

# Tránsito de usuarios entre hospitales de diferentes estados e instituciones

Dayana Pineda-Pérez, MCS,<sup>(1)</sup> Esteban Puentes-Rosas, MCS,<sup>(1)</sup>  
Francisco Garrido-Latorre, DCS,<sup>(1)</sup> Germán Fajardo-Dolci, MASS.<sup>(2)</sup>

Pineda-Pérez D, Puentes-Rosas E, Garrido-Latorre F, Fajardo-Dolci G. Tránsito de usuarios entre hospitales de diferentes estados e instituciones. *Salud Publica Mex* 2013;55:294-300.

Pineda-Pérez D, Puentes-Rosas E, Garrido-Latorre F, Fajardo-Dolci G. Transit of users between hospitals from different states and institutions. *Salud Publica Mex* 2013;55:294-300.

## Resumen

**Objetivo.** Describir y cuantificar los servicios prestados en hospitales de la Secretaría de Salud a pacientes con seguridad social o que habitan en entidades distintas a la del hospital del que egresaron. **Material y métodos.** Utilizando el Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios, los pacientes se clasificaron, según su residencia, en locales o foráneos; y por tipo de aseguramiento, en derechohabientes o no derechohabientes. Se calculó la frecuencia de servicios otorgados y se analizaron las características diferenciales de los pacientes y los servicios. **Resultados.** De los pacientes 5.6% fueron foráneos. En los Institutos Nacionales de Salud este porcentaje alcanzó 50%. Sólo 1.7% de los pacientes registraron ser derechohabientes. Las características sociodemográficas y del perfil de servicios son claramente distinguibles entre pacientes foráneos y derechohabientes y aquellos sin estos atributos. **Discusión.** Independientemente del carácter segmentado y fragmentado del Sistema Nacional de Salud, existe un proceso de intercambio de servicios entre proveedores.

Palabras clave: administración de los servicios de salud; servicios hospitalarios; sistema de salud; México

## Abstract

**Objective.** To describe and quantify hospital services given by units of the Ministry of Health (MoH) to patients with social security or living in states different to those where the hospitals are located. **Materials and methods.** With data from the automatized system for hospital discharges patients were classified, according to the place of living, into locals or outsiders; and, according to their insurance status, into social security beneficiaries or not beneficiaries. Frequencies of services for these groups were estimated, and characteristics of patients and services were described. **Results.** 5.6% of patients of MoH hospitals were outsiders. This percentage reaches 50% in the National Institutes of Health. Only 1.7% of the patients had social security insurance. Sociodemographic and services characteristics are quite different between outsiders or social security patients and those without those attributes. **Conclusion.** Despite its segmentation, in the National Health System there is a continuous process of exchange of services between different providers.

Key words: health services management; hospital services; health system; Mexico

(1) Dirección General de Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud. México DF, México

(2) Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Secretaría de Salud. México DF, México

Fecha de recibido: 24 de agosto de 2012 • Fecha de aceptado: 7 de febrero de 2013

Autor de correspondencia: Dayana Pineda Pérez. Dirección General de Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud. Paseo de la Reforma 450 piso 12, col. Juárez. 06600 Delegación Cuauhtémoc, México, DF, México.  
Correo electrónico: dayana.pineda@salud.gob.mx

Por el contexto bajo el cual fue creado, y el desarrollo histórico que ha experimentado, el sistema de salud mexicano está basado en un modelo complejo, segmentado y con desigualdades financieras y de cobertura.<sup>1,2</sup> La heterogeneidad de actores involucrados (fondos, compradores, proveedores) y el tipo de relaciones que existe entre estos dificulta la integración funcional del sistema. Si bien lograr esta integración demanda esfuerzos en diversas áreas para ajustar los procesos administrativos y legales, el intercambio de servicios entre proveedores se vislumbra como una piedra angular para este proceso.<sup>3</sup>

