



Hacia un Sistema Nacional de Salud Universal

Dra. Mercedes Juan
Secretaría de Salud

RESUMEN

Para responder al desafío que implica garantizar efectivamente y con calidad al derecho a la protección de la salud a más de 117 millones de personas en México, independientemente de su condición social o estatus laboral, se han realizado importantes reformas en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal y para el logro de esta meta se conciben como objetivos intermedios: 1. Fortalecimiento de la Secretaría de Salud como autoridad sanitaria. 2. Un modelo de atención más homogéneo que propicie la unificación de los diferentes subsistemas. 3. Una integración funcional y efectiva de las instituciones. 4. Un uso más eficiente de los recursos disponibles. 5. Fortalecimiento de la transparencia y la rendición de cuentas. 6. Atención continua e integrada de la persona sin importar su condición laboral. Así presentamos las estrategias y políticas implementadas para el logro de estos objetivos.

Palabras clave: sistema de salud.

Towards a National Universal Health System

ABSTRACT

Many changes have been done to set up a National Universal Health System, in response to the challenge that warranties efficiently and with quality the right of protecting health of more than 117 million people in Mexico, in spite of its social or working status. Several objectives have been taken to get this achievement: 1. Reinforcement of the Secretaría de Salud as health authority. 2. A standard attention model to join the different subsystems. 3. Functional and efficient integration of institutions 4. Improvement of the available resources 5. Reinforcement of clearness and outstanding bills 6. Prompt and personalized attention no matters working status. Thus here we present the strategies and policies taken to achieve this challenge.

Key words: Health system.

Recibido: 12 febrero, 2014

Aceptado: 20 febrero, 2014

Correspondencia

Dra. Mercedes Juan
Secretaría de Salud
Lieja 7, Piso 1, Col. Juárez, Del. Cuauhtémoc,
C.P.06600 México, D.F.



ANTECEDENTES

El Sistema Nacional de Salud en México ha respondido a lo largo de siete décadas a los múltiples retos planteados por el desarrollo de un país que hoy alcanza más de 117 millones de personas,¹ con extensiones territoriales, variaciones regionales en la distribución de la población, dispersión, marginalidad y barreras interculturales, lo cual implica importantes desafíos en términos de la prestación de servicios de muy diversa naturaleza, eficientes y de calidad.

Durante estos años se han edificado instituciones sólidas para la atención de la salud, la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud (SESA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y se han llevado a cabo reformas para ir adaptando el Sistema Nacional de Salud a contextos cambiantes en cuestiones socio demográficas, en los arreglos político institucionales y en el perfil epidemiológico. Esta evolución ha sido una combinación de períodos de reformas y de consolidación. Algunos hechos recientes relevantes que dan cuenta de ello son: la inclusión del derecho a la protección de la salud en nuestra Carta Magna en 1983; la expedición de la Ley General de Salud en 1984; el proceso de descentralización de los servicios de salud a las entidades federativas de los años noventa, y las modificaciones de la Ley General de Salud en 2003 para la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), que entra en vigor en 2004.

Como resultado de estas reformas hoy la mayoría de los mexicanos ya cuenta con un esquema de aseguramiento público; sin embargo, las instituciones que prestan los servicios de salud no están articuladas y prestan sus servicios de salud a su población en función de su condición laboral. Esta fragmentación jurídica-institucional genera una serie de inequidades por grupos poblacio-

nales, ineeficiencias y rezagos en el acceso a los servicios de salud que demandan una transformación. Por ello, nuestro reto prioritario es lograr una reforma que tenga como objetivo garantizar efectivamente el derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos independientemente de su condición social o estatus laboral, es decir, sin ningún tipo de discriminación, con equidad y calidad.

Este documento presenta después de un breve diagnóstico, los puntos más importantes de la reforma que proponemos para avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.

Diagnóstico

La ciencia médica y los avances científico-tecnológicos han permitido disminuir las tasas de mortalidad general, lo que ha llevado a la población a vivir más. La esperanza de vida a lo largo de las últimas décadas ha ido en aumento. En 2012 fue de 77.3 años para las mujeres y 71.4 para los hombres, y para 2030 será de 79.4 y 74.6, respectivamente.¹

Durante las últimas décadas se ha observado en el país una transición epidemiológica; es decir, se han modificado las principales causas de enfermedad y muerte. Se ha registrado una disminución de las defunciones debidas a enfermedades transmisibles, y un aumento de la prevalencia y defunciones debidas a enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos; las cuales en su mayoría son prevenibles y controlables, pero aún no son curables y generan presiones financieras en las instituciones públicas de salud. En el caso de la diabetes mellitus, es de resaltarse que en las últimas tres décadas la tasa de mortalidad debido a esta causa se ha incrementado casi tres veces, pasando de 21.9 defunciones por cada 100 mil

habitantes en 1980, a 69.9 en 2011 (figura 1). Así, la mayor esperanza de vida no necesariamente se ha traducido en que las personas vivan de forma más saludable.

