



# CIEPSE

Consejo de Investigación y Evaluación  
de la Política Social del Estado

## EVALUACIÓN DE INDICADORES INSTITUTO DE SALUD - FASSA 2014

DICIEMBRE 2015





# CIEPSE

Consejo de Investigación y Evaluación  
de la Política Social del Estado

## **EVALUACIÓN DE INDICADORES INSTITUTO DE SALUD - FASSA 2014**

**DICIEMBRE 2015**



## Resumen ejecutivo

La evaluación de indicadores del Instituto de Salud de Chiapas y de los indicadores derivados de la implementación y operación del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) para el ejercicio 2014, tiene por objetivo revisar la pertinencia, coherencia, nivel y alcance de los programas presupuestales operados tanto con recursos provenientes de los fondos estatales como con recursos del FASSA. Durante la evaluación se analizaron y compararon los resultados obtenidos de indicadores estatales versus el promedio nacional, para ofrecer un panorama general del sistema de salud de Chiapas utilizando información de fuentes oficiales relativas a la operación y financiamiento de los programas de salud, de sus componentes y de sus acciones.

Es importante señalar que la evaluación además de contrastar los resultados de los indicadores estatales con el promedio nacional, se apoya en la metodología de Marco Lógico, misma que explicita los procesos de conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de programas presupuestales aprobados por la Secretaría de Hacienda del Estado de Chiapas. La metodología está orientada a objetivos, estos se concentran en una Matriz de Indicadores de Resultados que resume cada programas en cuatro momentos centrales: (1) Fin, una descripción breve de cómo el programa contribuye a la solución del problema que justifica su implementación; (2) Propósito, el objetivo central del proyecto que especifica, de manera concreta y breve, cuál es el resultado directo que se obtendrá por la aplicación del programa; (3) Componentes, los que se realizan en el transcurso del proyecto; y, (4) Actividades, el conjunto de acciones requeridas para producir los componentes o resultados por la aplicación del programa.

La evaluación de indicadores se dividió en cuatro grandes apartados; en el primero se presenta un panorama general de la estructuración del Sistema de Salud de Chiapas; en una segunda parte se evalúan los indicadores reportados por Instituto de Salud de acuerdo a las cifras reportadas por el propio Instituto en la Matriz de Indicadores de Resultados y que fueron clasificados por el CIEPSE en las dimensiones de: eficacia, eficiencia, calidad y economía. En tercer lugar se presenta un apartado en donde se analiza y evalúa el desempeño del Sistema de Salud Chiapaneco a través de indicadores de cobertura.

Finalmente, en un cuarto apartado se hace una revisión de la evolución de los indicadores que conforman el perfil epidemiológico de Chiapas y México en el que se incluyen cifras de sobrevivencia infantil, esperanza de vida y las principales causas de muerte de 1990 a 2013, datos obtenidos del Consejo Nacional de Población (CONAPO) y del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática INEGI para México y Chiapas.

Los resultados obtenidos de la evaluación interna 2014 a los indicadores reportados por el Instituto de Salud de Chiapas señalan que: los indicadores de eficacia representaron el 85% del total de indicadores reportados (380 de 447), con una calificación promedio de 95.3 de 100, asignada a partir de un diagnóstico realizado por el propio Instituto de Salud. Se debe señalar que los indicadores de eficacia miden el grado de cumplimiento de los objetivos y metas a partir de los resultados obtenidos o productos generados, sin hacer referencia al costo o calidad de los servicios ofertados, y sin validar los medios empleados para el cumplimiento de los mismos. Por otra parte los indicadores de eficiencia, cuantifican el costo de los objetivos, midiendo la relación entre logros y recursos utilizados. El instituto de salud de Chiapas no reporto ningún indicador de eficiencia. Por su parte, los indicadores de calidad representaron el 1.3% del total de indicadores (6 de 447) con una calificación promedio de 94.7 producto de una evaluación interna, resultado difícil de sostener si comparamos por ejemplo las tasas de mortalidad infantil de Chiapas con el promedio nacional. Los indicadores de economía miden la capacidad de un programa para administrar y utilizar de manera adecuada los recursos financieros, lamentablemente, el Instituto de Salud no reportó tampoco ningún indicador de economía.

Los resultados asignados por el Instituto de Salud a sus indicadores de eficacia y calidad, se contrastaron con resultados observados en indicadores tales como los niveles de cobertura. Este tipo de indicadores definen la capacidad potencial del Sistema de Salud para atender la demanda esperada de la población residente en un área geográfica determinada; suponen el otorgamiento homogéneo de atención en iguales condiciones de acceso para toda la población. Al año 2013, los niveles de cobertura de servicios médicos en Chiapas alcanzaron al 78.2 de la población, por lo que aún queda mucho por hacer en materia de mejorar la accesibilidad y los niveles de protección médica en el estado.

Un análisis del perfil epidemiológico de la evolución de las primeras diez causas de muerte en Chiapas y a nivel nacional, permite concluir que las principales debilidades del Instituto de Salud se centran en las elevadas las tasas de mortalidad infantil y enfermedades como las infecciones respiratorias agudas bajas y enfermedades infecciosas intestinales, que muestran niveles superiores al promedio nacional. Además es importante vigilar la evolución de causas de muerte como la diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad cerebrovascular, enfermedad alcohólica del hígado y pulmonar obstructiva crónica que, si bien están por debajo de la media nacional, se han observado incrementos preocupantes.

La eficiencia última de un sistema de salud se ve reflejada en los niveles de esperanza de vida de sus ciudadanos, donde Chiapas alcanza una esperanza de vida de 72.8 años en 2015, cifra 2.2 años por debajo del promedio nacional. Esta baja esperanza de vida, es resultado de una alta incidencia de defunciones en edades tempranas producto de una reducida aplicación de buenas prácticas ligadas a la vigilancia y monitoreo del proceso del embarazo, parto y puerperio, por lo que es necesario elevar la calidad de la atención obstétrica en el Estado, en especial en estratos de la población que se encuentran en condiciones socioeconómicas desfavorables o que habitan localidades clasificadas como de alta marginación.





# Índice

Contenido	Página
<b>1</b> <b>Introducción</b> .....	7
2.    El Sistema de Salud de Chiapas.....	9
2.1.    La salud en Chiapas.....	10
2.2.    Población objetivo.....	13
2.3.    Infraestructura física.....	15
<b>3.</b> <b>FASSA en Chiapas</b> .....	19
3.1.    Antecedentes.....	19
3.2.    El Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA).....	20
3.3.    Alcance y enfoque del FASSA.....	23
3.4.    Reglamentación para la operación del FASSA.....	25
<b>4.</b> <b>Programas de salud</b> .....	31
4.1.    Programas de atención.....	34
4.2.    Programas de prevención.....	35
4.3.    Programas de vigilancia y control epidemiológico.....	37
4.4.    Programas de infraestructura.....	38
4.5.    Programas administrativos.....	40
4.6.    Financiamiento.....	42
<b>5.</b> <b>Indicadores</b> .....	45
5.1.    Indicadores de eficacia.....	49
5.2.    Indicadores de calidad.....	50
5.3.    Indicadores de economía.....	52
5.4.    Indicadores de cobertura del Sistema de Salud de Chiapas.....	52
5.5.    Perfil epidemiológico.....	55
<b>6.</b> <b>Conclusiones</b> .....	71
<b>7.</b> <b>Recomendaciones</b> .....	75
<b>8.</b> <b>Bibliografía</b> .....	79



# 1. Introducción

Con la finalidad de impulsar la evaluación de la política pública y mejorar los resultados obtenidos en la implementación de programas para el desarrollo social, el gobierno del Estado de Chiapas creó el 12 de marzo del año 2014, el Consejo de Investigación y Evaluación de la Política Social del Estado (CIEPSE). La función central del Consejo, es evaluar los programas sociales que se ejecutan con dinero federal, proveniente del Ramo 33, bajo los Lineamientos Generales de Evaluación elaborados por el Consejo Nacional de Evaluación (CONEVAL); la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y la Secretaría de la Función Pública (SFP); en el marco de los artículos 26 y 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como de la Ley General de Desarrollo Social en sus artículos del 72 al 80 y de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad, artículos 110 y 111.

El CIEPSE, como órgano estatal de evaluación de la política social operada por las dependencias y entidades de la administración pública en Chiapas, a través de los programas y acciones en materia de desarrollo social, es responsable de definir los lineamientos de evaluación que deben observarse en el Estado. Como parte de sus obligaciones está integrar y publicar a más tardar el 30 de abril de cada año, un Programa Anual de Evaluación (PAE).

En el año 2014, año de creación del CIEPSE, el PAE contempló, entre otras actividades, la Evaluación de Indicadores del Sistema Estatal de Salud de Chiapas y, en particular, de los indicadores derivados de la implementación y operación del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) para el ejercicio 2014, cuyos resultados se presentan en este documento.

Esta evaluación consistió en revisar la pertinencia, coherencia, nivel y alcance de la totalidad de indicadores de los programas presupuestales operados por el Instituto de Salud de Chiapas tanto con recursos provenientes del FASSA como los de fondos estatales, reportados de forma directa o indirecta a la Secretaría de Planeación, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público del Estado y el Instituto de Salud de Chiapas.

Una evaluación de indicadores tiene como finalidad comparar el nivel medio reportado versus el nivel medio observado para el mismo indicador a nivel nacional, en un mismo periodo de tiempo. Los indicadores considerados para la evaluación fueron reportados por el Instituto de Salud de Chiapas para la conformación de la Matriz de Indicadores de Resultados.

Esta matriz contiene un total de 501<sup>1</sup> indicadores de Componentes y de Actividades, los que fueron clasificados en cuatro dimensiones: eficacia, eficiencia, calidad y economía.

Adicionalmente, se hizo la evaluación de desempeño del Sistema de Salud Chiapaneco a través de indicadores de Cobertura, mismos que fueron reportados por la Secretaria de Salud Federal y publicados por el sistema de estadísticas continuas del INEGI, para Chiapas de los años 2010 a 2013; también se evaluaron los indicadores de sobrevivencia infantil, esperanza de vida y perfil de causas de muerte para los años 1990 a 2013, reportados por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y por el INEGI para México y Chiapas.

La evaluación de indicadores, muestra los resultados en materia de salud observados en la población de Chiapas, a partir de las mediciones reportadas por los programas presupuestales de salud operados en el Estado durante el año 2014; estos fueron contrastados con los resultados observados en materia de mortalidad infantil, mortalidad por causas y esperanza de vida, para un periodo de veinte años.

Los programas presupuestales de salud, cubren la totalidad del territorio del Estado y concentran acciones en materia de atención, prevención, mantenimiento y construcción de nueva infraestructura; vigilancia y monitoreo epidemiológico; así como programas administrativos que son aplicados indistintamente en las diez jurisdicciones sanitarias que operan regionalmente la atención y los servicios de salud en Chiapas.

En este documento, se presentan los resultados de la evaluación de indicadores de los Programas Presupuestales operados con recursos estatales y de los Programas financiados con recursos del FASSA, y se integra con cinco apartados: el primero describe los principales componentes del Sistema de Salud del Estado; el segundo la descripción del Fondo de Aportaciones de Servicios de Salud - FASSA en Chiapas; el tercer apartado contiene una descripción de los programas presupuestales de salud y de los programas financiados con recursos del FASSA; en la cuarta sección se encuentra la revisión y análisis de los indicadores y finalmente en el quinto apartado, se presentan los resultados de la evaluación.

---

1 El ISA reportó 501 indicadores, de estos presentó información estadística de 447 e información completa de 417.

## 2. El Sistema de Salud de Chiapas

Los sistemas de salud son parte fundamental de cualquier sociedad. Se configuran a partir de la estructura política-económica con el objetivo de responder a los problemas y necesidades en materia de salud y enfermedad. Sus objetivos básicos son:

- mejorar la salud de la población;
- ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud;
- vigilar y dar seguimiento a riesgos sanitarios, y
- garantizar la seguridad financiera en materia de salud.

Según establece la Organización Mundial de la Salud (OMS), un sistema de salud abarca cualquier actividad encaminada a promover, restablecer o mantener la salud.

Otra forma de conceptualizar el sistema de salud es verlo como: Un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y de servicios, realizados simultánea o sucesivamente, con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar los objetivos determinados con relación a problemas de salud precisos y para una población determinada.

En términos generales, un Sistema de Salud está constituido por cuatro elementos fundamentales:

- *El sistema de sanitario*, integrado por los organismos responsables de dar atención a la salud, son las dependencias y organismos gubernamentales federales y locales, así como las personas físicas o morales de los sectores social y privado que prestan servicios de salud.
- *Población objeto de atención* es el conjunto de personas que tiene el derecho de recibir cobertura médica por parte de la institución oferente de los servicios.
- *Perfil epidemiológico* conformado, entre otras cosas, por los estilos de vida que incluyen los hábitos y costumbres determinados por el nivel socioeconómico al que se pertenece; las conductas de riesgo; los hábitos de consumo y convivencia; normas de higiene; la actividad laboral que se desempeña, etc.
- *El medio ambiente natural* en que vive el individuo, que comprende aspectos como la contaminación, uso y manejo de químicos, conductas psicosociales y socioculturales, así como la degradación de

los recursos naturales. De estas variables, la biología humana es la única que no se puede modificar, las otras son susceptibles de alteración.

Todos los elementos del sistema de salud deben, en principio, estar plenamente interrelacionados, ya que de ello depende la eficacia de los resultados alcanzados con respecto de las políticas públicas en materia de salud, éstas tienen por objetivo satisfacer de forma eficiente las necesidades de la población en los ámbitos de prevención, vigilancia, atención y cuidado de la salud para todos los grupos sociales, sin importar su origen étnico, condición socioeconómica, ubicación geográfica, sexo o edad. En este sentido, las políticas de salud en México y en Chiapas se caracterizan por promover principios de equidad, cobertura universal, gratuidad, eficiencia y atención primaria generalizada y regionalizada.

Para la instrumentación de las políticas de salud a nivel de localidad, el sistema de salud chiapaneco enfrenta importantes retos para alcanzar la cobertura universal de servicios de salud; entre los principales retos destacan: las diferencias culturales, las dificultades de comunicación por la variedad de lenguas, y los obstáculos para que los servicios sean accesibles debido a la importante dispersión poblacional y la compleja geografía del territorio.

## **2.1 La Salud en Chiapas**

Un sistema de salud, como ya se señaló, debe en principio estar plenamente interrelacionado, debido a que los resultados del sistema serán producto de la interacción efectiva de sus componentes. El sistema de salud mexicano y el chiapaneco se encuentran, dada su organización, segmentados horizontalmente e integrados verticalmente en forma jerárquica. La estructura vertical se conforma básicamente por tres niveles de atención:

1. El primer nivel, que opera en las comunidades, cuenta con un médico general, enfermería y técnico en salud;
2. el segundo nivel, que atiende situaciones de mayor complejidad, incluye uno o más hospitales con al menos cuatro especialidades básicas; y
3. el tercer nivel de atención, que están especializados en la atención de determinadas ramas de la salud, se configura con los hospitales e institutos de alta especialidad.

La integración vertical existe en el sistema de salud, sin embargo, se enfrenta a procesos burocráticos y administrativos, que suelen consumir tiempo y recursos excesivos, tanto para el sistema como para los usuarios.

Por otra parte, la estructura horizontal está conformada por un conjunto de instituciones que ofertan servicios de salud diferenciados, que varían entre entidades federativas y municipios; atienden de forma diferenciada a población que pertenece a distintos estratos socioeconómicos; desafortunadamente su integración es prácticamente inexistente, siendo ésta la principal fuente de diferenciación en la atención médica.

Existen, además, diferencias en la oferta de servicios de salud: la primera es una distinción entre instituciones que pertenecen al sector público y las del privado; la segunda corresponde a la población atendida, que se divide en población que labora en el sector formal con beneficios de seguridad social y la conocida como población abierta que carece de seguridad social.

Con relación a las instituciones del sector privado, éstas se conforman por las compañías aseguradoras y prestadoras de servicios de salud, que operan a través de consultorios, clínicas y hospitales privados. Este sector incluye a los prestadores de servicios de medicina alternativa, que operan de forma independiente de los servicios prestados por el Estado. La población que tiene acceso a estos servicios tiene capacidad de pago y/o cuenta con los beneficios ofertados por alguna póliza de seguro privada.

En cuanto al sector público, en el ámbito federal está el sector salud, conformado por las instituciones de seguridad social como son: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que presta servicio a los trabajadores del sector privado; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que atiende a los trabajadores de las dependencias del gobierno mexicano; el Servicio de Salud de Petróleos Mexicanos (PEMEX), el de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), el de la Secretaría de Marina (SEMAR), que prestan servicios de salud a sus empleados y sus familias.

En el caso del estado de Chiapas, las instituciones antes mencionadas ofrecen servicios de salud, así como también otras dos que atienden a los trabajadores del gobierno del Estado: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS-Chiapas) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en Chiapas (ISSSTECH)

El sistema de salud de Chiapas ofrece cobertura diferenciada de atención y beneficios en salud de acuerdo a la población objetivo, existiendo cuatro grupos de beneficiarios:

a) *La población con capacidad de pago.* Esta población hace uso de los servicios del sector privado, ya sea por pago en efectivo o a través de planes de seguros médicos.

b) *Los trabajadores asalariados, jubilados y sus familias.* Este grupo contempla a trabajadores activos del sector público o privado y a los jubilados y a sus familias. La atención de salud en Chiapas la brindan el IMSS, el ISSSTE, PEMEX, la SEDENA, el SEMAR, y el ISSSTECH. Estas instituciones brindan beneficios específicos en cinco ramos básicos de protección social (Dantés, et.al, 2011):

1. Seguro de enfermedad y maternidad (que incluyen atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria desde el primero hasta el tercer nivel, ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades);
2. seguro de riesgos de trabajo;
3. seguro de invalidez y vida;
4. seguro de retiro y vejez;
5. prestaciones sociales y guardería.

c) *Los auto-empleados y trabajadores del sector informal.* Se trata de la población que se inscribe al régimen voluntario del IMSS, haciendo los pagos para tener derecho a recibir parte de los servicios médicos como el seguro de enfermedades y maternidad, pero no a las demás prestaciones.

d) *La población abierta.* Se trata de la población desempleada, personas sin empleo formal, así como sus familias. A ellos se les ofrecen los servicios de salud incluidos en el Seguro Popular de Salud (SPS) a través de los Sistemas Estatales de Salud (SESA) de Chiapas, y el programa de IMSS-Oportunidades.

La población de Chiapas que no cuenta con beneficios de seguridad social, es atendida por los Servicios Estatales de Salud (SESA), del Instituto de Salud de Chiapas (ISA), a través del Seguro Popular de Salud (SPS); por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS-Prospera), y por la Cruz Roja Mexicana.



El Seguro Popular de Salud busca garantizar el acceso universal a los servicios de salud, a través de la atención en las unidades de los Servicios Estatales de Salud (SESA), en los centros de salud ubicados a lo largo de todo el territorio chiapaneco, en zonas tanto rurales como urbanas. Por el otro lado, IMSS-Prospera ofrece servicios de salud a población sin seguridad social, que atiende principalmente a personas quienes habitan en zonas rurales, lo hace en las clínicas de primer nivel y los hospitales rurales de segundo nivel.

En el país, el Sistema Público de Salud busca garantizar el acceso a estos servicios a través de 285 tipos de intervenciones y 634 medicamentos; así como también con insumos (alineados a las Guías de Práctica Clínica vigentes y a las Normas Oficiales Mexicanas) que incluyen esquemas de vacunación, acciones dirigidas a la prevención de trastornos de la alimentación y fortalecimiento de la atención de personas de la tercera edad, diabetes y salud en hombres y mujeres en edad adulta. Adicionalmente, quienes están afiliados, reciben por parte de las unidades de los SESA, un paquete de 18 intervenciones que incluyen el tratamiento para cáncer en niños, para cáncer cérvico-uterino, para cáncer de mama, para VIH/Sida y para cataratas.