La estructura actual del sistema de salud no permite que el usuario sea atendido en la institución proveedora de su elección, situación originada en gran parte por la falta de un marco normativo que regule los mecanismos de acción y la movilidad de los recursos financieros entre distintas instituciones. Si el paciente cuenta con algún plan privado de seguro o con capacidad de pago, tendrá la oportunidad de decidir acudir a unidades médicas particulares. Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 señalan que 17% de la población que recibió atención hospitalaria durante el año previo a la encuesta acudió a unidades particulares.<sup>4</sup>

Ante este panorama, en los últimos años se han realizado esfuerzos para incentivar el intercambio de servicios, mismos que han sido concretados en iniciativas como el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica,<sup>5</sup> el Convenio de Colaboración y Coordinación en materia de Prestación de Servicios Médicos y Compensación Económica entre las 32 entidades federativas para la Atención de Beneficiarios y Afiliados al Seguro Popular o el Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios Interinstitucionales,<sup>6</sup> entre otras. Aunque lo anterior representa avances para atender problemas específicos de salud a través de un intercambio de servicios, una evaluación realizada a estas iniciativas indica que dicho intercambio se encuentra limitado por aspectos operativos (registros, pagos, tiempos, falta de difusión).<sup>3</sup>

De manera independiente a estas iniciativas “normadas”, existen evidencias de que algunos pacientes acuden –por cercanía, percepción de calidad, tipo de necesidades u otros factores– a unidades que no corresponden a las de su institución de derechohabencia o a su entidad de residencia.<sup>7,8</sup> Por ejemplo, según datos de la ENSANUT 2006, cerca de 10% de la población que demandó servicios –ambulatorios u hospitalarios– en la Secretaría de Salud (SSa) contaba con seguridad social.<sup>9</sup>

El objetivo de este artículo es describir y cuantificar el tránsito de usuarios entre hospitales de diferentes

estados e instituciones del Sistema Nacional de Salud. El primero de ellos se refiere a aquellos pacientes que egresaron de unidades hospitalarias de la SSa ubicadas en entidades federativas distintas a las declaradas como de residencia habitual (foráneos) y el segundo a aquellos pacientes que egresaron de un hospital de la Secretaría de Salud y declararon contar con algún tipo de derechohabencia social.

## Material y métodos

Se trata de un estudio transversal que utilizó como principal fuente de información la base de datos del Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH). El análisis para describir a los pacientes según su condición de residencia se acotó a datos de 2010, año en que la base incorporó información de 682 hospitales: 665 hospitales de los Servicios Estatales de Salud (Sesa), nueve Institutos Nacionales de Salud (INS), cinco Hospitales Federales de Referencia (HFR) y tres Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE). Para el análisis de aseguramiento se recopiló información para el periodo 2006-2010.

### Variable dependiente

La variable “condición de residencia” se construyó contrastando la entidad de residencia habitual de los pacientes con la ubicación del hospital en donde se registró el egreso. Los pacientes cuya entidad de residencia no coincidió con la entidad en donde se encuentra ubicado el hospital fueron etiquetados como “foráneos” y el resto como “locales”.

Para la variable “aseguramiento” se consideraron como derechohabientes todos aquellos pacientes asegurados por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los servicios de salud de Petróleos Mexicanos, la Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de la Marina o los institutos de seguridad social de los gobiernos estatales. El resto de la población fue considerada como no derechohabiente.

De manera general, a estos dos grupos de pacientes se les describió en función de diversas variables demográficas como sexo (masculino frente a femenino), edad (años cumplidos al momento del egreso hospitalario) e indigenismo (considerando con esta característica a todos aquellos pacientes que autodeclaraban hablar alguna lengua indígena). Los servicios prestados a éstos, por su parte, se describieron en términos del tipo de hospital (SESA, INS o HFR), procedencia (consulta externa, urgencias o referido), causa de atención, moti-

vo de egreso (curación o mejoría, pase a otro hospital, voluntaria o defunción), días de estancia hospitalaria y dinámica de la estancia hospitalaria.

La causa de atención se clasificó con base en una lista corta desarrollada por el Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS en México (Cemece), misma que utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10) para agrupar las afecciones principales en 202 grupos diagnósticos.