Además de estos retos, hoy persisten deudas con diferentes grupos sociales que viven en condiciones de vulnerabilidad. En las entidades federativas más marginadas coexisten la desnutrición y las enfermedades infecciosas, además de las ECNT y las lesiones como principales causas de muerte (figura 2).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) los sistemas de salud deben proporcionar a toda la población el acceso a servicios sanitarios necesarios, incluida la prevención, la promoción, el tratamiento y la rehabilitación de calidad y garantizar que el uso de estos servicios no expongan al usuario a dificultades financieras.

Para avanzar hacia la cobertura universal, La OMS define tres vertientes⁵: Amplitud de la cobertura: ¿quién está asegurado?, Profundidad: ¿qué prestaciones están incluidas?, Nivel: ¿en qué proporción están cubiertos los costos?

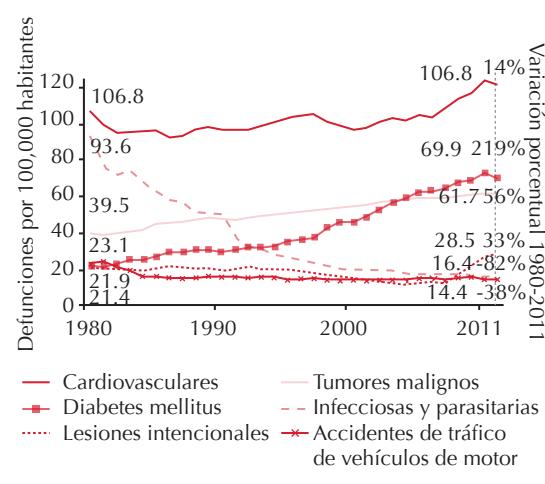
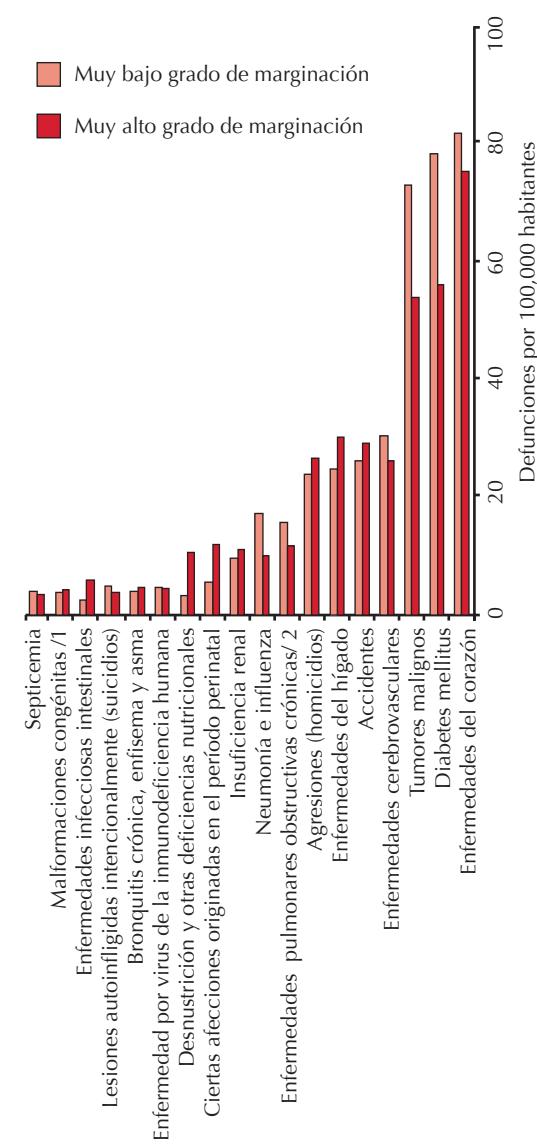


Figura 1. Principales causas de defunción, México 1980-2011 (Defunciones por 100,000 habitantes)²



Notas: /1 Incluye deformidades y anomalías cromosómicas; /2 Excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma. Según CONAPO las entidades federativas de muy alta marginación son Oaxaca, Chiapas y Guerrero. Y las entidades de muy baja marginación son el Distrito Federal, Nuevo León, Coahuila y Baja California.