## **2.2 Población objetivo**

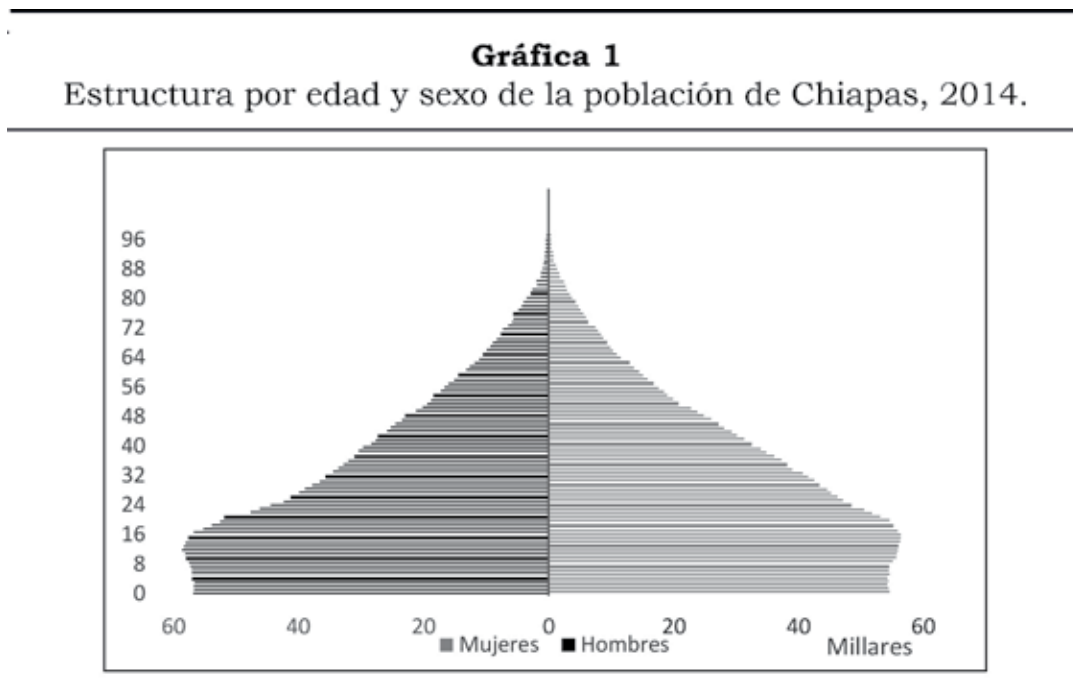
Chiapas está conformado por 118 municipios y 20,047 localidades; de ellas 14,585 tienen menos de cien habitantes y se encuentran dispersas por todo el territorio. Por otra parte, es importante resaltar que las cuatro localidades más importantes concentran cerca de un millón de habitantes (Tuxtla Gutiérrez, San Cristóbal de Las Casas, Tapachula y Comitán). El Estado ocupa el séptimo lugar en términos de población a nivel nacional, con un total de 5 millones 186 mil habitantes al 2014, según cifras de CONAPO, lo que representa el 4.3% de la población del país. Este volumen de población es resultado del crecimiento demográfico experimentado por el Estado en el último siglo. Chiapas contaba en el año de 1910 con una población de poco menor de 440 mil habitantes, lo que significa que la población actual se duplicó poco más de cuatro veces en el siglo pasado; esto representa un reto muy importante para la provisión de servicios en general y, en particular, de los servicios de salud y educación.

Otro aspecto importante a considerar es la estructura por edad de la población del estado de Chiapas, ya que marca las necesidades prioritarias en materia de salud. La pirámide de población al 2014 muestra una base

amplia, para al menos los primeros tres años de edad, por el efecto de la alta fecundidad, que se ensancha entre los 10 y 20 años de edad y, posteriormente, vuelve a reducirse de manera paulatina por el efecto de un patrón demográfico de emigración y mortalidad temprana, de ahí que la proporción de adultos mayores (65 años y más) sea una de las más bajas de México.

De acuerdo con datos de la proyección de población de Chiapas en 2014, se contaba con una población de 5,186 millones de habitantes (2,542,154 hombres y 2,643,849 mujeres) y una estructura por edad sumamente joven, el 34.3% de la población corresponde a individuos de 15 años o menos, mientras que la proporción de adultos mayores (65 años y más) representa el 4.9% del total. En contraparte, las personas en edad laboral de 15 a 64 años, constituyen el 61.9% de los habitantes del Estado.

En la siguiente gráfica se puede observar la pirámide de población:



Fuente: elaboración propia con base en datos de las proyecciones de CONAPO.

La estructura por edad de Chiapas, muestra que el volumen de la población en edades laborales ha alcanzado un peso relativo mucho mayor con relación a la población en edades dependientes. Prácticamente 62% de la población del Estado se encuentra en edad productiva, y se espera que el porcentaje siga en aumento en los próximos años ya que aún se encuentra por debajo del nivel nacional que es del 63.6% al mismo año.

## 2.3 Infraestructura física

Los recursos con los que cuenta el sistema de salud de Chiapas pueden dividirse en materiales y humanos. Entre los recursos materiales más importantes destacan la infraestructura física, equipamiento y suministros. El Instituto de Salud de Chiapas cuenta con un total de mil ciento tres unidades médicas, distribuidas a lo largo del estado y organizadas administrativamente en diez jurisdicciones sanitarias.

La siguiente tabla presenta el tipo de infraestructura con que cuenta cada jurisdicción sanitaria.

**Tabla 1**  
**Infraestructura del Sistema Estatal de Salud de Chiapas, 2014**

<b>JURISDICCIÓN</b>	<b>I Tuxtla Gutiérrez</b>	<b>II San Cristóbal</b>	<b>III Comitán</b>	<b>IV Villaflores</b>	<b>V Pichucalco</b>	<b>VI Palenque</b>	<b>VII Tapachula</b>	<b>VIII Tonalá</b>	<b>IX Ocosingo</b>	<b>X Motozintla</b>	<b>Total</b>
Caravana	4	19	5		11	31	2		37		109
Centro de Salud	60	84	35	20	40	54	38	28	56	24	439
Centro de Salud con Servicios Ampliados	2	4	3		2	1			1	1	14
Centro de Salud / Hospital	3	3	2	1	3	3	1	1	1	1	19
Clínica De La Mujer	2	2	2	1	1	1	1	2			12
Hospital General	1	2	2	1	1	2	2	2			13
Hospital Integral	2	4	2	2	2	2		1	1	1	17
Hospital Regional de Alta Especialidad	1						1				2
Unidad Móvil	14	14	11	1	8	4	5	5	3	4	69
Unidad de Especialidades Médicas	6	2	2			2	4	1			17
Casa De Salud	55	23	60	39	43	18	62	23	41	27	391
Atención Mental	1										1
<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>157</b>	<b>124</b>	<b>65</b>	<b>111</b>	<b>118</b>	<b>116</b>	<b>63</b>	<b>140</b>	<b>58</b>	<b>1103</b>

Fuente: Instituto de Salud del Estado de Chiapas, 2014

Es importante señalar que Chiapas cuenta únicamente con dos hospitales de alta especialidad: uno pediátrico en la zona centro; y, el de alta especialidad en la costa, lo que deja desprovisto a las zonas altas y selva del Estado. También es importante apuntar que de las 69 unidades médicas

móviles, 28 se concentran en las jurisdicciones sanitarias I y II, es decir, el 40% de las unidades, lo cual no corresponde con la densidad poblacional, ni con la incidencia de enfermedades en el territorio.

Adicionalmente, el Estado cuenta con un total de 2,328 camas hospitalarias y no hospitalarias, 1,654 consultorios y 167 ambulancias, poco más de una ambulancia por municipio, sin embargo, esto resulta insuficiente para municipios con alta densidad poblacional como Tuxtla Gutiérrez, Tapachula o Comitán.

**Tabla 2**  
Infraestructura hospitalaria, Chiapas, 2014

<b>Infraestructura Total</b>	<b>4,149</b>
Consultorios	1,654
Camas Hospitalarias	1,299
Camas No Hospitalarias	1,029
Ambulancias	167

Fuente: Instituto de Salud del Estado de Chiapas, 2014

La tabla 2 muestra la infraestructura total disponible en el estado de Chiapas al año 2014. De la misma se desprende que existían al año señalado un promedio de 0.35 camas hospitalarias por cada mil habitantes, en contraste con las 1.2 camas por cada mil habitantes disponibles en el D.F.

La certificación de unidades médicas es un mecanismo fundamental para garantizar el mejoramiento de la calidad de la atención. Este proceso permite determinar si las unidades de atención a la salud disponen de los recursos necesarios y si desarrollan los procesos sustantivos y de apoyo de manera adecuada y conforme a parámetros establecidos. En México, el Consejo de Salubridad General (CSG) es el órgano responsable de promover y desarrollar las acciones para certificar la calidad de los establecimientos que brindan servicios de salud, con base en el Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

De acuerdo con los datos proporcionados por el Instituto de Salud de Chiapas, en 2014 había un total de 500 unidades médicas certificadas, lo que para el indicador de salud respectivo significó un nivel de cumplimiento de meta del 100%.

## Recursos humanos

En materia de recursos humanos, Chiapas cuenta con 1.3 médicos por cada mil habitantes, en contraste con el D.F. que tiene 3.6 al año 2014, esto refleja la debilidad del sistema de salud de Chiapas que presenta una de las coberturas más bajas del país que, aunado a los problemas de accesibilidad y dispersión poblacional, permite comprender las deficiencias observables en materia de salud especialmente en población rural.

En la siguiente página se presenta la tabla 3, podemos observar las categorías programáticas del FASSA en el 2014, donde se muestran las funciones y subfunciones, así como la finalidad de cada una de ellas.

**Tabla 3**

**Secretaría de Salud de Chiapas, Recursos Humanos, 2014**

Médicos en contacto directo con el paciente	3719
Médicos generales	1954
Médicos especialistas	1067
Odontólogos	267
Residentes	87
Pasantes	344
Personal De Enfermería	8295
Auxiliar	1386
General	4177
Especializado	223
Pasantes	2272
Otros	237

El Sistema de Salud público de Chiapas, opera con una disponibilidad de recursos materiales y humanos, a todas luces insuficiente, para hacer frente a la creciente demanda de servicios. La composición por edad de la población que atiende el SSC es muy joven, sin embargo, comienza a presentar un patrón epidemiológico que combina enfermedades crónico degenerativas con enfermedades infecto-contagiosas; evidentemente esta situación requiere mayor cantidad de médicos con mayores estándares de preparación, además de mejores y más recursos.



## **3. FASSA**

### **3.1. Antecedentes**

La Secretaría de Salud del Gobierno Federal promovió a finales de los años 90's la descentralización de los servicios de salud, misma que se realizó en dos aspectos:

- La coordinación programática, para el acercamiento progresivo de las instituciones de salud en los estados, para relacionar los sistemas operativos, evitar duplicidades y asegurar su complementariedad; y
- La integración orgánica, bajo la fusión de los servicios de la Secretaría de Salud, los programas IMSS-COPLAMAR y los servicios prestados por las propias entidades federativas, vínculo que conformaría los Servicios Estatales de Salud a cargo de los gobiernos locales.

Como resultado se concentraron los recursos presupuestarios correspondientes a las transferencias establecidas en los acuerdos, en el ramo 12 del Presupuesto de Egresos de la Federación, bajo un solo programa denominado "Descentralización de los Servicios de Salud". Fue así como el Ejecutivo Federal promovió el 11 de noviembre de 1997, la iniciativa que reforma diversas disposiciones de la Ley de Coordinación Fiscal y adiciona un capítulo V, denominado "De los Fondos de Aportaciones Federales", con el propósito de dar permanencia a los recursos que la Federación aportaría para el mejor desarrollo de las actividades descentralizadas a las entidades federativas.

La iniciativa promovió la creación de tres fondos de aportaciones, uno de los cuales soportaría las transferencias de los recursos correspondientes a los Servicios de Salud; fue así como estas transferencias quedaron normadas en la Ley de Coordinación Fiscal (LCF), y sus montos asignados en el Presupuesto de Egresos de la Federación.

El 29 de diciembre de 1997, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Decreto por el que se adiciona y reforma la Ley de Coordinación Fiscal con vigencia a partir del 1 de enero de 1998, y se crearon, entre otros, el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), cuyo sustento está en el artículo 4º Constitucional, que prevé que: "la Ley establecerá la concurrencia de la Federación y de las entidades federativas en materia de salubridad general", así como de las estrategias y líneas de acción definidas

en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 (que planteaba la necesidad de descentralizar responsabilidades y recursos para acercar los servicios básicos a la población).

De esta forma el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) entró en vigor el 1 de enero de 1998, con el fin de garantizar el derecho constitucional de los mexicanos al acceso a los servicios de salud. La prioridad es disminuir las diferencias en los servicios de salud que recibe la población abierta -la no incorporada a ningún régimen de seguridad social en el país- y la que sí cuenta con un esquema de seguridad social.

Para alcanzar dicho fin se orientan los esfuerzos a: la protección contra riesgos sanitarios; la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; la mejora en la calidad de la atención y la seguridad en salud; así como el abasto y entrega oportunos y adecuados de medicamentos.

El Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud es regulado, principalmente, por la Ley de Coordinación Fiscal (LCF). El artículo 29 de dicha Ley dispone que los recursos serán destinados a los Estados y el Distrito Federal dará apoyo "...para ejercer las atribuciones que en los términos de los artículos 3, 13 y 18 de la Ley General de Salud les competan". Si bien en la LCF, no se precisa explícitamente el objetivo del FASSA y se remite a la Ley General de Salud (LGS), lo cierto es que sí se establece que los recursos del Fondo cumplen con una función de apoyo.

### **3.2. El Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)**

El Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud tiene como principal objetivo disminuir las diferencias en la prestación de los servicios de salud entre población derechohabiente y abierta, mediante la implementación de actividades de protección contra riesgos sanitarios; la promoción de la salud y prevención de enfermedades; la mejora en la calidad de la atención y la seguridad en salud; así como el abasto y entrega oportunos y adecuados del medicamento.

El FASSA busca preservar la capacidad operativa de las entidades federativas y una mayor equidad del gasto público, al distribuir los recursos remanentes mediante una fórmula de asignación, que busca otorgar más recursos a las entidades con mayores necesidades y rezagos.



La Ley General de Salud (LGS), destaca las siguientes atribuciones al fondo:

- Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general a que se refieren las fracciones II, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII, XXVIII Bis y XXX del artículo 3° de la Ley, de conformidad con las disposiciones aplicables.
- Coadyuvar a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, y planear, organizar y desarrollar sistemas estatales de salud, procurando su participación programática en el primero.
- Formular y desarrollar programas locales de salud, en el marco de los Sistemas Estatales de Salud y de acuerdo con los principios y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo.
- Llevar a cabo los programas y acciones que en materia de salubridad local les competan.
- Elaborar información estadística local y proporcionarla a las autoridades federales competentes.

De acuerdo con la última reforma a la Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de enero de 2009, corresponde a las entidades federativas y a la federación la prevención del consumo de narcóticos, la atención a las adicciones y la persecución de los delitos contra la salud, en los términos del artículo 474 de la LGS.

El monto de los recursos que integran este Fondo, se determina anualmente en el Presupuesto de Egresos de la Federación, a partir de los elementos siguientes establecidos en el artículo 30 de la LCF:

- Inventario de infraestructura médica y las plantillas de personal, utilizados para los cálculos de los recursos presupuestarios transferidos a las entidades federativas, con motivo de la suscripción de los Acuerdos de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud respectivos, incluyendo las erogaciones que correspondan por concepto de impuestos federales y aportaciones de seguridad social.
- Recursos presupuestarios con cargo a las previsiones para servicios personales transferidos durante el ejercicio fiscal inmediato anterior, para cubrir el gasto en servicios personales, incluidas las ampliaciones autorizadas por incrementos salariales, prestaciones y medidas económicas.
- Recursos presupuestarios transferidos por la federación, durante el ejercicio fiscal inmediato anterior para cubrir gastos de operación e inversión.

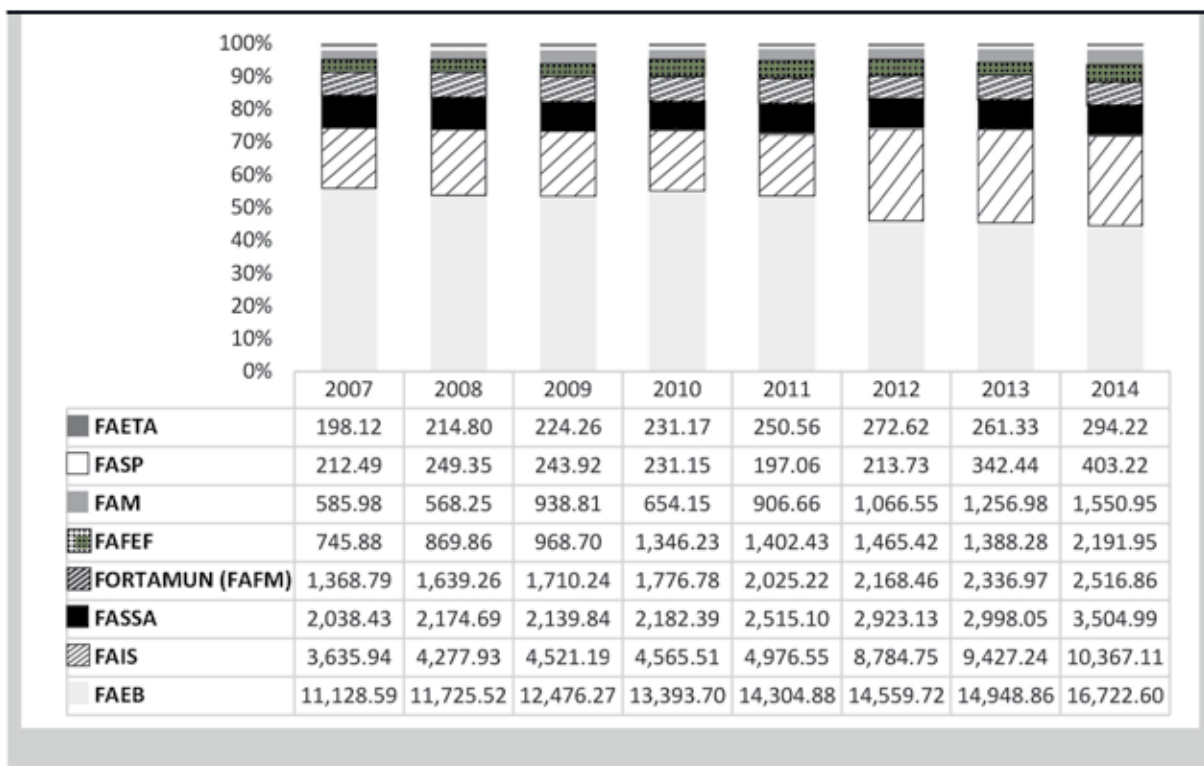
- Otros recursos, que en el Presupuesto de Egresos de la Federación se destinen para promover la equidad en los servicios de salud.

Respecto de los recursos adicionales mencionados en el último punto, su distribución se realiza atendiendo al principio de equidad en los servicios de salud, mediante una fórmula per cápita integrada por variables, como mortalidad, marginación y gasto en salud, para otorgar más recursos a las entidades federativas que muestran un mayor rezago.

La Secretaría de Salud, da a conocer anualmente, en el Consejo Nacional de Salud, las cifras que corresponden a las variables integrantes de la fórmula para la distribución de los recursos adicionales del fondo.

En la siguiente gráfica se presentan las aportaciones a los Fondos del Ramo 33 de los últimos 7 años:

**Gráfica 2**  
Aportaciones al Ramo 33 para Chiapas, 2007-2014



Fuente: SHCP

Como se puede observar en la gráfica 2, desde al año 2007 al 2014, los recursos destinados al FASSA para el estado de Chiapas se han incrementado en términos corrientes, al pasar de dos mil a tres mil quinientos millones de pesos en el periodo señalado. Se debe señalar que el presupuesto reportado para FASSA al año 2014, por la Secretaria de Hacienda Federal difiere de los recursos que el Instituto de Salud de Chiapas declara haber recibido, básicamente porque existen programas de salud en el Estado que operan con una mezcla de recursos del FASSA y aportaciones federales, situación que hace imposible conocer con exactitud los recursos recibidos por el Instituto.

### 3.3. Alcance y enfoques del FASSA

El objetivo específico del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), es brindar apoyo a los Gobiernos Locales para atender las necesidades en materia de salud; buscando además, fortalecer los presupuestos de las entidades federativas y las regiones que la conforman; de modo que las funciones presentadas en la tabla 3.1, relativas a las categorías programáticas, tienen por fin dar cumplimiento a los objetivos planteados.

**Tabla 4**  
Categorías programáticas de FASSA, 2014

Programa Presupuestario	Finalidad	Función	Subfunción
FASSA	Desarrollo social	Salud	Rectoría del Sistema de Salud
FASSA	Desarrollo social	Salud	Generación de Recursos para la Salud
FASSA	Desarrollo social	Salud	Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad
FASSA	Desarrollo social	Salud	Prestación de Servicios de Salud a la Persona

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Salud, 2014.

Para el logro de sus objetivos el FASSA tiene definidas sus actividades, la población objetivo, la cobertura, las metas, los logros, el contexto y los aspectos a evaluar que se describen a continuación:

**a) Actividades:**

- Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salud general.
- Informar del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública.
- Coadyuvar a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, y planear, organizar y desarrollar Sistemas Estatales de Salud, procurando su participación programática en el primero.
- Formular y desarrollar programas locales de salud, en el marco de los Sistemas Estatales de Salud y de acuerdo con los principios y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo.
- Llevar a cabo los programas y acciones que en materia de salubridad local les competan.
- Elaborar información estadística local y proporcionarla a las autoridades federales competentes.