### Análisis estadístico

Se calculó el porcentaje de egresos correspondiente a pacientes foráneos y derechohabientes y se realizó análisis descriptivo y comparativo de las variables de interés según condición de residencia y afiliación.

La base de datos del SAEH no contiene información confidencial de los pacientes y fue utilizada exclusivamente con fines de investigación.

## Resultados

### Condición de residencia

Durante 2010, poco más de 2.6 millones de pacientes fueron atendidos en hospitales de los Sesa y de la Secretaría de Salud; 5.6% de éstos correspondieron a pacientes cuya entidad de residencia era diferente a la entidad donde se encontraba ubicada la unidad hospitalaria de la que egresaron. Este porcentaje varía de manera significativa según el tipo de nosocomio. Mientras que en los hospitales de los Sesa el porcentaje de pacientes foráneos fue de tres, en los INS y en los HFR éste fue, aproximadamente, de 50%. Contrario a lo esperado, en los HRAE sólo uno de cada 20 pacientes atendidos fue foráneo.

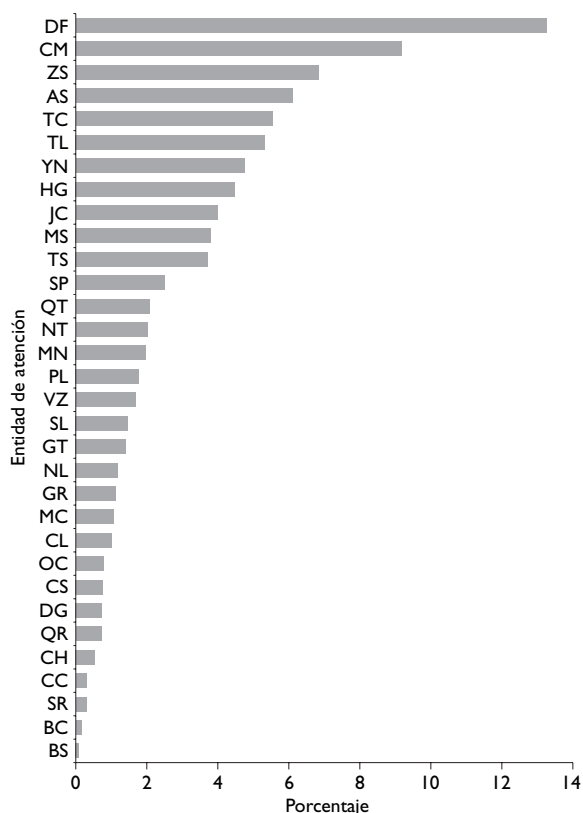
Dentro de las principales entidades declaradas como de residencia habitual por este tipo de pacientes destaca el Estado de México: en los Sesa casi uno de cada tres pacientes foráneos son mexiquenses; en los INS este porcentaje asciende a 53%, y en los HFR a poco más de 80%. Resulta importante mencionar que si bien en los INS y los HFR se documentó la atención de pacientes foráneos provenientes de todo el país, los porcentajes muestran marcadas diferencias según la cercanía con el Distrito Federal (figura 1). En los HRAE las principales entidades declaradas como de residencia (Quintana Roo, Michoacán y Zacatecas) obedecen claramente a una dinámica geográfica, ya que los hospitales que conforman esta categoría se encuentran localizados en Oaxaca, Yucatán y Guanajuato.



**FIGURA 1. PORCENTAJE DE PACIENTES ATENDIDOS EN LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD, SEGÚN ENTIDAD DE RESIDENCIA. MÉXICO, 2010**

Por otra parte, dentro de las principales entidades receptoras de pacientes foráneos se encuentran el Distrito Federal, Colima y Zacatecas. De manera opuesta, los servicios de salud de Baja California y Baja California Sur prestan atención hospitalaria de manera casi exclusiva a pacientes locales (figura 2). En las principales entidades receptoras se puede observar un patrón regido por colindancias geográficas; por ejemplo, los Sesa de Colima atendieron a pacientes foráneos de 17 entidades, de los que 98% declararon tener residencia en Jalisco o Michoacán. Lo mismo sucede en Zacatecas, donde 90% de los pacientes foráneos residen en San Luis Potosí, Jalisco o Durango.