Figura 2. Principales causas de muerte en entidades federativas de muy alta marginación y muy baja marginación, México 2011 (Defunciones por 100,000 habitantes)^{3,4}



En México se ha hecho un esfuerzo sin precedentes para avanzar en la cobertura universal, sobre todo a través del SPSS y su principal instrumento, el Seguro Popular. Éste permitió desde su creación la oportunidad de ampliar la cobertura de atención de la población que no contaba con seguridad social. La afiliación al Seguro Popular ha aumentado en los últimos 10 años de 5.3 millones de personas a 55.6 millones en 2013. De igual forma, las intervenciones garantizadas de manera explícita en el Catálogo Universal de Servicios de Salud aumentaron considerablemente pasando de 90 intervenciones y 142 medicamentos en 2004, a 285 intervenciones y 609 medicamentos en 2013.⁶ Adicionalmente, el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos pasó de cubrir 4 enfermedades (con 17 intervenciones) en el 2004 a 59 intervenciones en el 2013.^{6,7} Las evaluaciones que existen permiten afirmar que el Seguro Popular ha permitido a las familias reducir el gasto catastrófico y empobrecedor.⁸⁻¹⁵

La expansión del Seguro Popular estuvo asociada a un incremento sustancial de los recursos financieros provenientes del presupuesto público en los últimos 12 años. El incremento equivalente a 206.6% en términos nominales, pasando de 150.2 miles de millones de pesos en 2001 a 460.5 miles de millones de pesos en 2013. El presupuesto de la Secretaría de Salud se ha incrementado casi cinco veces en el mismo periodo, pasando de 40.3 a 189.7 miles de millones de pesos. El presupuesto para salud del IMSS ha crecido 2.4 veces en el mismo periodo y el del ISSSTE en 2.9 veces.^{16,17}

Este crecimiento de los recursos asignados al Seguro Popular ha permitido cerrar dos brechas financieras. Por un lado, el financiamiento per cápita de la población con seguridad social y sin seguridad social pasó de una diferencia de 145% en 2004 a 51% en 2011 (figura 3). Por el otro, el gasto per cápita para la población

sin seguridad social ha tendido a igualarse, aunque todavía no se logra completa equidad (figura 4).

No obstante estos logros de cobertura financiera con el Seguro Popular, hoy todavía persiste un alto gasto de bolsillo, (49% del gasto total en 2011¹⁸) y retos en el acceso efectivo con calidad. Dos ejemplos ilustran esta situación. Primero, la figura 5 muestra que un porcentaje importante de usuarios opta por atenderse en establecimientos privados, sobre todo en la atención ambulatoria aun contando con aseguramiento público. Segundo, no se han logrado los niveles deseados de surtimiento completo de medicamentos recetados en las instituciones públicas de salud, especialmente en los SESA, los cuales no han podido mejorar este indicador considerablemente en los últimos seis años, como lo muestra la figura 6.

Esta falta de capacidad resolutiva tanto en el primer nivel de atención como en el surtimiento completo de recetas explica por qué el 60% del gasto de bolsillo se destina a medicamentos y

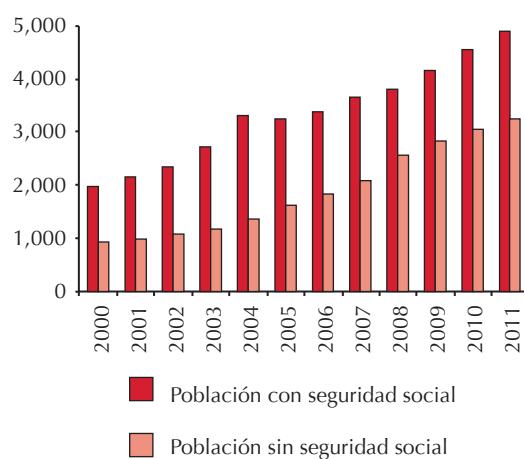


Figura 3. Gasto per cápita entre población sin seguridad social y población con seguridad social, 2004-2011¹⁹