**b) Población objetivo:**

La llamada población abierta, que por su condición socioeconómica o geográfica carece de los servicios de seguridad social, tales como el IMSS, el ISSSTE y el ISSTECH.

**c) Cobertura:**

Entre 2010 y 2012, la carencia por acceso a la seguridad social aumentó de 69.6 millones de personas (60.7%) a 71.8 millones (61.2%) en todo el país.

La población indígena con esta carencia representó el 81% en 2012 (9.2 millones de personas). En el mismo año, 81.5% de la población que vive en zonas rurales no tuvo acceso a la seguridad social.

**d) Meta:**

Aumentar la cobertura de los servicios de salud en los sectores de la población carentes de dicha atención.

**e) Logros:**

Datos del CONEVAL señalan que entre 2010 y 2012, aproximadamente un 83% de la población chiapaneca, no tenía acceso a servicios de seguridad social. Asimismo, es la única carencia en esta entidad que aumentó durante este periodo.

#### **f) Contexto:**

Chiapas se localiza al sureste de México; colinda al norte con el estado de Tabasco, al oeste con Veracruz y Oaxaca, al sur con el Océano Pacífico y al este con la República de Guatemala. Chiapas es el octavo estado más grande en la República mexicana, representa el 3.8% de la superficie del país. En la entidad se hablan 12 lenguas indígenas, entre las que destacan: Tseltal, Tsotsil, Ch'ol, Tojol-ab'al, Zoque, Chuj, Kanjobal, Mam, Jacalteco, Mochó, Cakchiquel y Lacandón o Maya Caribe; estas son parte de las 62 lenguas reconocidas oficialmente en México. Se puede apreciar que existe un amplio espectro para la realización de estudios que permitan resolver las necesidades y carencias que se tienen especialmente en las zonas indígenas, para poner en marcha acciones de mejora en la atención a la salud.

### **3.4. Evaluación del FASSA**

En el acuerdo por el que se publican las reglas de operación del programa para la Fiscalización del Gasto Federalizado en el Ejercicio Fiscal 2014, se observa el procedimiento para la revisión y fiscalización del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), que conlleva los siguientes aspectos:

#### **a) Control interno:**

- *Verificar, mediante la aplicación de cuestionarios, la existencia de controles internos suficientes para prevenir y minimizar el impacto de los riesgos que puedan afectar la eficacia y eficiencia de las operaciones, la obtención de información confiable y oportuna, el cumplimiento de la normativa y la consecución de los objetivos del FASSA.*

#### **b) Transferencia de recursos:**

- *Verificar que la entidad federativa así como el organismo ejecutor del fondo, tengan una cuenta bancaria productiva específica, en la que se recibieron y administraron exclusivamente los recursos del Fondo, en el ejercicio fiscal respectivo y sus rendimientos; así como que en ella no se incorporaron ni recursos locales ni aportaciones realizados, en su caso, por los beneficiarios de las obras y acciones.*
- *Verificar que la Federación transfirió los recursos del Fondo conforme al calendario publicado por la Tesorería del Estado o su equivalente, y*

que ésta instrumentó las medidas necesarias para agilizar la entrega de los recursos a las instancias ejecutoras de su administración, conforme a su propia legislación y a las disposiciones aplicables; asimismo, comprobar que los recursos transferidos al Estado no se gravaron o afectaron en garantía.

- *Verificar que el saldo de la cuenta bancaria del FASSA a la fecha de la revisión, corresponda con el saldo pendiente de ejercer reportado en el estado de situación presupuestal y/o en los registros contables.*

### **c) Registro e información financiera de las operaciones**

- *Verificar que los recursos del Fondo recibidos en la entidad federativa, por medio de la Tesorería del Estado o su equivalente y/o sus instancias ejecutoras, así como los rendimientos financieros generados y las erogaciones realizadas, se registraron contable, presupuestal y patrimonialmente conforme a la normativa aplicable. Asimismo, que la información contable y presupuestaria formulada sobre los recursos del Fondo sea coincidente, o se encuentre debidamente conciliada, de conformidad con la normativa aplicable y con la Cuenta Pública Federal y Estatal.*

- *Verificar que los registros contables-presupuestales estén soportados con la documentación soporte y comprobatoria original del gasto; que cumplió con las disposiciones legales y fiscales; así como que canceló con la leyenda “operado” o como lo establezcan las disposiciones locales, con el nombre del Fondo.*

### **d) Destino de los recursos**

- *Principio de anualidad:* Constatar que el destino y ejercicio de los recursos del Fondo y sus rendimientos financieros, se sujetaron a las disposiciones legales aplicables y al principio de anualidad.

### **e) Servicios personales:**

- *Verificar que el personal, acredite el perfil de la plaza contratada y constatar su registro en la Dirección General de Profesiones.*

- *Comprobar que los pagos al personal, se ajustaron a los tabuladores autorizados y que los pagos por concepto de compensaciones, bonos, estímulos económicos, conceptos extraordinarios, entre otros, se efectuaron de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables.*

- *Verificar que no se realizaron pagos a personal que causó baja temporal o definitiva, o que contó con permiso o licencia sin goce de sueldo; asimismo, verificar el reintegro a la cuenta bancaria específica del Fondo o destino de los pagos cancelados.*
- *Constatar que no se otorgaron licencias con goce de sueldo a personal del organismo de salud estatal, por comisiones a otras entidades cuyas funciones son diferentes a los objetivos del fondo (realizar visita a unidades médicas de acuerdo a un muestreo determinado).*
- *Comprobar que las licencias con goce de sueldo, por comisión sindical del personal del organismo estatal de salud, se otorgaron de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables.*
- *Verificar que el Estado formalizó la contratación del personal eventual, y que los pagos se ajustaron a los pactados; asimismo, constatar que en los casos de nuevas contrataciones se apegaron a lo establecido en la normativa.*
- *Verificar que se realizaron las retenciones y el pago correspondiente por conceptos de impuestos y aportaciones de seguridad social (ISR, ISSSTE, FOVISSSTE, entre otros), sin que existan pagos indebidos o en exceso con cargo a los recursos del fondo.*

#### **f) Adquisiciones, control y entrega de medicamento:**

- *Comprobar que los medicamentos se adquirieron de conformidad con la normativa aplicable y que, en aquellos casos en los que no se sujetaron al procedimiento de licitación pública, se acreditaron de manera suficiente los criterios en los que se sustentó la excepción; asimismo, que las adquisiciones efectuadas se ampararon en un contrato o pedido debidamente formalizado, que cumplió con los requisitos establecidos en las disposiciones jurídicas aplicables, que fue congruente con lo estipulado en las bases de la licitación y que las operaciones se realizaron conforme a los términos y condiciones pactadas en el mismo.*
- *Verificar que el medicamento adquirido se recibió de acuerdo a las condiciones pactadas y, en caso de incumplimiento en los plazos de entrega de los bienes adquiridos establecidos en el pedido o contrato, se hayan aplicado las penas convencionales correspondientes.*
- *Comprobar que el medicamento adquirido con recursos del Fondo sea recibido de manera completa por los beneficiarios de conformidad con una muestra de recetas prescritas, y que los*

medicamentos prescritos por el médico, correspondan con los del Cuadro Básico y, en su caso, determinar la cantidad de los que no se surtieron, su monto y las causas por las que no fueron entregados, así como la cantidad y monto de aquellos que se surtieron a pacientes que no eran beneficiarios del Fondo.

### **g) Transparencia**

- *Verificar que la Entidad Federativa informó trimestralmente sobre el ejercicio, destino y resultados obtenidos respecto de los recursos del Fondo a la SHCP, que fueron publicados en sus órganos locales oficiales de difusión y en su página de Internet o en otros medios locales de difusión; que informó trimestralmente de forma pormenorizada sobre el avance físico de las obras y acciones respectivas (a nivel programa y obra) y, en su caso, la diferencia entre el monto de los recursos transferidos (ministrado) y aquéllos erogados; que los resultados de las evaluaciones se hayan realizado y que la Entidad Federativa requisitó y reportó los indicadores de desempeño; asimismo, verificar el cumplimiento en la entrega de la información trimestral remitida, su calidad y congruencia con la aplicación y los resultados obtenidos con los recursos del Fondo.*

- *Verificar que la Entidad Federativa remitió a la Secretaría de Salud de manera trimestral o semestral, en su caso, la información relacionada con el personal comisionado, los pagos retroactivos y los pagos realizados diferentes al costo asociado a la plaza, del personal a cargo del FASSA, que la difundió en su página de Internet o en su medio local de difusión y verificar que la Secretaría publicó en su página de Internet la información remitida por las entidades federativas.*

### **h) Participación social**

- *Comprobar que en cada unidad de salud se estableció un aval ciudadano, que existe evidencia de su constitución y de su participación en el seguimiento y evaluación de la calidad del servicio.*

### **i) Cumplimiento de objetivos e impacto de las acciones**

- *Verificar que los recursos del FASSA fueron evaluados con base en los indicadores, para determinar el cumplimiento de sus objetivos, metas y resultados. Adicionalmente, comprobar que los resultados de las*



evaluaciones fueron publicados en las respectivas páginas de Internet.

- *Verificar que la SHCP, la Secretaría de Salud y la dependencia ejecutora del Fondo, acordaron con la Entidad Federativa, medidas de mejora continua para el cumplimiento de los objetivos para los que se destinaron los recursos, los cuales debieron reportarse en los términos del artículo 85 de la LFPRH.*
- *Aplicar indicadores para medir el cumplimiento de los objetivos (eficiencia y eficacia) del FASSA.*

#### **j) Servicios personales**

- *Verificar que en los expedientes del personal dispongan de la documentación que acredite el perfil de la plaza contratada.*
- *Verificar que el personal con plaza de médico, no realice funciones administrativas.*

#### **k) Control y entrega de medicamento (excepto servicios subrogados)**

- *Verificar la recepción y el registro en almacén de los medicamentos y la práctica de inventarios rotativos de medicamentos e insumos médicos adquiridos, para determinar aquéllos de lento o nulo movimiento, su caducidad; así como constatar que se dispone de un manejo adecuado y transparente de medicamentos, insumos médicos y medicamentos controlados que permitan su identificación y fiscalización.*

#### **l) Procedimientos en visitas a unidades de salud**

- *Verificar en una muestra determinada que los médicos y otro personal registrados en las nóminas pagadas con el FASSA, laboraron efectivamente en las unidades de salud y que existen controles de asistencia.*
- *Verificar la recepción y el registro en las unidades de salud de los medicamentos y la práctica de inventarios rotativos de medicamentos e insumos médicos adquiridos para determinar los de lento o nulo movimiento y los caducos.*

Asimismo, constatar que las unidades de salud, disponen de un manejo adecuado y transparente de los medicamentos, insumos médicos y medicamentos controlados, que tienen las condiciones físicas adecuadas para su control y resguardo (excepto servicios subrogados).

- *Verificar la existencia de insumos médicos y medicamentos suficientes en las unidades médicas y centros de salud, su requisición, la oportunidad en su abasto de acuerdo con las fechas establecidas y su correspondencia con lo solicitado, para atender la demanda de la población objetivo del Fondo (Excepto servicios subrogados).*
- *Comprobar que las recetas fueron requisitadas de forma completa y que los medicamentos prescritos por el médico correspondieron con los del Cuadro Básico de Medicamentos; que se entregaron en su totalidad al paciente y, en su caso, determinar la cantidad de los que no se surtieron, su monto y las causas por las que no fueron entregados, así como la cantidad y monto de aquéllos que se surtieron a pacientes fuera de los objetivos del Fondo.*
- *Comprobar que en las unidades de salud visitadas se estableció un aval ciudadano, que existe evidencia de su constitución y de su participación en el seguimiento y evaluación de la calidad del servicio.*

Es importante señalar que la reglamentación para la evaluación del FASSA, contempla aspectos de fiscalización y control presupuestal observados por la dependencia y evaluados y sancionados por la Secretaría de la Función Pública, el Órgano de Fiscalización Superior del Congreso del Estado (OFSCE) y la Auditoría Superior de la Federación.

El Consejo de Investigación y Evaluación de la Política Social del Estado de Chiapas debe respetar la observancia de la reglamentación, además de tener como objetivo realizar evaluaciones alternas al FASSA, mismas que pueden incluir: evaluaciones de consistencia, indicadores, procesos, resultados, impacto y estratégicas. Cada una de las evaluaciones busca conocer el efecto de los recursos del Fondo sobre la calidad de vida y el mejoramiento de las condiciones de salud de los chiapanecos.

## 4. Programas de salud

El derecho a la salud ha sido definido a partir del Pacto Internacional de los Derechos Económicos Culturales y Sociales, donde la atención en salud es considerada como una parte. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4º, establece que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”; las bases y modalidades para el acceso a estos servicios están definidas en la Ley General de Salud (LGS), que reglamenta el derecho a la protección de la salud y es de aplicación en toda la República Mexicana, sus disposiciones son de orden público e interés social.

Al hablar de la salud se trata de una categoría biológica, psicológica y social, que está en contradicción con la enfermedad desde el instante de la concepción y hasta la muerte; se expresa a nivel individual, familiar y de comunidad en cada momento del desarrollo humano, económico y social. La salud es un derecho humano fundamental y un inestimable bien social. Entonces los sistemas de atención a la salud y su gestión tienen como función satisfacer de forma eficiente las necesidades de la población en los ámbitos de prevención, vigilancia, atención y cuidado de la salud para todos.

El marco jurídico que vincula a las diferentes instituciones del sector salud está establecido en el artículo 7º de la Ley General de Salud, la que coordina al Sistema Nacional de Salud y que está a cargo de la Secretaría de Salud, entre otras atribuciones, de establecer y conducir la política nacional en materia de salud y coordinar los programas de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal. La Secretaría de Salud Federal es la encargada de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, de los servicios médicos y de la salubridad general, así como coordinar los programas de servicios de salud, los agrupamientos por funciones y los programas afines (con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente).

Al nivel de los Estados, los coordinadores de las intervenciones en salud y sus Sistemas de Salud, son los Institutos o las Secretarías de Salud Estatales; operan principalmente con una mezcla de recursos estatales y federales, entre ellos los provenientes del Ramo 33, específicamente del Fondo de Aportaciones para Servicios de Salud (FASSA), también, aunque en menor medida, de otras fuentes de financiamiento como subsidios o programas federales.

Un programa de salud se puede definir como un conjunto de acciones implementadas con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población. De esta forma, las autoridades promueven campañas de prevención y buscan garantizar el acceso generalizado y equitativo a los centros de atención. Es decir, que un programa de salud es un instrumento de planeación que permite operar las políticas de salud y que incluye acciones que tienen por objeto promover, prevenir, tratar, vigilar y cuidar la salud de la población a su cargo.

Las intervenciones en materia de salud, implementadas por el Instituto de Salud del estado de Chiapas durante el año 2014, se llevaron a cabo con 145 programas, que ejecutaron un total de 352 acciones consistentes en: vigilancia epidemiológica, prevención y atención de la salud, así como en materia administrativa y de infraestructura. Estas acciones ejecutadas en 2014, tuvieron un presupuesto ejercido del orden de los 8.9 mil millones de pesos, mismos que presentan un subejercicio del orden del 13% con relación al presupuesto autorizado para el mismo año, según datos reportados por el Instituto de Salud de Chiapas, tal y como puede apreciarse en la tabla 5:

**Tabla 5**

**Presupuesto según tipo de programa de salud, Chiapas, 2014**

Tipo	Programas	Actividad	Componentes	Presupuesto Autorizado	Presupuesto Ejercido	Población Beneficiaria
Prevención	32	96	34	1,370,843,605	829,869,858	2,240,717
Atención	38	92	39	1,595,498,528	1,297,714,831	1,163,287
Vigilancia	12	34	12	45,986,657	19,182,471	3,892,558
Infraestructura	22	29	23	1,083,733,282	972,339,583	1,027,083
Administrativo	41	100	42	6,220,147,791	5,835,654,227	2,161,658
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>351</b>	<b>150</b>	<b>10,316,209,862</b>	<b>8,954,760,970</b>	<b>10,485,303</b>

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Salud, 2014.

En México, los programas para la prevención de salud operaron con el 1.5% de los recursos totales asignados a los programas de salud, mientras que en el estado de Chiapas estos recursos alcanzaron el 13.3%. Con relación a los programas de atención a la salud, a nivel nacional se destinaron 15.2%

de los recursos, cifra muy similar a la del Estado, que fue del orden del 15.5%; para vigilancia epidemiológica, a nivel nacional se destinó el 0.7% de los recursos, siendo para Chiapas del 0.4%; en cuanto a Infraestructura, nacionalmente se aplicó el 0.3% de los recursos disponibles, y en el Estado el 10.5%; los programas administrativos, en el ámbito nacional, operaron con el 82.4% del presupuesto y, a nivel estatal, con el 60.3%. Es importante señalar que los programas administrativos incluyen, entre otras cosas, los recursos necesarios para el pago de la nómina de personal, el presupuesto para la compra de medicamentos e insumos y para el mantenimiento de instalaciones y equipos.

En Chiapas, los programas para la atención y prevención de la salud representaron el 48% de los 145 autorizados en el año 2014, concentraron el 53.6% de las actividades, con un presupuesto autorizado del 28.8% y ejercido del 23.8%. Es decir, que tuvieron un subejercicio presupuestal del 5%.

De los 145 programas de salud en Chiapas del año 2014, 47 fueron ejercidos con recursos del FASSA, mismos que se operaron a través de 128 acciones, que representan el 32% en salud del Estado, a pesar de tener asignado el 24.5% del presupuesto de salud. Es importante señalar que Chiapas recibe la mayor asignación presupuestal a nivel nacional del FASSA. Se aprecia en la siguiente tabla la distribución por tipo de programa:

**Tabla 6**  
**Programas implementados con recursos FASSA, 2014, en Chiapas**

Tipo	Programa	Actividad	Componentes	Presupuesto Autorizado	Presupuesto Ejercido
Prevención	14	40	15	37,024,745	14,589,904
Atención	13	35	14	384,315,542	289,049,310
Vigilancia	7	15	7	16,780,200	8,706,601
Infraestructura	2	3	2	7,939,653	5,521,371
Administrativo	11	35	11	2,087,020,667	1,955,131,475
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>128</b>	<b>49</b>	<b>2,533,080,807</b>	<b>2,272,998,660</b>

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Salud, 2014.

Los programas financiados con recursos FASSA, para atención y prevención de la salud, representaron el 57.4% del total de programas de salud, cifra 9.1% superior a la presentada por los programas autorizados en Chiapas. Los programas de atención y prevención financiados por FASSA concentraron el 58.6% de las actividades y su presupuesto autorizado representó el 16.6% del que fue ejercido sólo el 13.4%, representando un subejercicio presupuestal del 3.2%.

#### **4.1. Programas de atención**

Los programas de atención hacen referencia a la puerta de entrada del sistema sanitario, y corresponde a la operación y continuidad de la atención para la población.

En la Declaración de Alma Ata (del 12 de septiembre de 1978), se estableció la necesidad de aplicar estrategias de salud intersectoriales con fuerte componente de participación ciudadana, basadas en la mejora de la calidad de vida, especialmente de los más pobres. El artículo VI declara que: "...la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación....".

Sin embargo, bajo el modelo neoliberal, se instauraron sistemas de salud que tienen como núcleo el aseguramiento individual, la atención a la enfermedad más que la prevención y la promoción de la salud, privilegiando a los sectores de la población de mayores ingresos.

En el año 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su asamblea general, lanzó la directriz de trabajar sobre los determinantes sociales y económicos. Se trata de una estrategia que busca concentrar el conocimiento científico acumulado, en relación con las causas últimas o estructurales de los problemas de salud; igualmente, es un intento de recuperar las estrategias de Salud para Todos y de Atención Primaria en Salud, planteadas por Alma Ata.

La atención a la salud es muy importante, por ello este programa es el que tuvo mayor presupuesto en Chiapas para el 2014, operaron 38 programas de atención con financiamiento diverso como del FASSA, Ingresos estatales,

No gubernamentales, Otros, Otros subsidios, Otros convenios y Programas Sujetos a reglas. A continuación se muestra la tabla 7, que contiene las fuentes de financiamiento, las actividades, los componentes y el presupuesto correspondiente a la operación del programa de atención:

**Tabla 7**

**Programas de atención a la salud ejecutados en Chiapas, 2014**

Fuente \$	Programas	Actividades	Componentes	Presupuesto Autorizado	Presupuesto Ejercido
<b>FASSA</b>	13	35	14	384,315,542	289,049,310
<b>Ingresos estatales</b>	2	5	2	8,375,568	3,216,627
<b>No Gubernamentales</b>	4	8	4	10,869,781	2,176,192
<b>Otros</b>	1	2	1	2,024,026	1,483,144
<b>Otros subsidios</b>	4	9	4	815,529,424	773,384,660
<b>Otros convenios</b>	11	25	11	38,760,148	13,952,761
<b>Sujeto a reglas</b>	3	8	3	335,624,041	214,452,137

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Salud, 2014.

