacional del SPS. Por ejemplo, el *software* utilizado para concentrar los datos socioeconómicos y definir los deciles, si bien ha sufrido modificaciones, su aplicación ha ocasionado fuertes problemas debido a que arroja resultados diferentes para familias en la misma condición socioeconómica, lo cual poco contribuye a una mayor equidad en el accesos a los servicios de salud.
- El manejo de la Carta de Derechos y Obligaciones en algunos casos es inadecuado ya que no se entrega en el momento de la afiliación. Cuando si se hace no se le explica a la gente su contenido ni el tipo de compromiso que asume al firmarla. La mayoría de los afiliados desconoce o sus derechos y obligaciones.
- El conocimiento y manejo de las Reglas de Operación entre el personal de salud es fragmentado de acuerdo a la función de cada uno de ellos. Lo anterior genera que la información a los afiliados sea parcial en cada instancia con la que trata, propiciando un margen de confusión y/o contradicciones,

Instrumentos e insumos

- En algunos casos la capacidad instalada en los dos niveles de atención ha sido rebasada debido al incremento de la demanda, sobre todo en las especialidades de gineco y pediatría.
- La falta de recursos humanos origina que el personal (médicos, enfermeras, administrativos) sea polivalente sobre todo en el primer nivel de atención. Lo anterior puede desmotivar a la planta laboral.
- Existe carencia de material y equipo principalmente en el segundo nivel de atención, lo que ocasiona no proporcionar la atención establecida en la Carta de Derechos.

Prestación de servicios

- Entre los prestadores de servicios existen confusiones en la interpretación y aplicación de las Reglas de Operación y en general, de la normatividad del SPS.
- También existen lagunas y contradicciones en la información que maneja el afiliado. En el momento de demandar los servicios no se piensa en el

CABEME, se exige la atención médica independiente del tipo de patología de que se trate.

- Los tiempos de espera no han disminuido, en algunos casos se refiere que, debido a la mayor demanda generada por el SPS los tiempos han aumentado.
- A pesar de una mayor demanda de servicios aun persiste entre el personal de salud la “cultura de tiempos muertos”
- El sistema de referencia y contrarreferencia ha generado contradicciones entre ambos niveles de atención que repercuten en la mala o nula atención de los pacientes.
- En el segundo nivel existen limitaciones sobre el conocimiento y operación del SPS. Y en la mayoría los pacientes y los prestadores de servicios del primer nivel declararon mal trato, además de una relativa discriminación al tener que esperar más tiempo para su atención por el sólo motivo de ir referido como afiliado al SPS.
- Frente a las grandes metas para el año 2004, está latente el incremento de la demanda que puede saturar los servicios y hacerlos ineficaces e ineficientes.
- Hay resistencias del personal de salud, principalmente de los médicos que ha visto incrementado el número de consultas diarias.

Medicamentos

- La mayor parte de las expectativas de la población, antes y después de afiliarse al seguro popular, se refieren al acceso oportuno y suficiente de medicamentos.
- Los problemas clásicos del desabasto se mantienen en todos los estados, en menor o mayor medida.
- Existe la tendencia a separar y crear farmacias exclusivas del SPS, lo que marcaría una diferencia notable entre los afiliados y la población abierta.
- El surtido de recetas no llega al 100% en ninguno de los cuatro estados considerados en esta parte del estudio.
- Es posible afirmar que existe una tendencia a privilegiar a los afiliados frente al resto de la población abierta, al procurar abastecer recetas médicas completas a los primeros relegando a los segundos.

- El gasto de bolsillo entre los afiliados se mantiene en algunas personas que, aun contando con el Seguro Popular solventan la compra de medicamentos, estudios clínicos y en ocasiones en atención privada.
- La responsabilidad de resolver los problemas de escasez de medicamentos y proporcionar atención a los afiliados, en algunos casos recae en el personal del primer nivel de atención (directivos, médicos y enfermeras) apoyándose en sus gestiones con otras instancias de seguridad social o laboratorios privados y recursos económicos propios.
- En los estados existen diversas estrategias para enfrentar el reto de un abasto de medicamentos y un surtido completo y oportuno de las recetas (ver anexo). Algunos se han apoyado en farmacias privadas para el abasto de medicamento, lo cual se requiere evaluar en el furo inmediato para identificar las ventajas y desventajas de esta estrategia.
- Los cambios en el contenido del cuadro básico de medicamentos, definidos a nivel central, han generado pérdida de credibilidad por parte de los afiliados para reafiliarse; molestias de lo afiliados al “perder” un medicamento de gran demanda; demandas por conocer las razones de tal decisión, entre otros problemas.