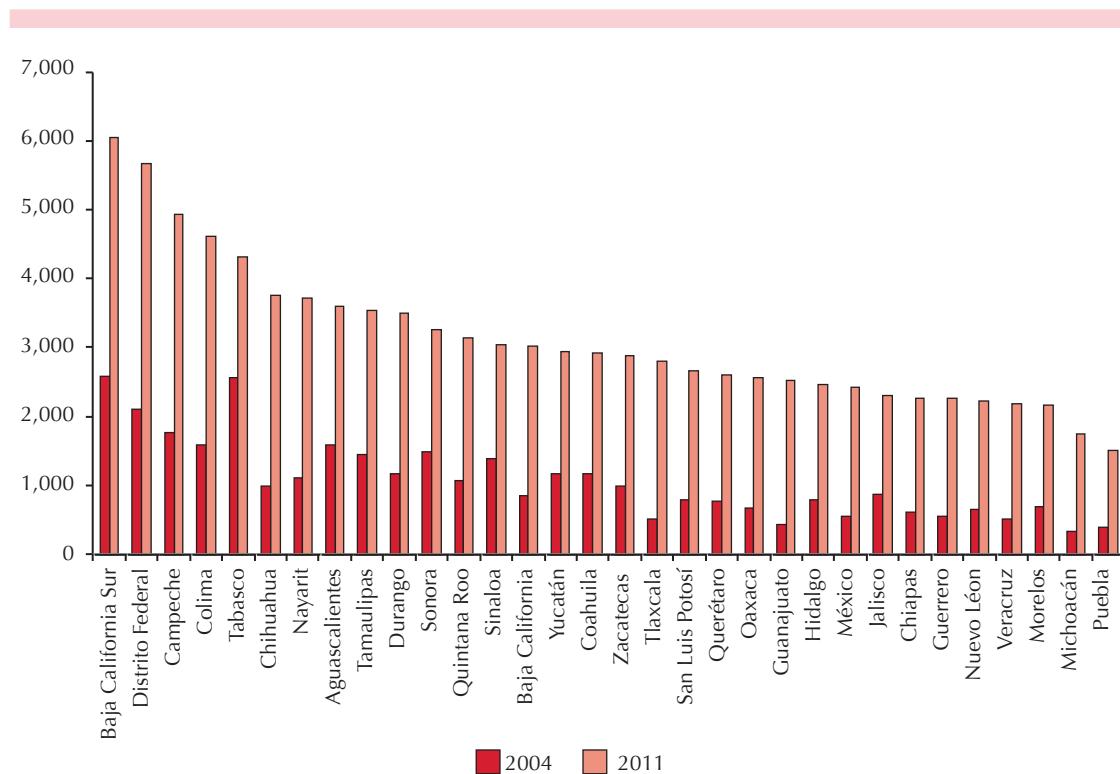


Figura 4. Gasto per cápita para población sin seguridad social por entidad federativa, 2004-2011¹⁹