Como se puede apreciar, existen recursos de diferentes fuentes que operativamente se mezclan, lo que dificulta determinar con precisión cómo se ejerció cada uno.

## 4.2. Programas de Prevención

La prevención a la salud es una de las estrategias más aceptadas para reducir las enfermedades y es prioritaria dentro de las políticas de salud; su propósito es comunicar mensajes y desarrollar acciones que no sólo proporcionen conocimientos objetivos y adecuados, sino que faciliten el desarrollo de actitudes y conductas que tiendan hacia la salud, generando estilos de vida saludables y el autocuidado.

Para lograr resultados favorables y modificar las tendencias observadas en los últimos años, la prevención debe ser coherente en los distintos ámbitos, como el familiar y comunitario, el escolar y laboral en un ejercicio dinámico y permanente de participación constante, coordinada y evaluada.

La eficacia de la acción preventiva depende de: la definición de los objetivos, que sean alcanzables; de la población a la que se dirige (su realidad sociocultural) y de la coherencia, integración y coordinación entre las actividades desarrolladas. Si estos requisitos no se cumplen, se corre el riesgo de crear desorientación en la población, la duplicación de acciones y el desperdicio de recursos, esfuerzos y tiempo.

La prevención incluye la sensibilización y comunicación educativa, su meta es promover y facilitar la toma de conciencia de la población en general, y de grupos específicos sobre el problema de la salud/enfermedad así como favorecer su participación en acciones de prevención colectivas. Los medios masivos como televisión, radio y prensa, juegan un papel importante tanto en la transmisión y manejo de noticias sobre el tema, como en la difusión de mensajes a la opinión pública, influyendo en su percepción sobre este fenómeno.

En Chiapas, operan 32 Programas de Prevención con financiamiento diverso como el FASSA, Ingresos estatales, No gubernamentales, Otros, Otros subsidios, Otros convenios y Programas sujetos a reglas, para quedar como a continuación se detalla:

**Tabla 8**  
**Fuentes de financiamiento y programas de prevención, Chiapas, 2014**

Fuentes \$	Programas	Actividades	Componentes	Presupuesto Autorizado	Presupuesto Ejercido
<b>FASSA</b>	14	40	15	37,024,745	14,589,904
<b>FASSA/ingresos estatales</b>	1	2	1	1,570,197	8,800
<b>Ingreso/estatal</b>	1	2	1	2,320,000	0
<b>Otros</b>	1	2	1	198,279,952	138,548,375
<b>Otros subsidios</b>	3	6	3	1,103,730,400	664,334,455
<b>Otros convenios</b>	12	44	13	27,918,310	12,388,323

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Salud, 2014.

La calidad de vida de la población está ampliamente vinculada a la prevención de enfermedades, de ahí su importancia. Actualmente, debido



al cambio climático, han aparecido enfermedades emergentes y nuevas; para enfrentarlas, la prevención es la mejor aliada en un trabajo colaborativo entre las autoridades y la población, pues es indispensable reducir los riesgos que estas representan.

### **4.3. Programas de vigilancia y control epidemiológico**

La vigilancia de la salud pública es una función esencial que se asocia con la responsabilidad del Estado, de proteger la salud de los individuos y de la sociedad en general. Consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, organización, análisis, interpretación, actualización y divulgación de datos específicos, relacionados con la salud y sus concluyentes, a fin de utilizarlos en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica de la salud pública.

En materia de vigilancia epidemiológica, desde 1965, México cuenta con un Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), que funciona a partir de cuatro componentes: 1) la notificación semanal de casos nuevos; 2) la vigilancia hospitalaria; 3) la vigilancia de la mortalidad; y 4) los Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica. Estos cuatro componentes operan de forma unificada en todas las dependencias del sector. Es importante resaltar que la operación del SINAVE está fundamentada en la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994 para la vigilancia epidemiológica, lo que asegura su obligatoriedad.

La vigilancia y el control epidemiológico forman parte de los servicios de salud local que se prestan individualmente de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico y de rehabilitación, así como también, comunitarios como la promoción de la salud y la protección contra riesgos sanitarios.

El propósito de la vigilancia y el control epidemiológico es crear las condiciones para que todas las unidades del sector de la salud, trabajen coordinadamente, actuando para modificar los determinantes del proceso salud/enfermedad. La atención integrada a las personas se ofrece por medio de una red de servicios, en la cual interactúan de manera flexible los sistemas de organización y de comunicación; los pacientes deben transitar por esta red como parte del proceso para asegurar la continuidad de la atención. A nivel local, la prestación de servicios requiere coordinación entre las instituciones de salud, las autoridades locales y la población.

La autoridad sanitaria es responsable de la evaluación y el análisis de

los riesgos y los determinantes de la salud, según lo establece el Manual Operativo. En este sentido, se requiere del monitoreo de los padecimientos, las condiciones, los eventos o las urgencias epidemiológicas emergentes o reemergentes que pongan en riesgo la salud de la población, las causas de muerte de interés para la vigilancia epidemiológica, así como los fenómenos naturales y antropogénicos identificados por las diversas instancias del Sistema Nacional de Salud, comunitarias y medios de comunicación. Los criterios y procedimientos para obtener la información del monitoreo son definidos por la autoridad sanitaria en los niveles técnico-administrativos, contenidos en los manuales correspondientes.

En Chiapas, en el año 2014, operaron 12 Programas de Vigilancia y Control epidemiológico, los cuales obtuvieron financiamiento del FASSA y de otros Convenios, para quedar como a continuación se detalla en la tabla 9:

**Tabla 9**  
**Fuentes de financiamiento 2014 del programa de vigilancia y monitoreo en Chiapas**

Fuentes \$	Programas	Actividades	Componentes	Presupuesto	Presupuesto
				Autorizado	Ejercido
<b>FASSA</b>	7	15	7	16,780,200	8,706,601
<b>Otros convenios</b>	5	19	5	29,206,457	10,475,871

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Salud, 2014.

Tanto la vigilancia, el monitoreo y el control epidemiológico son actividades necesarias si se busca impactar en la calidad de vida de la población beneficiaria.

#### **4.4. Programas de infraestructura**

La salud de la población mexicana ha mejorado considerablemente en las últimas siete décadas. Sin embargo, actualmente el Sistema Nacional de Salud (SNS) enfrenta retos complejos, planteados tanto por los cambios producidos en los perfiles epidemiológico, demográfico y socioeconómico de la población, así como también por su estructura, que se encuentra fragmentada y la ineficiente organización. Persisten grandes rezagos en la

atención a los padecimientos de la población más vulnerable (por sus bajos ingresos, por vivir en lugares de difícil acceso, alejados y dispersos o por sufrir enfermedades que no son atendidas oportuna y adecuadamente por el Sistema), muchos de ellos prevenibles y de fácil atención.

El Estado, como se dijo anteriormente, es el responsable de: garantizar el derecho a la salud para toda la población; proporcionar la infraestructura física y tecnológica adecuada y suficiente para la atención a la salud; además claro, de contar con los recursos humanos y materiales de calidad que permitan garantizar el acceso a los servicios de salud.

La infraestructura en salud debe cubrir los siguientes objetivos: asegurar acceso a servicios de calidad; cerrar las brechas existentes entre diferentes grupos sociales y las regiones del país; asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.

Uno de los compromisos del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, es avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal. La visión al 2018, busca sentar las bases para la integración funcional y efectiva de las instituciones del sector, a fin de optimizar el uso de recursos y disminuir las brechas existentes entre la infraestructura actual del Sistema Nacional de Salud y aquella requerida para atender con calidad, oportunidad, suficiencia que demandan los mexicanos.

Para lograr avances en este renglón, es necesario fortalecer la coordinación interinstitucional, la reforma de algunas instalaciones, la modernización y mantenimiento del equipamiento existente y la construcción de obras nuevas cuidando del medio ambiente y el desarrollo sustentable. Esta es una estrategia de gestión y no de inversión específica.

La importancia del programa de Infraestructura en salud, radica en la conformación de un Plan Maestro Sectorial de Infraestructura y Equipamiento en Salud, su actualización y su continuidad, son indispensables para desarrollar la infraestructura física y el equipamiento acorde con las necesidades demográficas, epidemiológicas, socioeconómicas y culturales.

En Chiapas, en el año 2014, operaron 22 Programas de Infraestructura, los cuales tuvieron un financiamiento diverso, tales como: el FASSA, el Fondo Regional, Otros y Otros Subsidios, quedando como a continuación se detalla en la tabla 10 del Presupuesto Autorizado y el Ejercido.

**Tabla 10**

Fuentes de financiamiento 2014 de los programas de infraestructura de salud en Chiapas

Fuentes \$	Programas	Actividades	Componentes	Presupuesto Autorizado	Presupuesto Ejercido	Población Beneficiaria
<b>FASSA</b>	2	3	2	7,939,653	5,521,371	1,707,384
<b>Fondo regional</b>	1	1	1	50,000,000	37,294,387	71,286
<b>Otros</b>	5	7	5	773,479,411	40,801,870	285,879
<b>Otros subsidios</b>	5	8	5	108,453,312	38,049,226	783,848
<b>Otros convenios</b>	9	10	10	143,860,906	850,672,729	1,529,015

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Salud, 2014.

La infraestructura es fundamental para poder brindar una atención adecuada, oportuna, suficiente y de calidad a la población que demanda de los servicios de salud, es el complemento de la atención, ya que si esta es obsoleta, defectuosa o insuficiente tendrá un impacto en la mortalidad de la población.

#### 4.5. Programas administrativos

La administración es sin duda el área de apoyo más importante para el correcto funcionamiento de todo el Sistema de Salud; debe contar con herramientas y metodologías que ayuden al desarrollo de una visión de conjunto del sistema, optimizar y agilizar trámites y gestiones para el adecuado flujo de los recursos humanos, materiales, técnicos y financieros, con eficacia y eficiencia a fin de poder lograr la efectividad de las intervenciones.

Los sistemas de salud tienen una dinámica interrelacionada entre los recursos, la organización, la infraestructura y la administración, los cuales culminan en el suministro y funcionamiento correcto del engranaje para la prestación de servicios de salud a la población con oportunidad y calidad. La organización que otorga servicios de salud es una empresa pública. Es pública porque sirve a una comunidad, y es empresa porque debe tener objetivos y metas establecidos en todos sus niveles, que deben cumplirse con economía y oportunidad.

Es necesario que los sistemas de salud y sus subsistemas, tales como: las casas de salud, las clínicas, los hospitales, las unidades médicas, etcétera, cuenten con una administración fluida, ordenada y expedita, con el objeto de poder cumplir las metas de los diferentes programas y acciones de atención a la salud/enfermedad (su quehacer sustantivo) y con ello responder adecuadamente a la sociedad a la que sirve.

Quienes administran los sistemas de salud requieren de un conjunto de conocimientos, habilidades y técnicas suficientes de preparación, a fin de contar con competencias y conocimientos para la planeación, la gestión y la administración coordinada con las áreas operativas, para alcanzar los objetivos institucionales y departamentales, además de dar seguimiento y proponer solución a problemas prioritarios. La administración no es un remedio que vaya a resolver todos los problemas, pero permite ordenar la mente del directivo y vincularlo a un proceso, el de la administración, creando una estructura analítica de marcada utilidad en la práctica diaria que apoye fuertemente la operatividad en salud.

En Chiapas, para el año 2014, operaron 41 Programas Administrativos, los cuales tuvieron financiamiento de diversas fuentes, tales como: El FASSA, FASSA e Ingresos estatales, Ingresos estatales, Otros, Otros subsidios, Otros convenios y Programas sujetos a reglas, siendo su integración como muestra a continuación en la tabla 11 de fuentes y Presupuesto Autorizado y el Ejercido.

**Tabla 11**

**Fuentes de financiamiento 2014 de los programas administrativos de salud en Chiapas**

<b>Fuentes \$</b>	<b>Programas</b>	<b>Actividades</b>	<b>Componentes</b>	<b>Presupuesto Autorizado</b>	<b>Presupuesto Ejercido</b>
<b>FASSA</b>	11	35	11	2,087,020,667	1,955,131,475
<b>FASSA e ingresos estatales</b>	2	5	2	822,366,928	798,880,686
<b>Ingresos estatales</b>	7	15	7	1,069,608,892	1,048,884,603
<b>Otros</b>	6	15	7	844,156,604	801,529,585
<b>Otros subsidios</b>	11	26	11	1,383,792,423	1,231,219,880
<b>Otros convenios</b>	2	2	2	1,160,866	7,998
<b>Sujeto a reglas</b>	2	2	2	12,041,412	0

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Salud, 2014.


Contar con un cuerpo administrativo eficiente tiene sin duda un impacto en la sociedad, ya que como se señaló, la administración es la base de apoyo a la operación del Sistema de Salud e incorrecto sería que el Sistema de Salud operara con base en la administración.

#### 4.6. Financiamiento

El financiamiento de los programas de salud comprende los medios por los cuales el Estado puede contar con fondos y recursos financieros suficientes, a fin de poder alcanzar las metas y objetivos planeados para cumplir con el Fin y Propósito.

El dinero del financiamiento para la operación de los servicios de salud, proviene de diferentes fuentes, entre las que destacan las federales, estatales, de organizaciones no gubernamentales y de particulares, en general se recaban a través del pago de impuestos de los individuos y las empresas; del patrimonio del Estado como ingresos producto de la venta de petróleo; además de los recursos provenientes de financiamiento externo, de organismos internacionales como del Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo o la Organización Mundial de la Salud.

Estructura de las fuentes de financiamiento y de la composición del Patrimonio del Estado:

- Ingresos provenientes del petróleo
  - Aprovechamientos (multas, indemnizaciones)
  - Ventas de empresas públicas
  - Venta / renta de espacios públicos
  - Contribuciones de mejora
- 
- ENMARCADOS  
EN LA LEY  
DE INGRESOS

Para la distribución del financiamiento de los sectores de la administración pública en México, se crearon diferentes Fondos de Aportaciones Federales, que permiten operar los distintos sectores sociales y económicos del país. En el caso particular de Chiapas, el financiamiento de los servicios de salud se integra de diversas fuentes, donde la principal es el Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud (FASSA). Al presupuesto autorizado del ejercicio fiscal 2014, FASSA aportó el 24.5%; el 8.0% fue financiado con FASSA e Ingresos Estatales; el 0.5% fue financiado con Fondos Regionales;

con Ingresos Estatales se aportó el 10.5%; también hubo aportación del 0.1% de Organismos No Gubernamentales; el 17.7% de Otras fuentes de financiamiento; el 33.0% de Otros Subsidios; el 2.3% de Otros Convenios y el 3.4% de Programas Sujetos a Reglas.

En la siguiente tabla 12, se presenta la integración del financiamiento total en salud para el estado de Chiapas:

**Tabla 12**

**Composición del Financiamiento para salud 2014 en Chiapas**

Fuente \$	Programas	Actividad	Componente	Presupuesto	
				Autorizado	Ejercido
<b>FASSA</b>	47	128	49	2,533,080,807	2,272,998,660
<b>FASSA e ingresos estatales</b>	3	7	3	823,937,125	798,889,486
<b>Fondo regional</b>	1	1	1	50,000,000	37,294,387
<b>Ingresos estatales</b>	10	22	10	1,080,304,460	1,052,101,229
<b>No Gubernamentales</b>	4	8	4	10,869,781	2,176,192
<b>Otros</b>	13	26	14	1,817,939,992	982,362,975
<b>Otros subsidios</b>	23	49	23	3,411,505,559	2,706,988,222
<b>Otros convenios</b>	39	100	41	240,906,686	887,497,682

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Salud, 2014.

Como ya se mencionó, esta diversa mezcla de recursos hace difícil la identificación precisa de las actividades o acciones en las que fueron ejercidos, así como la identificación puntual de los beneficiarios.





## 5. Indicadores

En general, cualquier observación cuantitativa o cualitativa, resultado de un proceso de registro, monitoreo o medición, puede considerarse un indicador<sup>2</sup>. Su importancia deriva de la capacidad para proveer información sobre el estado del fenómeno estudiado, información que es útil para la toma asertiva de decisiones. Para el caso de la evaluación de indicadores del sistema de salud de Chiapas - FASSA, la recopilación de distintos índices, tasas, razones, porcentajes, promedios, etc., permitirá calificar la importancia, efectividad y alcances de los 145 programas de salud, entre los que se encuentran los 47 programas financiados por FASSA en el estado de Chiapas, durante el año 2014.

La totalidad de indicadores obtenidos por parte del Instituto de Salud del Estado de Chiapas para la evaluación corresponden a la Matriz de Indicadores de Resultados, mismos que son reportados a la Secretaría de Planeación, a través del Sistema de Integración Administrativa Hacendaria del Estado (SIAHE). Motivo por el que es importante señalar que la implementación de cada programa presupuestal de salud se justificó y fundamentó con base en la Metodología de Marco Lógico, misma que explicita los procesos de conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de programas presupuestales aprobados por la Secretaría de Hacienda del Estado de Chiapas.

La Metodología de Marco Lógico está orientada a objetivos, estos se concentran en una Matriz de Marco Lógico (MML) que resume cada uno de los programas en cuatro momentos centrales, en términos de: Fin, Propósito, Componentes y Actividades. Cada uno de ellos se localiza en la primera columna de la Matriz del Marco Lógico, y se conoce como Resumen narrativo del programa:

- **Fin:** Es una descripción breve de cómo el programa contribuye a la solución del problema que justifica su implementación.
- **Propósito:** Es el objetivo central del proyecto que especifica, de manera concreta y breve, cuál es el resultado directo que se obtendrá por la aplicación del programa.
- **Componentes:** Se realizan en el transcurso de la ejecución del proyecto.
- **Actividades:** El conjunto de acciones requeridas para producir los componentes o resultados esperados por la aplicación del programa.

---

<sup>2</sup> Se reconoce que no existe una definición única de indicador, dado que se trata de instrumentos contruidos con base en un conjunto de valores numéricos, categorías ordinales o nominales para caracterizar en forma sintética aspectos relevantes de un fenómeno cualquiera con propósitos analíticos. Cecchini (2005).

La Matriz de Marco Lógico presenta además aspectos relacionados con los objetivos, indicadores, medios de verificación y supuestos en cuatro columnas:

- Un resumen narrativo de los objetivos y las actividades.
- Indicadores como mediciones de los resultados específicos a alcanzar.
- Medios de Verificación.
- Supuestos factores externos que deben cumplirse para el desarrollo exitoso de las actividades.

Es decir, cada programa cuenta con un resumen narrativo que describe su Fin y Propósito y con indicadores para cada Componente y Actividad, sin embargo, los indicadores evalúan diferentes dimensiones asociadas a distintos logros de los programas presupuestales aprobados. Cada uno de los indicadores puede ser clasificado como de: eficiencia, eficacia, calidad y economía, a su vez los indicadores cuantifican distintos aspectos de la estructura, los procesos y los resultados esperados en cada programa. Se espera además que todos los programas estén alineados a la consecución de un Fin y Propósito general, que den coherencia a la operación conjunta del Sistema de Salud del Estado de Chiapas.

El Sistema de Salud del Estado de Chiapas operó en 2014, a partir de 145 programas presupuestales que se desglosaron en 150 componentes y fueron ejecutados por un total de 297 actividades. Lo que implica que se cuenta con un total de 447 indicadores de componente y actividad, es decir, prácticamente un componente por programa y en promedio 1.7 actividades por programa.

Es importante señalar que, si bien el Instituto de Salud reportó un total de 501 indicadores entre actividades y componentes, en realidad sólo se encontraron 447 indicadores con información de ellos, de los cuáles sólo 417 presentaron información completa, los 30 indicadores restantes no reportaron información relativa al presupuesto ejercido o la población beneficiada durante el año 2014. Ver tabla 13.

**Tabla 13**

**Indicadores del Sistema Estatal de Salud de Chiapas, 2014**

	<b>Calidad</b>	<b>Economía</b>	<b>Eficacia</b>	<b>Total</b>
<b>Actividades</b>	5	51	241	297
<b>Componentes</b>	1	10	139	150
<b>Total</b>	6	61	380	447

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Salud, 2014.

Para el caso de los programas financiados con recursos de FASSA en el estado de Chiapas durante el 2014, el Instituto de Salud reportó un total de 47 programas presupuestales que se desglosaron en 163 indicadores, entre actividades y componentes, de los que 5 no presentaron información sobre presupuesto ejercido o población beneficiada, por lo que se clasificaron y analizaron 158 indicadores FASSA, ver tabla 14.