Al analizar algunas de las características demográficas de los pacientes y de los servicios de salud solicitados, se encontraron diferencias significativas según la condición de residencia de éstos. En general, en el grupo de foráneos existe una mayor proporción de hombres. La edad promedio entre estos es 2.5 años mayor que el grupo de locales o residentes, pero esta diferencia toma distinta magnitud y sentido según el sexo de los pacientes. Asimismo, entre los foráneos hay una mayor proporción (4.6%) de personas que declararon no hablar español. Contrario a lo esperado, la proporción de pacientes que ingresaron al hospital por urgencia fue menor en el grupo de foráneos que en el grupo de locales. Los pacientes foráneos permanecieron hospitalizados, en promedio, casi tres días más (5.5 días frente a 2.8 días) que los pacientes locales y, aunque la mayoría egresó por curación, se documentó que en éstos existe 48% más de altas voluntarias y 17% más de egresos por defunción. Si bien en ambos grupos la proporción de pacientes que



**FIGURA 2. PORCENTAJE DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNIDADES DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD QUE HABITAN EN ENTIDADES DIFERENTES A LA DE ATENCIÓN. SISTEMA AUTOMATIZADO DE EGRESOS HOSPITALARIOS. MÉXICO, 2010**

declararon no tener ningún tipo de derechohabiencia es alto, existen diferencias importantes: mientras entre los locales casi uno de cada tres pacientes declararon no contar con ésta, en el grupo de foráneos la proporción se eleva a aproximadamente uno de cada dos. Asimismo, poco más de la mitad de los pacientes locales declaró estar afiliado al Seguro Popular, en tanto que esta cifra disminuyó a 21% en el grupo de foráneos (cuadro I).

Dado que la dinámica de servicios en los INS, HFR y HRAE es muy particular (alta especialidad), se decidió analizar únicamente las causas de atención que demandan los pacientes foráneos en los Sesa. En estos hospitales la principal causa de atención fue el parto y otras causas de atención materna; sin embargo, esta causa representó un porcentaje menor que en los no foráneos. Entre las principales causas observadas en los pacientes foráneos destacan tres grupos diagnósticos, traumatismos diferentes a fracturas (2.8%), esquizofrenia (2.1%) y traumatismos intracraneales (1.7%), ya que

estas causas no aparecen entre las diez más comunes en pacientes locales.

### Aseguramiento

Durante el periodo comprendido entre 2006 y 2010, en promedio, sólo 1.7% de los pacientes que egresaron de hospitales de la SSa y los Sesa declararon contar con derechohabiencia de seguridad social. Esta cifra alcanzó su valor más alto en 2006 y 2008 (1.9%) y el más bajo en 2010 (1.3%). La mayoría de los pacientes derechohabientes egresaron de hospitales de los Sesa (85.7%, en promedio), seguidos de aquellos que lo hicieron de los INS (12.5%, en promedio). Resulta importante mencionar que este último porcentaje sufrió variaciones importantes durante el periodo de análisis. Mientras que en 2006 14% de los derechohabientes habían egresado de los INS, en 2010 este porcentaje fue de 9.7%, lo que representó una disminución en términos relativos de 30.7%.

Las principales instituciones a las que se encuentran afiliados los pacientes derechohabientes son el IMSS e ISSSTE (63.6%), Pemex y gobiernos estatales (32%) y el resto (4.4%) a los servicios de las fuerzas armadas. Aunque esta última cifra representa un porcentaje menor, vale la pena mencionar que durante el lustro analizado ha sufrido un incremento de casi 170% (pasó de 2.8% en 2006 a 7.4% en 2010).