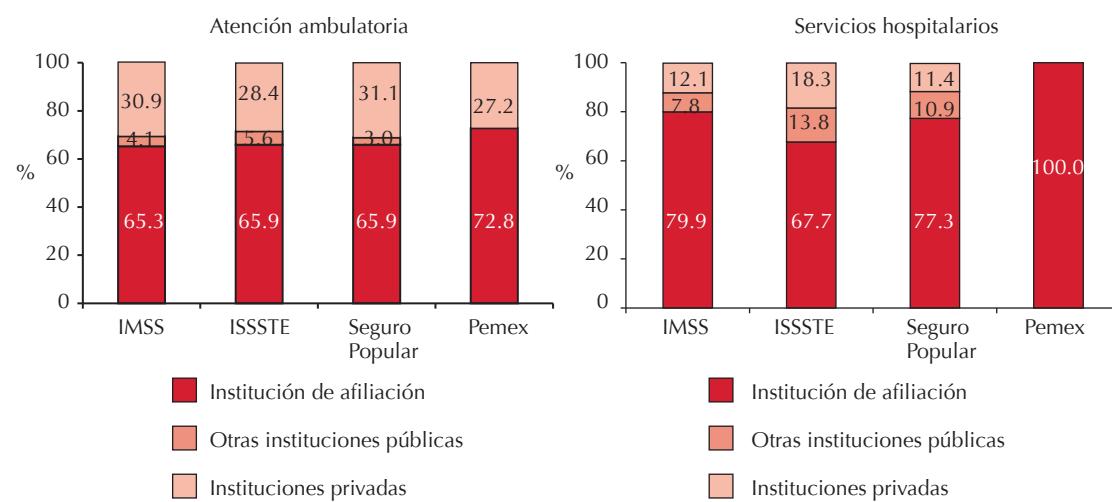


Figura 5. Utilización de servicios por afiliación, 2012²⁰

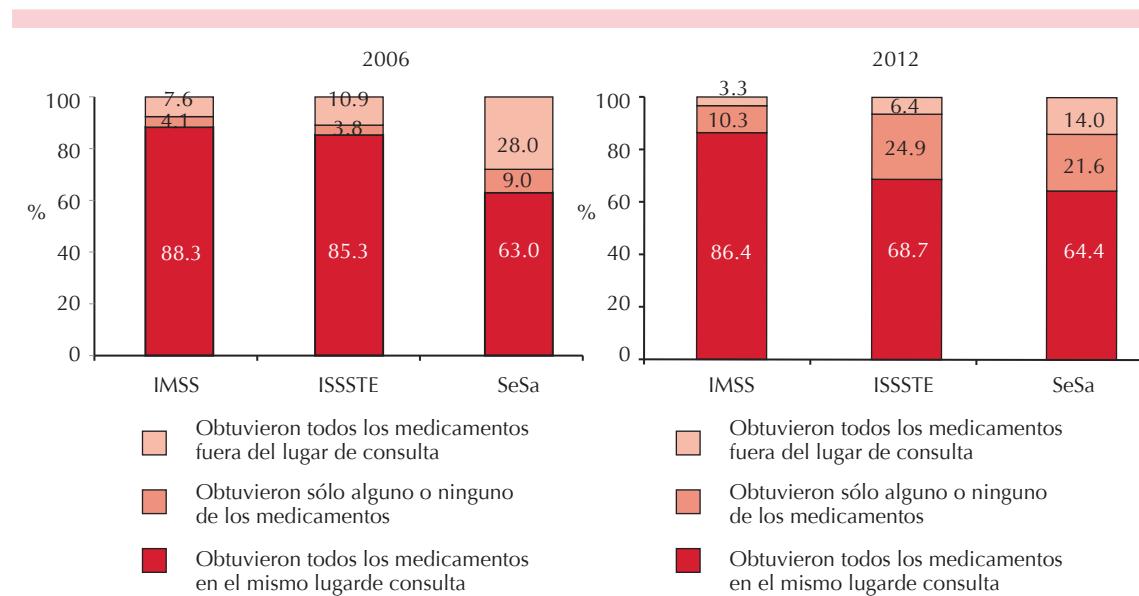


Figura 6. Surtimiento completo de medicamentos recetados por institución, México 2006-2012^{20,21}

casi el 30% a consultas médicas ambulatorias (ver figura 7).

Este breve diagnóstico pone de manifiesto la necesidad de llevar a cabo una reforma estructural para avanzar hacia un Sistema Nacional de Salud Universal que garantice acceso efectivo con calidad independientemente de la condición social o laboral de las personas. El Sistema Nacional de Salud Universal, aunado a la pensión universal, el seguro de desempleo y el Seguro de Vida para Jefas de Familia permitirá construir el Sistema de Seguridad Social Universal; base fundamental para integrar una sociedad con equidad, cohesión social e igualdad de oportunidades.

Hacia un Sistema Nacional de Salud Universal: principales elementos de la propuesta

El Sistema Nacional de Salud Universal busca garantizar a todo mexicano, independientemente de su condición social o laboral, el acceso

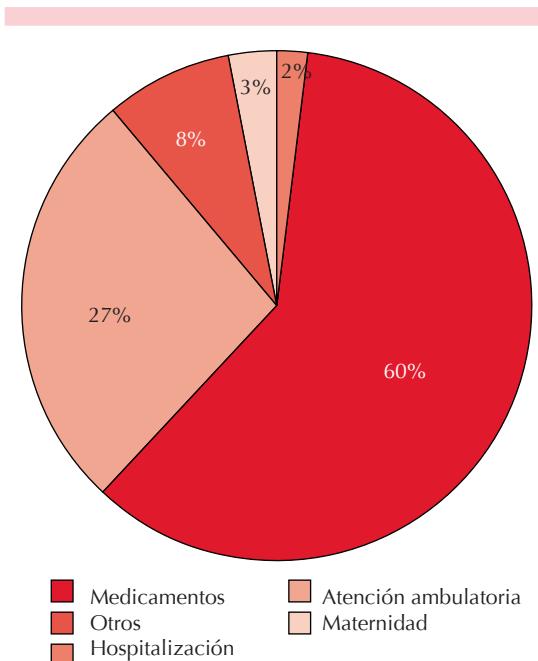


Figura 7. Gasto de bolsillo por rubro de gasto en salud, México 2012.^{22,23,24}

efectivo a servicios de salud con calidad. Para el logro de esta meta se conciben como objetivos intermedios: 1. Fortalecimiento de la Secretaría de Salud como autoridad sanitaria. 2. Un modelo de atención más homogéneo que propicie la unificación de los diferentes subsistemas. 3. Una integración funcional y efectiva de las instituciones. 4. Un uso más eficiente de los recursos disponibles. 5. Fortalecimiento de la transparencia y la rendición de cuentas. 6. Atención continua e integrada de la persona sin importar su condición laboral.

Para el logro de estos objetivos a continuación se describe una propuesta concebida desde una lógica que asimila otras experiencias y potencia los esfuerzos realizados. Esta propuesta para construir un Sistema Nacional de Salud Universal mantiene una línea de continuidad con la política de salud que el Estado Mexicano ha desplegado durante las últimas décadas; conserva además una afinidad con los criterios que promueven los organismos internacionales como la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) y la OMS.

La propuesta de reforma plantea una reorganización de las funciones del Sistema Nacional de Salud que implicaría sustituir la actual organización vertical –con segregación de grupos sociales– por un esquema horizontal dividido por funciones, en el que: la Secretaría de Salud fortalezca su función rectora del sistema; se ordene el financiamiento de los servicios de salud a través de una agencia nacional; se introduzca de forma más explícita la función de aseguramiento a cargo de instituciones públicas, con reglas y mecanismos precisos para vincular eficientemente el financiamiento con la prestación de servicios y finalmente, la prestación de servicios se otorgue a través de las unidades de atención primaria y hospitalaria, tanto públicas como privadas, organizadas en redes plurales de atención por niveles escalonados.