**Tabla 14**

**Indicadores FASSA, Sistema Estatal de Salud de Chiapas, 2014**

	<b>Calidad</b>	<b>Economía</b>	<b>Eficacia</b>	<b>Total</b>
<b>Actividades</b>	5	19	90	114
<b>Componentes</b>	1	0	48	49
<b>Total</b>	6	19	138	163

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Salud, 2014.

La validación del Fin y Propósito de los programas presupuestales operados en Chiapas, incluidos los programas de salud, se encuentra prácticamente garantizada debido a que éstos fueron diseñados con base en la Metodología de Marco Lógico, implementada a través del Sistema Estatal de Planificación, con la finalidad de alinear la totalidad de los programas al cumplimiento de un fin y propósito común, por lo que en teoría presentan una lógica vertical que se alinea adecuadamente a las metas establecidas en el Plan Estatal de Desarrollo y el Programa Nacional de Desarrollo.

Cada uno de los indicadores definidos en la Matriz de Marco Lógico cuenta con una meta programada, avances trimestrales y logros alcanzados al final del año, con lo que se construye una calificación en función del porcentaje de cumplimiento alcanzado como una medida de la diferencia entre la meta programada y la meta alcanzada. Esta calificación permite dar seguimiento a la totalidad de programas presupuestales aprobados en materia de salud en el estado de Chiapas; la misma es utilizada como un criterio de evaluación para conocer sobre la evolución de cada programa a lo largo del año.

El resultado reportado para los 447 indicadores señala que en promedio completaron el 95.7% de sus metas. Si hablamos de componentes, éstos alcanzaron un puntaje de 91.3% de cumplimiento de las metas programadas respecto de las alcanzadas, mientras que en el caso de las acciones se alcanzó un nivel de cumplimiento del 97.9%, lo cual, en principio muestra un buen nivel de consistencia en la forma de calificar, debido a que el cumplimiento de las acciones lleva al cumplimiento de los componentes y no viceversa.

El Instituto de Salud de Chiapas reporta, para los programas financiados con recursos de FASSA una calificación promedio de 98.2% de cumplimiento de sus metas. Si hablamos de componentes corresponde el 98.5% y, en el caso de las acciones, el 97.7%, esto para sus 163 indicadores asociados. Es decir, todos los programas cumplieron prácticamente con la totalidad de metas programadas para el año 2014.

Si bien el seguimiento de los programas, componentes y acciones se realiza a partir de los indicadores señalados, mismos que se clasifican en términos de su eficacia, eficiencia, calidad y conomía, es necesario apuntar que, dicha clasificación, no se encontró disponible en el documento de evaluación proporcionado por el Instituto de Salud en su edición 2014, ni en la información adicional proporcionada por el mismo Instituto, razón por la que, con base en las definiciones presentadas por CONEVAL, el CIEPSE clasificó y analizó cada uno de los indicadores reportados para la totalidad de programas operados en Chiapas, tanto con fondos estatales como federales.

Los indicadores de eficacia miden el grado de cumplimiento de los objetivos y metas a partir de los resultados obtenidos o productos generados, sin hacer referencia al costo o calidad de los servicios ofertados, y sin validar los medios empleados para el cumplimiento de las mismas. De los 447 indicadores disponibles, en materia de salud, 380 fueron indicadores de eficacia, es decir, el 85%, con un nivel medio de cumplimiento de metas del 95.3%. Lo que implica que los programas de salud del Estado dan

cumplimiento a las metas programadas.

**Tabla 15**

**Desempeño de indicadores Sistema de Salud de Chiapas, 2014**

	<b>Calidad</b>	<b>Economía</b>	<b>Eficacia</b>	<b>Total</b>
<b>Actividades</b>	95.3	99.7	97.6	97.9
<b>Componentes</b>	91.6	89.1	91.5	91.3
<b>Total</b>	94.7	98.0	95.3	95.7

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Salud, 2014.

Los indicadores de eficiencia, por su parte, cuantifican el costo de los objetivos, midiendo la relación entre los logros alcanzados y los recursos utilizados. No obstante, es importante resaltar la falta de indicadores de eficiencia, pues ningún programa de salud de Chiapas los reporta, a pesar de contar con la información necesaria para hacerlo, referente a las metas alcanzadas y los presupuestos ejercidos.

La falta de indicadores de eficiencia genera importantes vacíos de información, lo que implica que, por ejemplo, al año 2014 no sea posible conocer el costo medio por consulta médica general o de especialidades, por intervención médica o el costo medio anual por la operación de un centro de salud, un hospital o una clínica.

Los indicadores de calidad miden los atributos, capacidades y características que deben tener los servicios médicos otorgados, así mismo buscan cuantificar la percepción de los usuarios de servicios de salud en relación al nivel de accesibilidad, tiempos de espera, veracidad de diagnóstico y atención oportuna. Los indicadores de calidad, referentes a los programas de salud, representaron sólo el 1.3% del total de indicadores reportados por el Instituto de Salud de Chiapas, es decir, sólo se reportaron 6 indicadores destinados a la medición de calidad, todos ellos indicadores asignados a programas financiados con recursos de FASSA.

**Tabla 16**  
Desempeño de indicadores FASSA, Chiapas, 2014

	Calidad	Economía	Eficacia	Total
<b>Actividades</b>	95.3	97.4	98.9	98.5
<b>Componentes</b>	91.6	-	97.8	97.7
<b>Total</b>	94.7	97.4	98.5	98.2

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Salud, 2014.

### 5.1. Indicadores de eficacia

A fin de analizar con mayor detalle el comportamiento y los resultados arrojados por los indicadores de eficacia en relación al presupuesto promedio que se les asigna a la población beneficiada, se presentan algunas cifras relacionadas con el cumplimiento de metas por actividad, mismo que tuvo un costo promedio de 26 millones de pesos, monto 13% inferior al autorizado. Este subejercicio de recursos no es explicable, por varias razones: hay un porcentaje significativo de metas no cumplidas, existe evidencia de que las metas propuestas están por debajo de las necesidades reales en materia de salud del Estado y los recursos no ejercidos deberían ser utilizados para fortalecer la oferta y calidad de servicios otorgados.

**Tabla 18**
**Indicadores de eficacia por actividad y fuente de financiamiento, Sistema de Salud de Chiapas, 2014**

Financiamiento	Presupuesto promedio		Porcentaje ejercido	Población beneficiada	Costo per cápita	Calificación
	Autorizado	Ejercido				
<b>FASSA</b>	10,959,717	8,911,578	81.3%	2,777,940	3.21	98.9
<b>FASSA e Ingresos Estatales</b>	64,105,044	61,053,722	95.2%	2,744,059	22.25	98.3
<b>Ingresos Estatales</b>	4,906,055	1,353,920	27.6%	5,186,572	0.26	45.5
<b>No Gubernamentales</b>	2,717,445	1,088,096	40.0%	7,193	151.28	100.0
<b>Otros Convenios</b>	4,035,729	11,298,229	280.0%	2,869,538	3.94	101.7
<b>Otros Fondos</b>	255,300,000	20,010,719	7.8%	475,098	42.12	100.0
<b>Otros recursos</b>	25,284,992	19,718,775	78.0%	340,827	57.86	92.5
<b>Otros Subsidios</b>	160,800,000	125,700,000	78.2%	1,679,865	74.83	79.2
<b>Otros Subsidios e Ingresos Estatales</b>	723,100,000	723,100,000	100.0%	4,059,091	178.14	98.3
<b>Programa sujeto a reglas de operación</b>	168,900,000	153,700,000	91.0%	334,635	459.31	100.8

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Salud, 2014.

Los indicadores de eficacia por actividad y fuente de financiamiento, muestran logros diferenciales. Puede señalarse que el costo por actividad de programas financiados por FASSA, es de 10.9 millones de pesos, en contraparte con las actividades financiadas; únicamente con ingresos estatales cuestan 4.9 millones, en promedio, es decir, 60% menos.

## 5.2. Indicadores de calidad

Los indicadores de calidad, en general, miden atributos, capacidades o características de los bienes y servicios prestados, sin importar el costo de los mismos, ni el nivel de cumplimiento de metas. Por lo que este tipo de indicadores no son utilizados para medir el desempeño de programas en términos del cumplimiento de su Fin o Propósito

En particular, los indicadores de calidad en salud<sup>3</sup> buscan monitorear atributos asociados a los servicios prestados desde las perspectivas de:

<sup>3</sup> Los indicadores de salud representan medidas-resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos, dimensiones del estado de salud y del desempeño de los sistemas de salud; en conjunto buscan reflejar el de una población, con la finalidad de dar seguimiento a su situación sanitaria y epidemiológica.

oportunidad, accesibilidad, percepción del usuario y precisión en el diagnóstico.

- Oportunidad: proporcionan información sobre la atención que brinda el programa a sus beneficiarios. Describen la conveniencia del tiempo y lugar en que se realizan las acciones del programa.
- Accesibilidad: Reflejan información sobre los costos, distancias y tiempos de acceder al servicio. Describen, principalmente, si la infraestructura que ofrece el programa cuenta con formas de acceso asequibles para los usuarios potenciales en distintas dimensiones.
- Percepción de los usuarios: Se refiere a la opinión que los usuarios o beneficiarios de un programa tienen sobre los bienes y servicios recibidos.
- Precisión: Cuantifica los fallos que pueden ocurrir durante la prestación de los bienes o servicios ofrecidos por el programa.

**Tabla 19**

**Indicadores de calidad, FASSA y Sistema de Salud de Chiapas, 2014**

	Presupuesto promedio		Porcentaje ejercido	Población beneficiada	Costo per cápita	Calificación
	Autorizado	Ejercido				
<b>Actividad</b>	1,711,647	623,571	36.4%	3,414,767	0.18	95.3
<b>Componente</b>	1,711,647	623,571	36.4%	3,414,767	0.18	91.6

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Salud, 2014.

Es importante señalar que la dimensión de calidad es fundamental, en especial, en materia de salud. Además de la imagen que se forma el usuario en relación a la institución que le presta el servicio, la mala calidad del mismo, en especial en la dimensión de precisión del diagnóstico, suele tener costos subsecuentes muy altos que repercuten en la calidad de vida de los usuarios.

La calidad de los servicios de salud en Chiapas es únicamente monitoreada por los programas financiados con FASSA, y tiene asignada una cantidad de recursos que son prácticamente insignificantes que redundan en un costo per cápita de 18 centavos por usuario. Lo más sorprendente es que las actividades asociadas al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en el Estado, presentaron, en promedio, un subejercicio del 63.7% del presupuesto asignado.

### 5.3. Indicadores de economía



Los indicadores de economía miden la capacidad de un programa para administrar y utilizar de manera adecuada los recursos financieros, mismos que están sujetos a una serie de regulaciones y restricciones presupuestales que deben cumplir antes de ejercer los recursos asignados. Estos indicadores únicamente se enfocan a la administración de los recursos financieros.

**Tabla 20**  
**Indicadores de economía, Sistema de Salud de Chiapas, 2014**

	Presupuesto promedio		Porcentaje ejercido	Población beneficiada	Costo per cápita	Calificación
	Autorizado	Ejercido				
<b>Actividad</b>	252,700,000	256,400,000	101.5%	1,984,967	129.17	99.7
<b>Componente</b>	178,100,000	188,700,000	106.0%	3,768,531	50.07	89.1

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Salud, 2014.

El cumplimiento de las metas asociadas a los indicadores económicos difícilmente se encuentra asociado al cumplimiento de los objetivos del programa. Es decir, que el cumplimiento de metas presupuestarias no está sujeto al de los objetivos sustantivos del programa.

Si bien los indicadores de economía permiten estimar el costo promedio por programa, no se cuenta con indicadores para: conocer los costos promedio por intervención médica, el costo promedio de los servicios proporcionados por programa o fuente de financiamiento, y los costos por el pago de medicamentos efectuados por programa o acción.

#### **5.4. Indicadores de Cobertura del Sistema de Salud de Chiapas**

Con la finalidad de contrastar los resultados obtenidos a partir de los indicadores reportados por el Instituto de Salud de Chiapas, en relación a

la operación de los 145 programas al año 2014, se emplearán datos sobre la cobertura en salud, reportados por la Secretaría de Salud y el INEGI, a nivel nacional.

La cobertura es un indicador relativo al porcentaje de personas que tienen acceso a servicios de salud, se define como la capacidad potencial para cubrir la demanda esperada de la población residente en un área geográfica determinada; suponen el otorgamiento homogéneo de atención en iguales condiciones de acceso para toda la población. Este tipo de indicadores no determina el grado de interacción existente entre los servicios disponibles y la población, esto es, determinar la forma y frecuencia en que los servicios son utilizados.

La cobertura de servicios de salud para el año 2012, a nivel nacional, se reportó de la siguiente forma: la institución de salud con el mayor número de beneficiarios inscritos fue el IMSS, con 69 millones, lo cual representó el 58.9% de la población. Los beneficiarios de esta institución de salud, en su régimen ordinario, se dividen en cuatro tipos: Asegurados directos (13.6%), Otros asegurados (5.5%), Pensionados (2.8%) y Familiares de trabajadores (26.9%). Además de éstos, existe otro tipo de beneficiarios, como los del programa Prospera (antes Oportunidades), que son casi 12 millones, los cuales representan el 10.1% del total de la población nacional.

Con casi 53 millones de beneficiarios (44.9%), el Seguro Popular fue la segunda institución con más asegurados de todo México. El resto de los beneficiarios se dividen en las distintas instituciones de salud, como: el ISSSTE, que tiene 12 millones y medio de derechohabientes, representan el 10.6% de la población; PEMEX, SEDENA Y SEMAR con poco más de un millón de derechohabientes (1% de la población); Instituciones del sector privado con 2 millones (1.8 % de la población); y otras instituciones de salud pública con el 0.8% de la población, con poco menos de un millón de beneficiarios.

**Tabla 21**  
**Cobertura instituciones de salud, México 2012**

<b>Institución</b>	<b>Número de derechohabientes</b>	<b>Porcentaje de la población</b>
<b>IMSS</b>	69,330,621	58.90 %
<b>Régimen ordinario</b>	57,475,897	48.80 %
<b>Asegurados directos</b>	16,062,043	13.60 %
<b>Otros asegurados</b>	6,520,957	5.50 %
<b>Pensionados</b>	3,276,596	2.80 %
<b>Familiares</b>	31,616,301	26.90 %
<b>IMSS-Prospera</b>	11,854,724	10.10 %
<b>ISSSTE</b>	12,449,609	10.60 %
<b>Seguro Popular</b>	52,908,011	44.90 %
<b>PEMEX, SEDENA, SEMAR</b>	1,143,663	1.00 %
<b>Instituciones privadas</b>	2,102,931	1.80 %
<b>Otras instituciones públicas</b>	944,092	0.80 %

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Salud, 2014.

La protección a la salud es un derecho de todos los mexicanos que se encuentra expresado en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Sin embargo, en la actualidad no todos pueden ejercerlo de manera efectiva. En Chiapas, al año 2010, el 54% de la población carecía de cobertura para hacer uso de algún servicio de salud.

El IMSS, a nivel estatal, atiende al 3.6% de la población, una de las proporciones más bajas de todo el país. El ISSSTE tiene una cobertura del 6.1% de la población asegurada, mientras que el Seguro Popular atiende al 36.1% del Estado.

La población no asalariada, que debe distinguirse de la que trabaja en el sector informal de la economía (sólo una parte del universo), recurre para atender sus necesidades de salud a los servicios de la Secretaría de Salud

(ISA/SSA), a los Servicios Estatales de Salud (SESA) o a los servicios ofertados por IMSS-Prospera (IMSS-P). La cobertura, según instituciones, para el Estado de Chiapas, se muestra en la tabla 22:

**Tabla 22**  
Cobertura de servicios de salud según derechohabiencia, Chiapas

	2000	2005	2010	2011	2012	2013
<b>Población Total</b>	<b>4,164,853</b>	<b>4,549,034</b>	<b>4,903,755</b>	<b>4,980,633</b>	<b>5,050,568</b>	<b>5,119,186</b>
<b>Seguro Popular</b>	<b>n.a.</b>	<b>194,625</b>	<b>1,772,069</b>	<b>3,353,506</b>	<b>3,414,767</b>	<b>3,476,584</b>
<b>ISSSTE</b>	<b>173,766</b>	<b>168,851</b>	<b>300,360</b>	<b>307,315</b>	<b>314,350</b>	<b>316,406</b>
<b>IMSS</b>	<b>131,357</b>	<b>113,881</b>	<b>177,558</b>	<b>213,469</b>	<b>211,047</b>	<b>208,638</b>

Fuente: Proyecciones de la población CONAPO, Censos y conteos de población INEGI, Anuarios Estadísticos ISSSTE y Estadísticas de trabajadores asegurados al IMSS, Julio 2013. Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica de Chiapas.

Los niveles de cobertura de los servicios de instituciones como SEDENA, SEMAR y PEMEX, en el estado, no son superiores al promedio nacional, por lo que los porcentajes de población que no cuenta con ningún tipo de cobertura en Chiapas al año 2013, se estima que son del orden del 21.8%, uno de los mayores de todo el país.

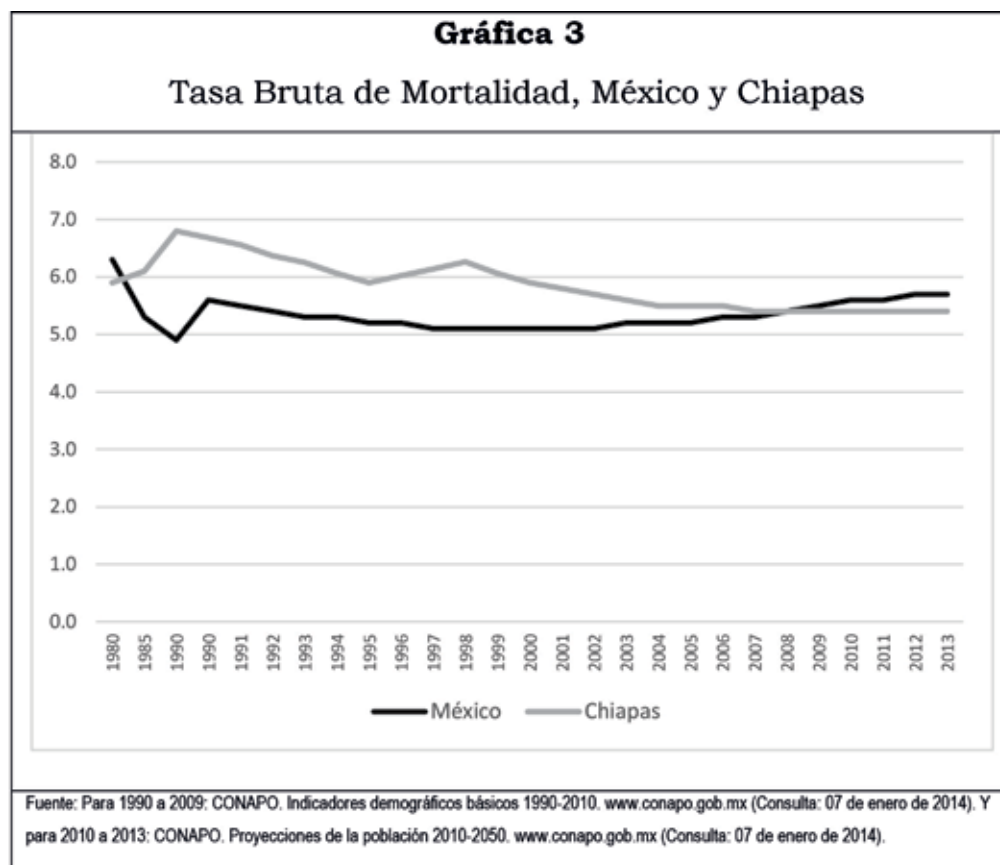
## 5.5. Perfil epidemiológico

En esta sección se realiza una revisión de la evolución de las primeras diez causas de muerte en México y Chiapas, de las tasas generales de mortalidad, de las tasas de mortalidad infantil y de la esperanza de vida. Estos son indicadores generales de la evolución del estado de salud de la población de Chiapas, y reflejan la eficiencia del sistema de salud para lograr una vida larga y saludable para todos los chiapanecos, en términos no sólo coyunturales, sino de largo plazo.

## Tasa Bruta de Mortalidad

La tasa bruta de mortalidad representa la proporción de personas que fallecen, respecto al total de la población expresada, por cada mil habitantes; contrasta con las tasas de mortalidad por causa específica, dado que esta última se refiere a los fallecimientos debidos a una característica particular respecto de la población total, pero en este caso es por cada cien mil personas.