En cuanto a las características demográficas de estos pacientes, se puede mencionar que –independientemente del año de análisis– los derechohabientes son, en promedio, siete años mayores que aquellos que no lo son. Consistente con el patrón general de utilización de servicios, en ambos grupos existe una mayoría de mujeres, sin embargo, se puede observar que este predominio se acentúa en el grupo de pacientes no derechohabientes (cuadro II).

En cuanto a los días de estancia hospitalaria es importante mencionar dos hechos: en todos los años los pacientes derechohabientes permanecen hospitalizados más días que los no derechohabientes y esta diferencia se ha ido incrementando año tras año, mientras que en 2006 fue de 1.6 días, en 2010 alcanzó un valor de casi 2.5 días (cuadro II).

El patrón de procedencia de los pacientes derechohabientes también muestra diferencias importantes en comparación con los no derechohabientes. En términos generales se puede mencionar que existe una mayor entrada al hospital vía consulta externa y por referencia. En cuanto a la salida, ambos grupos lo hacen en su mayoría por mejoría o curación; sin embargo, las altas voluntarias y el pase a otro hospital son marcadamente más frecuentes entre los derechohabientes (cuadro II).

**Cuadro I**  
**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES Y DE LOS SERVICIOS OTORGADOS EN HOSPITALES**  
**DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD Y SECRETARÍA DE SALUD, SEGÚN CONDICIÓN DE RESIDENCIA Y SEXO.**  
**SISTEMA AUTOMATIZADO DE EGRESOS HOSPITALARIOS. MÉXICO, 2010**

	Foráneo			No foráneo (local)		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
	35.7	64.2		21.9	78.1	
Edad en años (media)*	34.8	33.3	33.8	37.5	29.5	31.3
Habla español						
No (%)	6.5	4.1	4.6	4.3	3.1	3.3
Forma de ingreso (%)						
Consulta externa	40.2	32.8	35.5	24.1	11.5	14.3
Urgencias	48.8	60.0	56.0	70.8	84.5	81.5
Derechohabiencia (%)						
Ninguna	48.2	44.6	46.0	40.8	24.8	28.3
Seguro Popular	13.1	25.6	21.2	36.4	58.3	53.5
Se ignora	34.2	26.7	29.4	18.6	13.6	14.7
Días de estancia (media)	7.4	4.5	5.5	4.6	2.9	2.8
Motivo de egreso (%)						
Curación	88.7	92.6	91.2	88.3	94.4	93.1
Voluntaria	2.1	1.1	1.5	2.1	0.7	1.0
Defunción	3.1	1.5	2.0	4.2	1.0	1.7
Atención de primera vez (%)						
Sí	78.9	81.8	80.8	85.0	90.3	88.9

\* Sólo incluye pacientes mayores de un año de edad

Los principales servicios solicitados por este tipo de pacientes fueron la atención del parto. Sin embargo, al eliminar a éste se encontraron hallazgos destacables: la segunda y tercera causa de atención en pacientes derechohabientes son los trastornos del humor y la esquizofrenia; a excepción de 2008, año en que la atención de la insuficiencia renal ocupó el segundo lugar. Las fracturas, la diabetes mellitus y la colelitiasis-colecistitis también figuraron dentro de las cinco principales causas de atención entre este grupo de pacientes.

## Discusión

Nuestros resultados confirman que el tránsito de usuarios de servicios hospitalarios entre Sesa y entre diferentes instituciones proveedoras, aunque limitado, se desarrolla de manera continua. Según datos de la

Ensanut 2012, 7.5% de los afiliados al Seguro Popular –mismos que idealmente reciben servicios en hospitales de los Sesa y en algunos casos en hospitales de la SSA– se atendieron en hospitales de otras instituciones públicas, situación que hace suponer que eran derechohabientes de éstas. La diferencia entre la cifra documentada en esta encuesta y nuestros datos puede deberse a que nuestro estudio contempla sólo aquellos contactos hospitalarios considerados como egresos y deja a un lado la atención de urgencias y consulta externa.<sup>4</sup>