Recomendaciones

- Buscar mecanismos flexibles en los niveles federal y estatal para garantizar la radicación oportuna de los recursos económicos que permitan la operación del SPS.
- Evitar tendencias preferenciales en los servicios y en el acceso a los medicamentos dirigidas a los afiliados al Seguro Popular en detrimento de la población abierta, incluidas las personas que no se reafiliaron.
- Modificar el *software* usado para el estudio socioeconómico y la determinación del monto de las cuotas, de acuerdo a las condiciones socioeconómicas y climatológicas de las diferentes regiones del país.
- Que sea personal médico especialmente capacitado el que transmita normas técnicas y de prestación del servicio a los médicos de base y al personal de enfermería.
- Fomentar un intercambio permanente de información y experiencias entre el personal directivo y el operativo, tanto a nivel federal como estatal con el propósito de evitar distanciamientos entre la planeación, administración y operación del programa.

- Impulsar mecanismos que permitan flexibilizar la aplicación de la normatividad central, adaptando la operación del programa a las condiciones sociodemográficas y epidemiológicas de cada región y/o estado.
- Buscar una mayor permanencia entre el personal operativo, principalmente los dedicados a la difusión y afiliación del SPS, con el fin de profesionalizar sus labores y avanzar una mayor calidad en el trato con la población objetivo.
- Entrenar al personal usando diversos métodos didácticos con el fin de brindar información adecuada y oportuna, y asegurarse que la población asimile el mensaje.
- Garantizar el cumplimiento de lo establecido en la Carta de Derechos y Obligaciones.

9. Recomendaciones

- En la relación centro-estados se identifica capacidad de respuesta del nivel central, particularmente en el ajuste del software para capturar información socioeconómica y definir deciles. Esta capacidad debe ampliarse a otras áreas.
- Definir los periodos de afiliación y de reafiliación de acuerdo a las características de la demanda en cada estado. Al mismo tiempo flexibilizar los momentos en que se puede afiliarse o reafiliarse. Lo anterior podría evitar que algunas personas que no disponen del dinero para pagar su cuota en la fecha establecida, pierdan su vigencia durante por lo menos tres meses
- Fomentar un intercambio permanente de información y experiencias entre el personal directivo y el operativo, tanto a nivel federal como estatal con el propósito de evitar distanciamientos entre la planeación, administración y operación del programa.
- Impulsar mecanismos que permitan flexibilizar la aplicación de la normatividad central, adaptando la operación del programa a las condiciones sociodemográficas y epidemiológicas de cada región y/o estado.
- Entrenar al personal usando diversos métodos didácticos con el fin de brindar información adecuada, oportuna y asegurarse que la población asimile el mensaje.
- Que los instrumentos utilizados para la promoción se adecuen al contexto socioeconómico de cada estado.

- Buscar mecanismos fiscales y contables en los niveles federal y estatal para garantizar la radicación oportuna de los recursos económicos que permitan la operación del SPS.
- En el caso de Oaxaca buscar mecanismos de surtido de recetas en todos los centros de salud, para evitar grandes traslados y gastos en transportación de los afiliados al SPS.
- Evitar tendencias preferenciales en los servicios y el acceso a los medicamentos dirigidos a los afiliados al Seguro Popular en detrimento de la población abierta, incluidas las personas que no se reafiliaron.
- Redimensionar el perfil y las funciones del médico gestor con el fin de mejorar su orientación e intermediación a favor de los afiliados, particularmente en los servicios de segundo nivel.