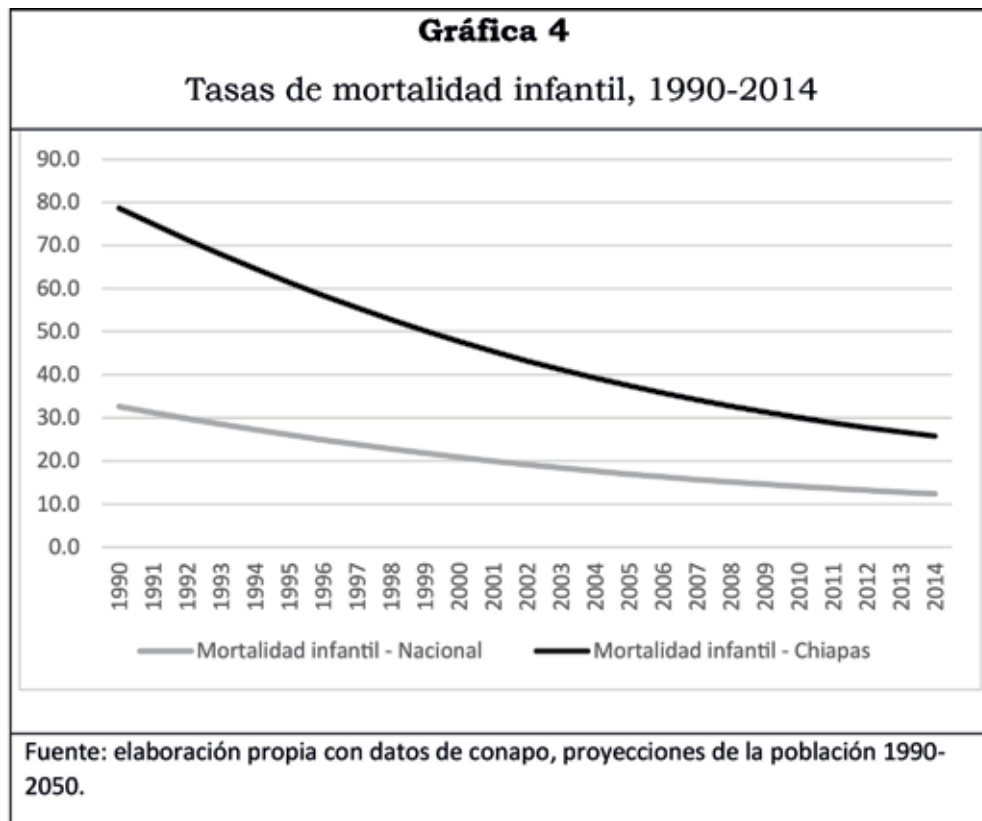
La tasa de mortalidad general en Chiapas alcanzó 5.4 muertes por cada mil habitantes en 2013, cifra apenas inferior a la nacional que fue de 5.7 defunciones, al mismo año. El comportamiento a lo largo del tiempo de la tasa bruta de mortalidad, muestra que la tendencia de las defunciones en Chiapas ha descendido en relación con el nivel medio del país en los últimos 25 años, sin embargo, la aparente ventaja de Chiapas no es sostenible debido a lo joven de su estructura por edad.



Si Chiapas presentara la misma estructura por edad que el Distrito Federal, su tasa bruta de mortalidad, bajo el mismo patrón de defunciones observado en el estado, sería evidentemente mayor a la media nacional observada para el año 2013.

## Tasas de Mortalidad Infantil

Una de las mayores diferencias que puede observarse en materia de mortalidad, es la asociada a mortalidad infantil, donde la tasa de defunciones de menores de un año, para el estado de Chiapas, es de 12.8 defunciones por cada mil nacidos vivos, 7% superior a la media nacional al año 2014, según estimaciones del Consejo Nacional de Población.



La importante reducción de los niveles de mortalidad infantil observada en Chiapas, durante los últimos 25 años, refleja un enorme esfuerzo del sistema de salud para mejorar la atención a este grupo de edad que ha tenido un crecimiento muy importante en términos reales en el periodo señalado. Sin embargo, no ha sido suficiente, Chiapas continúa siendo la Entidad Federativa con los mayores niveles de mortalidad infantil de todo el país.

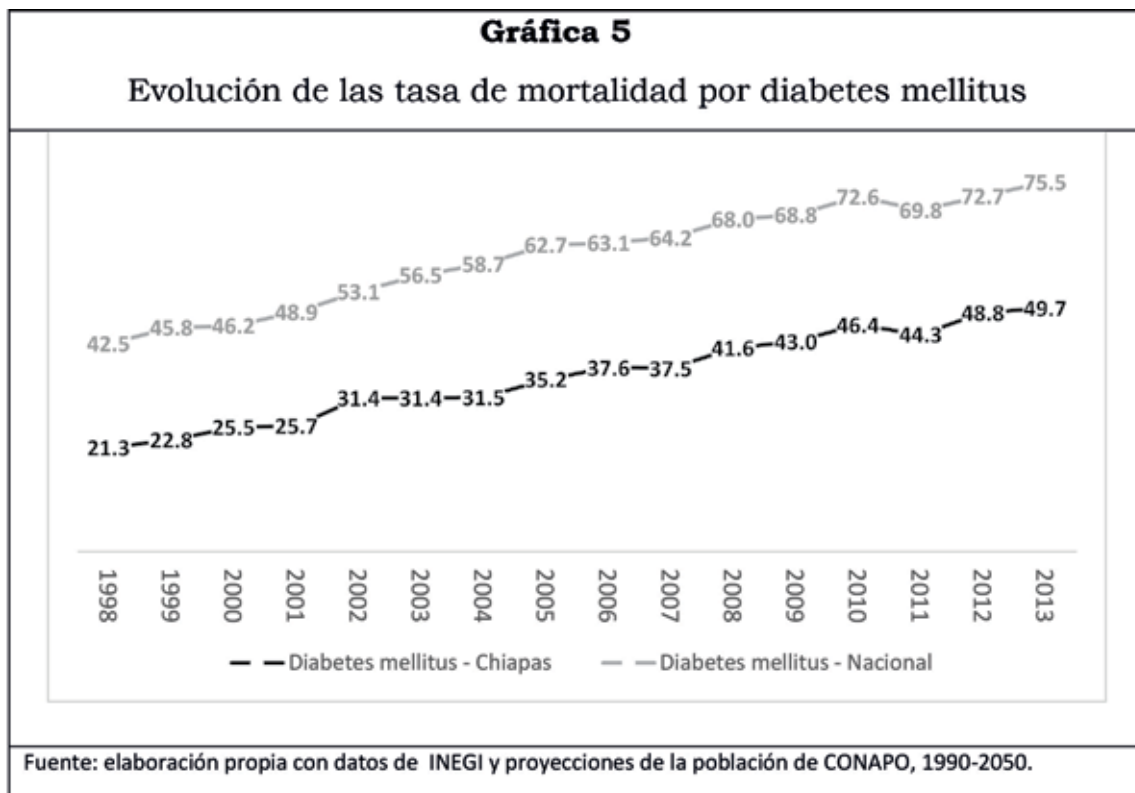
## **Causas de Muerte**

La evolución de las causas de muerte en México, a lo largo de los últimos 15 años (1998-2013), muestra que las enfermedades crónico-degenerativas han iniciado un crecimiento lento y continuo, en detrimento de las enfermedades de tipo infecto-contagiosas. Sin embargo, en Estados como Chiapas, donde el perfil de mortalidad presenta importantes rezagos, es posible observar cómo, enfermedades infecciosas y parasitarias, cobran aún la vida de muchas personas, especialmente, en zonas de difícil acceso o en estratos socioeconómicos bajos, lo que pone en evidencia la capacidad del Sistema Estatal de Salud para atender de manera efectiva a estas poblaciones.

Las enfermedades con mayor incidencia a nivel nacional son las de tipo crónico-degenerativo como: la diabetes, la cirrosis, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad cerebrovascular y la pulmonar obstructiva crónica, la mayoría de éstas se han incrementado en distintas proporciones, mientras que las de tipo infecto-contagioso, como: las infecciones respiratorias agudas bajas y enfermedades infecciosas intestinales, han disminuido de manera importante a nivel nacional, sin embargo, continúan siendo una causa importante de fallecimientos en Chiapas.

## Diabetes mellitus

La causa de muerte más importante en México es, sin duda, la ocasionada por la diabetes mellitus. Las tasas de mortalidad por esta causa son las más altas de todo el país y, prácticamente, se han duplicado entre los años 1998 a 2013. Para el caso de Chiapas, la diabetes pasó de 21.3 muertes en 1998 a 49.7 en 2013. Si bien la tasa en 2013 está por debajo de un 25.8% de la nacional, en 1998 lo estaba en un 21.2%. Lo que implica que la incidencia de la enfermedad se ha incrementado en niveles superiores a la media nacional, situación que no es explicable para el caso de Chiapas, ya que tiene una población con una estructura por edad sumamente joven, en promedio de 22 años, 5 por debajo de la media nacional.



La diabetes mellitus es quizás el mayor reto que enfrenta el sistema de salud mexicano en términos de atención médica y de salud pública. Si bien se trata de una enfermedad crónico-degenerativa, la mayor incidencia de la misma es resultado del consumo inmoderado de azúcares.

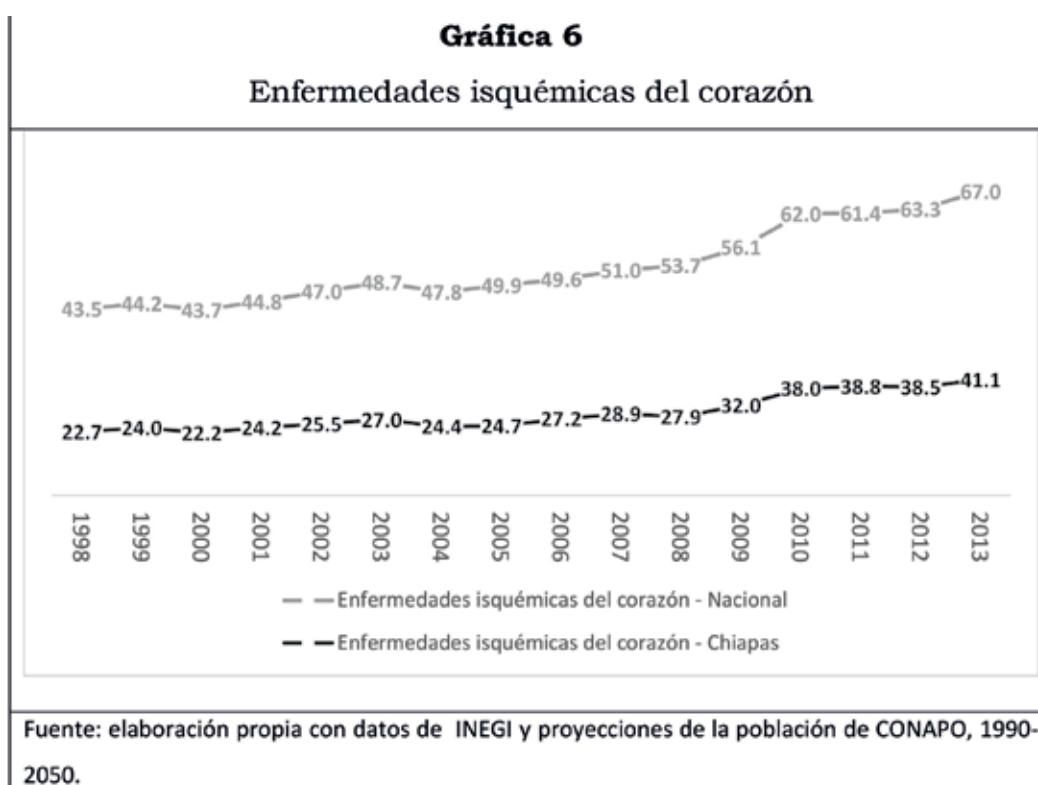


## Enfermedades isquémicas del corazón

Las enfermedades isquémicas son aquellas que afectan directamente al corazón, y se producen cuando se reduce el flujo sanguíneo al músculo cardíaco, esto debido a un bloqueo parcial o completo de las arterias que suministran sangre. Las condiciones que pueden causar la cardiopatía incluyen: Enfermedad arterial coronaria, coágulo de sangre, espasmos de la arteria coronaria u otras enfermedades graves.

Dentro de los factores que aumentan el riesgo para desarrollarla se encuentran: hipertensión, obesidad, diabetes, alto colesterol, falta de ejercicio, fumar y antecedentes familiares.

Aunque varios de los Estados con menores tasas de mortalidad por cardiopatías tienen un nivel de marginación alto o muy alto, no debe asumirse que éstas enfermedades son predominantemente urbanas o producto del desarrollo.

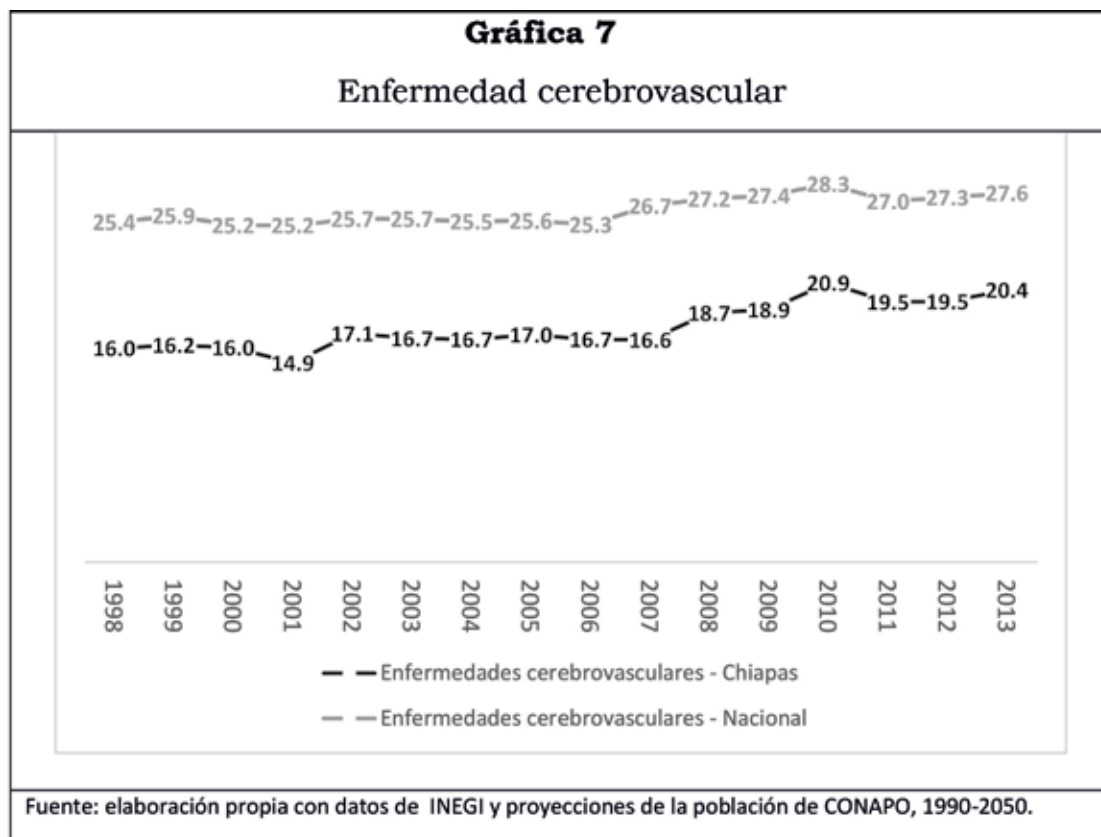


Las tasas de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón muestran un incremento claro, tanto a nivel nacional como en el Estado de Chiapas. En los últimos 15 años, las defunciones por esta causa aumentaron de 22.7 a 41.1 (por cada 1,000 habitantes), no obstante, aún con este aumento, se encuentra muy por debajo de la media nacional que, entre los años 1998 a 2013, registró un aumento de 43.5 a 67 defunciones.

## Enfermedad cerebrovascular

La enfermedad cerebrovascular es una alteración neurológica que se caracteriza por la aparición brusca, generalmente sin aviso, de síntomas que causan graves secuelas, y, en otros casos, llevan a la muerte. La enfermedad se presenta cuando una arteria se obstruye produciendo interrupción o pérdida repentina del flujo sanguíneo al cerebro, o bien puede ser resultado de la ruptura de un vaso, lo que da lugar a un derrame. Esta enfermedad no se condiciona a la edad, sexo, raza, ni posición social, sino que puede asociarse a factores como: el estilo de vida del individuo, el tabaquismo, la obesidad, el abuso de drogas y alcohol, la presión alta, los problemas cardiacos, la diabetes o alto colesterol.

La enfermedad cerebrovascular, en 1998, tenía una tasa de mortalidad de 25.4 defunciones por cada mil habitantes, para el 2013 pasó a ser la tercera causa de muerte con 27.6 defunciones a nivel nacional. En el caso de Chiapas, para el mismo periodo de tiempo, la tasa aumentó de 16.0 en 1998 a un 20.4 en 2013, mostrando una mayor incidencia en el año 2010. Ver gráfica 7.

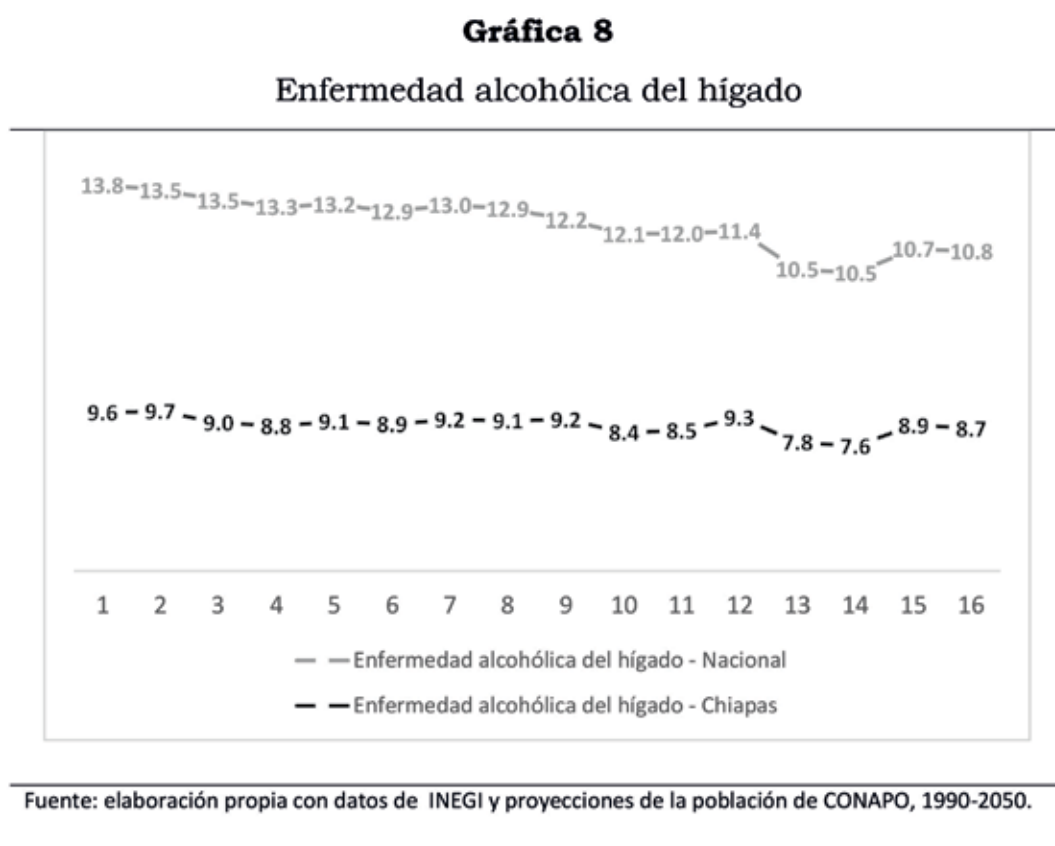


## Enfermedad alcohólica del hígado

Las enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol se clasifican

de tres formas: hígado graso, hepatitis alcohólica y cirrosis, siendo las dos últimas las relacionadas con el mayor número de muertes. La edad de inicio en el consumo de esta sustancia sigue descendiendo desde finales del siglo pasado, tanto en hombres como en mujeres, y un número cada vez mayor de adolescentes que tienen acceso al alcohol. El alto consumo de bebidas alcohólicas ha incrementado aceleradamente la incidencia de enfermedades del hígado, lo cual se traduce en elevadas tasas de morbilidad y eventualmente de mortalidad, que generan importantes gastos a los sistemas de salud.

La enfermedad alcohólica del hígado presenta un ligero aumento en su tasa de mortalidad de 1998 al 2013 a nivel nacional, pasando de 13.8 a 10.8, respectivamente. En el caso de Chiapas, en este mismo periodo de tiempo, presentó una disminución al pasar de 9.6 a 8.7, teniendo su tasa más alta en el mismo año que la nacional (1999) con 9.7. Ver gráfica 8.