Fortalecimiento de la rectoría

La propuesta de reforma plantea el reforzamiento de la rectoría de la Secretaría de Salud; para ello, propone que ésta concentre sus esfuerzos en las siguientes estrategias (para un análisis más detallado consultar FUNSALUD²⁵): *la conducción del Sistema Nacional de Salud Universal en su conjunto* definiendo la política nacional de salud a través de un sistema nacional de información y una planeación sectorial para la generación de recursos en función de las necesidades de salud; *la coordinación del sistema*, la cual articularía las acciones sectoriales e intersectoriales en un marco de respeto a las atribuciones de los diferentes ámbitos de gobierno; *la regulación del Sistema Nacional de Salud Universal* para proteger a la población contra los riesgos a la salud y para mejorar la calidad de la atención; así como *el seguimiento y evaluación*, vigilando y controlando los riesgos sanitarios y evaluando la calidad de la atención y el desempeño integral del Sistema Nacional de Salud Universal.

En particular, se pondrá especial énfasis en mejorar la calidad de los servicios de salud, reforzando la regulación y la vigilancia sanitaria de establecimientos de atención a la salud y la práctica médica a través de una nueva Comisión Federal para la Regulación de Establecimientos y Servicios de Salud (COFRESS); además de los mecanismos ya existentes para la protección contra riesgos sanitarios, la certificación y acreditación de los establecimientos de atención médica y la certificación del personal de salud.

Derechos y financiamiento

Este elemento de la propuesta implica garantizar un paquete explícito con tres beneficios universales. En un principio el paquete Universal de Servicios de Salud incluirá los beneficios



que ofrece actualmente el Seguro Popular, y los derechohabientes de la seguridad social conservarán los beneficios que les otorgan sus leyes; gradualmente estas diferencias deberán desaparecer; se concibe el establecimiento de garantías de plazo de atención para determinadas intervenciones. Esta propuesta garantiza la sustentabilidad financiera del Sistema Nacional de Salud Universal.

Uno de los elementos fundamentales del Sistema Nacional de Salud Universal es ordenar el financiamiento. Esta función es clave para desencadenar incentivos y las reformas subsecuentes que son indispensables para promover la equidad, la calidad y la eficiencia en el otorgamiento de los servicios de salud. Para ello, se propone crear una agencia que ordene los recursos financieros con dos apartados: a) el de salud pública, orientado al financiamiento de las acciones –tanto generales como locales– dirigidas a la comunidad, que serán reguladas por la federación y los SESA de acuerdo con su competencia; y b) el de aportaciones para servicios universales de salud, que permitirá el pago por capitación de acuerdo con la población afiliada a las instituciones aseguradoras públicas. En virtud de que se propone que el financiamiento para la atención de la salud a la persona sea por capitación, se plantea introducir en el mediano plazo un ajuste de riesgos prospectivo por edad y sexo, lo cual permitirá disminuir la incertidumbre del gasto esperado.

Es importante, por lo demás, considerar que la frecuencia, costo y distribución de algunos padecimientos son de tal magnitud que se requerirá que el financiamiento de intervenciones de alto costo logre mancomunar los riesgos financieros por dichas eventualidades, genere una mayor protección contra el gasto empobrecedor en salud para las familias y garantice finanzas sanas en las instituciones.

Aseguramiento de los servicios de salud

Con la reforma también se busca avanzar en el desarrollo de la función de aseguramiento, clave en los sistemas de salud, ya que se encarga de velar por la atención de los afiliados; organizar la prestación del servicio articulando la red de prestadores; y administrar la información del afiliado y el riesgo de la salud. El fortalecimiento del aseguramiento implica separar funcionalmente el financiamiento y la prestación de servicios de salud. Las aseguradoras serán las responsables de recibir los recursos financieros y de canalizarlos a las entidades prestadoras de servicios para garantizar que los recursos financieros se movilicen y se asignen efectivamente hacia la atención médica.

Estas tres funciones permitirían conciliar las demandas heterogéneas de los usuarios con las capacidades complejas y especializadas de los prestadores, de tal forma que se asegure un uso eficiente de los recursos, una atención suficiente, oportuna y de calidad técnica e interpersonal, que garantice la satisfacción del usuario. Para evitar duplicidades en el financiamiento público y para promover una relación de largo plazo entre las personas y el asegurador se propone la portabilidad de coberturas entre los diferentes aseguradores.

Prestación de los servicios de salud

La reforma en la prestación busca materializar el concepto de acceso efectivo a los servicios de salud con calidad. Es en la atención médica donde se lleva a cabo el mayor contacto entre los sistemas de salud y los usuarios y donde se resuelven las necesidades de atención a la salud. De esta forma, la reforma a nivel de la prestación busca mejorar la capacidad resolutiva de las unidades y mejorar la calidad de los servicios. Para ello, es necesario hacer un uso más eficiente de la infraestructura y

aumentar su productividad. Esto requerirá elaborar y hacer obligatorio el apego al Plan Maestro de Infraestructura Sectorial y en general desarrollar coordinadamente con todos los actores participantes - la autoridad sanitaria, los centros de formación y los prestadores - una estrategia de recursos para la salud, incluidos los recursos humanos, que permitan dar respuesta al perfil epidemiológico; intercambiar servicios entre instituciones públicas para optimizar el uso de la infraestructura y diseñar mecanismos de pago que transfieran recursos financieros a las unidades de acuerdo a los servicios prestados.