Como se mostró en los resultados, el porcentaje de pacientes foráneos varió de manera importante según el tipo de nosocomio. Si bien es predecible que en los INS y en los HFR un alto porcentaje de pacientes cumplan con esta característica, llama la atención que los porcentajes obedezcan a un patrón geográfico cuando, según lo estipulado en documentos normativos, son

**Cuadro II**  
**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES Y DE LOS SERVICIOS OTORGADOS EN HOSPITALES**  
**DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD Y SECRETARÍA DE SALUD, SEGÚN CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO.**  
**SISTEMA AUTOMATIZADO DE EGRESOS HOSPITALARIOS. MÉXICO, 2006-2010**

	2006		2007		2008		2009		2010	
	DH n=37,153	No DH n=1,909,564	DH n=35,854	No DH n=2,108,970	DH n=44,355	No DH n=2,248,331	DH n=39,284	No DH n=2,385,470	DH n=31,732	No DH n=2,422,953
Edad en años (media)	37.9	31.2	38.7	31.3	37.2	31.3	38.6	31.1	38.3	31.3
Sexo (%)										
Femenino	68.5	76.1	67.7	75.7	68.5	76.3	66.0	77.0	65.7	77.5
Estancia hospitalaria en días (media)	4.7	3.1	4.9	3.1	4.6	2.9	4.8	2.9	5.3	2.9
Procedencia (%)*										
Consulta externa	20.8	15.7	33.3	18.1	31.1	18.3	28.3	16.3	29.0	15.4
Urgencia	66.6	79.5	58.6	78.0	62.2	78.0	66.4	79.7	63.8	80.7
Referido	9.3	3.2	6.2	2.5	5.2	2.0	2.7	1.7	3.3	4.7
Motivo de egreso (%)*										
Curación o mejoría	88.4	93.7	88.3	93.9	84.7	94.0	85.9	94.3	90.1	95.0
Voluntaria	3.0	1.7	2.8	1.6	2.3	1.4	2.7	1.3	2.4	1.0
Pase a otro hospital	4.9	1.5	4.6	1.4	3.6	1.4	4.0	1.3	3.1	1.0
Defunción	1.5	1.8	1.6	1.9	2.0	1.8	2.0	1.8	2.2	1.7

Tres principales casusas de atención entre derechohabientes, una vez excluida la atención del parto y aborto (%)

Trastornos del humor	3.9	Trastornos del humor	11.0	Insuficiencia renal	4.6	Trastornos del humor	4.7	Trastornos del humor	5.5
Esquizofrenia	3.8	Esquizofrenia	2.3	Trastornos del humor	4.4	Esquizofrenia	3.7	Esquizofrenia	4.8
Fracturas	3.7	Fracturas	2.2	Colelitiasis y colecistitis	3.8	Fracturas	3.5	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3.4

DH= Derechohabiente

\* En estas variables los porcentajes no suman 100 porque fueron omitidos en la tabla la categoría "otros"

instituciones cuyo ámbito de competencia comprende a todo el territorio nacional.<sup>10</sup> La situación opuesta es la observada en los HRAE, unidades que nacen con el propósito de constituirse como hospitales modelo en cuanto a la atención médica brindada y que fueron ubicadas estratégicamente para satisfacer la demanda de zonas o bloques geográficos. La realidad, según nuestros datos, es que este tipo de unidades está brindando servicio de manera casi exclusiva a pacientes locales, razón por la cual valdría la pena verificar el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia para lograr maximizar su utilización.

En los hospitales de los Sesa, por su parte, se documentó que el intercambio de servicio se da entre unidades de estados colindantes, situación que operativamente representa el ideal al disminuir las distancias de desplazamiento para los pacientes y, consecuentemente,

los costos. Sin embargo, es necesario establecer los mecanismos normativos que permitan una relación óptima entre el Sesa expulsor y el receptor, particularmente en términos financieros.