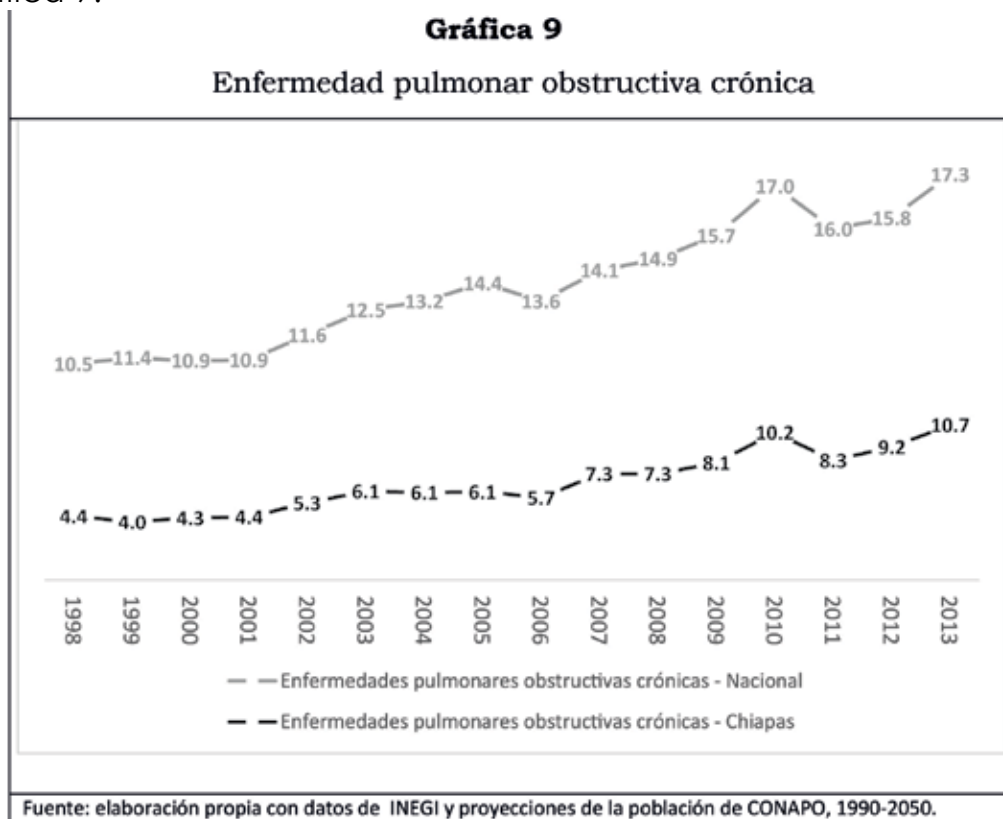


### Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza por

un bloqueo persistente del flujo de aire; se trata de una enfermedad subdiagnosticada y potencialmente mortal que altera la respiración normal y no es totalmente reversible. Los términos bronquitis crónica y enfisema quedan englobados en el diagnóstico.

Su principal causa es el humo del tabaco (fumadores activos y pasivos) aunque existen otros factores de riesgo como son: La contaminación del aire de interiores (por ejemplo, la derivada de la utilización de combustibles sólidos en la cocina y la calefacción); la contaminación del aire exterior; la exposición laboral a polvos y productos químicos (vapores, irritantes y gases); y las infecciones repetidas de las vías respiratorias inferiores en la infancia. Ver gráfica 9.



En la actualidad, la enfermedad afecta de igual manera a ambos sexos por el consumo de tabaco, sin embargo, se observa un alto riesgo en las comunidades de bajos ingresos debido a la contaminación de interiores, provocada por la utilización de combustibles sólidos para el uso de la cocina y calefacción.

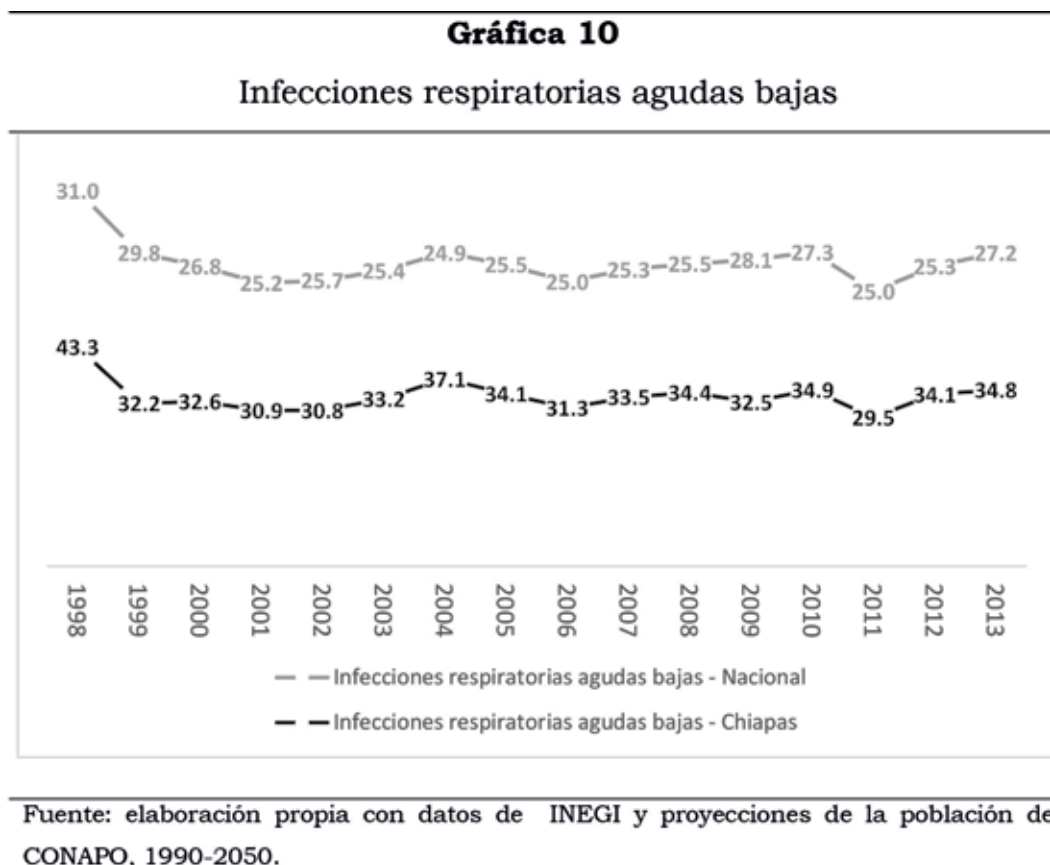
La enfermedad pulmonar obstructiva crónica ha registrado un gran aumento en su tasa de mortalidad a nivel nacional, tanto así que, en un periodo comprendido de 15 años, la tasa aumentó 6.8, pasando de 10.5 en 1998 a 17.3 en 2013. En el caso de Chiapas las cifras presentan un comportamiento similar aumentando 6.3 la tasa de mortalidad en el mismo periodo de tiempo, por lo cual, en 1998, se observa una tasa de 4.4 y, para el 2013, es de 10.7.

**Infecciones respiratorias agudas bajas**

Las enfermedades respiratorias agudas bajas son aquellas que afectan al sistema respiratorio y se presentan de las cuerdas bucales hacia abajo. Dentro de las cuales, las potencialmente graves, son: bronquiolitis, neumonía y derrame pleural, causa importante de hospitalización y morbilidad en los niños. Dentro de los factores de riesgo para padecer una infección respiratoria están: falta de lactancia materna, vacunación incompleta, prematurez, bajo peso al nacer, hacinamiento, época invernal, madre analfabeta funcional, madre adolescente, contaminación ambiental y contaminación domiciliaria.

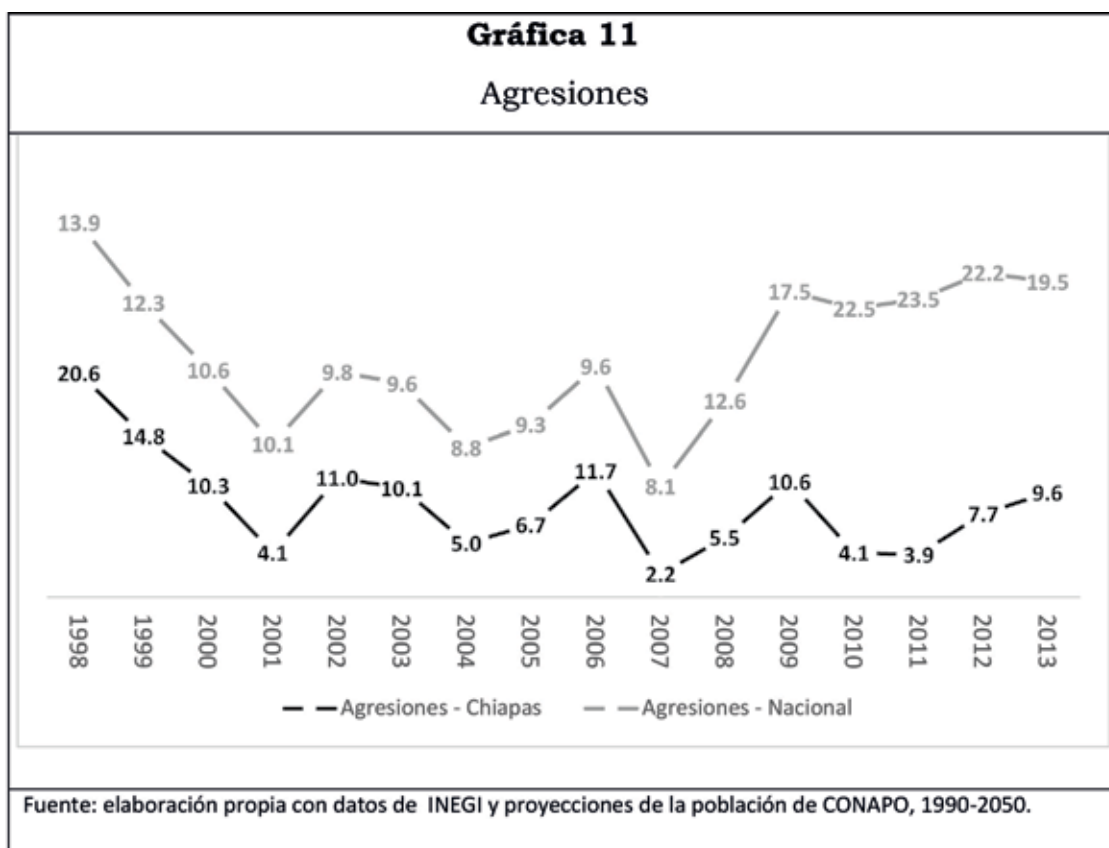
Las infecciones respiratorias agudas bajas resultaron ser la cuarta causa de muerte en México durante 2013, con una tasa de mortalidad de 27.2 por cada cien mil habitantes; aunque en los últimos 15 años se observa que la tasa tiene una tendencia a la baja, esta sigue siendo alta pasando de 31.0 en 1998 a 27.2 para el año 2013.

En Chiapas se encuentra como la tercera causa de muerte, con una alta tasa de 34.8 por cada mil habitantes para el año 2013; aunque se registra una tendencia a la baja, ya que para 1998 la tasa era de 43.3, aún así sigue estando muy por arriba de la tasa nacional.



## Agresiones

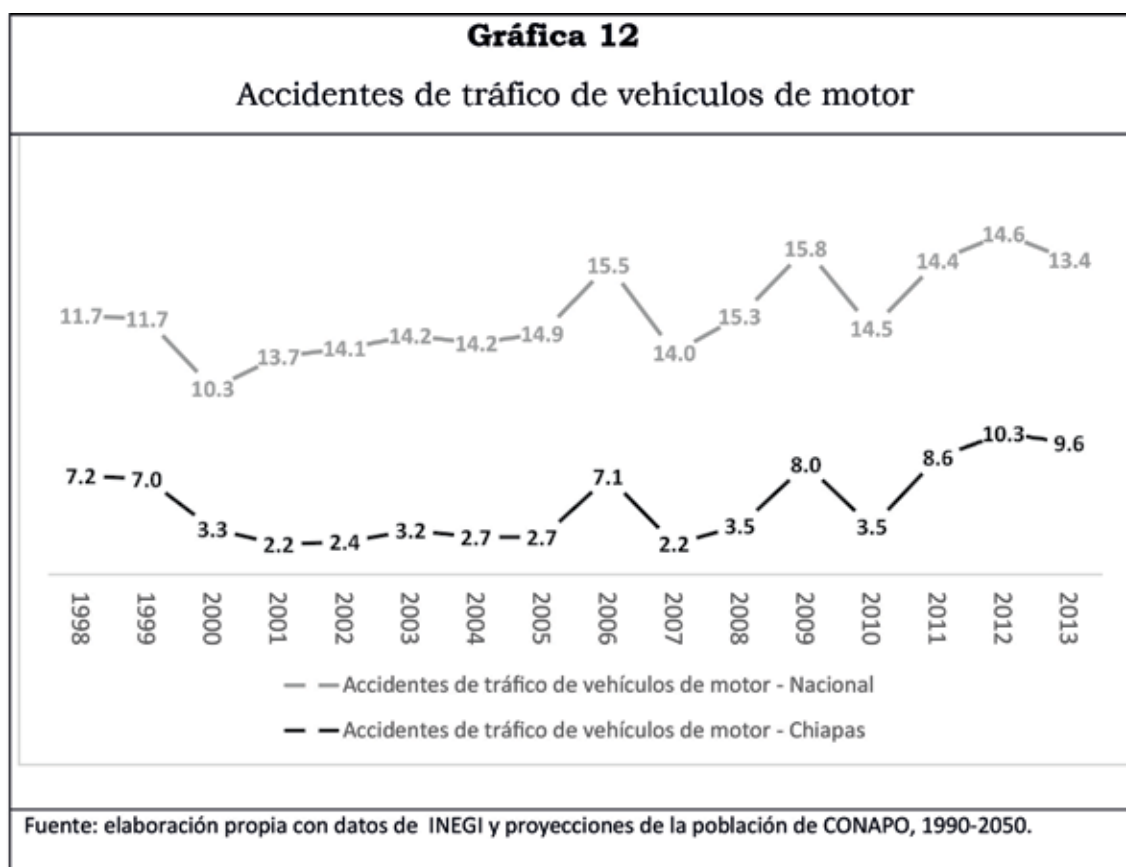
La tasa de mortalidad por agresiones ha tenido un aumento a nivel nacional a partir del 2007, antes de este año la tendencia iba a la baja pero, a partir de éste hasta el 2012, la tasa había aumentado 11.4 pasando de 8.1 a 19.5 por cada cien mil habitantes. En el caso de Chiapas vemos que de 1998 al 2013 la tasa de mortalidad no tiene una tendencia, ya que en unos años se encuentra a la baja y en otros a la alta, un ejemplo es que del año 2006 disminuyó de 11.7 a 2.2 para el 2007; tenemos entonces en 1998 una tasa de 20.6 y, para 2013, de 9.6.



Se designa como muerte por agresión a aquel acto o ataque violento que tiene la firme intención de causar daño a quien va dirigido y termina en homicidio. Podemos ver una tendencia a la alta en la tasa nacional a partir del año 2007, debido a la guerra contra el narcotráfico declarada por el Gobierno en turno.

## Accidentes de tráfico de vehículos de motor

La mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos de motor se mantiene en una tendencia estable, desde el año 1998 hasta el 2013, entre los rangos de 11.7 a 15.8 muertes por cada cien mil habitantes. Para el caso de Chiapas se nota un incremento en los últimos años, pasando de 3.5 en el 2010 a 10.3 para el año 2012, un gran aumento para el corto periodo de tiempo, teniendo su tasa más baja con 2.2 en el año 2007, tenemos entonces en 1998 una tasa de 7.2 y, para el 2013, de 9.6.



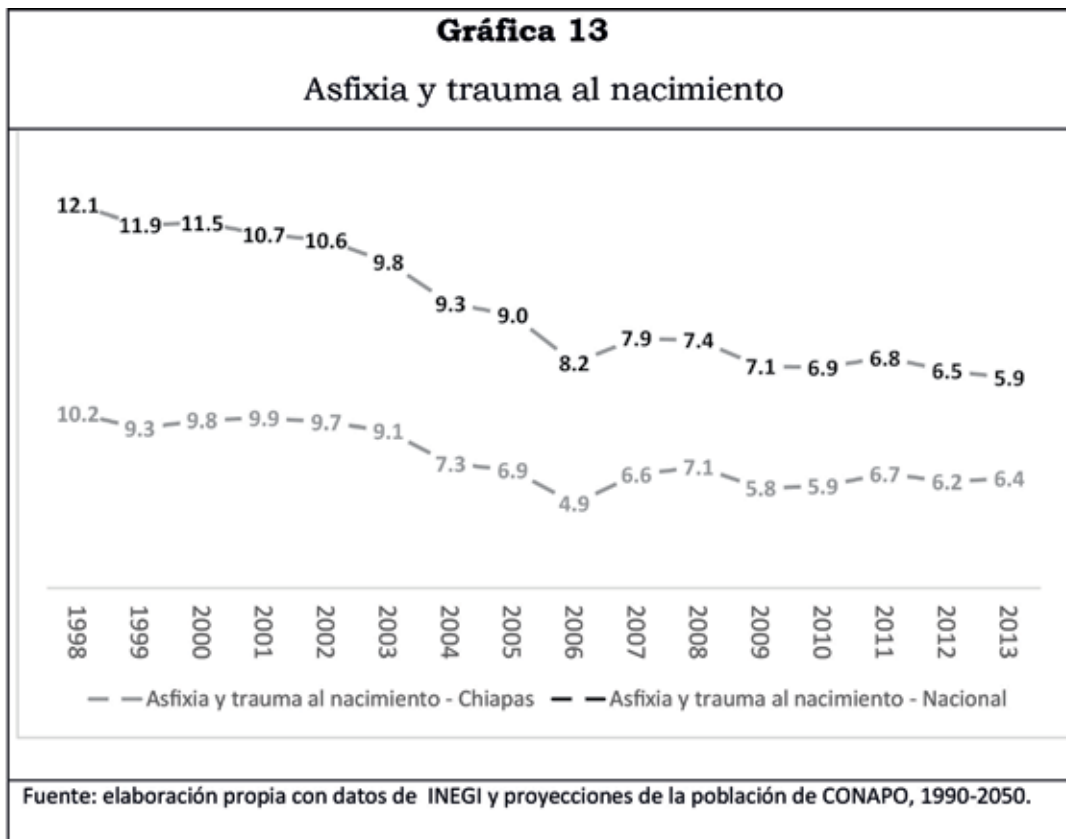
Se entiende que los accidentes de tráfico de vehículos de motor ocurren cuando un vehículo motorizado en movimiento en una calle, carretera o vías rápidas públicas, causan daños, lesiones o muertes.

Los factores de riesgo clave son: velocidad excesiva, conducción bajo los efectos del alcohol u otra droga, distracciones y el no utilizar cascos ni cinturón de seguridad al conducir.

## Asfixia y trauma al nacimiento

El traumatismo al nacimiento es cada vez menos frecuente a nivel nacional, gracias al perfeccionamiento de técnicas obstétricas y mejor vigilancia del proceso de parto, convirtiéndose en un indicador de calidad en la atención obstétrica, de tal manera que, en Chiapas, es necesario elevar la calidad de la atención obstétrica y vigilancia del proceso de parto para reducir la tasa de mortalidad.

Se entiende por traumatismo al nacimiento a toda lesión física que depende de fuerzas mecánicas, y que ocurre al inicio del trabajo de parto hasta que se liga el cordón umbilical.