El Sistema Nacional de Salud Universal tendrá como objetivo fortalecer el primer nivel de atención lo que permitirá, por un lado, ir virando el sistema de la atención a la prevención, y por el otro, hacer un uso más eficiente de los recursos, ya que los servicios de atención médica ambulatoria funcionarán como puerta de entrada a la atención médica en el segundo y tercer nivel de atención. En un Sistema Nacional de Salud Universal el primer nivel se irá homologando paulatinamente entre todas las instituciones de salud, y se implementarán esfuerzos para garantizar un diagnóstico temprano y oportuno de las enfermedades con el objetivo de que no progrese la enfermedad a etapas que impliquen el uso de mayores recursos del sector.

Se contempla que en el mediano plazo el usuario podrá escoger el prestador de servicios dentro de la red que organiza la institución aseguradora, pudiendo ser éstos públicos o privados. La participación coordinada de los sectores público y privado deberá basarse en reglas claras que garanticen el cumplimiento de estándares mínimos de calidad en la prestación de los servicios, y sustentarse en mecanismos que permitan el monitoreo en el uso de los recursos, el apego a la normatividad y la estricta rendición de cuentas.

CONCLUSIONES

El Sistema Nacional de Salud ha tenido avances significativos en las últimas décadas; hoy los mexicanos viven más y se han cerrado brechas entre diferentes grupos poblacionales. No obstante, el perfil epidemiológico, en el cual prevalecen las ECNT, las deudas con grupos de población en condición de vulnerabilidad y la fragmentación del sistema con distintos beneficios dependiendo la condición laboral significan desafíos importantes para el logro de una sociedad más sana y más incluyente.

Para superar estos retos se propone avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal, el cual garantice acceso efectivo a servicios de salud de calidad para todos los mexicanos sin importar su condición social o laboral. La propuesta busca replantear el financiamiento y una reorganización del sistema como medidas instrumentales para hacer más equitativo y resolutivo el sistema a las demandas de salud de la población, y para mejorar la satisfacción de los usuarios.

Esta propuesta de reforma busca construir un Sistema Nacional de Salud Universal centrado en la persona porque respeta el derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos, estableciendo mecanismos que garanticen una atención oportuna, integral y permanente a lo largo de su vida sin interrupciones cuando su condición laboral cambie, y al mismo tiempo asegurando la solidaridad entre las personas y reconociendo la diversidad de sus condiciones y demandas.

Referencias

1. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Proyecciones de la población e indicadores demográficos básicos de México a nivel nacional 2010-2050 [Internet]. México: CONAPO, 2013a. [consultado 08 enero 2014]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_de_la_Poblacion_2010-2050