Anexo

Esquema de operación y efectividad en el manejo de medicamentos en el SPS

Estados	Esquema de operación	Efectividad	
		Opiniones de los directivos estatales	Opiniones de los afiliados*
Aguascalientes	<p>Se realizan licitaciones y una empresa distribuye los fármacos directamente a todas las unidades médicas de primer y segundo nivel.</p> <p>Cuando llega a escasear el medicamento, se “toma” de la existencia de la población abierta para otorgarla a los afiliados al Seguro Popular Salud (SPS).</p> <p>La coordinación estatal del SPS tiene un convenio con farmacias privadas, para surtir recetas por medio de vales emitidos por el SPS.</p>	<p>Para el coordinador estatal este sistema de abastecimiento le ha ayudado a evitar la escasez de medicamentos.</p> <p>El coordinador señaló, que el principal beneficio desde que comenzó el Seguro Popular en Aguascalientes es que el paciente ha tenido el medicamento que se le prometió al afiliarse al SPS. Además aseguró no presentar problemas de desabasto porque el afiliado recibe su medicamento ya sea de la unidad médica o de la farmacia privada.</p>	<p>En cambio, la población afiliada manifestó presentar problemas de desasto en los medicamentos y gasto de bolsillo para la obtención de los fármacos, principalmente cuando son medicamentos más especializados.</p> <p>El vale que cambian en las farmacias privadas hace seis meses se dejó de manejar.</p>

* Participantes en Grupos Focales

México			
--------	--	--	--

Guanajuato			
------------	--	--	--

Tabasco			
Oaxaca	<p>La coordinación estatal se encarga de realizar una requisición previa para abastecer de medicamento a las unidades de salud.</p> <p>Si llegará a escasear en el centro de salud por lo general se surte la receta del medicamento asignado a la población abierta.</p>	<p>La coordinara estatal señaló que estos modelos de surtido, han sido eficaces para el abasto de los fármacos.</p>	<p>Existen quejas respecto a la falta de medicamentos. También se expusieron dificultades para surtir la receta en la farmacia del SPS, por cuestiones de tiempo y gasto en transportación.</p>

	Algunos centros de salud no cuentan con farmacia. En esos casos los afiliados al SPS, acuden con su receta a la farmacia que se encuentra junto a las oficinas de la coordinación estatal del SPS.		
Sinaloa	<p>De acuerdo con la coordinadora estatal, la distribución de medicamentos del primer y segundo nivel de atención, esta dividida por la demanda de fármacos que existe en los 200 centros de salud.</p> <p>La distribución de los medicamentos en Sinaloa se lleva a cabo de manera centralizada a nivel estatal, se creó un almacén central para todos los programas, desapareciendo los almacenes jurisdiccionales. Se han definido 15 rutas para repartir el medicamento semanalmente a los centros de salud.</p> <p>Las farmacias de los centros de salud no cuentan con divisiones de anaqueles para surtir el medicamento por programa.</p>	De acuerdo a lo mencionado por los informantes de la coordinación estatal estos esquemas de distribución han logrado eliminar el desabasto y abaratar los costos de los medicamentos y así poder surtir más recetas de la población afiliada.	Al referirse al tema de los medicamentos los participantes del Grupo Focal manifestaron opiniones divergentes. Algunos afiliados aseguraron contar con los medicamentos a tiempo, en cambio otros señalaron no obtenerlos completos ni a tiempo teniendo que realizar gasto de bolsillo, aun cuando los fármacos estén incluidos en el cuadro de medicamentos del SPS.
Tamaulipas	<p>La adquisición de medicamentos se realiza por medio de compras directas a empresas distribuidoras.</p> <p>El surtimiento de fármacos a las</p>	Se reconoce que las farmacias de los centros de salud cuentan con poco surtido en sus anaqueles.	Han enfrentado desabasto en los medicamentos, teniendo que conseguirlos y pagarlos por su cuenta en farmacias privadas.

	<p>unidades médicas se hace por medio de licitaciones y compra de las claves de mayor uso y al mismo tiempo a través de la firma de contratos con farmacias privadas en los lugares donde existe mayor número de beneficiarios.</p>	<p>Se han enfrentado problemas con farmacias privadas debido a que no cuentan con todos los medicamentos comprometidos para la población afiliada.</p>	
--	---	--	--