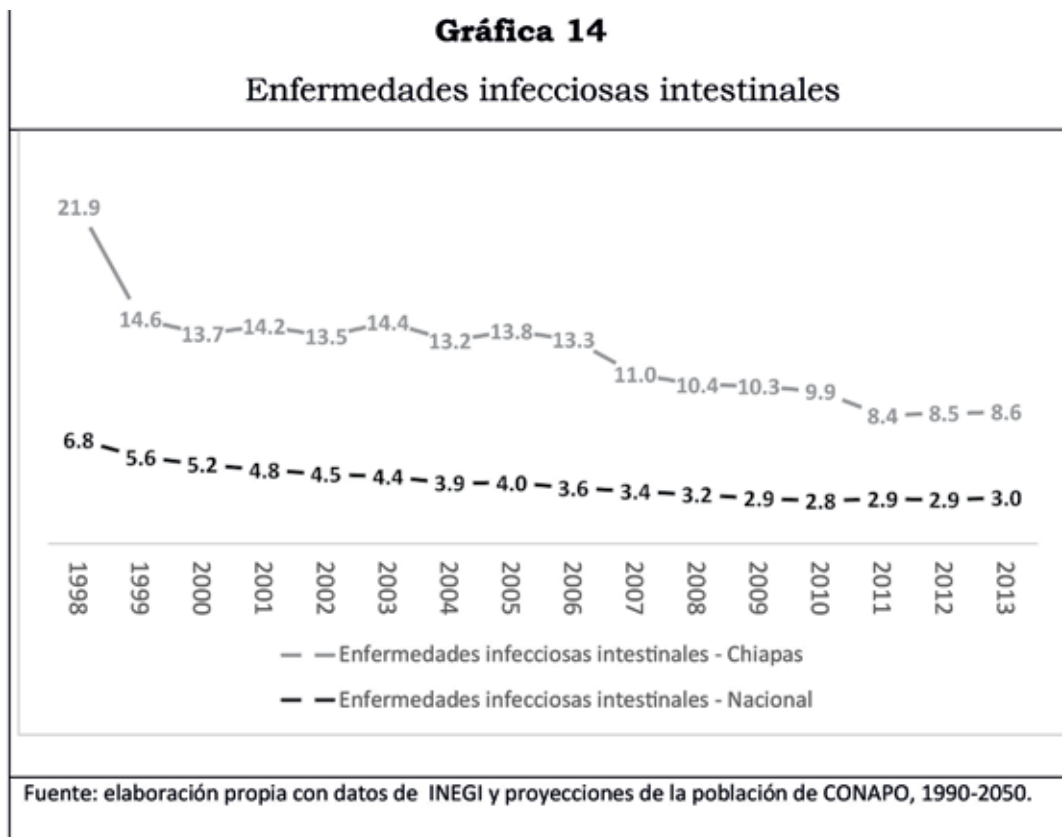
La asfixia neonatal es provocada por la insuficiencia respiratoria en el recién nacido, situación causada por la ingesta insuficiente de oxígeno antes, durante o, justo después, del nacimiento. Las más comunes son: hipoxia prenatal (reducción de suministro de oxígeno a los tejidos debajo de los niveles fisiológicos), compresión de cordón umbilical durante el parto y la aplicación de una anestesia no adecuada a la madre, la cual puede atravesar la placenta y anestesiarse al feto.



La tasa de mortalidad por asfixia y trauma al nacimiento se ha reducido, a nivel nacional, en los últimos años (de 1998 a 2013), pasando de 10.2 a 6.4, lo que muestra en cada año una disminución. En el caso de Chiapas, de 1998 al 2006, hubo una disminución en los casos llegando a 4.9 muertes por cada cien mil habitantes pero, a partir de ese año, hubo un ligero aumento de 7.1, mismo que se detuvo en los años subsecuentes hasta quedar por arriba de la media nacional en 6.4 muertes por cada cien mil habitantes, tenemos entonces en 1998 una tasa de 10.2 y, para 2013, de 6.4.

## Enfermedades infecciosas intestinales

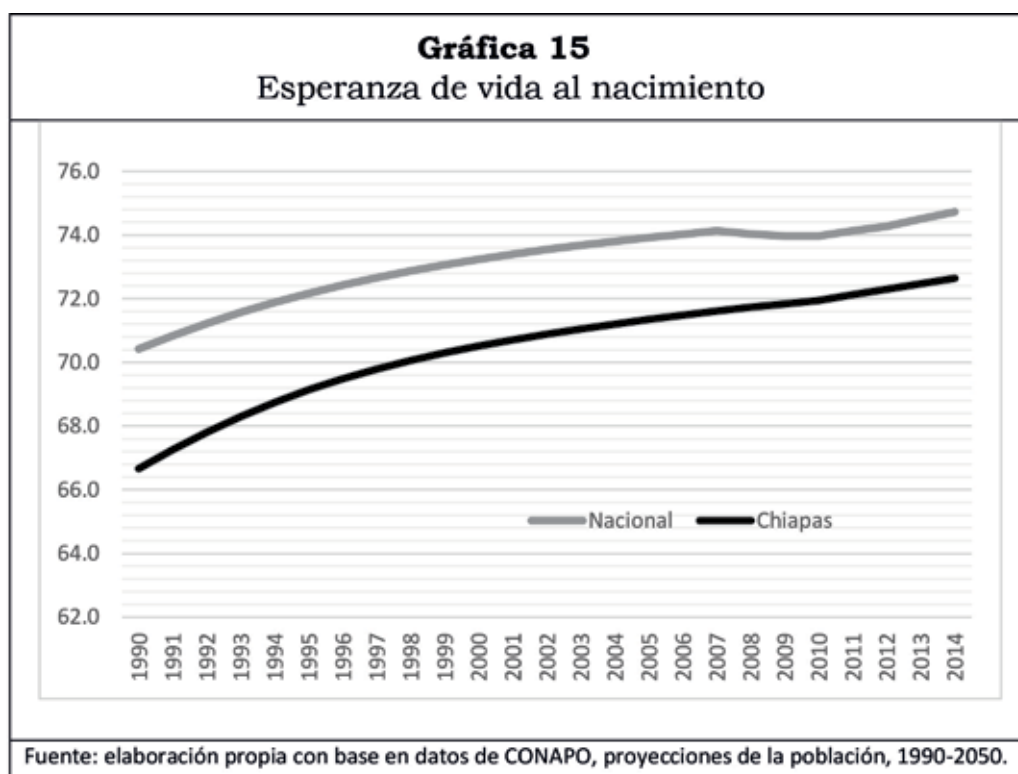
Las infecciones intestinales son ocasionadas por enteropatógenos virales, bacterianos y parásitos; se transmiten por medio de agua contaminada por heces fecales, alimentos contaminados, o bien, de una persona a otra como resultado de una mala higiene. Se asocia a la época de calor-lluvia, debido a que las condiciones climáticas hacen a los alimentos más perecederos y las aguas se contaminan con mayor facilidad. Este tipo de enfermedades afectan en mayor proporción a lactantes, preescolares, pacientes con cáncer, o VIH, y personas con defensas bajas. Esto muestra que en el Estado de Chiapas las condiciones de higiene no son las adecuadas, es por ello la alta tasa de mortalidad.



La tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales han tenido una tendencia a la baja, la más notable es la del Estado de Chiapas, ya que en 15 años (de 1998 a 2013) ha disminuido de 21.9 a 8.6 muertes por cada cien mil habitantes. Aún con esta disminución se encuentra muy por arriba de la media nacional, la cual también ha disminuido, no tan drásticamente como la anterior, pero sí una constante hacia la baja, pues del 6.8 en 1998, se redujo 3.0 en el 2013.

## Esperanza de vida al nacimiento

El resultado de las diferencias en mortalidad se ve reflejado en los niveles de esperanza de vida al nacimiento, donde Chiapas tiene una esperanza de vida de 72.8, por debajo del promedio nacional que es de 75 años al 2015. Una esperanza de vida alta indica un mejor desarrollo económico y social en la población.



La esperanza de vida al nacer indica la cantidad de años que vivirá un recién nacido si los patrones de mortalidad, vigentes al momento de su nacimiento, no cambian a lo largo de la vida del infante.

Se observa que de 1990 al 2014 la esperanza de vida, tanto nacional como estatal, ha ido a la alza, sin embargo, esto no ha sido suficiente para Chiapas.



## 6. Conclusiones

La evaluación es un proceso sistémico y estructurado, basado en metodologías replicables que tiene por objeto medir, analizar y calificar diferentes aspectos relacionados al diseño, focalización, cobertura, operación, procesos, resultados y estrategias implementadas por programas, fondos o acciones con la finalidad de proporcionar elementos cuantitativos y cualitativos para mejorar su gestión, optimizar su operación y transparentar el uso de los recursos utilizados.

En el mismo sentido, la evaluación de indicadores realizada tiene por objeto ofrecer un panorama general del sistema de salud de Chiapas, utilizando información de fuentes oficiales relativas a la operación y financiamiento de los programas de salud, de sus componentes y acciones; información concerniente a la población, su estructura por edad y los niveles de cobertura en salud; así como información sobre los resultados en materia de causas de muerte y niveles de sobrevivencia de los chiapanecos.

La existencia de distintas instituciones de salud que prestan, en general, los mismos servicios, tiene importantes efectos sobre el funcionamiento y la capacidad del sistema. La multiplicidad de instituciones provoca la duplicidad de infraestructuras y servicios<sup>4</sup>, pero también sobre la dispersión y atomización de recursos, lo que se refleja en un excesivo número de programas, acciones y proyectos. El resultado final es un sistema de salud con problemas de cobertura, eficiencia y calidad de los servicios que presta.

Una de las primeras consecuencias de la segmentación del sistema de salud de Chiapas se ve reflejada en la distribución desigual de los recursos destinados a la salud entre instituciones y programas dirigidos a distintos segmentos de población. Por ejemplo: los recursos destinados a FASSA fueron del orden del 33% del presupuesto de salud del Estado de Chiapas al año 2014 (no se incluye el presupuesto asignado al IMSS ni al ISSSTE), mientras que FASSA dio cobertura al 68% de la población total del Estado al mismo año.

La principal segmentación del sistema de salud de Chiapas se da entre los trabajadores formales del sector privado, del sector público, del gobierno

---

<sup>4</sup> La duplicidad de funciones ocurre debido a que cada institución debe realizar las tres funciones básicas en un sistema de salud: financiamiento, organización y administración; y no existe transferencia de flujos financieros, ni afiliados o pacientes entre instituciones, a menos que ocurra un cambio en el estatus laboral de los trabajadores. De hecho, el sistema de salud pública en México nació fragmentado en dos grandes componentes: los servicios de salud para la población asegurada, ofrecidos por instituciones de seguridad social, y los servicios para la población no asegurada, provistos principalmente por la Secretaría de Salud (SS) y sus equivalentes estatales (PNUD, 2011).

del Estado, trabajadores informales y la población abierta, quienes, según la institución a la que estén afiliados, cuentan con derechos diferenciados y servicios con niveles heterogéneos en términos de disponibilidad, calidad y accesibilidad, a infraestructura, medicamentos y servicios.

La distribución de los programas de salud en el Estado, resulta adecuada en cuanto a la proporción: a prevención y atención de la salud 46.2%, a los programas que se dedican a vigilancia epidemiológica el 8.3%, el 15% a la conservación y construcción de infraestructura y, el restante, 28% a programas administrativos. Sin embargo, la distribución de recursos no resulta proporcional, ya que los programas de prevención y atención recibieron el 23.8%, mientras que los programas de vigilancia epidemiológica recibieron el 0.2%, en contraparte, los programas administrativos recibieron 28% de los recursos.

Con relación a los indicadores de los programas de salud, reportados por la Matriz de Indicadores de Resultados, resulta evidente que los mismos están diseñados básicamente para medir el nivel de cumplimiento de los programas, a partir de la consecución de metas previamente fijadas, dejando de lado los aspectos relativos a la calidad y eficiencia de los servicios de salud.

En este punto es importante destacar que no existe un método claro que permita justificar la meta preestablecida, ni tampoco los medios de verificación que cuantifiquen el verdadero porcentaje de alcance de las metas. Por ello, los niveles de cumplimiento de metas reportados como 95% de los logros alcanzados, resulta una mera ficción cuando se contrasta con indicadores duros como las tasas de mortalidad infantil o los niveles de esperanza de vida.

En el mismo sentido, el 95% de cumplimiento alcanzado contrasta con los resultados de las opiniones vertidas por los usuarios del sistema respecto de los niveles de satisfacción, calidad y trato digno.

La satisfacción depende en buena medida de indicadores relacionados con el trato digno al paciente y la certeza en el diagnóstico. Uno de los motivos de queja más frecuentes ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico es la falta de información proporcionada por el médico. Entre los indicadores de trato digno del sistema se encuentra el de satisfacción de los usuarios a la información proporcionada por el médico, el cual se construye con el porcentaje de usuarios a los que el médico de consulta externa o del servicio de urgencias explicó su diagnóstico o tratamiento a seguir.

La descentralización de los servicios de salud llevada a cabo a lo largo de las últimas dos décadas, si bien trajo beneficios indiscutibles, no ha sido acompañada por el establecimiento de reglas financieras claras que determinen, en términos concretos, la corresponsabilidad de los distintos órdenes de gobierno en el financiamiento de la salud. De hecho, en 2014, aún se observaba que la contribución estatal al financiamiento de la salud para la población representa el 10.5%; un porcentaje mucho menor que lo que aportan los fondos federales (24.6%) o la combinación de otros subsidios (33.1%), lo que hace poco predecibles los montos futuros destinados a la salud.

Si bien el perfil de causas de muerte señala que los niveles de mortalidad por causas crónico-degenerativas en Chiapas se encuentra aún en niveles por debajo de la media nacional, la tendencia observada en el incremento de las mismas representa una alerta muy importante para el sistema de salud del Estado debido principalmente que se trata de padecimientos que ocurren, en general, en edades avanzadas, quienes requieren tratamientos más largos, complejos y costosos, pero que, dada la estructura por edad tan joven del Estado, no debieran estar presentándose en las proporciones en las que se observan.

Por otra parte, es aún más preocupante la alta incidencia de defunciones producto de enfermedades infecto-contagiosas, donde las tasas observadas son de las más altas del país, dichas infecciones ocurren en edades tempranas y afectan, en mayor medida, a estratos de población en condiciones socioeconómicas desfavorables. Las defunciones originadas por este tipo de padecimientos, en conjunto con las altas tasas de mortalidad infantil, son las causantes de que Chiapas tenga la esperanza de vida más baja de México, dos años por debajo del promedio nacional.

Finalmente, se debe señalar que el gasto estatal en salud representó en 2014, el 13.2% del presupuesto total del Estado, un porcentaje relativamente alto si se compara con la media nacional, que fue del 10.8%, de modo que no son explicables las carencias en materia de prestación de servicios de salud, por lo que es necesario que se haga un mayor esfuerzo para efficientar el uso de recursos destinados a financiar la atención a la salud.

## 7. Recomendaciones

### **Recursos Humanos**

En términos de recursos humanos, la información nos muestra que en Chiapas existen 1.3 médicos por cada mil habitantes, cifra que resulta baja en comparación con el Distrito Federal que es de 3.0, por lo que se recomienda aumentar el número de médicos haciendo más atractivas las condiciones de contratación evitando generar inequidades al interior del sistema debido a la forma de contratación.

### **Oferta y demanda de servicios**

Si bien el presupuesto en salud y el crecimiento de la capacidad instalada del sistema ha venido creciendo de manera sostenida los últimos veinte años, la oferta de servicios continúa siendo insuficiente para atender la demanda, por lo que es importante que se avance con las gestiones a nivel federal a fin de continuar fortaleciendo la infraestructura, equipamiento y la contratación del personal para operar las unidades médicas creadas. Considerando que para el 2010 la cifra de población sin acceso a servicios de salud era del 21.8%.

El sistema de salud chiapaneco funciona como un grupo de subsistemas que operan desarticuladamente, donde cada subsistema ofrece distintos niveles de cobertura y servicios con resultados desiguales. Por lo que se recomienda estudiar la posibilidad de abrir a las personas la libertad de afiliarse al subsistema público que mejor se adapte a sus necesidades.

Adicionalmente, se recomienda continuar instalando unidades médicas y hospitales que presten servicios de salud intercultural, tanto en cabeceras municipales como en localidades con población indígena, así como de muy alto grado de marginación y pobreza extrema.

Se revisan las condiciones de contratación, prestaciones y salarios del personal médico y técnico, a fin de evitar condiciones de inequidad y la duplicidad de personal contratado de diferentes subsistemas, ya que esto reduce el tiempo, calidad y compromiso de atención a los pacientes.

### **Gastos administrativos**

El instituto de salud de Chiapas debe tener un equilibrio entre los gastos administrativos y operativos. En el caso del Instituto de Salud, tanto el 28.3% de los programas como del 60.2% del presupuesto asignado se gastan en servicios de administración, por lo que es altamente recomendable diseñar una estrategia que les permita reestructurar la plantilla, perfil, jubilación



del personal administrativo contratado que, en el mediano y largo plazo, permita reducir el tamaño de la estructura administrativa para que se mejoren los procesos de organización y administración, con el objetivo de reducir costos, generar economías de escala y desarrollar incentivos con miras a mejorar la productividad del personal.

A partir de las cifras sobre presupuesto, proporcionadas por el propio Instituto de Salud de Chiapas y cifras públicas disponibles, se detectó que existe una diferencia importante entre el presupuesto destinado a FASSA, que según el Presupuesto de Egresos del Estado de Chiapas para el Ejercicio Fiscal 2014, publicado en el periódico oficial No. 078, Tomo III, de fecha 31 de diciembre de 2013, señala que se asignaron 3,365 millones de pesos, y la cifra reportada por el Instituto de Salud de Chiapas que señala, para el mismo ejercicio, un presupuesto autorizado de 2,533 millones de pesos, por lo que existe una diferencia sin explicar de 832 millones de pesos que representa el 32% del presupuesto autorizado. Por lo que se recomienda realizar las aclaraciones correspondientes a las cuentas de FASSA para el ejercicio fiscal 2014.

Asimismo, se detectó una diferencia importante entre el presupuesto autorizado y ejercido para FASSA al año Fiscal 2014. Según cifras del propio Instituto de Salud de Chiapas, el presupuesto autorizado fue de 2,533 millones de pesos mientras que el presupuesto ejercido es de 2,272 millones de pesos, es decir, que se dejaron de ejercer poco más de 260 millones de pesos, el 10.2% del presupuesto autorizado, por lo que se recomienda explicar las razones del subejercicio.

### **Calidad del servicio**

Como resultado de la evaluación se observó que el instituto de salud sólo cuenta con 6 indicadores de calidad de los 496 que reporta, se recomienda definir un conjunto mínimo de indicadores de calidad asociados a los servicios de salud que definan estándares mínimos para variables cuantificables por los usuarios, como el tiempo medio de espera para consulta externa, las evidencias de diagnósticos con base en estándares nacionales, asertividad del diagnóstico, disponibilidad de medicamentos, etc.

Los indicadores de eficiencia miden la relación entre los logros alcanzados y los recursos utilizados. Como se señaló durante la evaluación, el instituto de Salud del Estado no reportó ningún indicador de este tipo durante el 2014, por lo que se recomienda implementar a la brevedad un conjunto mínimo

de indicadores de eficiencia para, al menos, los programas con mayor asignación presupuestal.

Se recomienda diseñar indicadores de eficiencia, calidad y economía para evaluar la prestación de servicios de salud, la calidad del servicio y monitorear la morbi-mortalidad; algunos de los indicadores, pueden ser calculados fácilmente con la información existente en el sistema de información del Instituto de Salud de Chiapas.

Se recomienda diseñar indicadores para evaluar los costos reales de riesgos de salud con base en cálculos actuariales que permitan cubrir, oportunamente, los costos de atención en condiciones de eficiencia y calidad.

### **Reducción de riesgos de salud**

Los cambios observados en el perfil de morbilidad de Chiapas exigen priorizar un enfoque con base en la reducción de riesgos de salud, así como la promoción de buenos hábitos de vida saludable; es aquí donde la atención primaria en salud se constituye en el espacio directo para la atención que permita prevenir, proteger y cuidar la salud de la población general. Por lo que se recomienda reforzar la atención primaria, en especial, la parte de prevención y control de embarazos adolescentes, enfermedades emergentes y enfermedades crónico-degenerativas; se recomienda aprovechar los sistemas y medios de información y comunicación, así como los espacios públicos, para difundir permanentemente la información

Se recomienda fortalecer el sistema de información de salud para monitorear la incidencia y prevalencia al menos de las diez enfermedades con las mayores tasas de mortalidad en la entidad.

Se recomienda evaluar el gasto de bolsillo que las familias realizan para pagar su atención médica primaria, con el objetivo de conocer el impacto y cobertura que tiene el Instituto de Salud en los distintos estratos socioeconómicos.

Existe evidencia de que el gasto público en salud no está sustituyendo el gasto de bolsillo, especialmente entre los más pobres, lo que generan mayores inequidades sociales, por lo que se recomienda mejorar los niveles de cobertura en salud con énfasis especial en estratos socioeconómicos más bajos.

Considerando la situación económica y presupuestal del país y del Estado se recomienda trabajar por grupos y por temas estratégicos para diseñar acciones en salud innovadoras y de bajo costo que permitan generar nuevas soluciones a problemas críticos de salud en la entidad.

Se recomienda realizar evaluaciones externas a los programas de salud del Estado de Chiapas, en especial, a los programas con mayor asignación presupuestaria, así como hacer pública la información derivada de las mismas.



## 8. Bibliografía

Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. ( 2011) "Sistema de Salud de México". *Salud Pública, Mex* ;53 supl 2:S220-S232.

Maceira L., Alva R. y Rayas L. (2007), "Elementos para el análisis de los procesos de institucionalización del enfoque de género: una guía", *Género, Cultura y Sociedad*, Serie de investigaciones del PIEM, Colmex, México, No. 5, p. 218.

Walt G. *Health policy: an introduction to process and power*. Londres: Zed Books, 1994:240.

World Health Organization, 2000. "Cap. 1 ¿Por qué son importantes los sistemas de salud?" *Sistemas de salud*. Informe sobre la salud en el mundo 2000.. " pp 3-21.