2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Secretaría de Salud (SS). Base de datos de mortalidad 1979-2011 (principales causas de muerte con Lista GBD) [Internet]. México: DGIS, 2012a. [consultado 08 enero 2014]. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/cubos.html>
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Secretaría de Salud (SS). Base de datos de mortalidad 1998-2011 (principales causas de muerte con Lista Mexicana) [Internet]. México: DGIS, 2012b. [consultado 08 enero 2014]. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/cubos.html>
4. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Proyecciones de la población de México por entidades federativas 2010-2030 [Internet]. México: CONAPO 2013b. [consultado 08 enero 2014]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/De_las_Entidades_Federativas_2010-2050
5. OMS (Organización Mundial de la Salud). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra: OMS, 2008. Disponible en línea en: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1
6. Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). Informe de resultados 2013 del Sistema de Protección Social en Salud [Internet]. México: CNPSS, 2013. [consultado 08 enero 2014]. Disponible en línea en: <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/pdf/informes/INFORME%20DE%20RESULTADOS%20SPSS%202013.pdf>
7. Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. Coordinación de Eduardo González Pier, Mariana Barraza Lloréns, Cristina Gutiérrez Delgado, Armando Vargas Palacios. Segunda edición. México: FCE, Secretaría de Salud, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, 2006. Disponible en línea en: http://salud.chiapas.gob.mx/doc/biblioteca_virtual/programas/Sistema_Proteccion_Social_Salud.pdf
8. Galárraga O, Sosa-Rubí SG, Salinas A, Sesma S. The impact of universal health insurance on catastrophic and out-of-pocket health expenditures in Mexico: a model with an endogenous treatment variable [Internet]. HEDG Working Paper 08/12. [consultado 08 enero 2014]. Disponible en: http://www.york.ac.uk/media/economics/documents/herc/wp/08_12.pdf
9. Grogger J, Arnold T, León AS, Ome A, Triyana M. Identificación y análisis de los efectos del Seguro Popular en el gasto en salud de los afiliados [Internet]. México: Centro de Investigación y Docencia Económicas, 2010. [consultado 08 enero 2014]. Disponible en: http://seguropopular.cide.edu/documents/130486/130726/201002_gasto.pdf
10. Grogger J, Ome A. Seguro Popular and health spending: Evidence from the National Survey of Household Income and Expenditures [Internet]. University of Chicago: Harris School of Public Policy Studies, 2011. [consultado 08 enero 2014]. Disponible en: <http://cie.itam.mx/SEMINARIOS/Agosto Diciembre%202012/Jeff%20Grogger.pdf>
11. Grogger J, Arnold T, León AS, Ome A. Efectos del Seguro Popular sobre el gasto en salud, utilización de servicios médicos, y nivel de salud, y resultados a largo plazo del experimento del Seguro Popular en México y evidencia de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) [Internet]. México: Centro de Investigación y Docencia Económicas, 2011. [consultado 08 enero 2014]. Disponible en: http://seguropopular.cide.edu/documents/130486/130726/201101_gasto.pdf
12. Wirtz VJ, Santa-Ana-Téllez Y, Serván-Mori E, Ávila-Burgos L. Heterogeneous effects of health insurance on out-of-pocket expenditure on medicines in Mexico. Value Health [Internet] 2012;15(5):593-603. [consultado 08 enero 2014]. Disponible en: <http://www.ispor.org/ValueInHealth/ShowValueInHealth.aspx?issue=97ef293d-8ced-4ceeb03b-44f915f7042d>
13. Grogger J, Ome A. Análisis de la heterogeneidad de la protección financiera del seguro popular a nivel estatal [Internet]. México: Centro de Investigación y Docencia Económicas, 2012. [consultado 08 enero 2014]. Disponible en: http://seguropopular.cide.edu/documents/130486/130726/201201_heterogeneidad.pdf
14. Ávila-Burgos L, Serván-Mori E, Wirtz VJ, Sosa-Rubí SG, Salinas-Rodríguez A. Efectos del Seguro Popular sobre el gasto en salud en hogares mexicanos a diez años de su implementación. Salud Pública Mex [Internet]. 2013;55(Supl 2):S91-S9. [consultado 08 enero 2014]. Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2013/vol%2055%20supl%20No%202/2Hogares.pdf
15. Wirtz VJ, Serván-Mori E, Heredia-Pi I, Dreser A, Ávila-Burgos L. Factores asociados con la utilización y el gasto en medicamentos en México. Salud Pública de México [Internet]. 2013;55(Supl 2):S112-S122. [consultado 08 enero 2014]. Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2013/vol%2055%20supl%20No%202/5acceso.pdf
16. SHCP (Secretaría de Hacienda y Crédito Público). Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2001. México: SHCP, 2001. Disponible en línea en: <http://www.apartados.hacienda.gob.mx/presupuesto/temas/pef/2001/menu.html>
17. SHCP (Secretaría de Hacienda y Crédito Público). Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2013. México: SHCP, 2013. Disponible en línea en: <http://www.apartados.hacienda.gob.mx/presupuesto/temas/pef/2013/>
18. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health data 2013 [Internet]. [consultado 08 enero 2014]. Disponible en: <http://www.oecd.org/health/healthsystems/oecdhealthdata.htm>
19. Secretaría de Salud (SS). Sistema Nacional de Información en Salud [Internet]. [consultado 08 enero 2014]. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/>
20. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: Bases de datos y documentación [Internet]. México: INSP, 2012. [consultado

- 08 enero 2014]. Disponible en: http://ensanut.insp.mx/resultados_principales.php#.UhP6ZDmI4dU
21. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006: Bases de datos y documentación. México: INSP, 2006.
22. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012 [Internet]. México: INEGI, 2012. [consultado 08 enero 2014]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/regulares/Enigh/default.aspx>
23. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México [Internet]. México: CONEVAL, 2010. [consultado 08 enero 2014]. Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/Informes/Coordinacion/INFORMES_Y_PUBLICACIONES_PDF/Metodologia_Multidimensional_web.pdf
24. Unidad de Análisis Económico (UAE), Secretaría de Salud (SS). Metodología Propuesta por la Unidad de Análisis Económico para Estimar el Gasto Catastrófico en Salud 2008. México: Secretaría de Salud, 2009.
25. Fundación Mexicana para la Salud, A. C. (FUNSALUD). Universalidad de los Servicios de Salud. Propuesta de FUNSALUD [Internet]. México: FUNSALUD, 2012. [consultado 08 enero 2014]. Disponible en: <http://portal.funsalud.org.mx/?p=725>