Aunque en primera instancia se pensaría que un porcentaje importante de pacientes foráneos o derechohabientes ingresan a los hospitales de los Sesa o Ssa por condiciones que requieren una atención pronta (accidentes, procesos agudos), nuestros resultados demuestran que –en comparación con los pacientes locales y no derechohabientes, respectivamente– este porcentaje es menor y, consecuentemente, las formas de ingreso como consulta externa y referencia son más utilizadas. Asimismo, el porcentaje de pacientes foráneos que declararon contar con Seguro Popular es marcadamente menor en los pacientes foráneos en comparación con los pacientes locales. Desde la perspectiva que aquí se expone, estos

elementos son indicativos de la existencia de consensos internos para el intercambio de servicios.

Entre los pacientes derechohabientes, los trastornos del humor y la esquizofrenia están dentro de las principales causas de atención. Durante 2010, por ejemplo, los Sesa del Distrito Federal, Sonora y Yucatán fueron los que mayor porcentaje de pacientes con estas características atendieron. El caso Sonora ejemplifica la utilidad que representa el intercambio de servicios en un marco normado. En este estado, los Sesa cuentan con dos hospitales psiquiátricos, en tanto que las otras dos principales instituciones proveedoras de salud (IMSS e ISSSTE) carecen de éstos. Reflejo de lo mencionado es que en el Hospital Psiquiátrico Cruz del Norte, en Hermosillo, uno de cada tres pacientes (31%) egresados durante 2010 fue derechohabiente. Con este tipo de iniciativas se asegura que la población en general pueda recibir atención médica especializada que coadyuve a mejorar su salud y también que se aprovechen al máximo los recursos existentes.

Dentro de las debilidades de este estudio se encuentra la falta de certeza en la residencia y derechohabiencia registrada en las bases de datos analizadas. No obstante, según esta investigación, si existe imprecisión, el efecto neto sobre los resultados presentados sería una subestimación del intercambio de servicios hospitalarios realmente existente.

Nuestros resultados ponen de manifiesto que, a pesar del carácter segmentado y fragmentado del Sistema Nacional de Salud, existe un tránsito constante de pacientes que demandan servicios de salud, al menos en las dos modalidades documentadas. Resulta imprescindible ahondar en la investigación normativa bajo la cual se está dando este fenómeno, retomar las experiencias exitosas que están teniendo lugar en la relación entre los Sesa y demás proveedores, contar con un sistema de información y evaluación que permita tomar decisiones al respecto e investigar, cualitativamente, qué otros

motivos tienen los usuarios para migrar a otros estados o instituciones para recibir servicios de salud. Todo lo anterior en aras de contar con un sistema de salud unificado que brinde servicios de salud de calidad a toda la población mexicana.

*Declaración de conflicto de intereses:* Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

## Referencias

1. Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaut FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de Salud de México. *Salud Publica Mex* 2011; 53 suplemento 2: s220-s232.
2. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud, México: Secretaría de Salud, 2001.
3. González-Block MA, López-Santibáñez C, Aguilera-Aburto N, Aldama A, Barajas ME, Becerril-Montekio V et al. Evaluación y estrategias de portabilidad y convergencia hacia la integración del sistema nacional de salud. Resumen ejecutivo, México. México: INSP, 2011.
4. Gutiérrez JP, Rivera Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. México: INSP, 2012.
5. Convenio general de colaboración para la atención de emergencia obstétrica. México, DF [consultado el 30 de julio de 2012]. Disponible en: [http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/convenios\\_emergencias\\_obs/ceo\\_conv.pdf](http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/convenios_emergencias_obs/ceo_conv.pdf)
6. Manual de Lineamientos para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud. México [consultado el 30 de julio de 2012]. Disponible en: [http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/intercambio\\_servicios.html](http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/intercambio_servicios.html)
7. Ramírez-Sánchez TJ, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México. *Salud Publica Mex* 1998;40:3-12.
8. Bedregal GP, Quezada VM, Torres HM, Scharager GJ, García OJ. Necesidades de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Rev Med Chile* 2002;130:1287-1294.
9. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
10. Diario Oficial de la Federación. Ley de los Institutos Nacionales de Salud. Mayo de 2000.